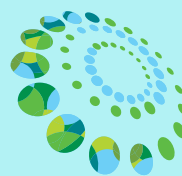


Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe



**COVID-19
RESPUESTA**



**Cuarta Reunión de la
Conferencia Regional sobre
Población y Desarrollo de
América Latina y el Caribe**
Santiago, 28 a 30 de junio de 2022

Gracias por su interés en esta publicación de la CEPAL

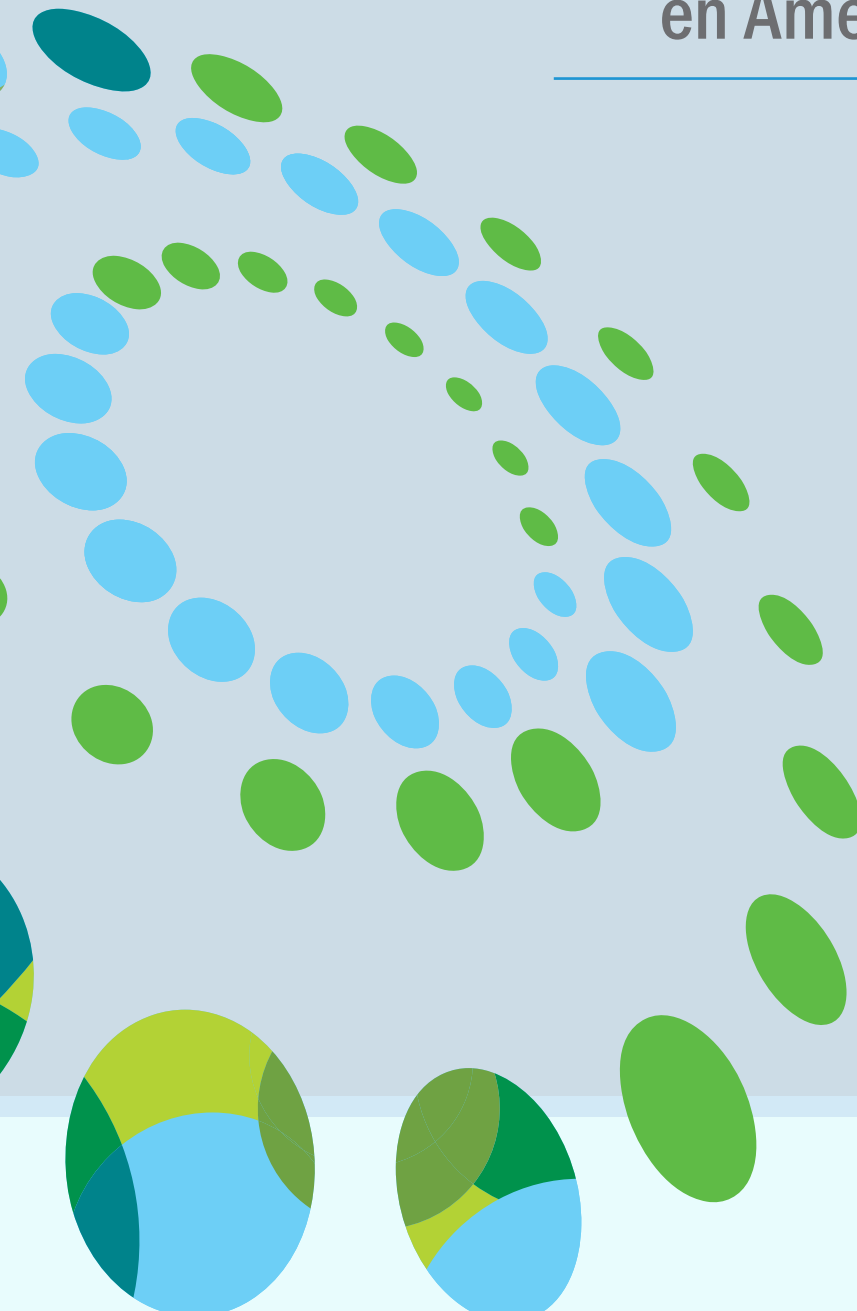


Si desea recibir información oportuna sobre nuestros productos editoriales y actividades, le invitamos a registrarse. Podrá definir sus áreas de interés y acceder a nuestros productos en otros formatos.

 www.cepal.org/es/publications

 www.cepal.org/apps

Los impactos sociodemográficos de la pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe



**COVID-19
RESPUESTA**



**Cuarta Reunión de la
Conferencia Regional sobre
Población y Desarrollo de
América Latina y el Caribe**
Santiago, 28 a 30 de junio de 2022

Mario Cimoli
Secretario Ejecutivo Interino

Raúl García-Buchaca
Secretario Ejecutivo Adjunto
para Administración y Análisis de Programas

Simone Cecchini
Director del Centro Latinoamericano y Caribeño
de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL

Sally Shaw
Directora de la División de Documentos y Publicaciones

Este documento fue preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su carácter de Secretaría Técnica de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, para la Cuarta Reunión de dicha Conferencia (Santiago, 28 a 30 de junio de 2022). En su preparación, la Secretaría Técnica contó con la colaboración de la sede subregional de la CEPAL para el Caribe y la División de Asuntos de Género de la CEPAL, y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

El documento fue coordinado por Simone Cecchini, Director del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, y Leandro Reboiras Finardi, Oficial de Asuntos de Población de la misma División. El grupo de redacción estuvo integrado por Simone Cecchini, Helena Cruz Castanheira, Fabiana Del Popolo, Daniela González Ollino, Francis Jones, Jorge Martínez Pizarro, Leandro Reboiras Finardi, Jorge Rodríguez Vignoli, Zulma Sosa Portillo y Pamela Villalobos, todos ellos de la CEPAL. Colaboraron en la preparación del documento los siguientes funcionarios de divisiones sustantivas y sedes subregionales de la CEPAL: Mario Acuña, Udy Bell, Catarina Camarinhas, Sonia Gontero, Iliana Vaca Trigo y Alejandra Valdés. En particular, se agradece la colaboración de Fernando Campos, David Candia, José Henrique Costa Monteiro da Silva, Ernesto Espinoza, Claudia González, Verónica Montes de Oca, Malva-Marina Pedrero, Marta Rangel, Antonia Roberts, Victoria San Juan y Javiera Tapia, Consultores del CELADE-División de Población de la CEPAL, y de Camila Baron, Consultora de la División de Asuntos de Género. Se agradece, asimismo, la colaboración de Paula Antezana, Alejandra Alzereca, Juan José Calvo, Sabrina Juran, Cecilia Maurente, Rocío Muñoz, Katherine Rivera-McKinley, Jackeline Romio, Allán Sánchez Osorio y Leonie Werner, de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del UNFPA.

En la preparación del documento se contó con el apoyo de los proyectos “Harnessing the contribution of intra-region migration to socio-economic development in Latin American and Caribbean countries”, del 12º tramo de la Cuenta de las Naciones Unidas para el Desarrollo, y “Social inequality and the future of workers in Latin America in the context of post-pandemic recovery”, financiado por la Fundación Ford.

Los límites y los nombres que figuran en los mapas incluidos en este documento no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas.

ÍNDICE

Prólogo.....	9
Introducción	13
A. Resumen de los análisis sobre impactos socioeconómicos de la pandemia en América Latina y el Caribe	17
1. La salud de la población de América Latina y el Caribe ha sido de las más afectadas en el mundo.....	17
2. Las mujeres y la igualdad de género han sido particularmente afectadas	17
3. La pobreza y la pobreza extrema han tenido un fuerte aumento	18
4. La desigualdad social ha aumentado	18
5. La actividad económica anotó una contracción histórica	18
6. La crisis económica tuvo un impacto inmediato y devastador en el mercado laboral	19
7. El esfuerzo fiscal ha sido significativo	19
8. La pandemia tuvo un rápido impacto en el sector de la educación.....	20
9. Se perfila un panorama muy complejo en materia habitacional	20
10. Se han agravado los problemas de acceso a algunos servicios básicos	20
11. Se han puesto en evidencia las debilidades del transporte público.....	21
12. Durante la pandemia se desplegó un conjunto de acciones de política pública para proteger a la población y se abrieron nuevas oportunidades	21
B. Múltiples factores de riesgo: urbanización, densidad y metropolización, hacinamiento, déficit de acceso a servicios básicos y debilidades estructurales del sector de la salud.....	22
Bibliografía	24
Capítulo I	
Impactos de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en la dinámica demográfica.....	27
A. Mortalidad	29
1. La mortalidad por COVID-19 en América Latina y el Caribe	29
2. Las nuevas cepas y el aumento de la mortalidad en 2021	30
3. El impacto del COVID-19 en la esperanza de vida al nacer: del aumento sostenido a la crisis actual.....	34
4. A modo de cierre: urge adoptar medidas basadas en información confiable y oportuna	38
B. Fecundidad, con especial atención a la salud sexual y reproductiva	38

C. Migración internacional	44
1. Cierre de fronteras y apertura con restricciones	44
2. La migración no se detiene y aumenta su complejidad	46
D. Migración interna	47
Bibliografía	52
Capítulo II	
Desigualdades estructurales y protección de los derechos humanos durante la pandemia: una mirada desde el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	57
Introducción	59
A. Niñas, niños, adolescentes y jóvenes	59
B. Personas mayores	64
C. Mujeres	71
1. Un retroceso histórico para la autonomía económica de las mujeres	71
2. Aumento inédito de la carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado	74
3. Mujeres en la primera línea de respuesta a la pandemia	74
4. Efectos de la pandemia en la autonomía física de las mujeres y las niñas	76
5. Aún faltan mujeres en los ámbitos de decisión política	80
D. Personas migrantes	81
1. Impactos diferenciales de la pandemia sobre la población migrante y falta de información	81
2. La necesaria cooperación de los Estados para una migración segura, ordenada y regular	84
E. Pueblos indígenas	84
1. Pueblos indígenas en América Latina-Abya Yala: antecedentes demográficos y sus implicancias en el contexto de la pandemia	84
2. El impacto diferenciado de la pandemia en los pueblos indígenas	88
3. Inclusión de pueblos indígenas en los planes nacionales de vacunación	91
4. Respuestas de los Estados para enfrentar los impactos sanitarios y económicos de la pandemia en los pueblos indígenas	92
5. Respuestas autónomas de los pueblos indígenas a la pandemia	93
6. Los derechos colectivos de los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia: avances y tensiones	93
F. Personas y comunidades afrodescendientes	94
1. Dinámicas demográficas y vulnerabilidad frente a la pandemia	96
2. El impacto diferenciado de la pandemia	100
3. Respuestas a la pandemia	104
G. Personas con discapacidad	106
1. La situación sociodemográfica de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe antes de la pandemia	107
2. Acciones de política pública implementadas por los Gobiernos a la luz del Consenso de Montevideo y otros instrumentos internacionales	116
Bibliografía	119
Capítulo III	
El impacto sociodemográfico del COVID-19 en el Caribe	131
A. Personas mayores y personas que tienen enfermedades no transmisibles	136
B. Niñas, niños, adolescentes y jóvenes	138
C. Mujeres	141
Bibliografía	143

Capítulo IV

Conclusiones y recomendaciones para la acción a la luz de las medidas prioritarias

del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	145
A. Impacto de la pandemia en las fuentes de información	147
B. Niñas, niños, adolescentes y jóvenes	149
C. Personas mayores.....	150
D. Mujeres.....	151
E. Personas migrantes	152
F. Pueblos indígenas.....	153
G. Personas y comunidades afrodescendientes	156
H. Personas con discapacidad	158
I. Prioridades emergentes en el Caribe	159
Bibliografía	160

Cuadros

Cuadro I.1	Cuatro países desarrollados: tasa de natalidad, 2017-2020, y nacimientos, 2019-2021	42
Cuadro I.2	Brasil, Chile y Perú: nacimientos mensuales, enero a marzo, 2015-2021	43
Cuadro II.1	América Latina y el Caribe (24 países): programas específicos de vacunación para población migrante y llamados oficiales a vacunación de población migrante independientemente de su estatus migratorio, 2020-2021	83
Cuadro II.2	América Latina (17 países): población que se autoidentifica como indígena, según último censo y estimaciones a 2021	85
Cuadro II.3	América Latina (4 países): índice de vulnerabilidad habitacional de la población indígena y no indígena, según tamaño poblacional del municipio de residencia, último censo disponible	87
Cuadro II.4	América Latina (17 países): inclusión de los pueblos indígenas como población objetivo en los planes nacionales de vacunación, revisión a octubre de 2021	91
Cuadro II.5	América Latina (20 países): población afrodescendiente, según último censo y estimaciones a 2021	96
Cuadro II.6	América Latina (4 países): proporción de personas con discapacidad, según zona de residencia, censos de la ronda de 2020	108
Cuadro II.7	América Latina (4 países): estructura por edad de las personas con y sin discapacidad e índice de masculinidad por grupos de edad, censos de la ronda de 2020	109
Cuadro II.8	Guatemala, México y Perú: proporción de población sin acceso a Internet, a un computador o un teléfono celular en el hogar, según condición de discapacidad, censos de la ronda de 2020	113

Gráficos

Gráfico I.1	Número de defunciones y de casos confirmados de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el mundo por cada 1.000 personas, hasta el 28 de febrero de 2022.....	29
Gráfico I.2	América Latina y el Caribe (23 países): distribución mensual de las variantes de COVID-19, 1 de noviembre de 2020 a 28 de febrero de 2022.....	31
Gráfico I.3	América Latina y Caribe (25 países): defunciones informadas por COVID-19 y población con esquema de vacunación completo por mes, hasta el 28 de febrero de 2022	32
Gráfico I.4	América Latina (8 países): defunciones informadas por COVID-19, personas de 0 a 59 años, 1 de marzo de 2020 a 28 de febrero de 2022	33
Gráfico I.5	América Latina (4 ciudades): relación entre exceso de mortalidad y nivel de hacinamiento, 2020.....	36
Gráfico I.6	América Latina (9 países): relación entre exceso de mortalidad y porcentaje de hogares que no lograron hacer una consulta médica, 2020.....	37
Gráfico I.7	América Latina (9 países): razones para no haber logrado hacer una consulta médica en 2020.....	37
Gráfico I.8	América Latina (9 países): tasa de fecundidad general, 2015-2020.....	43
Gráfico I.9	Brasil, Chile y Colombia: medidas de control de la movilidad y cierre de fronteras, 2020 y 2021	45
Gráfico I.10	Chile, Colombia y Costa Rica: población de migrantes internacionales, 2017-2020.....	46

Gráfico I.11	América Latina y el Caribe: emigrantes e inmigrantes internacionales, por destino y origen, 2020.....	47
Gráfico I.12	Zona metropolitana del Valle de México: saldo migratorio (interno) y tasa de migración neta (anual, por 1.000), censos de 2000, 2010 y 2020.....	50
Gráfico II.1	Países seleccionados: tasa de orfandad causada por la enfermedad por coronavirus (COVID-19), 1 de marzo de 2020 a 30 de abril de 2021.....	61
Gráfico II.2	América Latina y el Caribe: distribución relativa de la población de personas mayores, por sexo y grupos etarios, 1950-2050.....	64
Gráfico II.3	América Latina (6 países): tasa de mortalidad por enfermedad por coronavirus (COVID-19), según grupos de edad, 1 de marzo de 2020 a 31 de enero de 2022.....	67
Gráfico II.4	América Latina y el Caribe (24 países): tasa de participación femenina, 2001-2022.....	72
Gráfico II.5	América Latina y el Caribe (24 países): tasa de desocupación, por sexo, 2008-2022.....	72
Gráfico II.6	América Latina (14 países): tasas de pobreza por sexo e índice de feminidad de la pobreza, personas de 20 a 59 años, alrededor de 2020.....	73
Gráfico II.7	América Latina (18 países y territorios): feminicidios o femicidios, 2018-2020.....	77
Gráfico II.8	América Latina (5 países): índice de feminidad de la población indígena por grupos de edades, censos de la ronda de 2020.....	86
Gráfico II.9	América Latina (16 países): distribución relativa de la población indígena por área de residencia, último censo disponible.....	87
Gráfico II.10	América Latina (6 países): tasa estimada de letalidad por COVID-19 en la población indígena y no indígena, al 26 de noviembre de 2021.....	89
Gráfico II.11	Chile: tasa de casos confirmados de COVID-19 por grandes áreas territoriales, 1 de abril de 2020 a 31 de diciembre de 2021.....	89
Gráfico II.12	México: tasa de letalidad por COVID-19 en la población indígena y no indígena, según sexo, al 20 de diciembre de 2021.....	90
Gráfico II.13	América Latina (11 países): líderes y comuneros y comuneras indígenas asesinados en el marco de la desprotección de los derechos territoriales de los pueblos indígenas, 2015-2021.....	95
Gráfico II.14	América Latina (15 países): población afrodescendiente, según zona de residencia, último censo disponible.....	97
Gráfico II.15	América Latina (6 países): población que vive en situación de pobreza, según condición étnico-racial, 2020.....	98
Gráfico II.16	América Latina (4 países): población sin acceso a agua potable, según condición étnico-racial y zona de residencia, último censo disponible.....	99
Gráfico II.17	América Latina (promedio ponderado de 6 países): ingresos laborales medios por hora de la población ocupada de 15 años y más, según condición étnico-racial, sexo y escolaridad, alrededor de 2019.....	101
Gráfico II.18	América Latina y el Caribe (26 países y territorios): proporción de personas con discapacidad, censos de las rondas de 2010 y 2020.....	107
Gráfico II.19	América Latina (4 países): proporción de población sin acceso a agua potable dentro de la vivienda, según condición de discapacidad y zona de residencia, censos de la ronda de 2020.....	112
Gráfico II.20	América Latina (4 países): proporción de población sin acceso a saneamiento dentro de la vivienda, según condición de discapacidad y zona de residencia, censos de la ronda de 2020.....	113
Gráfico II.21	América Latina (4 países): proporción de niños, niñas y adolescentes que asisten a la escuela, según situación de discapacidad, sexo y zona de residencia, censos de la ronda de 2020.....	114
Gráfico III.1	Regiones y países seleccionados: muertes por COVID-19 y tasas de vacunación, 1 de marzo de 2020 a 10 de marzo de 2022.....	133
Gráfico III.2	El Caribe (26 países y territorios): muertes por COVID-19 y tasas de vacunación, hasta el 21 de marzo de 2022.....	135
Gráfico III.3	América Latina y el Caribe: años de vida ajustados en función de la discapacidad, por tipo de enfermedad no transmisible y subregión, 2019.....	137

Gráfico III.4	América Latina (17 países) y el Caribe (9 países): tasas estimadas de desempleo juvenil (de 15 a 24 años), por sexo, 2016-2021	139
Gráfico III.5	América Latina (17 países) y el Caribe (6 países): tasas de ocupación por sexo, 2019-2020	141
Gráfico III.6	América Latina (19 países) y el Caribe (13 países): mujeres parlamentarias, 2000 y 2022.....	143
Recuadros		
Recuadro I.1	La importancia de la secuenciación genómica del virus del COVID-19 y sus desafíos en la región	34
Recuadro I.2	América Latina y el Caribe: la interrupción de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) supone una amenaza para la garantía de los derechos reproductivos.....	39
Recuadro II.1	Personas mayores con discapacidad	65
Recuadro II.2	Pandemia y mujeres en Colombia: los efectos de la triple cascada.....	78
Recuadro II.3	El matrimonio infantil y las uniones tempranas, factores que profundizan la desigualdad de género en América Latina y el Caribe	79



PRÓLOGO

América Latina y el Caribe está marcada por una matriz de desigualdad social cuyos ejes estructurantes —el estrato socioeconómico, el género, la etapa del ciclo de vida, la condición étnico-racial, el territorio, la situación de discapacidad y el estatus migratorio, entre otros— generan escenarios de exclusión y discriminación múltiple y simultánea. Debido a la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), las grandes brechas sociales estructurales se han exacerbado, y no es casual que la región haya sido una de las más afectadas por la pandemia en términos sanitarios, sociales y económicos, lo que evidencia que los costos de la desigualdad son insostenibles.

Además, cuando aún no se supera la pandemia, las economías de la región ya comienzan a padecer las consecuencias de la guerra entre la Federación de Rusia y Ucrania, que se expresan en un menor crecimiento y una agudización de los problemas inflacionarios, lo que afecta a la población más vulnerable de la región, sobre todo por el incremento de los precios de los alimentos y los efectos negativos sobre el mercado laboral.

En este complejo contexto, respondiendo al mandato de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, en este documento se analizan los impactos sociodemográficos de la pandemia y se plantean recomendaciones para la recuperación y la reconstrucción desde el prisma del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, acuerdo intergubernamental dirigido al seguimiento y el examen de los temas relacionados con la población y el desarrollo en la región, que es considerado uno de los instrumentos más avanzados del mundo en esta materia.

El Consenso de Montevideo, desde un enfoque de derechos, incorpora las dimensiones de género, generaciones, etnia, raza, territorio y medio ambiente como claves para el diseño de políticas públicas orientadas a lograr un desarrollo más pleno y justo para toda la población. De manera complementaria con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, invita a no dejar atrás a niñas, niños, adolescentes y jóvenes, personas mayores, mujeres, personas migrantes, pueblos indígenas, poblaciones afrodescendientes y personas con discapacidad. Además, hace un fuerte llamado para la realización de los derechos sexuales y reproductivos, y promueve el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Esperamos que los contenidos de este documento —que incluyen los impactos de la pandemia en los tres componentes de la dinámica demográfica, la mortalidad, la fecundidad y la migración— contribuyan a orientar los debates en el marco de la Cuarta Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe.

La Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, órgano subsidiario de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que cuenta con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se vuelve a reunir, esta vez después de cuatro años, justamente a causa de la situación provocada por la pandemia. No obstante la postergación de la Reunión de la Conferencia que estaba prevista para 2020, la Presidencia de la Conferencia, a cargo del Perú, organizó entre agosto y diciembre de ese año, con el apoyo de la Mesa Directiva, la CEPAL y el UNFPA, cinco diálogos virtuales¹ para analizar el escenario sociodemográfico de los países de la región en el marco de la crisis del COVID-19 y sus posibles impactos —a corto, mediano y largo plazo— en grupos de población en situación de mayor vulnerabilidad, a la luz de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo y de los Objetivos y metas de la Agenda 2030.

Los diálogos virtuales, cuyos resultados forman una importante base de este documento, versaron sobre los efectos de la pandemia en las personas migrantes, las poblaciones afrodescendientes, la salud sexual y reproductiva, y las personas con discapacidad, así como —gracias a la colaboración de la sede subregional de la CEPAL para el Caribe— sobre los impactos sociodemográficos de la crisis sanitaria en esa subregión. Los diálogos virtuales constituyeron una ocasión para la reflexión y el intercambio de experiencias y aprendizajes en torno a las principales dificultades y desafíos que enfrentan los Gobiernos de la región a la hora de proteger

¹ Véase [en línea] <https://www.cepal.org/es/publications/type/conferencia-regional-poblacion-desarrollo-america-latina-caribe/dialogos-virtuales-impactos-covid-19-la-perspectiva-poblacion-desarrollo>.

a los grupos de población más vulnerables de los efectos de la crisis sanitaria y de implementar las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo; asimismo, fueron una oportunidad para compartir las iniciativas y las mejores prácticas implementadas y promover mecanismos de cooperación entre los países de manera de brindar respuestas coordinadas frente a la crisis del COVID-19. Además de los Gobiernos, también participaron activamente en los diálogos virtuales representantes de la sociedad civil, el sector académico y organismos internacionales, con una asistencia de alrededor de 17.500 personas.

En la Cuarta Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, en concordancia con los acuerdos de la Reunión Ejecutiva de la Mesa Directiva celebrada en 2021², además de presentarse este documento sobre los impactos sociodemográficos de la pandemia en la región, se informará sobre el avance de las actividades del Grupo de Trabajo sobre Indicadores para el Seguimiento Regional del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo; se presentará el sitio web de la plataforma virtual para contribuir al seguimiento regional del Consenso de Montevideo, así como una propuesta para la actualización de su contenido, y se considerará una propuesta de calendario para la presentación de los informes nacionales y del informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo que sea compatible con el ciclo de examen y evaluación mundial de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014 y con el seguimiento y examen de la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Esperamos que la Conferencia, sobre la base del presente documento y de los demás insumos, pueda contribuir al debate sobre una recuperación transformadora y con igualdad en nuestra región.

Mario Cimoli

Secretario Ejecutivo Interino
Comisión Económica para América Latina
y el Caribe (CEPAL)

² Véanse los acuerdos de la Reunión Ejecutiva de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada de manera virtual el 20 de mayo de 2021 [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/21-00306_remp.2021_acuerdos.pdf.



INTRODUCCIÓN

- A. Resumen de los análisis sobre impactos socioeconómicos de la pandemia en América Latina y el Caribe
- B. Múltiples factores de riesgo: urbanización, densidad y metropolización, hacinamiento, déficit de acceso a servicios básicos y debilidades estructurales del sector de la salud

Bibliografía

En cumplimiento de lo estipulado en los acuerdos de la Reunión Ejecutiva de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe¹, en este documento se analizan los impactos sociodemográficos de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en la región, y se incluyen recomendaciones de política para una recuperación transformadora con igualdad, en el marco del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

El documento se compone de cuatro capítulos temáticos, precedidos por esta introducción, en la que se realiza un breve repaso de los impactos socioeconómicos de la pandemia en los países de América Latina y el Caribe y se resumen los análisis que la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha producido desde comienzos de 2020 sobre el tema. Se destaca, en particular, la contracción de la actividad económica y la posterior recuperación, que resulta insuficiente, las consecuencias negativas sobre el mercado de trabajo, el aumento de la pobreza y la desigualdad, los impactos directos sobre la salud de la población, la educación, las mujeres, los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes, así como las repercusiones sobre la movilidad y el acceso a los servicios básicos. Además, se abordan ciertos factores de riesgo asociados al rápido avance de la pandemia en la mayoría de los países de la región, como los altos niveles de urbanización y metropolización, el hacinamiento y el déficit de acceso a servicios básicos y a una atención de salud de calidad y oportuna. Algunos de ellos también operan como factores de riesgo de contagio y mayor afectación de la salud para las poblaciones más vulnerables de la región.

En el capítulo I se abordan las consecuencias de la crisis sanitaria en los tres componentes de la dinámica demográfica de América Latina y el Caribe: la mortalidad, la fecundidad y la migración. Basándose en datos disponibles sobre el impacto de la pandemia en la esperanza de vida, la primera sección del capítulo se centra en el análisis del comportamiento de la mortalidad en relación con la irrupción del COVID-19 en la región. En este contexto, se analizan las diferencias de los niveles de mortalidad entre países y su relación con las políticas sanitarias, sociales y económicas adoptadas a nivel nacional. A continuación, se examinan los efectos que podría tener la pandemia sobre la fecundidad, por diferentes vías. Al respecto, es previsible que en 2020 y 2021 se produzca un descenso en los nacimientos, la natalidad y la fecundidad, con una evolución posterior más incierta ante la posibilidad de recuperación de la fecundidad. Se plantean algunos debates conceptuales sobre los posibles cambios que puede provocar la pandemia en las preferencias reproductivas y las variables intermedias, con énfasis en el acceso a métodos anticonceptivos, así como la postergación y posterior recuperación de la fecundidad, entre otros. En el caso de países con datos actualizados, se procura calcular y cotejar los nacimientos antes y durante la pandemia para lograr una primera aproximación a su efecto sobre la natalidad y la fecundidad. Por último, se analizan los efectos de la pandemia sobre la migración, tanto internacional como interna, considerando, entre otros factores, las repercusiones que las medidas y restricciones sanitarias han tenido sobre la movilidad de la población a través de las fronteras, así como dentro de los países. En el caso de la migración internacional, se pone de relieve que la pandemia ha agravado las dificultades económicas y sociales, así como sus efectos sobre los flujos migratorios más recientes en la región, como los de ciudadanos centroamericanos, haitianos y venezolanos. Es por ello que las estadísticas sobre la movilidad, que incluyen a los refugiados, son un elemento necesario para orientar las políticas públicas. Además, se señala que en varias subregiones los fenómenos naturales, en algunos casos ligados al cambio climático, aumentan y vuelven aún más complejos los procesos migratorios, con flujos mixtos en los que muchas personas tienen limitadas posibilidades de concretar una migración regular. En el caso de la migración interna se sostiene que, debido al mayor impacto de esta migración en ámbitos urbanos y, sobre todo, metropolitanos, estas áreas pueden perder atractivo migratorio, además de registrar mayores índices de mortalidad. También se plantea la hipótesis de que algunas eventuales reconfiguraciones migratorias podrían ser transitorias y revertirse con posterioridad a la crisis, en tanto que otras podrían volverse permanentes.

El capítulo II se adentra en el análisis de las desigualdades estructurales durante la pandemia, a la luz de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y de los objetivos y las

¹ Véase el numeral 3 de los acuerdos [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/21-00306_remp.2021_acuerdos.pdf.

metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, para garantizar el ejercicio de los derechos de todas las personas, en particular de aquellos grupos de población que antes de la crisis ya se encontraban en una situación de mayor vulnerabilidad que se vio exacerbada por la irrupción de la pandemia. Tres son los ejes articuladores del análisis de la situación de los diferentes grupos de población: i) la matriz de la desigualdad social, ii) los derechos humanos (incluidos los colectivos, cuando corresponde) y iii) los procesos, dinámicas y transiciones poblacionales (como el envejecimiento, la urbanización y la movilidad de la población).

Además, se destaca la importancia de contar con sistemas estadísticos nacionales robustos, oportunos y resilientes, capaces de proveer datos oportunos y precisos para el seguimiento de los efectos del COVID-19 y la definición de los planes de acción, tanto a escala nacional como local. Se resalta la necesidad de mantener los compromisos asumidos en el Consenso de Montevideo y la Agenda 2030, así como de redoblar los esfuerzos para acelerar su cumplimiento, lo que incluye el fortalecimiento de los sistemas estadísticos para medir el avance hacia el logro de los objetivos y las metas propuestas.

El primer apartado del capítulo II está dedicado a examinar los impactos de la crisis sanitaria sobre niñas, niños, adolescentes y jóvenes, que, si bien han sufrido menos consecuencias directas en su salud, se han visto intensamente afectados por otras vías, como la orfandad y la desprotección, el desempleo y la caída de ingresos en sus familias, la interrupción de su trayectoria educativa y de los vínculos con sus pares, la pérdida de lazos comunitarios, las limitaciones de las relaciones sentimentales, el menor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y la interrupción en la prestación de dichos servicios, el deterioro de la salud mental y la postergación de otras atenciones y necesidades de salud. A continuación, se revisa la promoción y protección de los derechos de las personas mayores frente a la pandemia, y se hace un breve repaso de las vulnerabilidades sociodemográficas que afectan particularmente a este grupo poblacional, como los efectos diferenciales de la enfermedad por edad. Además, se abordan en mayor profundidad otros aspectos que pueden aumentar los riesgos de infección, como los arreglos residenciales, la coresidencia intergeneracional y el grado de acceso a servicios básicos de agua y saneamiento, así como el riesgo de pérdida de autonomía y de profundización de la brecha digital.

El siguiente apartado está dedicado a los impactos de la pandemia en las mujeres y la igualdad de género, con especial énfasis, entre otros aspectos cruciales, en la autonomía física de las mujeres y las niñas, la violencia contra las mujeres —que el Secretario General de las Naciones Unidas ha definido como una verdadera “pandemia en las sombras”—, la crisis de los cuidados y el mercado laboral, la migración y la escasa presencia de mujeres en los ámbitos de decisión política. A continuación, se analizan los efectos de la crisis sanitaria sobre las personas migrantes, en un contexto en el que las vulnerabilidades a lo largo del ciclo migratorio se han exacerbado. En este marco, se presentan algunos datos ilustrativos acerca de dichos efectos sobre las personas migrantes, que, en muchos aspectos, han estado en la primera línea para enfrentar la pandemia, desde la asistencia sanitaria hasta la ayuda logística. También se reseña, hasta donde lo permiten los datos, el acceso que han tenido las personas migrantes a planes de mitigación de las consecuencias de la pandemia e incluso de vacunación.

En el apartado que sigue en el capítulo, el análisis se centra en los efectos del COVID-19 sobre los pueblos indígenas de la región, poniendo de relieve la histórica exclusión y marginación política y económica de los más de 800 pueblos indígenas que viven en ella, que se han visto acentuadas como resultado de respuestas estatales insuficientes a la crisis, que no han considerado debidamente los derechos colectivos de estos pueblos y han tenido escasa pertinencia cultural. Además, se señalan desafíos urgentes para la protección y garantía de los derechos de estos pueblos. Más adelante se pone el foco en la situación de las personas afrodescendientes frente al COVID-19 en el marco de las desigualdades estructurales y el racismo que existe en la región, proporcionando un diagnóstico de la situación particular de estas poblaciones y de los posibles efectos de la pandemia. Aunque la información es fragmentaria, se advierten las brechas étnico-raciales en la morbilidad y en el acceso a las vacunas, y se brinda un panorama de las respuestas estatales y de las organizaciones afrodescendientes para enfrentar la crisis sanitaria.

Seguidamente se aborda el tema de los impactos de la pandemia en las personas con discapacidad y sus derechos, con especial énfasis en la situación sociodemográfica de dichas personas y las desigualdades socioterritoriales que inciden en un mayor riesgo de contagio, como el acceso a servicios básicos de agua y saneamiento, luz eléctrica y uso de tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC).

El capítulo III aborda los impactos sociodemográficos del COVID-19 en el Caribe, que ameritan un análisis más extenso y focalizado dadas las especificidades y particularidades de la subregión. Se pone especial énfasis en las problemáticas que han afectado al Caribe con mayor fuerza o de manera notablemente distinta en comparación con los países de América Latina, ya sea en relación con grupos específicos de la población o, como en el caso de la incidencia sobre la mortalidad, respecto de cuestiones que presentan un patrón bastante diferencial en la subregión caribeña.

Por último, en el capítulo IV se presentan las conclusiones y recomendaciones para enfrentar las devastadoras consecuencias sociales y económicas de la pandemia de COVID-19 en los diferentes grupos de población analizados, con miras a una recuperación transformadora y con igualdad en el marco de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo y los Objetivos y las metas de la Agenda 2030, para no dejar a nadie atrás.

A. Resumen de los análisis sobre impactos socioeconómicos de la pandemia en América Latina y el Caribe

La CEPAL ha examinado de manera sistemática y rigurosa los efectos socioeconómicos de la pandemia en la región en un conjunto de documentos, muchos de ellos preparados en colaboración con otras entidades del sistema de las Naciones Unidas. A continuación, se presenta una síntesis de estos análisis, así como de otras entidades del sistema de Naciones Unidas y de otras instituciones académicas, que abordan aspectos incluidos en varias medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

1. La salud de la población de América Latina y el Caribe ha sido de las más afectadas en el mundo

Esta afirmación se basa en los datos de mortalidad (CEPAL, 2021e y 2021f; CEPAL/OPS, 2020 y 2021). En América Latina y el Caribe se encuentra el 8,4% de la población mundial, pero al 28 de febrero de 2022 ya había sumado casi 66 millones de contagios (un 15% del total mundial) y 1,65 millones de muertes (un 28% del total mundial) (OMS, 2022). Por otra parte, la inevitable concentración de la actividad del sector de la salud en el control de la pandemia ha producido un efecto de desplazamiento en la atención de enfermedades distintas del COVID-19; se han pospuesto o interrumpido tratamientos e intervenciones, como cirugías (salvo las urgentes), controles de enfermedades no transmisibles y crónicas, la atención de salud mental, los servicios y prestaciones de salud sexual y reproductiva, entre otros. Los efectos colaterales del COVID-19 sobre la salud de la población han sido masivos y graves, pero su cuantificación, que es más compleja, apenas comienza. La pandemia también ha dejado en evidencia lagunas y debilidades históricas de los sistemas de salud de la región, cuya segmentación, fragmentación y falta de financiamiento dificultó la respuesta sólida, coordinada e integral que exigía la situación, en particular a inicios de la pandemia (CEPAL/OPS, 2020 y 2021). Por su parte, el personal de salud, en el que predominan las mujeres, ha sido afectado de sobremanera, tanto por los contagios, la enfermedad, las secuelas y las muertes por COVID-19, como por una sobrecarga de trabajo y tensión que ha afectado mucho su salud física y mental.

2. Las mujeres y la igualdad de género han sido particularmente afectadas

El hecho de que las mujeres se hayan visto más afectadas por la pandemia se debe especialmente al retroceso significativo de su participación laboral, a la agudización de su sobrecarga de trabajo doméstico no remunerado y a una mayor exposición al riesgo de violencia. Esto es consecuencia de que los sectores

productivos más afectados por la pandemia —en particular los servicios, como el comercio, el turismo y los servicios personales— tienen una clara sobrerrepresentación femenina y de que las medidas de confinamiento han reducido la posibilidad de eludir la violencia doméstica (CEPAL/UNFPA, 2020; CEPAL, 2021a y 2022b, pág. 25). Por otra parte, el cierre de las escuelas y el teletrabajo han generado una tormenta perfecta en las familias con hijas e hijos pequeños y en edad escolar, ya que las tareas domésticas tradicionales se superponen con las responsabilidades laborales y las tareas de crianza y de apoyo educativo. Todo esto ocurrió de manera repentina, sin la debida preparación y muchas veces sin la asistencia con que se contaba antes de la pandemia, ya sea redes familiares y comunitarias, o, en el caso de las familias de mayores ingresos, servicio doméstico remunerado. Por la inercia de la cultura patriarcal y de la división sexual del trabajo, que asigna unilateralmente a las mujeres la principal responsabilidad en las actividades domésticas y de crianza, esta superposición de tareas significa un alza desbordante e injusta de sus labores, lo que va en desmedro de su salud física y mental, de sus proyectos laborales, de sus espacios personales y de sus autonomías en general (CEPAL, 2021a). Además, esta sobrecarga y distribución desigual de las tareas domésticas, de crianza y de cuidado se ha expresado en la masiva salida de mujeres del mercado de trabajo, que implicó un retroceso de diez años en materia de participación laboral en 2020 (CEPAL, 2021a). También ha sido decisiva para el ensanchamiento de las brechas de género en el mercado laboral remunerado, pues la recuperación de la participación laboral y del empleo ha sido más lenta entre las mujeres en 2021 (CEPAL, 2022b, pág. 218).

3. La pobreza y la pobreza extrema han tenido un fuerte aumento

Tanto la pobreza como la pobreza extrema alcanzarán niveles que no se observaban desde hacía al menos una década. En 2021, el número de personas en situación de pobreza extrema habría llegado a 86 millones (13,8% de la población de América Latina) y las personas en situación de pobreza alcanzarían los 201 millones (32,1% de la población de América Latina), cifras mucho más altas que las de 2019 (70 millones de personas y 187 millones de personas, respectivamente). Este aumento fue particularmente marcado en 2020, año en que comenzó la pandemia, y pudo haber sido peor de no ser por las medidas de protección social de emergencia que se adoptaron para frenarlo. Sin estas medidas, como las transferencias de ingresos de emergencia, en 2020 la pobreza extrema habría sido alrededor de 1,8 puntos porcentuales más alta y la pobreza habría sido 2,9 puntos porcentuales más elevada, en promedio, en siete países analizados por la CEPAL. La continuidad, aunque parcial, de estas medidas en 2021, junto con el rebote económico de este último año, permitieron revertir parte de este aumento de la pobreza durante 2021, pero aún hay incertidumbre respecto de cuál será la tendencia en 2022 (CEPAL, 2022a, 2022b y 2021c).

4. La desigualdad social ha aumentado

El aumento de la desigualdad social se expresa en un índice de Gini promedio regional un 0,7% más alto en 2020 que en 2019. Esta alza regional no se dio en todos los países y, en general, también pudo haber sido mayor de no ser por las medidas de apoyo económico implementadas por los gobiernos, que se han focalizado en los grupos de ingreso bajo y medio. Los cálculos de la CEPAL basados en datos de siete países de la región concluyen que el coeficiente de Gini habría aumentado un 4% entre 2019 y 2020 de no haberse implementado las transferencias de emergencia, mientras que con las transferencias este incremento solo llegó al 1% (CEPAL, 2022b). Otra cara de este deterioro redistributivo es el aumento del peso de los estratos de ingreso bajo, sobre todo en 2020, y una movilidad descendente en los estratos de ingreso medio, que no suelen ser destinatarios de las políticas de protección social y los programas de transferencias de ingreso (CEPAL, 2022b).

5. La actividad económica anotó una contracción histórica

El rebote registrado en la actividad económica tras la contracción histórica no asegura un crecimiento sostenido. En 2020, la contracción se expresó en una caída del 6,8% del PIB y del 7,7% del PIB per cápita, la mayor caída anual en los 120 años de historia estadística de la región (CEPAL, 2021d). Este marcado descenso de

la producción regional se debió, por una parte, al colapso del comercio mundial y a la caída de los precios internacionales de los productos que la región exporta, y, por otra, a la depresión que ha sufrido la demanda interna de las economías de la región como consecuencia de las medidas generalizadas de confinamiento que han tomado las autoridades sanitarias. La crisis se desencadenó a causa de los choques que afectaron la oferta y la demanda de forma simultánea, y que se reforzaron mutuamente, lo que se tradujo en diversos efectos negativos de importancia en la estructura productiva, entre ellos, el cierre masivo de empresas, particularmente de microempresas y pequeñas y medianas empresas (mipymes). El rebote de 2021 se expresa en un crecimiento proyectado del PIB del 6,2%, que, de cualquier manera, será insuficiente para recuperar el nivel del producto registrado en 2019 (CEPAL, 2022b, pág. 13) y cuya trayectoria futura está sujeta a diversas incertidumbres, como las relativas al proceso de vacunación y a la persistencia de los problemas estructurales de las economías y sociedades de la región.

6. La crisis económica tuvo un impacto inmediato y devastador en el mercado laboral

El impacto de la crisis económica en el mercado de trabajo fue inmediato y devastador (Naciones Unidas, 2020b), pues todos los indicadores laborales sufrieron un marcado deterioro. A escala regional, se estima un incremento en la tasa de desocupación del orden de los 3 puntos porcentuales entre 2019 y 2020: del 6,8% al 9,8% (CEPAL, 2022b). Este aumento fue inferior al que podría esperarse dada la magnitud de la contracción de la actividad, lo que se debió a una peculiaridad de la crisis actual: el cierre masivo de actividades generó una expulsión también masiva de la fuerza de trabajo. De hecho, la tasa de participación laboral cayó 3 puntos porcentuales, del 65,1% al 62,1%, entre 2019 y 2020 (CEPAL, 2022b), lo que redujo la presión sobre el mercado laboral y contuvo el aumento del desempleo. Pero esto ocurrió por una vía más bien perversa: la reducción de la población económicamente activa y la desaparición de los ingresos generados por los trabajadores que salieron de la actividad económica. El rebote de la economía en 2021 ha permitido revertir parcialmente esta debacle, pero los indicadores continúan ubicándose en niveles inferiores a los registrados antes de la pandemia (CEPAL, 2022a).

7. El esfuerzo fiscal ha sido significativo

El importante esfuerzo fiscal realizado por los países ha estado marcado por una doble contingencia: por una parte, la caída de los ingresos públicos debido a la histórica contracción de la actividad económica, y, por la otra, la necesidad de un despliegue extraordinario para evitar mayores estragos en el tejido productivo y para apoyar de forma directa a la enorme cantidad de personas y familias cuyos ingresos se vieron afectados de forma rápida y drástica por la crisis. La respuesta gubernamental incluyó numerosas medidas, entre las que se destacan: transferencias directas a personas, familias y empresas, subsidios al empleo y a los servicios básicos, aplazamiento de pagos y condonación de intereses, multas y recargos por atrasos. En términos de ingresos fiscales totales, su contracción a nivel regional representó 0,5 puntos porcentuales del PIB en 2020, magnitud que, en todo caso, presentó variaciones entre países y también durante el año (fue más fuerte en el segundo trimestre) (CEPAL, 2021c). El gasto público, por su parte, alcanzó niveles históricamente altos impulsado por las erogaciones públicas derivadas de los planes fiscales, que, en promedio, equivalieron a un 4,6% del PIB en la región en 2020. En esa línea, varios países registraron tasas de crecimiento real del gasto primario superiores al 10%, y en cuatro de ellos las tasas fueron equivalentes o superiores al 20% en 2020 (CEPAL, 2021c). Por lo mismo, el gasto total de los gobiernos centrales de América Latina alcanzó su nivel más alto (un 24,7% del PIB en 2020 y un 23,8% del PIB estimado para 2021) desde que se comenzaron a publicar datos fiscales comprensivos en 1950 (CEPAL, 2021c). Esta combinación de caída de los ingresos fiscales y aumento del gasto público se tradujo, como era previsible, en un deterioro de las cuentas fiscales, que presentaron grandes déficits. De hecho, el resultado regional promedio fue de un -6,9% del PIB en 2020 y de un -5,5% del PIB estimado para 2021 (CEPAL, 2021d).

8. La pandemia tuvo un rápido impacto en el sector de la educación

Solo en 2020, 32 países cerraron sus instituciones educativas, lo que afectó a más de 165 millones de estudiantes (CEPAL, 2021e). La situación se mantuvo durante gran parte de 2021 (UNESCO, 2021; Rodríguez, 2021), aun cuando la disminución de los contagios, previo a las explosiones de las variantes delta y ómicron, facilitó la apertura de los centros educativos en varios lugares. Si bien en la mayoría de los países se establecieron distintas formas para continuar los estudios a distancia mediante diversas modalidades (a través de Internet, televisión o radio), no hay duda de que ninguna de estas modalidades puede reemplazar de manera repentina a la enseñanza presencial. En un contexto de marcada brecha digital entre grupos socioeconómicos y en un escenario doméstico adverso y complejo para la enseñanza y el aprendizaje para muchos estudiantes, sobre todo de los grupos más desfavorecidos, tales modalidades de enseñanza pueden ampliar las desigualdades de aprendizaje. La presencialidad es consustancial a la vida y a la interacción escolar, que es un componente fundamental del proceso de formación en la escuela. Por otra parte, por varias razones, la interrupción del ciclo escolar afectó sobre todo a aquellos estudiantes que ya se encontraban en situación de desventaja antes de la pandemia, lo que vino a agudizar las condiciones de desigualdad previas. Asimismo, el cierre de las escuelas afecta de manera diferente a niños y niñas. Dada la distribución de los roles de cuidado en la sociedad, las niñas corren más riesgo de verse sobrecargadas con labores domésticas y de cuidado que pueden obstaculizar la continuidad de su educación. También son más vulnerables a las situaciones de violencia sexual y de género que pueden darse durante el confinamiento.

9. Se perfila un panorama muy complejo en materia habitacional

Esto se debe a una combinación de factores de oferta y demanda. Por el lado de la oferta, la pandemia ha afectado al sector de la construcción, ya sea directamente por la detención de obras o indirectamente por las restricciones a los desplazamientos y aglomeraciones. El sector público, un mandante o ejecutante clave del sector de la construcción, ha debido redefinir sus prioridades y reorientar su presupuesto para enfrentar la pandemia (CEPAL, 2022a). El sector privado, por su parte, también ha visto alterado su funcionamiento y sus perspectivas, y experimenta una incertidumbre que tiende a inhibir proyectos de inversión en construcción e infraestructura. Por el lado de la demanda, la caída de los ingresos y del empleo ha reducido significativamente la capacidad de compra de inmuebles por parte de la población y también ha recortado su capacidad de pago de alquiler. Para la población esto significa un déficit de vivienda a causa de la postergación de proyectos residenciales (ya sea de nuevas viviendas o de mejoramiento de la vivienda actual), el hecho de compartir la vivienda con familiares o amigos, la precarización habitacional y, en casos extremos, el paso a la condición de "sin techo" o "morador de la calle" o residente de albergues, todas situaciones que reflejan diferentes grados de incumplimiento del derecho a una vivienda digna (ONU-Hábitat, 2021). Si bien se pusieron en marcha programas tendientes a aliviar este impacto mediante transferencias de ingresos y limitaciones a los desalojos (CEPAL, 2022e), estos han sido acotados y de resultados inciertos. Los datos en este ámbito se presentan como más débiles y fragmentarios, y, en algunos casos, la pandemia podría desatar comportamientos que contrarresten algunos de los efectos adversos antes mencionados, como la ocupación de viviendas sin moradores.

10. Se han agravado los problemas de acceso a algunos servicios básicos

El agravamiento de los problemas de acceso a algunos servicios básicos, como agua, gas, electricidad, teléfono e Internet, se debe a que el deterioro de los ingresos reduce la capacidad de pago y expone a las familias al corte de los mismos, lo que entraña numerosos riesgos, algunos de ellos vitales. Por ello, muchos países han implementado medidas para impedir los cortes y para aliviar o subsidiar el pago de estos servicios, lo que incluye limitaciones a su reajuste (ONU-Hábitat, 2021; CEPAL, 2022e).

11. Se han puesto en evidencia las debilidades del transporte público

El impacto en el transporte público fue mitigado por la abrupta reducción de la movilidad y la consecuente disminución de los viajes en transporte colectivo, que habían sido un vector de contagio al inicio de la pandemia. Con los procesos de apertura quedó en evidencia que el transporte público de la región no está preparado para ofrecer un servicio sanitariamente seguro en un contexto de pandemia (Velasco, Rodrigues y Sobral, 2021; ONU-Hábitat, 2021).

12. Durante la pandemia se desplegó un conjunto de acciones de política pública para proteger a la población y se abrieron nuevas oportunidades

Entre las medidas de emergencia adoptadas en los países para enfrentar la crisis, la más notable fue la implementación de transferencias públicas directas de efectivo y en especie a una parte importante de la población que las necesitaba (CEPAL, 2022b). Sumado a ello cabe destacar el funcionamiento continuo de la red logística esencial, que evitó el colapso alimentario tan temido al comienzo. En las ciudades, esta red se amplió significativamente por la vía de la entrega de productos a domicilio, masificando una modalidad de comercio más bien incipiente antes de la pandemia. Entre las oportunidades se destacan las relativas a las nuevas modalidades de trabajo y estudio, así como la realización de otras actividades, usando la virtualidad, que han resultado funcionales, la valorización del cumplimiento de las medidas de higiene y de autoprotección por parte de la población, y el reconocimiento del papel clave de un sistema de salud integrado, inclusivo y eficiente, así como de los sistemas de protección social. En este sentido, la estrategia de vacunación masiva, gratuita y basada en los sistemas de atención primaria de la salud ha demostrado ser efectiva en muchos países de la región y ha sentado un precedente de priorización política, de coordinación institucional y público-privada, de esfuerzo y despliegue nacional, y de garantía de acceso a la salud para el futuro. Si bien estas medidas se adoptaron de forma diferenciada en los distintos países y su sostenibilidad no está garantizada, hay que tenerlas presentes para aprovecharlas y reforzarlas a largo plazo.

A partir de este duro balance, puede sostenerse que, tal como ha acontecido a lo largo de la historia con otros desastres (terremotos, huracanes, inundaciones, crisis económicas), la pandemia de COVID-19 debería ayudar a detectar y enfrentar debilidades e insuficiencias en materia de prevención, respuesta y recuperación. Si bien una parte de estas debilidades e insuficiencias corresponden al sector de la salud y ya se encontraban presentes en ese sector desde antes, muchos otros sectores también mostraron flaquezas y no lograron una respuesta adecuada ante la pandemia. Para hacer frente a la pandemia y sus efectos, la CEPAL ha propuesto una amplia gama de medidas específicas, así como objetivos más generales, con sus respectivas orientaciones de acción, entre los que se destacan:

- Lograr la autosuficiencia sanitaria a escala regional mediante el refuerzo de la gobernabilidad colaborativa, la suma de fuerzas para la negociación internacional, la cooperación productiva y el intercambio técnico de los países de la región, lo que servirá tanto para la producción de insumos sanitarios como para la movilización de recursos y la adopción de medidas multidimensionales rápidas, coordinadas y basadas en datos, necesarias para enfrentar una pandemia mundial con expresiones regionales (CEPAL/OPS, 2021).
- Construir una nueva arquitectura financiera internacional que, entre otras cosas, resulte funcional para la movilización de recursos en el caso de otras pandemias o embates socioeconómicos mayores (CEPAL, 2022c).
- Establecer un Estado de bienestar que se adapte a una nueva estructura de riesgos, incluidos los pandémicos, y genere certidumbre y proteja a toda la población, ampliando el horizonte de los derechos e integrando y articulando las nuevas herramientas y oportunidades tecnológicas y digitales, tanto para prevenir como para enfrentar y controlar la pandemia y sus secuelas (CEPAL, 2022a, 2022b y 2022c).

B. Múltiples factores de riesgo: urbanización, densidad y metropolización, hacinamiento, déficit de acceso a servicios básicos y debilidades estructurales del sector de la salud

En 2020, el 81% de población de América Latina y el Caribe era urbana, de acuerdo con las definiciones nacionales de urbano y rural, lo que la convierte en la región en desarrollo más urbanizada del mundo (Naciones Unidas, 2019). La región también se destaca por su metropolización, pues el 35% de la población vive en ciudades de 1 millón de habitantes o más, y existen cinco megalópolis con 10 millones de habitantes o más (Buenos Aires, Ciudad de México, Lima, Río de Janeiro y São Paulo) (CEPAL, 2021f). Esto constituye un importante factor de riesgo, pues el COVID-19 se transmite más rápidamente en contextos de alta densidad demográfica, como los urbanos y metropolitanos (Naciones Unidas, 2020c; OCDE, 2020 y 2021; ONU-Hábitat, 2021). A julio de 2020, se estimaba que más del 90% de los casos informados de COVID-19 en el mundo correspondían a zonas urbanas (Naciones Unidas, 2020c).

Este patrón de sobreconcentración de contagios y muertes por COVID-19 se ha observado claramente en las zonas metropolitanas de la región, aunque con algunos matices, pues en algunos países fue un patrón marcado mientras que en otros no tanto (CEPAL, 2021f). Sin embargo, la difusión generalizada de la pandemia ha llevado los contagios a prácticamente todos los territorios, incluso a los territorios rurales y de pueblos originarios.

Las ciudades y metrópolis de la región presentan una acumulación de diversos tipos de déficits que constituyen importantes factores de riesgo en lo que respecta al contagio de COVID-19, como el hacinamiento, la precariedad y saturación del transporte público, la falta de acceso a servicios de agua y saneamiento y de electricidad, y la brecha digital, que incluye la falta de acceso a Internet, pero también la falta de conocimientos para poder usar Internet, sus plataformas y aplicaciones (esto ocurre, por ejemplo, entre las personas mayores). Debido al elevado nivel de segregación residencial de las ciudades de América Latina, estos déficits se distribuyen de forma desigual en su interior (CEPAL, 2021f; CEPAL/OPS, 2021). Una situación de particular gravedad se observa en los asentamientos informales precarios, donde se superponen desventajas que aumentan la vulnerabilidad al contagio y a la enfermedad (ONU-Hábitat, 2021).

La combinación de un alto nivel de urbanización y déficits acumulados influye no solo en la magnitud y el impacto de la pandemia, sino también en su efecto diferenciado sobre los grupos poblacionales, puesto que la población de ingreso bajo y medio-bajo es la que se ve más afectada. El hacinamiento, que afecta de manera particular a diferentes grupos de población en situación de vulnerabilidad, sobresale por su estrecho vínculo con la propagación de la pandemia, debido al riesgo de contagio que entraña compartir habitación y a las dificultades que esto plantea para cumplir las medidas de cuarentena y confinamiento, así como por su marcado gradiente socioeconómico (CEPAL, 2021f; CEPAL/OPS, 2020 y 2021). En 2020, el 25,3% de los hogares urbanos de la región vivía en condiciones de hacinamiento, según el umbral establecido de más de dos personas por dormitorio, y esta cifra alcanzaba el 47,6% en el quintil de menores ingresos².

Los déficits en las condiciones de vida y el acceso a servicios, que impiden hacer frente a la pandemia de manera óptima, se entrecruzan y potencian con los diversos ejes de la matriz de desigualdad social, generando una mayor vulnerabilidad.

No obstante, el foco urbano y metropolitano de la pandemia no debe llevar a descuidar las zonas rurales y los territorios ancestrales ocupados principalmente por pueblos indígenas, ya que sus condiciones sanitarias y sociales, así como su red de infraestructura y de servicios básicos y de salud, son más débiles, y la infraestructura y capacidad de respuesta médica ante los contagios y casos graves es mucho más

² Datos obtenidos mediante el procesamiento de encuestas disponibles en el Banco de Datos de Encuestas de Hogares (BADEHOG), facilitadas por la División de Estadísticas de la CEPAL. Se trata de datos ponderados para los países con encuestas de hogares en 2020: Argentina, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay y República Dominicana. Por eso, las cifras difieren de las presentadas en el gráfico 3 en CEPAL (2021f), que se calcularon sobre la base de encuestas de 2019 o antes.

limitada (CEPAL/OPS, 2020; OCDE, 2021). Por ello, en el caso de las zonas rurales es necesario mantener las medidas de prevención dirigidas a evitar la llegada y diseminación del virus o de nuevas variantes, y, al mismo tiempo, establecer protocolos y una logística clara y operativa para la atención rápida *in situ* de personas contagiadas sintomáticas y enfermas, sobre todo graves (esto incluye traslados rápidos a centros hospitalarios).

En el caso del eje étnico-racial de la matriz de la desigualdad, se observa que a la postergación socioeconómica y a la discriminación sociocultural e institucional, que incluye la falta de una atención de salud efectivamente intercultural y culturalmente pertinente, se suman patrones de localización con claras desventajas en materia de acceso a servicios, infraestructura y atención de salud, lo que pone en una situación de particular desventaja a los 58 millones de personas que pertenecen a pueblos indígenas (CEPAL/FILAC, 2020) y a los 134 millones de afrodescendientes en la región (CEPAL/UNFPA, 2020).

Las debilidades históricas del sector de la salud han sido un factor de riesgo decisivo. El gasto público en salud de la región se mantiene lejos de la meta del 6% del PIB recomendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y se registran problemas en la asignación de los recursos. El financiamiento del primer nivel de atención no alcanza el parámetro recomendado de al menos el 30% del gasto público en salud y, en los países en que se alcanza ese nivel, se trata de montos absolutos extremadamente bajos. Todo ello va en detrimento de los niveles de eficiencia y calidad del sistema de salud, y los hogares se enfrentan a un alto grado de desprotección financiera, que los empobrece al obligarlos a efectuar cuantiosos pagos directos cuando acceden al sistema (CEPAL, 2021f; CEPAL/OPS, 2020 y 2021).

Si bien en las últimas décadas se han hecho notables esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud en los países de la región, estos siguen siendo débiles y su capacidad para enfrentar la pandemia ha resultado muy desigual. Los retos abarcan desde la falta de acceso a agua potable y a equipos de protección personal hasta la escasa disponibilidad de respiradores o camas en las unidades de tratamiento intensivo. Las respuestas a estos retos se brindan a través de complejos sistemas organizacionales que cada país ha desarrollado en función de su trayectoria histórica, sus recursos y prioridades. En concreto, se constatan problemas de segmentación que determinan la existencia de varios subsistemas dentro de un mismo país, con resultados disímiles en materia de equidad (CEPAL, 2021f; CEPAL/OPS, 2020 y 2021).

Las diversas características de los sistemas de salud pueden favorecer u obstaculizar el avance del COVID-19. Asimismo, una vez contraída la enfermedad, la respuesta de los servicios de salud puede ser decisiva en el pronóstico de los pacientes. No obstante, el hecho de que países desarrollados que cuentan con sistemas de salud sólidos y extendidos hayan tenido altas tasas de mortalidad por COVID-19 avala la idea de que la lucha contra la pandemia se da tanto mediante acciones de contención y mitigación extrahospitalarias —con la adopción de medidas a nivel de atención primaria de la salud y en las comunidades, con sistemas de testeo, seguimiento y debido aislamiento en caso de contagio, y con una población bien informada y practicante del autocuidado— como en los hospitales, que, por lo demás, deben estar preparados y dotados de personal, infraestructura e insumos suficientes (CEPAL, 2021f; CEPAL/OPS, 2020 y 2021).

A lo expuesto debe agregarse el acceso a las vacunas y la consideración de estos insumos como bien público global para lograr una vacunación contra el COVID-19 oportuna, rápida y generalizada, sin ningún tipo de discriminación y con la mayor transparencia e información posible para la población (CEPAL/OPS, 2021; CEPAL, 2022b). Hasta septiembre de 2021, la vacunación con esquema completo solo llegaba al 30% de la población (CEPAL/OPS, 2021). Más adelante el escenario cambió y, gracias al enfoque de bien público y al uso eficiente de los sistemas de atención primaria de la salud y la disposición de la gran mayoría de la población a vacunarse, este porcentaje aumentó significativamente, lo que puso a la región a la vanguardia mundial del proceso de vacunación, aunque con disparidades en los países y entre ellos (OMS, 2022). De hecho, a fines de febrero de 2022, la proporción de población con esquema de vacunación completo³ a escala mundial alcanzaba el 55%, mientras que en la región superaba el 65%. Aunque este logro no impidió los récords de contagios causados por la variante ómicron, sí parece haber sido crucial para moderar el impacto en términos de morbilidad grave y mortalidad.

³ Datos según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (véase [en línea] <https://covid19.who.int/info>).

¿Qué hacer ante los factores de riesgo mencionados? Aquí se discutirán en particular los relativos a ciudades, vivienda y movilidad, ya que los atinentes a salud han sido abordados recientemente por la CEPAL en el *Panorama Social de América Latina, 2021* (CEPAL, 2022b) y en el *Informe COVID-19* de la CEPAL y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (CEPAL/OPS, 2021). Promover la Nueva Agenda Urbana⁴ permitiría enfrentar de manera simultánea todos los déficits de las grandes ciudades de la región que quedaron crudamente expuestos durante la pandemia. Se trata de un desafío colosal, porque son déficits que se han acumulado durante décadas. Su resolución exige recursos y políticas públicas adecuadas, que tomen en cuenta las desigualdades estructurales y de inclusión y participación de la población. En particular, es imprescindible canalizar recursos no menores para atender la acumulación de requerimientos habitacionales y de transporte y movilidad (CEPAL, 2022c).

En materia de vivienda, resulta prioritario poner en marcha programas especiales para atender la situación de los asentamientos informales precarios y las personas que viven en situación de calle, que se han multiplicado durante la pandemia. Se trata de emergencias que exigen medidas inmediatas por la vulneración de derechos básicos que entrañan y los múltiples riesgos que generan. Se debe aprender de la experiencia, reconocer la lucha por la vivienda como legítima y dar una respuesta que satisfaga tanto el derecho a la vivienda como el derecho a la ciudad, que sea compatible con ciudades inclusivas, sostenibles e inteligentes, y que evite la especulación inmobiliaria a costa de las necesidades de las personas y comunidades. A esto hay que sumar programas para paliar el déficit cuantitativo de núcleos familiares secundarios y para reducir el hacinamiento, que tantos problemas ha ocasionado durante la pandemia.

Por otra parte, la modernización de la flota de transporte colectivo y su alistamiento para un funcionamiento eficiente y seguro, en particular ante el posible surgimiento de nuevas pandemias, es clave y totalmente sinérgico con el gran impulso para la sostenibilidad que plantea la CEPAL (2022d). Ello implica promover fuentes de energía más respetuosas con el medio ambiente para el transporte colectivo, nuevas formas sostenibles de movilidad colectiva e individual, incluidas la caminata y el uso de la bicicleta, y las crecientes opciones de ahorro de movilidad gracias al teletrabajo.

Bibliografía

- Bárcena, A. y M. Cimoli (2020), "Asimetrías estructurales y crisis sanitaria: el imperativo de una recuperación transformadora para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe", *Revista CEPAL*, N° 132 (LC/PUB.2021/4-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022a), *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe, 2021* (LC/PUB.2022/1-P), Santiago.
- _____(2022b), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- _____(2022c), "Cómo financiar el desarrollo sostenible: recuperación de los efectos del COVID-19 en América Latina y el Caribe", *Informe Especial COVID-19*, N° 13, Santiago, enero.
- _____(2022d), *Una década de acción para un cambio de época* (LC/FDS.5/3), Santiago.
- _____(2022e), Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe [en línea] <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>.
- _____(2021a), "La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad", *Informe Especial COVID-19*, N° 9, Santiago, febrero.
- _____(2021b), "La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad", *Informe Especial COVID-19*, N° 11, Santiago, julio.
- _____(2021c), *Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe, 2021* (LC/PUB.2021/5-P), Santiago.
- _____(2021d), *Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2021* (LC/PUB.2021/10-P/Rev.1), Santiago.
- _____(2021e), *Observatorio Demográfico, 2020* (LC/PUB.2020/20-P), Santiago.
- _____(2021f), *Panorama Social de América Latina, 2020* (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago.
- _____(2020), "Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión", *Documentos de Proyectos* (LC/PUB.2020/14), Santiago.

⁴ Véase [en línea] <https://plataformaurbana.cepal.org/es/new-urban-agenda>.

- CEPAL/FILAC (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe) (2020), “Los pueblos indígenas de América Latina - Abya Yala y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: tensiones y desafíos desde una perspectiva territorial”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/47), Santiago.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (2021), “La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social”, *Informe COVID-19 CEPAL-OPS*, Santiago, octubre.
- (2020), “Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe”, *Informe COVID-19 CEPAL-OPS*, Santiago, julio.
- CEPAL/UNESCO (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2020), “La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19”, *Informe COVID-19 CEPAL-UNESCO*, Santiago, agosto.
- CEPAL/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2020), “Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”, diciembre [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46483-riesgos-la-pandemia-covid-19-ejercicio-derechos-sexuales-reproductivos-mujeres>.
- Naciones Unidas (2020a), *Informe: el impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe*, julio [en línea] <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/07/informe-el-impacto-de-covid-19-en-america-latina-y-el-caribe#view>.
- (2020b), *Policy Brief: The World of Work and COVID-19*, junio [en línea] https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/genericdocument/wcms_748428.pdf.
- (2020c), *Policy Brief: COVID-19 in an Urban World*, julio [en línea] <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-urban-world>.
- (2019), *World Urbanization Prospects: The 2018 Revision* (ST/ESA/SER.A/420), Nueva York.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2021), “The COVID-19 crisis in urban and rural areas”, *OECD Regional Outlook 2021: Addressing COVID-19 and Moving to Net Zero Greenhouse Gas Emissions*, París, OECD Publishing.
- (2020), “The territorial impact of COVID-19: managing the crisis across levels of government”, *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, París, OECD Publishing.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2022), WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [en línea] <https://covid19.who.int/table> [fecha de consulta: 28 de febrero de 2022].
- ONU-Hábitat (Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos) (2021), *Cities and Pandemics: Towards a More Just, Green and Healthy Future*, Nairobi.
- Rodríguez, L. (2021), “Los retos y oportunidades de la educación secundaria en América Latina y el Caribe durante y después de la pandemia”, *Boletín Desafíos*, N° 24 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/tipo/boletin-desafios/24>.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2021), “A un año del comienzo de la pandemia: continuidad educativa y evaluación en América Latina y el Caribe en 2021”, *Documento de Programa*, junio.
- Velasco, T., J. Rodrigues y L. Sobral (2021), “Planejamento urbano e saúde nas cidades: um diálogo inevitável. Entrevista com Suzana Pasternak e Natalia Pasternak”, *e-metrópolis*, N° 44 año 12, marzo.



CAPÍTULO

I

Impactos de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en la dinámica demográfica

- A. Mortalidad
- B. Fecundidad, con especial atención a la salud sexual y reproductiva
- C. Migración internacional
- D. Migración interna
- Bibliografía

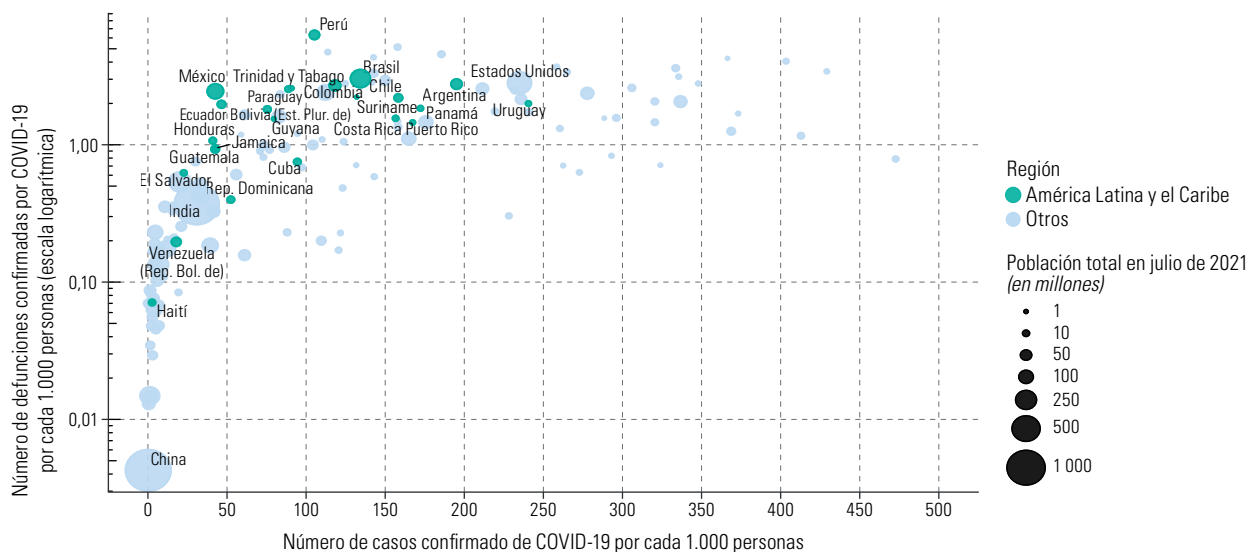
A. Mortalidad

1. La mortalidad por COVID-19 en América Latina y el Caribe

Los primeros casos registrados de contagio de COVID-19 en América Latina y el Caribe fueron notificados en la última semana de febrero de 2020 en São Paulo (Brasil). A casi dos años de declarada la pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (11 de marzo de 2020), América Latina y el Caribe tiene un total de 1.653.822 defunciones informadas por COVID-19 (hasta el 28 de febrero de 2022). Estas representan el 27,8% del total de defunciones por COVID-19 en el mundo, pese a que la población de la región solo representa el 8,4% de la población mundial (Naciones Unidas, 2019). En términos relativos, la región tiene 2,5 defunciones por COVID-19 por cada 1.000 habitantes, América del Norte presenta valores un poco más altos (2,6) y le siguen Europa (2,3), Asia (0,29), Oceanía (0,19) y África (0,18). El Perú es el país con más defunciones informadas por COVID-19 por cada 1.000 habitantes en el mundo (véase el gráfico I.1), con 6,3 defunciones por cada 1.000 habitantes, 2,5 veces más que el promedio de la región. A nivel regional, le sigue el Brasil (3,03 defunciones por cada 1.000 habitantes), la Argentina (2,77), Colombia (2,7), Trinidad y Tabago (2,58), el Paraguay (2,54) y México (2,45). En términos absolutos, el Brasil es el segundo país del mundo con más defunciones informadas por COVID-19 (648.913), después de los Estados Unidos (940.924) (OMS, 2022a).

Gráfico I.1

Número de defunciones y de casos confirmados de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el mundo por cada 1.000 personas, hasta el 28 de febrero de 2022



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), "WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard", 2022 [en línea] <https://covid19.who.int/> [fecha de consulta: 10 de marzo de 2022] para las defunciones y Naciones Unidas, *World Population Prospects 2019*, Nueva York, 2019 [en línea] <https://population.un.org/wpp/>.

Nota: Se consideran solamente países con más de 500 defunciones informadas por COVID-19 y con más de 500.000 habitantes.

Si bien las defunciones informadas por COVID-19 constituyen un mejor indicador que el número de casos notificados (Raftery y otros, 2020), pueden representar apenas una fracción del total de defunciones por COVID-19 (Heuveline y Tzen, 2021; Peto, 2020). Esto se debe a que existen diferencias significativas entre países con relación al acceso a testeos y servicios de salud para el diagnóstico de la enfermedad, la completitud de los registros de defunciones, la calidad de la clasificación de los datos por causas de muerte, las diferencias con relación a la vigilancia de enfermedades en situaciones de emergencia (CEPAL, 2021a) y la

saturación de los sistemas de salud (Da Silva y Pena, 2021). De este modo, el efecto total (directo e indirecto) de la pandemia en la mortalidad puede ser aún mayor y esas cifras representarían apenas un umbral mínimo de defunciones totales por COVID-19¹.

2. Las nuevas cepas y el aumento de la mortalidad en 2021

Con el avance de la pandemia se fueron detectando nuevas cepas del virus y la OMS ha clasificado hasta el 28 de febrero de 2022 cinco variantes preocupantes (alfa, beta, delta, gamma y ómicron) y dos variantes de interés (lambda y mu) (OMS, 2022b). Las variantes se consideran críticas si se asocian a uno o más de los siguientes cambios en un grado que sea significativo para la salud pública mundial: mayor transmisibilidad respecto del virus original, aumento de la virulencia o cambio en la presentación clínica de la enfermedad, o generación de una posible reducción en la eficacia de los tratamientos y las vacunas o de las medidas sociales y de salud pública.

Al 15 de marzo de 2022, de un total de 48 países y territorios con muestras identificadas de América Latina y el Caribe, todos habían informado sobre la detección de alguna variante preocupante: 42 habían detectado la variante alfa, 17 la beta, 39 la gamma, 47 la delta y 39 la ómicron (GISAID, 2022). En el gráfico I.2 se puede observar la primera detección de cada variante preocupante y de interés en los países, así como la rapidez con que se convierte en la variante principal resultante de las muestras genómicas. La OMS indica que, como parte de la naturaleza evolutiva del virus, se mantiene el riesgo de que aparezcan nuevas cepas.

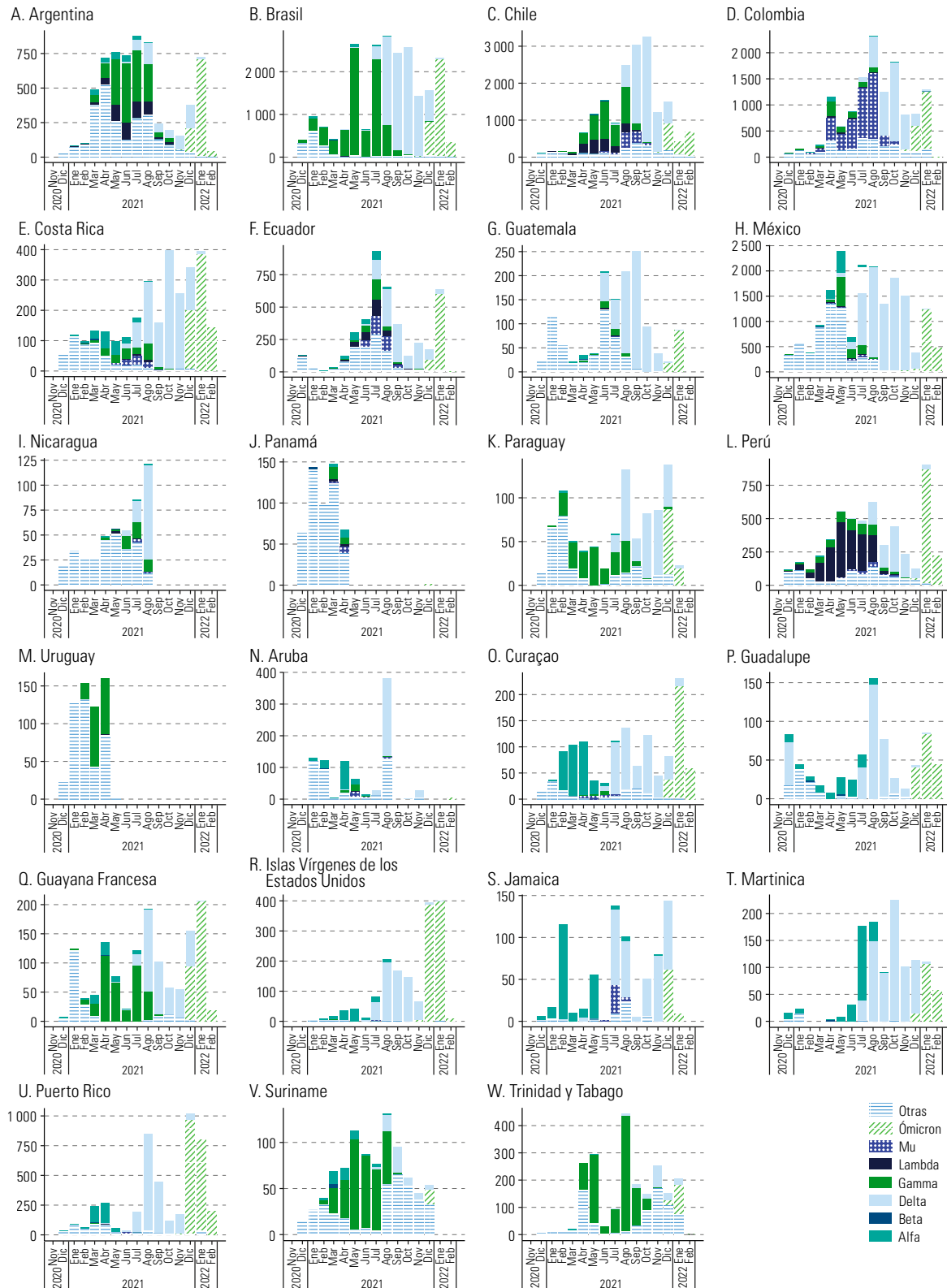
Durante el primer semestre de 2021, las nuevas variantes generaron una situación de desborde y hasta de colapso de los sistemas de salud de la región, que ya tenían estructuras débiles (Da Silva y Pena, 2021). Los números de defunciones mensuales por COVID-19 informadas a la OMS (2021) en esos meses fueron más elevados que en 2020 en algunos países. En la Argentina, el Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, el Perú, el Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de) se observa un significativo aumento de las defunciones informadas por COVID-19 en 2021 frente al año anterior (véase el gráfico I.3), cuando se tenía menos información sobre el tratamiento y la prevención de la enfermedad. El Brasil, por ejemplo, en julio de 2020 tuvo un máximo mensual de 32.512 defunciones informadas por COVID-19, pero en abril de 2021 el número de defunciones fue 2,6 veces superior y llegó a 84.319. Colombia, por su parte, en agosto de 2020 tuvo un máximo de 9.610 defunciones informadas por COVID-19, mientras que en junio de 2021 ese máximo fue de 17.579, 1,8 veces más que el año anterior. En el Perú, en agosto de 2020 se observó un máximo mensual de 18.064 defunciones, mientras que en 2021 estas llegaron a 23.458, casi un 30% más.

En el segundo semestre de 2021 se pudo observar una notoria disminución de las defunciones por COVID-19 en algunos países de la región (véase el gráfico I.3), a pesar de las nuevas variantes detectadas, mientras que en otros países se registran aumentos significativos (Bahamas, Belice, Cuba, El Salvador, Guatemala, Guyana, Jamaica y Trinidad y Tabago). Al analizar las tasas de vacunación, se observa que los países con mayor reducción de las defunciones informadas por COVID-19 en el segundo semestre también son los países con mayores porcentajes de población con esquema de vacunación completo. En países como la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, el Ecuador, el Perú y el Uruguay, que tienen más de 70% de la población total vacunada a la fecha, la disminución de las defunciones totales por COVID-19 es notoria. Por otra parte, países como Guatemala y Jamaica siguen con bajos porcentajes de vacunación y no llegan al 35% de la población con esquema de vacunación completo. En general, se ha observado una gran desigualdad en la distribución y el acceso a las vacunas en los países del Caribe y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) ha identificado países con grandes problemas institucionales y logísticos para acelerar la vacunación. En Haití, en particular, menos del 1% de la población cuenta con el esquema completo de vacunación.

¹ El efecto directo de la pandemia en la mortalidad se refiere a las defunciones directamente relacionadas con la infección por COVID-19, en tanto que el efecto indirecto se refiere a las defunciones por otras causas, pero que ocurrieron debido a la situación de pandemia y al colapso del sistema de salud (por ejemplo, la falta de camas en las unidades de tratamiento intensivo podría aumentar la mortalidad por insuficiencia cardíaca).

Gráfico I.2

América Latina y el Caribe (23 países): distribución mensual de las variantes de COVID-19, 1 de noviembre de 2020 a 28 de febrero de 2022



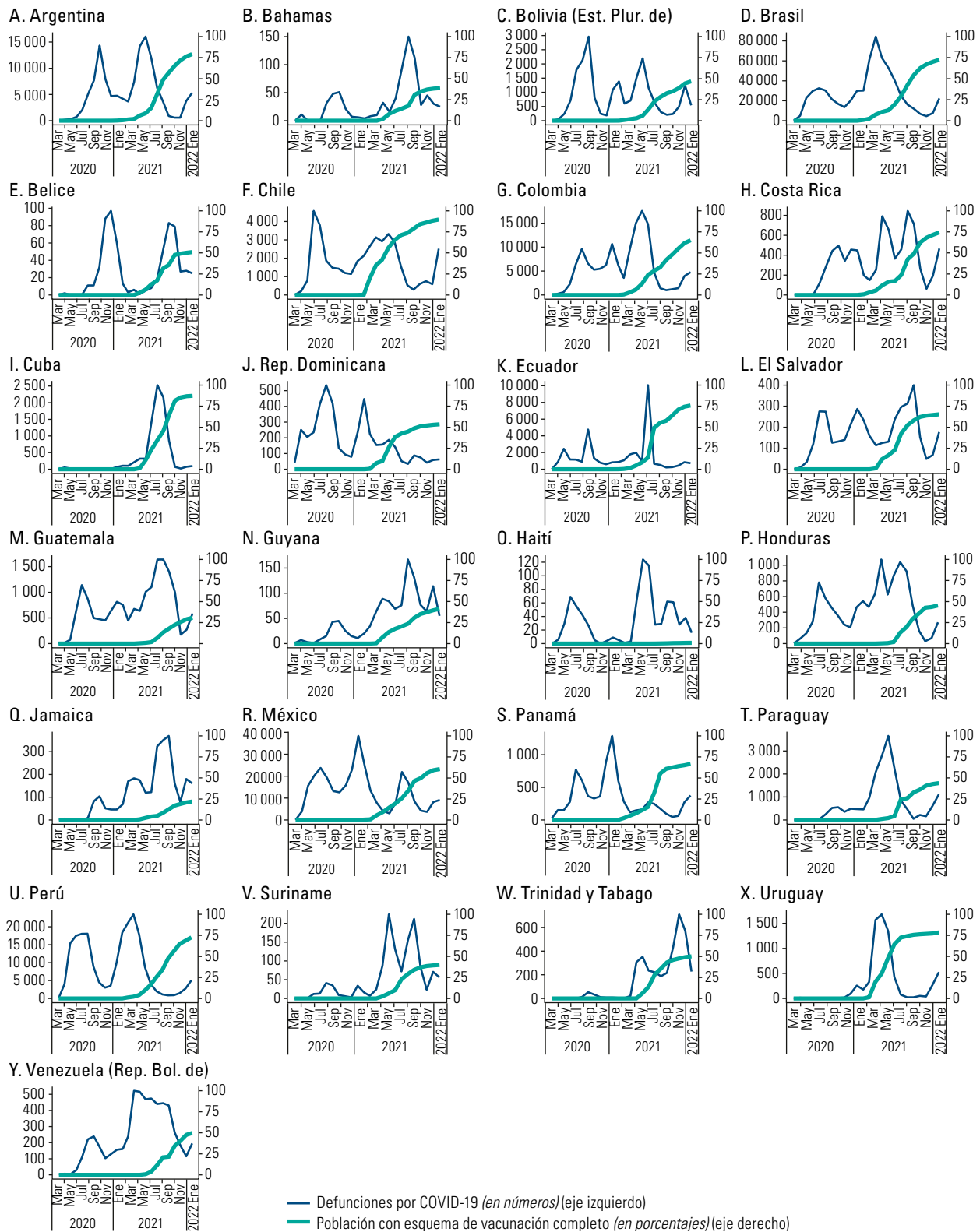
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Red Regional de Vigilancia Genómica de COVID-19”, 2022 [en línea] <https://www.paho.org/es/temas/influenza-otros-virus-respiratorios/red-regional-vigilancia-genomica-covid-19>; OPS, “Distribution of SARS-CoV-2 variants by subregion, Region of the Americas, 1 August, 2021 to 20 March, 2022”, 2022 [en línea] https://ais.paho.org/phi/viz/SARS_CoV2_variants_regional.asp; e Iniciativa mundial para intercambiar todos los datos sobre la gripe (GISAID), “Tracking of variants”, 2022 [en línea] <https://www.gisaid.org/hcov19-variants/> [fecha de consulta: 10 de marzo de 2022].

Nota: Se consideran solamente países con más de 500 muestras en el banco de datos GISAID al 31 de enero de 2022. Los gráficos empiezan en noviembre de 2020 porque esa fue la fecha en que se detectó la primera variante crítica en la región.

Gráfico I.3

América Latina y Caribe (25 países): defunciones informadas por COVID-19 y población con esquema de vacunación completo por mes, hasta el 28 de febrero de 2022

(En números y porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), “WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard” [en línea] <https://covid19.who.int/> [fecha de consulta: 10 de marzo de 2022] y E. Mathieu y otros, “A global database of COVID-19 vaccinations”, *Nature Human Behaviour*, vol. 5, julio de 2021.

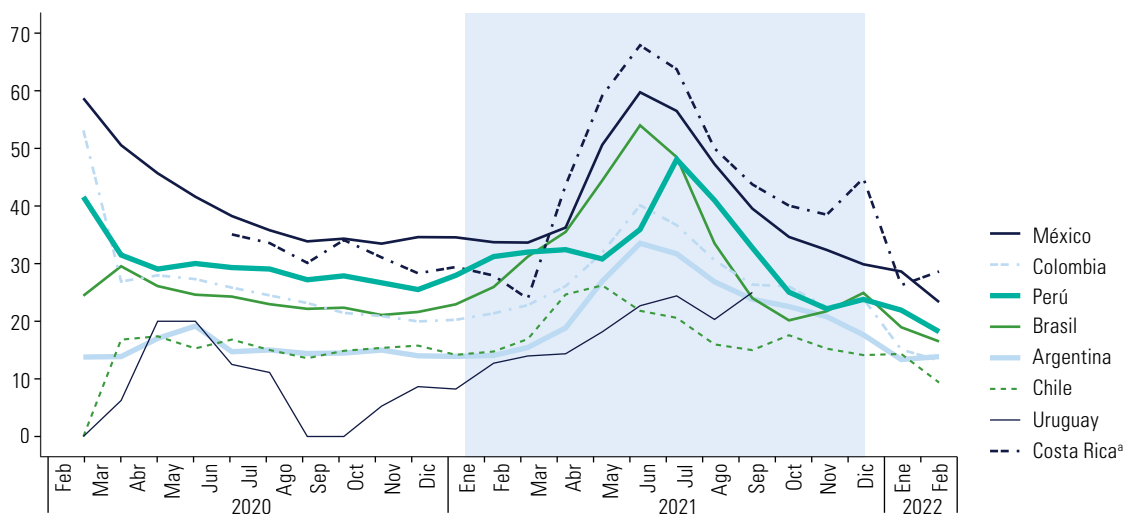
Nota: Se consideran solamente países con más de 500 defunciones por COVID-19 al 28 de febrero de 2022.

La vacunación contra el COVID-19 se considera una herramienta fundamental para el control de la crisis sanitaria, y también económica y social, desencadenada por la pandemia. La baja velocidad del proceso de vacunación en la región, y la gran desigualdad de esos procesos entre países, puede traducirse en una prolongación aún mayor de la pandemia y en la aparición de nuevas variantes del virus, lo que supone una amenaza a la efectividad de las vacunas existentes. A pedido de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), la CEPAL (2021c) ha desarrollado un plan integral de autosuficiencia sanitaria enfocado en el fortalecimiento de las capacidades de producción y distribución de vacunas y medicamentos. Este plan ha sido aprobado por unanimidad en la Sexta Cumbre de Jefas y Jefes de Estado y de Gobierno de la CELAC, celebrada en septiembre de 2021, con el objetivo de vacunar por lo menos al 70% de la población de todos los países hacia mediados de 2022.

Las nuevas variantes del virus y el consecuente aumento de la transmisibilidad y gravedad de las infecciones en 2021 hicieron que personas que en un principio no presentaban riesgo de muerte por no tener comorbilidades o enfermedades crónicas preexistentes (Hanlon y otros, 2021; Nepomuceno y otros, 2020) ni pertenecer a los grupos de edades inicialmente considerados de riesgo (Meyerowitz-Katz y Merone, 2020) fallecieran durante la nueva ola de la enfermedad. Al analizar las defunciones por COVID-19 por grupos de edades, en todos los países con información disponible por edades se observa un notable aumento de las defunciones informadas en menores de 60 años, que al principio de la pandemia presentaban proporciones más bajas de muertes informadas por COVID-19 (véase el gráfico I.4). Esta tendencia puede haberse generado no solo por el surgimiento de nuevas variantes, sino también debido a que las personas mayores fueron vacunadas antes que las más jóvenes.

Gráfico I.4

América Latina (8 países): defunciones informadas por COVID-19, personas de 0 a 59 años, 1 de marzo de 2020 a 28 de febrero de 2022
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la Argentina, el Ministerio de Salud del Brasil, el Ministerio de Salud de Chile, el Instituto Nacional de Salud de Colombia, el Ministerio de Salud de Costa Rica, el Ministerio de Salud Pública de Cuba, la Secretaría de Salud de México, el Ministerio de Salud del Perú y el Grupo Uruguayo Interdisciplinario de Análisis de Datos de COVID-19 (GUIAD-COVID-19).

^a Los grupos de edad corresponden a 0 a 64 años y a 65 años y más.

Con la excepción de México, en todos los países analizados hubo más defunciones por COVID-19 de menores de 60 años en el primer semestre de 2021 que en todo 2020. En la Argentina, por ejemplo, el número de defunciones por COVID-19 de menores de 60 años al 30 de junio de 2021 fue un 86% mayor que el número de defunciones por COVID-19 de personas de ese rango de edad en todo 2020. Lo mismo se observa en Colombia y Costa Rica, que tuvieron, respectivamente, un 85% y un 81% más defunciones por COVID-19 en menores de 60 años en junio de 2021 que en 2020. En el Brasil, Cuba y el Uruguay los valores se duplicaron con relación a los observados en 2020. Estas cifras son preocupantes y hacen que sea urgente aumentar la vigilancia genómica para evitar nuevas variantes del virus (véase el recuadro I.1) y acelerar la vacunación en edades más jóvenes en los países de la región.

Recuadro I.1

La importancia de la secuenciación genómica del virus del COVID-19 y sus desafíos en la región

Las nuevas olas del virus registradas en 2021 han aumentado la mortalidad por COVID-19. En consecuencia, los especialistas han instado a aumentar la tasa de vacunación en los países en desarrollo (Cohen, 2021) y a aplicar las vacunas en edades más tempranas. Se ha señalado la probabilidad de que surjan más variantes en el futuro y se ha discutido sobre las dificultades para controlar la propagación de estas variantes (Kupferschmidt y Wadman, 2021). Además, se destaca que en el mundo existen puntos ciegos de codificación genética de muestras del virus del COVID-19 y que la mayoría de los genomas que se encuentran en el repositorio internacional de genomas Iniciativa mundial para intercambiar todos los datos sobre la gripe (GISAID, 2022) provienen de países de altos ingresos (Wadman, 2021). Los desafíos para la secuenciación genética de las muestras virales incluyen el costo de un secuenciador (aproximadamente 335.000 dólares), la garantía del transporte de las muestras en áreas de difícil acceso, la necesidad de refrigeración para el transporte de las muestras, el alto precio de los reactivos para la secuenciación y el entrenamiento de científicos locales (Wadman, 2021).

A nivel regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) creó en 2020 la Red Regional de Vigilancia Genómica de COVID-19 (OPS, 2022) para fortalecer la secuenciación en los laboratorios e implementar la vigilancia genómica de rutina, aumentando la cantidad de datos de secuenciación disponibles en la región. Esa red es esencial para mejorar los protocolos de diagnóstico del virus, generar información para el desarrollo de vacunas y entender los patrones de evolución del coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo de tipo 2 (SARS-CoV-2). Al 15 de marzo de 2022, apenas el 32% de los 38 países de la región poseen capacidad de secuenciación interna, un 37% hacen secuenciación externa, o sea, envían las muestras genéticas a uno de los laboratorios de referencia en la región, y el otro tercio no participa de la red, por lo que no se dispone de información sobre su secuenciación genética. Los laboratorios de referencia de secuenciación de la región se encuentran en el Brasil, Chile, México, Panamá y Trinidad y Tabago. Se considera entonces necesario llevar adelante una mayor vigilancia genómica del virus en la región y lograr avances en la vacunación para evitar futuras olas de nuevas variantes. El intercambio de especialistas de la región en el tema también es importante y la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) ha creado la Red de Especialistas en Agentes Infecciosos y Enfermedades Emergentes y Reemergentes, con el objetivo de llevar adelante investigaciones que permitan prevenir riesgos de contagios y combatir las enfermedades en la región.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de J. Cohen, "For WHO leader, a 'feeling that we're failing'", *Science*, vol. 372, N° 6549, 25 de junio de 2021; Iniciativa mundial para intercambiar todos los datos sobre la gripe (GISAID), "Tracking of variants", 2022 [en línea] <https://www.gisaid.org/hcov19-variants/> [fecha de consulta: 10 de marzo de 2022]; K. Kupferschmidt y M. Wadman, "Delta variant triggers new phase in the pandemic", *Science*, vol. 372, N° 6549, 25 de junio de 2021; Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Red Regional de Vigilancia Genómica de COVID-19", 2022 [en línea] <https://www.paho.org/es/temas/influenza-otros-virus-respiratorios/red-regional-vigilancia-genomica-covid-19>; M. Wadman, "Blind spots thwart global coronavirus tracking", *Science*, vol. 372, N° 6544, 21 de mayo de 2021.

3. El impacto del COVID-19 en la esperanza de vida al nacer: del aumento sostenido a la crisis actual

Hasta 2019, se observó un incremento continuo en los niveles de esperanza de vida en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe como resultado de la disminución sin precedentes de las tasas específicas de mortalidad que empezó a partir de la década de 1930 (Arriaga y Davis, 1969). El desarrollo socioeconómico se tradujo en mejoras en la infraestructura urbana, con la expansión del saneamiento básico y acceso al agua potable, y permitió la importación de tecnologías y la adopción de modernos métodos de asistencia sanitaria (Arriaga y Davis, 1969). En medio a todas esas transformaciones, en menos de 70 años, la esperanza de vida de la región pasó de 51,4 años en 1950 a 75,2 años en 2019 (Naciones Unidas, 2019). En comparación, países como Suecia y el Reino Unido demoraron 90 años (1886-1976) y 83 años (1903-1986), respectivamente, para lograr ese aumento de 25 años en la esperanza de vida al nacer (UC Berkeley/MPIDR, 2022).

La transición epidemiológica observada desde los años treinta en América Latina y el Caribe está marcada por tendencias de mortalidad y salud heterogéneas². Esa transición epidemiológica se caracteriza por una

² La teoría de transición epidemiológica descrita por Omran (1971) sobre la base de las tendencias históricas de mortalidad y salud de los países más desarrollados se refiere a la transición de un contexto de altas tasas de contagio y muerte por enfermedades infecciosas, con impacto sobre todo en las edades más jóvenes, a un contexto de mayor peso de la mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas y en grupos de edad más avanzada.

sobreposición de escenarios distintos, dado que algunos grupos poblacionales ya están en una etapa en que las enfermedades crónicas y degenerativas tienen un mayor peso en la mortalidad y la salud, mientras que otros enfrentan una sobreposición de ese escenario con una reincidencia de enfermedades infecciosas, parasitarias y respiratorias, y altas tasas de mortalidad infantil (Frenk y otros, 1991). Es más, en los últimos 30 años, la violencia y las causas externas de mortalidad han tenido un importante impacto sobre la población joven, principalmente de hombres. En algunas áreas del Brasil y México, por ejemplo, los homicidios y la violencia limitaron el incremento de la esperanza de vida en las regiones más vulnerables (Aburto y otros, 2021; Canudas-Romo y Aburto, 2019; Canudas-Romo y otros, 2017). En esos y en otros países de la región, la violencia dificulta la convergencia en relación con el régimen de mortalidad de los países más desarrollados (Alvarez, Aburto y Canudas-Romo, 2020). Este contexto implica desafíos específicos en términos de estrategias sanitarias y de intervención sobre los determinantes sociales de la salud por parte de los Gobiernos, ya que las diferentes etapas exigen distintos modelos de políticas de salud y de seguridad pública (Di Cesare, 2011), lo que incluye la consideración de la interseccionalidad de los factores de raza o etnia, género y edad como determinantes para mitigar la mortalidad violenta en América Latina y Caribe.

La llegada de la pandemia en 2020, en un contexto regional de elevadas desigualdades socioeconómicas y de salud, así como de grandes diferencias entre países en relación con los sistemas de salud y las estrategias de respuesta, representó un cambio en las tendencias de mortalidad en la región. La CEPAL (2021a) estimó que, dada la distribución por edades de los países de la región y la letalidad del virus antes de las vacunas, a una prevalencia anual del 5% de COVID-19 en la población, los países podían perder de 0,3 a 0,7 años de esperanza de vida al nacer. Con una prevalencia del 10%, el rango de años de esperanza de vida perdidos va de 0,7 a 1,4. Si la prevalencia fuese del 25%, se perderían de 1,5 a 3,2 años, y si fuese del 50%, la pérdida de esperanza de vida sería de 2,8 a 6 años de vida.

Algunos investigadores han hecho estimaciones a nivel de país. Para el Brasil, se estima una pérdida de 1,3 años en la esperanza de vida al nacer (Castro y otros, 2021), lo que supone un retroceso de por lo menos 7 años en ese indicador, y para Chile se prevé una pérdida de 1,28 años en el caso de los hombres y de 0,85 años en el de las mujeres en 2020 en comparación con 2019 (Aburto y otros, 2022).

Con la continuación de la pandemia en 2021, este escenario se volvió aún más preocupante, ya que las consecuencias económicas y sobre la salud se profundizaron en las poblaciones más vulnerables y con más necesidades básicas insatisfechas (CEPAL, 2022). Es importante destacar también el impacto en las poblaciones afrodescendientes e indígenas, tanto en el momento de monitoreo y aislamiento de casos como en la distribución de las vacunas y el acceso a los servicios de salud y tratamiento (CEPAL, 2021b; CEPAL y otros, 2020). Diversos estudios han mostrado que los factores estructurales de desigualdad configuran perfiles epidemiológicos y de morbilidad diferenciados y que, más allá de las complejas interrelaciones entre clase social, género, etnia y territorio, y de cómo estas operan a través de variables próximas, lo cierto es que tienen una significativa incidencia en las condiciones de salud. Bajo este enfoque, las situaciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica incrementan los riesgos de contagio y muerte por COVID-19. Las desigualdades están relacionadas tanto con la capacidad de protección respecto del contagio, como con la mayor incidencia de comorbilidades que se asocian a una mayor gravedad de la enfermedad y eventualmente a la muerte (Wachtler y otros, 2020), así como a diferenciales en el acceso a los servicios de salud y el tratamiento oportuno y de calidad una vez que la persona se ha enfermado.

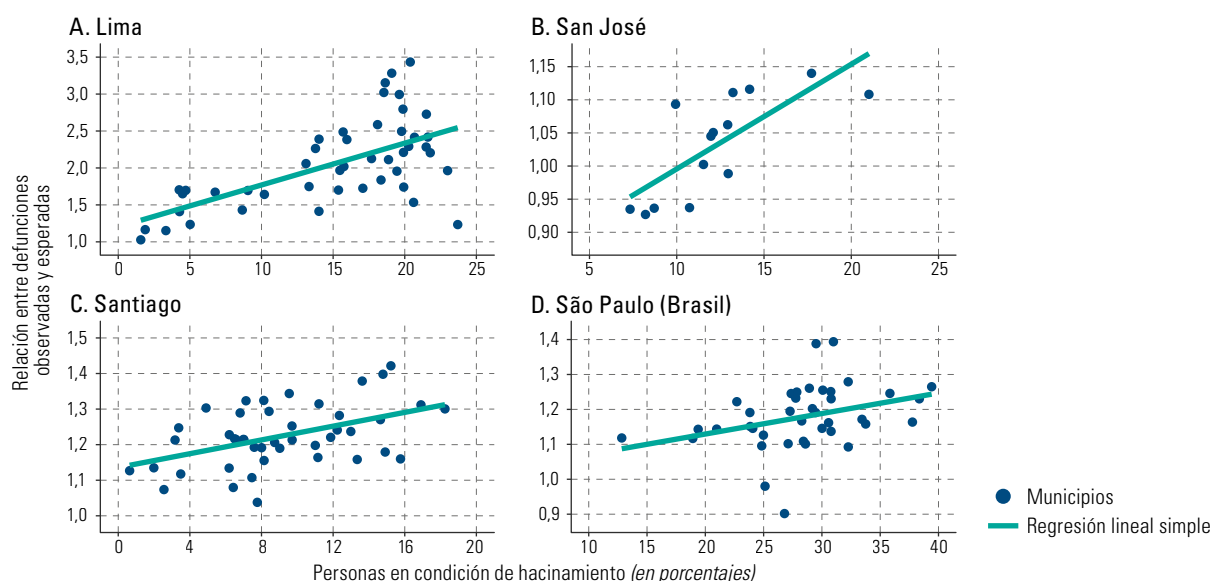
Entre los factores de riesgo asociados a la mayor gravedad de la enfermedad y distribuidos de manera desigual en la sociedad se encuentran las enfermedades cardiovasculares, las afecciones pulmonares (como la bronquitis crónica), las enfermedades del hígado, la diabetes, el cáncer y las afecciones del sistema inmune (Wachtler y otros, 2020). Actualmente se discute sobre el tabaquismo y la obesidad —dos factores que también están más presentes en grupos en situación de vulnerabilidad socioeconómica— como posibles factores de riesgo adicionales frente al COVID-19 (Vardavas y Nikitara, 2020; Sattar, McInnes y McMurray, 2020). En la región se ha demostrado, además, que existe una alta correlación entre la vulnerabilidad socioeconómica y el grado de gravedad y muerte por COVID-19 y las tasas de vacunación³.

³ Véanse Moralejo Bermudi y otros (2021) y Werneck y otros (2021) para el Brasil; Bilal, Alfaro y Vives (2021), Mena y otros (2021) y Canales (2020) para Chile; Macchia y otros (2021) para la Argentina; Vázquez-Rowe y Gandolfi (2020) y Taylor (2021) para el Perú; Cifuentes y otros (2021) para Colombia; Arceo-Gomez y otros (2022) para México, y CEPAL (2022) para América Latina.

El tamaño de la población y la mayor interconectividad local e internacional de los centros urbanos densamente poblados los hacen más vulnerables a la transmisión y el contagio del virus (Naciones Unidas, 2020b). En este sentido, se ha mostrado que en América Latina y el Caribe existe una alta concentración de casos de contagio y muerte en las grandes ciudades (CEPAL, 2021b), que se caracterizan por un elevado nivel de segregación residencial y desigualdades respecto de importantes factores de riesgo frente a la pandemia, como el hacinamiento, la falta de acceso a servicios de agua y saneamiento, de electricidad y de Internet, la informalidad laboral y la saturación del transporte público (CEPAL, 2021b). Los datos presentados en el gráfico I.5 muestran que, en cuatro ciudades de la región, los municipios que concentran un porcentaje más alto de personas hacinadas han tenido mayores niveles de exceso de mortalidad durante la pandemia.

Gráfico I.5

América Latina (4 ciudades): relación entre exceso de mortalidad y nivel de hacinamiento, 2020



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Ministerio de Salud del Brasil, el Ministerio de Salud de Chile, el Ministerio de Salud del Perú y la Oficina Nacional de Estadística de la República Dominicana (número de defunciones); Censo Demográfico 2010 del Brasil, Censo de Población y Vivienda 2012 de Chile, Censos Nacionales 2017 del Perú y IX Censo Nacional de Población y Vivienda 2010 de la República Dominicana (porcentaje de personas en condición de hacinamiento).

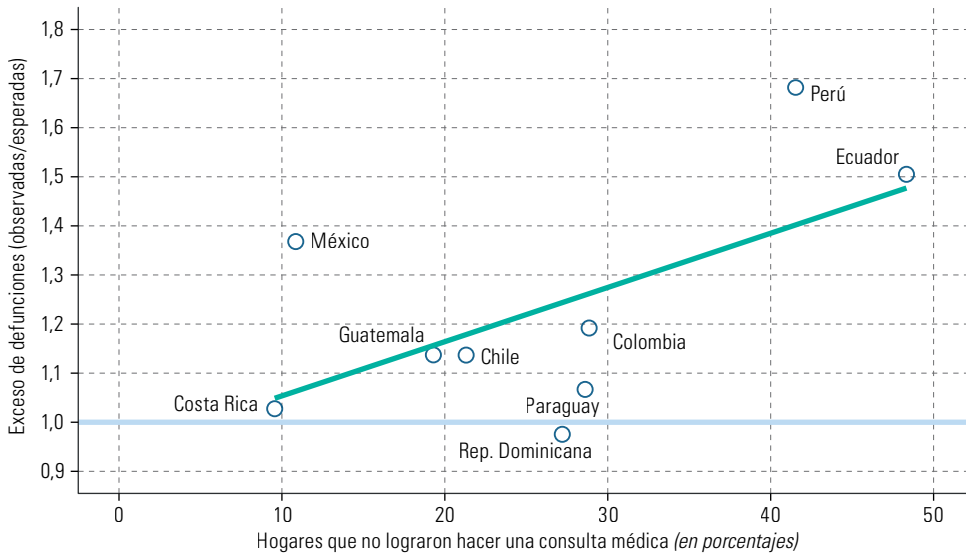
Nota: Si bien la información corresponde al último censo levantado en cada país, previo a 2020, se asume que las desigualdades entre municipios observadas en el momento censal no han tenido cambios significativos (aun cuando las cifras en los porcentajes de población con y sin hacinamiento hayan variado). Se consideran en condición de hacinamiento las personas que habitan en viviendas con 2,5 personas por dormitorio o 2 o más personas y 0 dormitorios.

Otro importante factor de riesgo se vincula a las barreras de acceso al sistema de salud en los diferentes países. El gráfico I.6 muestra la relación entre exceso de defunciones en los países y porcentaje de personas que no pudieron hacer una consulta médica cuando fue necesario, en algún momento desde el inicio de la pandemia el 15 de marzo de 2020. El Ecuador y el Perú son los países con mayores proporciones de exceso de mortalidad en 2020, con un 50% más de defunciones en 2020 con relación a lo esperado para ese mismo año, y un 48% y un 42% de las personas, respectivamente, no pudo realizar una consulta médica cuando tuvo necesidad. Por otra parte, en Costa Rica hubo menos del 10% de exceso de defunciones y la población presentó el menor porcentaje de hogares con demanda insatisfecha respecto de la consulta médica.

Entre las razones que los miembros de los hogares declararon para no haber logrado hacer consultas médicas se destacan la falta de disponibilidad del personal médico, la escasez de citas o turnos y el miedo al contagio. En el Perú y el Ecuador, los dos países con las mayores cifras de exceso de mortalidad, más del 70% de los hogares declararon esas tres principales razones. En Colombia y el Paraguay, el 18% y el 22%, respectivamente, mencionaron las restricciones para salir de casa, y en Guatemala el 23% declaró la falta de dinero como razón para no hacer una consulta médica. Estos resultados refuerzan la necesidad de mejorar la capacidad y la estructura de asistencia sanitaria básica de la población en la región y los desafíos estructurales y circunstanciales que plantea la pandemia.

Gráfico I.6

América Latina (9 países): relación entre exceso de mortalidad y porcentaje de hogares que no lograron hacer una consulta médica, 2020

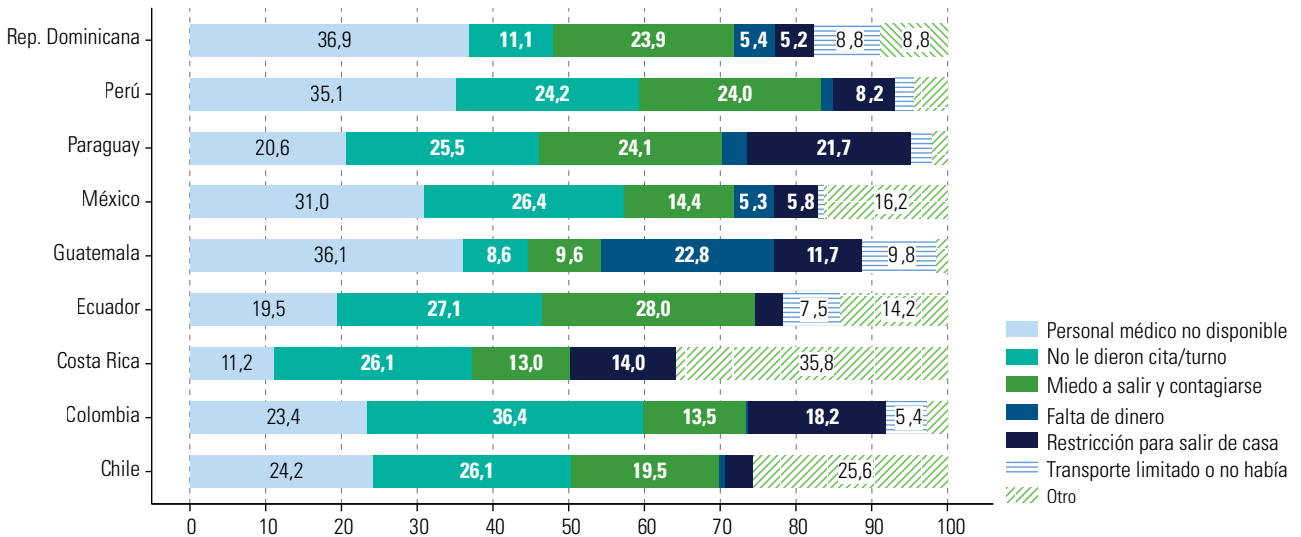


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Ministerio de Salud de Chile, el Instituto Nacional de Salud de Colombia, el Ministerio de Salud de Costa Rica, el Ministerio de Salud Pública de Cuba, la Secretaría de Salud de México, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, el Ministerio de Salud del Perú, el Grupo Uruguayo Interdisciplinario de Análisis de Datos de COVID-19 (GUIAD-COVID-19) y la Oficina Nacional de Estadística de la República Dominicana (para el número de defunciones); y Banco Mundial, "COVID-19 Household Monitoring Dashboard" [en línea] <https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard> (para el porcentaje de hogares que no lograron hacer una consulta médica).

Nota: Las encuestas del Banco Mundial con la información del porcentaje de hogares que hicieron una consulta médica se realizaron en las siguientes fechas: del 20 de mayo de 2020 al 8 de junio de 2020 en Chile, del 26 de mayo de 2020 al 4 de junio de 2020 en Colombia, del 22 de mayo de 2020 al 5 de junio de 2020 en Costa Rica, del 8 de mayo de 2020 al 23 de mayo de 2020 en el Ecuador, del 26 de mayo de 2020 al 3 de junio de 2020 en Guatemala, del 21 de mayo de 2020 al 11 de junio de 2020 en México, del 22 de mayo de 2020 al 1 de junio de 2020 en el Perú, del 24 de mayo de 2020 al 14 de junio de 2020 en el Paraguay y del 22 de mayo de 2020 al 3 de junio de 2020 en la República Dominicana.

Gráfico I.7

América Latina (9 países): razones para no haber logrado hacer una consulta médica en 2020 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Banco Mundial, "COVID-19 Household Monitoring Dashboard" [en línea] <https://www.worldbank.org/en/data/interactive/2020/11/11/covid-19-high-frequency-monitoring-dashboard>.

Nota: Las encuestas del Banco Mundial con la información del porcentaje de hogares que hicieron una consulta médica se realizaron en las siguientes fechas: del 20 de mayo de 2020 al 8 de junio de 2020 en Chile, del 26 de mayo de 2020 al 4 de junio de 2020 en Colombia, del 22 de mayo de 2020 al 5 de junio de 2020 en Costa Rica, del 8 de mayo de 2020 al 23 de mayo de 2020 en el Ecuador, del 26 de mayo de 2020 al 3 de junio de 2020 en Guatemala, del 21 de mayo de 2020 al 11 de junio de 2020 en México, del 22 de mayo de 2020 al 1 de junio de 2020 en el Perú, del 24 de mayo de 2020 al 14 de junio de 2020 en el Paraguay y del 22 de mayo de 2020 al 3 de junio de 2020 en la República Dominicana.

4. A modo de cierre: urge adoptar medidas basadas en información confiable y oportuna

Pese a que la mayoría de los países de América Latina y el Caribe informan cifras de defunciones por COVID-19 a la OMS (OMS, 2022a), los datos de defunciones totales (es decir, contabilizando todas las causas de muerte) para 2020 aún no están disponibles para la mayoría de los países de la región.

Si bien de manera concomitante con las transiciones de mortalidad y epidemiológica, los países de América Latina y el Caribe registraron grandes avances en sus procesos de registro de las estadísticas vitales (Del Popolo y Bay, 2021), la pandemia ha dejado al descubierto las limitaciones que aún persisten en el sistema de estadísticas vitales y de información de salud. Muchos países todavía no tienen un registro continuo de sus eventos vitales, reflejo de contextos de inestabilidad política y económica local (CEPAL, 2021a), e incluso en países con sistemas bien estructurados, los niveles de completitud no se acercan al 100%. Solo en la Argentina, el Brasil, Chile y el Uruguay, los sistemas de registro de estadísticas vitales cuentan con grados de completitud mayores al 90%. Además, la clasificación de las causas de muerte aún es un desafío para los sistemas de estadísticas vitales de los países, muchos de los cuales tienen altos niveles de muertes por causas mal definidas, lo que dificulta el diseño de las políticas de salud (CEPAL, 2021a). Otros retos conciernen a la desagregación y el análisis de la información de salud por sexo y por raza o etnia de la población, lo que podría cualificar mejor el nivel de las brechas en salud en los países. Las desigualdades de género y étnico-raciales deben tomarse en cuenta como determinantes sociales clave en materia de salud.

B. Fecundidad, con especial atención a la salud sexual y reproductiva

La pandemia puede afectar la fecundidad por numerosos y diversos mecanismos (Naciones Unidas, 2021a y 2021b; Sobotka y otros, 2021a; Berrington y otros, 2022) que, en términos teóricos generales, actúan mediante tres grandes vías: i) cambios en la “demanda de hijos o hijas”, ya sea a corto plazo (nacimientos planificados en un horizonte temporal de 9 a 24 meses) o a largo plazo (preferencias reproductivas o número de hijos o hijas deseados al final de la vida fértil; ii) cambios en la capacidad reproductiva u “oferta de hijos o hijas”, y iii) cambios en las variables intermedias, en particular, actividad sexual, nupcialidad, acceso a métodos anticonceptivos y aborto. Aunque estas vías tienen cierta autonomía, también son interdependientes, lo que es evidente en el caso de la primera y la tercera, pues para materializar los cambios en la demanda de hijos o hijas es necesario usar una o más variables intermedias.

La pandemia difícilmente modificará la oferta de hijos o hijas, cuyos determinantes biológicos no parecen estar siendo afectados por el COVID-19, al menos hasta ahora. En cambio, es altamente probable que afecte las preferencias de fecundidad y las variables intermedias. Casi con seguridad, la pandemia y la crisis socioeconómica derivada de ella reducirán las intenciones de fecundidad en el corto plazo, pues está bien establecido, tanto conceptual como empíricamente, que en las sociedades modernas la incertidumbre y el deterioro económico y social tienden a incentivar el aplazamiento o la cancelación de proyectos reproductivos (Luppi, Arpino y Rosina, 2020; Aassve y otros, 2021; Lee, 2021; Sobotka y otros 2021a). Sin embargo, el componente a más largo plazo de las preferencias de fecundidad, según la mayoría de las teorías e investigaciones sobre el tema, es más estable, al menos por cohortes, y, por ello, más resistente al embate de la pandemia. En esa línea, también puede ocurrir que las preferencias de fecundidad permanezcan inalteradas por la pandemia. En tal caso, la caída durante el período de crisis pandémica correspondería en buena parte a hijos e hijas deseados pero postergados, que probablemente se tendrán más adelante para alcanzar las preferencias de fecundidad. En historia demográfica comparada hay varios ejemplos de este fenómeno de recuperación de la fecundidad tras la ocurrencia de catástrofes como guerras, epidemias y crisis económicas (Naciones Unidas, 2021a; Sobotka y otros 2021a; Aassve y otros, 2021).

Por otra parte, la pandemia ha afectado las variables intermedias de la fecundidad, aunque no está clara aún la magnitud de esa afectación y en, ciertos casos, su sentido, y se han planteado varios debates al respecto (Ait Addi, Benksim y Cherkaoui, 2020; Naciones Unidas, 2021a y 2021b, Lehmillier y otros, 2021; Caruso, Rapisarda y Minona, 2020; Cito y otros, 2021; Coombe y otros, 2021). Las medidas de confinamiento y distanciamiento social casi con seguridad inciden en la actividad sexual, pero de una forma ambigua porque si bien reducen la actividad sexual de parejas que no cohabitan, pueden aumentar la de las parejas que cohabitan, lo que dificulta llegar a una conclusión teórica firme. La falta de datos confiables al respecto impide resolver esta ambigüedad por la vía empírica. La nupcialidad, por su parte, históricamente ha caído por las crisis económicas, por la misma razón que reacciona la fecundidad en igual sentido, y esta vez se suman las restricciones de desplazamiento y cierres administrativos, que pueden limitar la materialización de uniones y matrimonios, incluidos los infantiles, aunque la informalidad de estas uniones, al menos en la región, hace más incierta su tendencia. En contrapartida, la pandemia también puede inhibir transitoriamente la separación de uniones y matrimonios. En cualquier caso, cabe esperar una postergación de las uniones y, con ello, una disminución de la actividad sexual que tiene más probabilidades de tener propósitos reproductivos, que es la que ocurre en las uniones (Castro Martín y otros, 2011). Por último, el impacto más importante probablemente proviene de la disrupción de los servicios de salud sexual y reproductiva generada por la pandemia, que podría reducir el acceso a métodos anticonceptivos y al aborto seguro en los países en los que esta práctica es legal (véase el recuadro I.2). En este caso, el efecto de la pandemia es aumentar la fecundidad, en particular la fecundidad no deseada, lo que constituye una vulneración flagrante de los derechos sexuales y reproductivos establecidos en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

Recuadro I.2

América Latina y el Caribe: la disrupción de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) supone una amenaza para la garantía de los derechos reproductivos

El acceso universal a la salud sexual y reproductiva y el cumplimiento de los derechos reproductivos, planteados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, se han visto afectados por la pandemia de COVID-19 por varias vías, entre ellas: i) quiebres en la cadena de suministro de anticonceptivos, debidos, por ejemplo, a interrupciones en la cadena de importaciones o limitaciones para su distribución oportuna; ii) restricciones en el funcionamiento de los establecimientos que ofrecen estos servicios y prestaciones, a causa de las medidas de confinamiento, distanciamiento social y toque de queda implementadas para combatir la pandemia; iii) decisiones sanitarias de reasignación de recursos humanos y financieros a la contención de la pandemia; iv) reducción de la oferta por carencia de personal, producto de los contagios, y de equipos de protección personal (EPP) contra el COVID-19 para el personal de estos servicios, y v) retracción de la demanda, tanto por la no concurrencia a los establecimientos que ofrecen estos servicios y prestaciones debido al riesgo de contagio, como por la inviabilidad de trasladarse hacia dichos establecimientos a causa de las restricciones de movilidad, así como por la caída de ingresos cuando se trata de prestaciones pagas.

Dos líneas de indagación se han desplegado con relación a estas interrupciones de los servicios de salud sexual y reproductiva: por una parte, la cuantificación de la magnitud, alcance y duración de estas disrupciones, y, por la otra, la estimación de los efectos de estas discontinuidades sobre la demanda insatisfecha de anticoncepción, la fecundidad no deseada, el aborto y la morbilidad maternoinfantil.

Respecto de la primera línea de indagación, de acuerdo con la encuesta levantada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) sobre el impacto del COVID-19 en los servicios de salud, se observa que el 64% de los países de América Latina y el Caribe declararon interrupciones en los servicios de planificación familiar y anticoncepción en el período enero-marzo de 2021 y varios países declararon que hubo una disrupción grave (merma del 50% o más del suministro). De acuerdo con la misma encuesta, los servicios de prevención y respuesta a la violencia sexual y de pareja, así como los servicios de aborto seguro y cuidado posaborto también registraron discontinuaciones masivas (un 50% y un 33%, respectivamente). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021) también ha levantado encuestas sobre la materia con resultados que muestran una disrupción con un descenso marcado en el acceso a los servicios de planificación familiar al inicio de la pandemia (a junio de 2020) y con una contención posterior en 2021. No obstante, en el tercer trimestre de 2021 aún eran numerosos los países que declaraban un acceso reducido a los servicios de planificación familiar (véase el cuadro 1).

Recuadro I.2 (continuación)

Cuadro 1

América Latina y el Caribe: interrupción en los servicios de planificación familiar y cuidado prenatal y posnatal, junio de 2020 y septiembre-octubre de 2021

(En número de países y porcentajes)

Categorías	Junio de 2020					Septiembre-octubre de 2021					
	Sin cambios	Descenso menor al 10%	Descenso del 10% al 24%	Descenso del 25% y más	No sabe	Aumento	Sin cambios	Descenso menor al 10%	Descenso del 10% al 24%	Descenso del 25% y más	No sabe
Planificación familiar (en número de países)	1	1	14	5	6	1,0	11	5	3	2	1
Planificación familiar (en porcentajes)	3,7	3,7	51,9	18,5	22,2	4,3	47,8	21,7	13,0	8,7	4,3
Cuidado prenatal y posnatal (en número de países)	2	11	2	4	7	2	14	4	2	1	2
Cuidado prenatal y posnatal (en porcentajes)	7,7	42,3	7,7	15,4	26,9	8,0	56,0	16,0	8,0	4,0	8,0

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), "Tracking the situation of children during COVID-19 (Mar/Apr 2021)" [en línea] <https://data.unicef.org/resources/rapid-situation-tracking-covid-19-socioeconomic-impacts-data-viz/>.

Nota: De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la primera y cuarta ronda de la encuesta (las dos incluidas en el cuadro) fueron respondidas por 30 países y 28 países, respectivamente. Sin embargo, los totales del cuadro son inferiores porque los países no contestaron a todas las preguntas. Los porcentajes se calcularon respecto de las respuestas efectivas. Las preguntas efectuadas en cada ronda fueron las siguientes: ronda 1: ¿Cuál es, aproximadamente, el nivel de interrupción causado por el COVID-19 en materia de cobertura y uso de los servicios de...?; ronda 2: En comparación con esta misma fecha del año pasado, ¿cuál es, aproximadamente, el cambio ocasionado por el COVID-19 en materia de acceso a servicios de salud de mujeres embarazadas, niños y adolescentes, a escala nacional?

Por su parte, las encuestas dirigidas a potenciales usuarios de servicios de salud sexual y reproductiva también muestran discontinuidad y pérdida de acceso a dichos servicios. Por ejemplo, la encuesta del Instituto Guttmacher sobre experiencias de materia de salud sexual y reproductiva, realizada en los Estados Unidos del 30 de abril al 6 de mayo de 2020, mostró que un 33% de las mujeres tuvo que retrasar o cancelar consultas relacionadas con los servicios de salud sexual y reproductiva y que estas interrupciones fueron mayores entre hispanas (45%) y afrodescendientes (38%) (Lindberg y otros, 2020). Los países también informan diversos indicadores de interrupción de servicios. Por ejemplo, en la Argentina, la cantidad de consultas atendidas sobre dispositivos anticonceptivos cayó de 77.795 en 2019 a 23.509 en 2020 y la distribución de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración bajó de 33.870 a 16.485 unidades en ese mismo periodo. En el Estado Plurinacional de Bolivia, las pruebas de Papanicolaou cayeron de 511.723 en 2019 a 238.469 en 2020. En Chile, los controles de salud sexual y reproductiva, que habían superado los 2 millones entre 2014 y 2019, bajaron a 1,1 millones en 2020, mientras que en la República Dominicana, las consultas de planificación familiar descendieron de 200.481 a 112.449 entre 2019 y 2020.

El sector académico, por ejemplo, a través del proyecto ISLAC^a, y la sociedad civil de la región también han hecho esfuerzos por monitorear estas interrupciones y denunciarlas para apurar la recuperación de la continuidad de los servicios y prevenir estas interrupciones en el futuro. En el cuadro 2 se expone una muestra de una de estas iniciativas, que es sugerente respecto de la magnitud de las interrupciones en varias dimensiones de la salud sexual y reproductiva.

Cuadro 2

América Latina (países seleccionados): ilustraciones de interrupciones significativas en cinco áreas de servicios de salud sexual y reproductiva, 2020-2021

Consejerías en salud sexual y reproductiva y planificación familiar	Métodos anticonceptivos	Testeos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Interrupción del embarazo	Mortalidad materna
En el Perú, durante el primer semestre de 2020 hubo una reducción de al menos el 50% en consejerías de planificación familiar respecto del primer semestre de 2019 (considerando telesalud y atención ambulatoria). Se informan caídas mayores al 30% en consejerías de salud sexual y reproductiva a modo general.	Los servicios de salud sexual y reproductiva registraron una reducción del 43% en la Argentina, del 36% en Bolivia (Estado Plurinacional de), del 43% en Chile y del 50% en el Perú.	Colombia: los testeos de VIH disminuyeron un 20,3% y los testeos de otras infecciones de transmisión sexual disminuyeron un 36,0% entre 2019 y 2020.	Chile, el Ecuador, el Perú, y el Uruguay no flexibilizaron ningún requisito para facilitar las interrupciones de embarazos por violación o con riesgo de vida. En consecuencia, estos países registraron un descenso de hasta un 86% (Perú) en la cantidad de procedimientos realizados en 2020.	Entre marzo y agosto de 2020 se comprobó una tendencia al alza en los indicadores de mortalidad materna en la región con respecto al año anterior, como consecuencia de las restricciones en los servicios de salud reproductiva durante la pandemia.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), "La salud reproductiva es vital", 2020 [en línea] <https://saludreproductivavital.info/>.

Nota: Los informes nacionales de los países incluidos en el proyecto "La salud reproductiva es vital" corresponden a: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Perú y Uruguay.

Recuadro 1.2 (conclusión)

Respecto de la segunda línea de indagación, una sistematización reciente (Naciones Unidas, 2021) indica que en abril de 2020 el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) proyectó que con interrupciones "medias" de los servicios de salud durante 6 meses, unos 26 millones de mujeres en 114 países de ingresos bajos y medios no podrían usar anticonceptivos modernos, lo que daría lugar a 7 millones de embarazos no deseados adicionales (UNFPA, 2021). El Instituto Guttmacher expuso un escenario de una disminución del 10% en el uso de anticonceptivos reversibles de acción corta y prolongada en los países de ingresos bajos y medios debido al COVID-19, lo que daría lugar a 49 millones de mujeres adicionales con necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos y 15 millones de embarazos no deseados adicionales en el transcurso del año en los países de ingresos bajos y medios (Naciones Unidas, 2021). Posteriormente, el UNFPA publicó una estimación actualizada, y mucho más baja, de 12 millones de mujeres que habrían experimentado interrupciones de los métodos anticonceptivos, lo que daría lugar a 1,4 millones de embarazos no deseados durante 2020 en 115 países de ingresos bajos y medios (UNFPA, 2021). En el caso de América Latina y el Caribe, un informe de agosto de 2020 (UNFPA, 2020) concluyó que, considerando el descenso de adquisiciones en el sector privado y el desabastecimiento y la reducción de la demanda en el sector público, causados por la pandemia sobre la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, y asumiendo que los países no incorporarían medidas correctivas, se prevén 1,7 millones de embarazos no planeados, cerca de 800.000 abortos y casi 3.000 muertes maternas.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report*, 22 de abril de 2021 [en línea] <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), "Tracking the situation of children during COVID-19 (Mar/Apr 2021)", 2021 [en línea] <https://data.unicef.org/resources/rapid-situation-tracking-covid-19-socioeconomic-impacts-data-viz/>; Naciones Unidas, "A review of research related to the impact of the COVID-19 pandemic on fertility", *Background Note*, División de Población, 2021 [en línea] https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undes_a_pd_2021_egm_inf_7_background_note.pdf; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), "Impact of COVID-19 on family planning: What we know one year into the pandemic", *Technical Note*, 11 de marzo de 2021.

^a Véase [en línea] <https://www.islaccovid.org/>.

Hay varias hipótesis en pugna respecto del efecto neto o final de la pandemia sobre la fecundidad (Chamie, 2021; Naciones Unidas, 2021a y 2021b), y, si bien entre los especialistas predomina la hipótesis de un descenso de la fecundidad en el corto plazo (Carballo y Corina, 2000; Esteve, Blanes y Domingo, 2021; Breton y otros, 2021), este perfectamente podría ser transitorio y revertirse prontamente. Sin contradicción, también podría registrarse un descenso de la fecundidad total concomitante con un aumento de la fecundidad no deseada (Kumar, 2020; Naciones Unidas, 2021a y 2021b). Cualquiera sea el caso, la mayoría de las personas que participaron en una reunión de expertos sobre el tema organizada por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES) manifestaron que la pandemia solo tendrá un impacto a corto plazo sobre la fecundidad y que entre 2023 y 2025 esta volvería a los niveles registrados previo a la pandemia. Asimismo, casi todos los participantes esperaban que las tendencias de fecundidad posteriores a la pandemia difieran entre países con fecundidad alta y baja, así como entre regiones (Naciones Unidas, 2021b).

Esta conclusión importa pues el crecimiento demográfico futuro no depende de una fluctuación temporal y circunstancial de la fecundidad, sino de la cantidad de hijos o hijas que finalmente tienen las mujeres al final de su vida fértil (Carballo y Corina, 2020; Goldstein, 2020). No obstante, incluso bajo condiciones de persistencia de las preferencias reproductivas, la recuperación completa de todos los nacimientos postergados a causa de la pandemia y la crisis económica asociada es altamente improbable por causas de capacidad (cuando se desea tal recuperación y ya se ha perdido la fertilidad) y de oportunidad (cuando se desea tal recuperación y otros factores de contexto la impiden, como el fin de las relaciones de pareja, la aparición de otros factores adversos y el surgimiento de proyectos alternativos o incompatibles con la reproducción). Además, todas las teorías reconocen que la respuesta reproductiva inmediata a la pandemia y la crisis económica subsecuente no es solo la postergación de nacimientos sino también la cancelación de proyectos reproductivos y con ello una baja en la fecundidad final o de cohorte, lo que en algunos casos se traduce en una fecundidad no lograda (es decir, tener menos hijos o hijas de los deseados). Esto último también afecta el ejercicio de los derechos reproductivos, como se plantea en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, sobre todo si esa fecundidad deseada pero no lograda deviene definitiva.

Los datos disponibles en las regiones del mundo con sistemas estadísticos continuos, confiables y de rápida de divulgación de los indicadores en línea indican que, desde noviembre de 2020, mes en el que se cumplen los nueve meses de espera para captar nacimientos de niños concebidos en el marco de la pandemia, la fecundidad está cayendo, y en algunos casos de manera muy pronunciada (Naciones Unidas, 2021a; Sobotka y otros, 2021a; Berrington y otros, 2022; Aassve y otros, 2021). Junto con ello, se produjo una masiva postergación o cancelación de nacimientos entre las cohortes jóvenes (Luppi, Arpino y Rosina, 2020). Sin embargo, también parece haber comportamientos diferentes en algunos países, tanto desarrollados como en desarrollo, más acordes con la hipótesis del efecto irrelevante de la pandemia sobre la fecundidad por el alza posterior a la caída inicial (Aassve y otros, 2021; Sobotka y otros, 2021a; Esteve, Blanes y Domingo, 2021), o incluso de un efecto aumentador de la fecundidad (Chamie, 2021). En el cuadro I.1 se presenta una muestra representativa de la tendencia general de la fecundidad en algunos países desarrollados. Se observa que entre 2017 y 2020 predomina una tendencia a la baja en el total de nacimientos y en la natalidad. Si bien se trata de una tendencia de continuidad, la caída entre 2019 y 2020 se profundizó en tres de los cuatro países analizados, excepto en el Japón, que se vio afectado en menor medida por la pandemia. Los datos más recientes, no obstante, muestran que en los tres países más afectados (Alemania, Países Bajos y Portugal) se registró un aumento de los nacimientos en 2021, compatible con un ligero rebote de la natalidad anticipado en la literatura y ya verificado por algunas investigaciones en curso (Sobotka y otros, 2021b).

Cuadro I.1

Cuatro países desarrollados: tasa de natalidad, 2017-2020, y nacimientos, 2019-2021

País	Tasa de natalidad						Nacimientos				
	2017	2018	2019	2020	Cambio 2017-2019 (en porcentajes, anualizados)	Cambio 2019-2020 (en porcentajes, anualizados)	2019	2020	2021	Cambio 2019-2020 (en porcentajes, anualizados)	Cambio 2020-2021 (en porcentajes, anualizados)
Alemania ^a	9,5	9,5	9,4	9,3	-0,5	-1,1	718 099	712 428	727 590	-0,8	2,1
Japón ^b	7,46	7,26	6,85	6,68	-4,1	-2,5	722 870	704 002	674 324	-2,6	-4,2
Países Bajos ^c	9,91	9,78	9,78	9,67	-0,7	-1,1	169 680	168 681	178 506	-0,6	5,8
Portugal ^b	8,37	8,45	8,43	8,21	0,4	-2,6	72 412	71 483	72 817	-1,3	1,9

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Oficina Federal de Estadística de Alemania, "Births" [en línea] <https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Births/Tables/birth-deaths.html>; Oficina de Estadística del Japón, "Live births/Deaths" [en línea] <https://dashboard.e-stat.go.jp/en/graph?screenCode=00020>; Oficina de Estadística de los Países Bajos, "Population dynamics; month and year" [en línea] <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/en/dataset/83474ENG/table?dl=4FDAA>; e Instituto Nacional de Estadística de Portugal, "Main indicators" [en línea] https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic&menuBOUI=13707095&contexto=pi&selTab=tab0; para el número mensual de nacimientos: Naciones Unidas, UNdata, "Live births by month of birth" [en línea] <http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3A55>.

^a Los datos de nacimientos corresponden al período enero-noviembre.

^b Los datos de nacimientos corresponden al período enero-octubre.

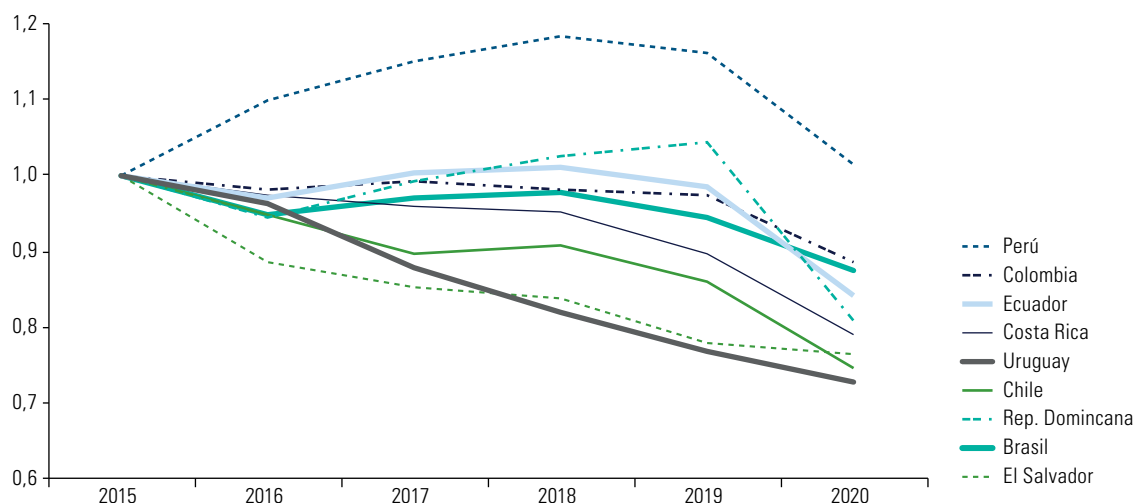
^c Los datos de nacimientos corresponden al año completo.

En el caso de América Latina y el Caribe, prácticamente ningún país contaba con estadísticas de nacimientos de rápida divulgación, lo que ha representado una seria limitación para el examen empírico del impacto de la pandemia sobre los nacimientos. Con todo, nueve países de América Latina han publicado los datos de 2020 y algunos de ellos —como el Brasil, Chile y el Perú— ya están ofreciendo datos preliminares de nacimientos de 2021 por mes de ocurrencia.

Respecto de las cifras anuales, en el gráfico I.8 se presenta la evolución de la tasa de fecundidad general para el período 2015-2020, que muestra una intensificación de la caída de este indicador entre 2019 y 2020. Estos datos claramente no abonan la hipótesis de que la pandemia aumentaría la fecundidad en el corto plazo y, por el contrario, sugieren que ha predominado el efecto reductor. Algo parecido se concluye del cuadro I.2, donde se presentan datos oficiales de nacimientos mensuales de tres países (Brasil, Chile y Perú) para los meses de enero, febrero y marzo, de 2015 a 2021. En los tres países se aprecia una marcada caída en 2021, lo que nuevamente debe leerse con prudencia⁴. Estas tendencias, además de ser preliminares, son nacionales y pueden no ser representativas de la experiencia de los diferentes grupos sociales y territorios dentro de los países. Ahora bien, para realizar el examen empírico de las tendencias a escala subnacional se necesita información de nacimientos desagregada social y territorialmente, lo que es aún más difícil de encontrar y presenta más dificultades para evaluar por la falta de datos confiables sobre los denominadores necesarios para calcular la natalidad y la fecundidad. Con todo, la persistencia de la pandemia es un factor que claramente dificulta un rebote importante y sostenido de la natalidad.

⁴ El Perú ya ha presentado datos de nacimientos durante todo 2021, que muestran una ligera alza respecto de 2020, lo que abona la hipótesis del rebote de la fecundidad.

Gráfico I.8
América Latina (9 países): tasa de fecundidad general, 2015-2020
(Índice 2015=1)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Secretaría de Vigilancia de la Salud del Brasil, "Panel de Monitoreo de Nacidos Vivos" [en línea] <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nacidos-vivos/>; Ministerio de Salud de Chile, "Hechos vitales desde el 2000" [en línea] <https://public.tableau.com/app/profile/deis4231/viz/HechosVitalesdesdeel2000/NotaTcnica>; Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia, "Datos de nacimientos en Colombia" [en línea] <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos>; Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Costa Rica, "Nacimientos" [en línea] <https://www.inec.cr/>; Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) del Ecuador, "Nacidos Vivos y Defunciones Fetales" [en línea] <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacidos-vivos-y-defunciones-fetales/>; Ministerio de Salud de El Salvador, "Estadísticas" [en línea] https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/estadisticas?utf8=%E2%9C%93&q%5Bname_or_description_cont%5D=nacidos&q%5Byear_cont%5D=&q%5Bdocument_category_id_eq%5D=; Dirección General del Registro del Estado Civil del Paraguay, "Informe Anual de Registros" [en línea] http://registrocivil.gov.py/valores_comparativo/; Ministerio de Salud del Perú, "Nacimiento según territorio / institución" [en línea] <https://webapp.minsa.gob.pe/dwcnv/dwteritorio.aspx>; Oficina Nacional de Estadística (ONE) de la República Dominicana, "Subtema: Estadísticas Vitales" [en línea] <https://www.one.gob.do/datos-y-estadisticas/temas/estadisticas-demograficas/estadisticas-vitales/>; Ministerio de Salud Pública del Uruguay, "Estadísticas Vitales: Nacimientos" [en línea] <https://uins.msp.gub.uy/index.html>; para el denominador de mujeres en edad fértil (15 a 49 años): Naciones Unidas, *World Population Prospects 2019*, Nueva York, 2019 [en línea] <https://population.un.org/wpp/>.

Cuadro I.2
Brasil, Chile y Perú: nacimientos mensuales, enero a marzo, 2015-2021

Años	Brasil			Chile			Perú		
	Enero	Febrero	Marzo	Enero	Febrero	Marzo	Enero	Febrero	Marzo
2015	253 833	239 707	277 540	22 271	19 739	21 701	32 402	30 354	34 444
2016	246 388	241 133	267 249	20 197	19 094	21 495	38 690	37 996	39 695
2017	226 414	223 515	266 965	19 291	17 134	19 387	40 340	38 611	43 403
2018	248 735	230 349	264 342	18 978	17 236	19 005	41 902	39 760	44 521
2019	246 048	232 779	257 871	19 498	17 136	18 773	42 088	38 990	43 632
2020	230 660	219 669	246 833	18 151	16 050	17 287	42 125	40 514	41 191
2021	217 698	205 825	223 591	14 743	13 118	14 310	33 849	33 197	38 479
Cambio 2015-2019 (en porcentajes anualizados)	-0,8	-0,7	-1,8	-3,1	-3,3	-3,4	7,5	7,1	6,7
Cambio 2019-2020 (en porcentajes)	-6,3	-5,6	-4,3	-6,9	-6,3	-7,9	0,1	3,9	-5,6
Cambio 2020-2021 (en porcentajes)	-5,6	-6,3	-9,4	-18,8	-18,3	-17,2	-19,6	-18,1	-6,6

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Secretaría de Vigilancia de la Salud del Brasil, "Panel de Monitoreo de Nacidos Vivos" [en línea] <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nacidos-vivos/>; Ministerio de Salud de Chile, "Hechos vitales desde el 2000" [en línea] <https://public.tableau.com/app/profile/deis4231/viz/HechosVitalesdesdeel2000/NotaTcnica>; y Ministerio de Salud del Perú, "Nacimiento según territorio / institución" [en línea] <https://webapp.minsa.gob.pe/dwcnv/dwteritorio.aspx>.

Todos los datos y análisis mencionados conducen a varias conclusiones aplicadas. Primero, por la abundante cantidad de datos sobre las interrupciones de los servicios de salud sexual y reproductiva provocadas por la pandemia, y por la prioridad de tales servicios para el ejercicio de una amplia gama de derechos, no hay duda de que esos derechos deberían declararse de carácter esencial e incluirse formalmente en el listado respectivo, para garantizar su accesibilidad a todo evento, aunque sea bajo formatos excepcionales y selectivos en función de criterios sanitarios. Algunos países de América Latina y el Caribe ya lo pusieron en práctica (CEPAL/UNFPA, 2020) y la evaluación de sus experiencias puede ser útil para el resto de la región.

En segundo lugar, dado que parte de las interrupciones se debieron a dificultades o temores de la población que concurre a los servicios de salud sexual y reproductiva, es necesario implementar medidas que atenúen ese temor en el futuro, tanto mediante protocolos de seguridad aplicados en los centros de salud y ejercidos por su personal, como a través de normas y procedimientos de autoprotección exigidos a la población que concurre a los centros. A lo anterior hay que sumar la emisión de directrices para dar trato especial a casos especiales, ya sea porque la atención inmediata es imprescindible (partos, anticoncepción de emergencia, aborto, situaciones de riesgo vital y otras) o porque los riesgos de discriminación o exclusión son mayores (personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI), adolescentes, personas migrantes, indígenas y afrodescendientes).

En tercer término, cabe aprovechar toda la experiencia ganada durante la pandemia en materia de distribución de medicamentos a domicilio o a puntos seguros de retiro, telemedicina, consejería virtual o telefónica y demás para optimizar la atención futura y estar preparados para posibles interrupciones.

Como cuarto punto, es fundamental mejorar toda la red de información relacionada con los registros de nacimientos y las estadísticas de prestaciones y atenciones de salud sexual y reproductiva brindadas regularmente. La obligación de generar un flujo de datos continuos (diarios, para ser más precisos) sobre contagios, hospitalizaciones, vacunaciones y defunciones vinculadas al COVID-19 fue un desafío mayor para los sistemas estadísticos de salud de los países de la región. Pese a las deficiencias y el subregistro de estos datos, que en varios países es alto, su disponibilidad representó un avance significativo en términos institucionales y un insumo clave para definir acciones de salud pública ante la pandemia. Este no fue el caso de la fecundidad, porque no estaba en la mira de las decisiones diarias de combate a la pandemia. Con todo, algunos países aprovecharon el impulso relacionado con los datos de morbilidad y comenzaron a publicar datos de nacimientos mensuales casi en línea, es decir con un desfase temporal mínimo. Extender y fortalecer esta producción rápida de datos de estadísticas vitales permitiría obtener información útil para efectuar análisis oportunos en relación con la adopción de políticas urgentes. Asimismo, el flujo regular de datos sobre prestaciones y servicios de salud sexual y reproductiva puede mostrar cuánto y dónde actuar para contrarrestar de manera rápida y eficiente las interrupciones o las caídas drásticas en el acceso a la salud sexual y reproductiva.

C. Migración internacional

1. Cierre de fronteras y apertura con restricciones

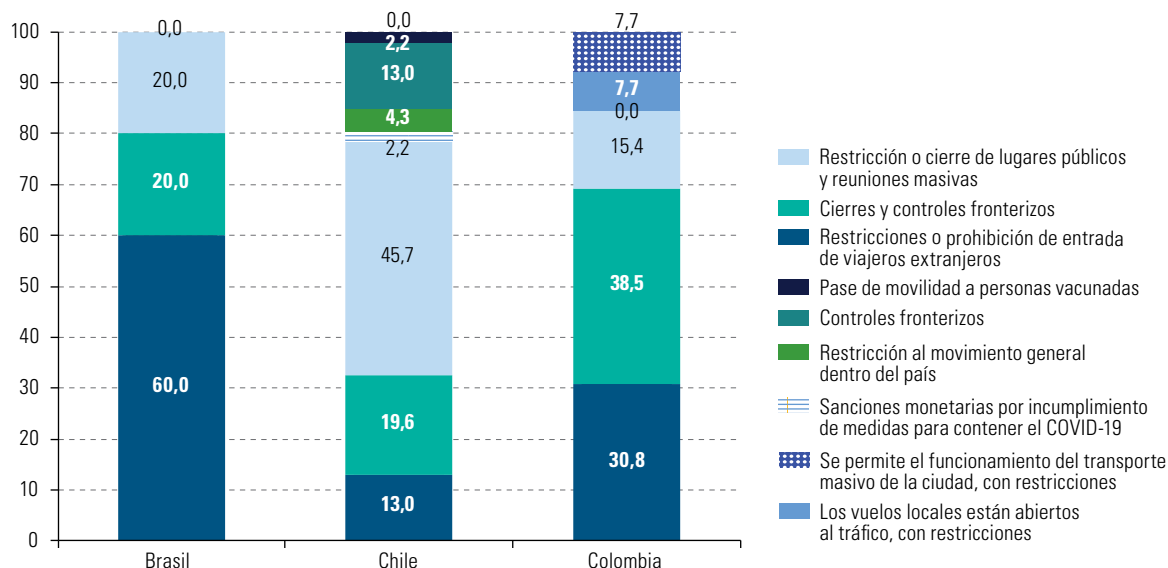
El cierre de fronteras ha sido una de las principales medidas adoptadas por los Gobiernos de la región para evitar el ingreso del virus SARS-CoV-2 y sus variantes a los territorios nacionales. A nivel mundial, al inicio de la pandemia (abril de 2020), de todas las medidas relativas al control del COVID-19, el 80% se refería a restricciones de acceso a los países (OIM, 2021c). Esta situación ha ido cambiando y a principios de 2021 estas medidas solo representaban el 25% del total, dado el aumento significativo de medidas vinculadas a condiciones autorizadas para la entrada (OIM, 2021c). Sin embargo, aún persisten grandes diferencias entre regiones: mientras que África (exceptuando el norte del continente), América del Norte y el Caribe prácticamente han eliminado las restricciones de acceso, Europa, Asia, Oriente Medio y África Septentrional las mantuvieron en un nivel cercano al 50%. En una situación intermedia se encuentra América Latina, donde este tipo de restricciones ha disminuido hasta niveles cercanos al 15% (OIM, 2021b).

En la región también se observan diferencias significativas entre países. Si bien durante los primeros meses de la pandemia, en 2020, la gran mayoría de los Gobiernos decretaron el cierre de las fronteras terrestres, marítimas y fluviales con sus vecinos como una de las principales medidas sanitarias, se ha ido evolucionando hacia medidas de apertura, pero con restricciones. Como muestra el gráfico I.9 para los casos del Brasil, Chile y Colombia, los Gobiernos decretaron diferentes medidas de contención de la pandemia, como medidas de cierre (cierre y control fronterizo) y medidas de apertura condicionadas (restricción o prohibición de entrada de viajeros extranjeros)⁵.

Gráfico I.9

Brasil, Chile y Colombia: medidas de control de la movilidad y cierre de fronteras, 2020 y 2021

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Observatorio COVID-10 en América Latina y el Caribe [en línea] <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>.

Algunos países de la región optaron por implementar cierres prolongados de fronteras y diversas restricciones al movimiento de personas. El Uruguay, por ejemplo, en 2020 mantuvo un estricto cierre fronterizo, complementado con medidas de testeo y cuarentena para permitir las libertades de movilidad y de reunión en el país (Ministerio de Salud Pública, 2021). La Argentina, Chile, Colombia, el Ecuador y el Perú han mantenido el cierre prolongado de fronteras terrestres y el control militar del flujo migratorio, particularmente de venezolanos, mediante sucesivos decretos de los gobiernos centrales. Países como el Brasil y México exhiben una situación diferente, ya que, si bien aún tienen fuertes restricciones en los pasos fronterizos, mantuvieron abiertas sus terminales aéreas internacionales con la finalidad de que la industria turística siguiera estando activa.

Desde mediados de 2020, la OMS ha instado a evitar el cierre de fronteras como una medida sanitaria efectiva, dada su poca sostenibilidad a mediano y largo plazo (Adhanom Ghebreyesus, 2020). La recomendación ha sido contener la propagación del virus mediante medidas de autocuidado, trazabilidad y aislamiento de los contagios, y, sobre todo, un aumento en las tasas de vacunación. Otras organizaciones internacionales han llamado a evitar los cierres y garantizar los derechos básicos de personas refugiadas, solicitantes de asilo y migrantes (ACNUR/OIM, 2020). De igual manera, organizaciones humanitarias e integrantes del sector académico han planteado sus reservas en lo que respecta al uso del cierre y la militarización de las fronteras como una política antimigración (Ikotun, Akhigbe y Okunade, 2021; Radil, Castan Pinos y Ptak, 2021).

⁵ El Brasil informa de 9 medidas entre febrero y julio de 2020, Colombia informa de 11 entre marzo y octubre de 2020, y Chile informa de 53 medidas entre marzo de 2020 y enero de 2021.

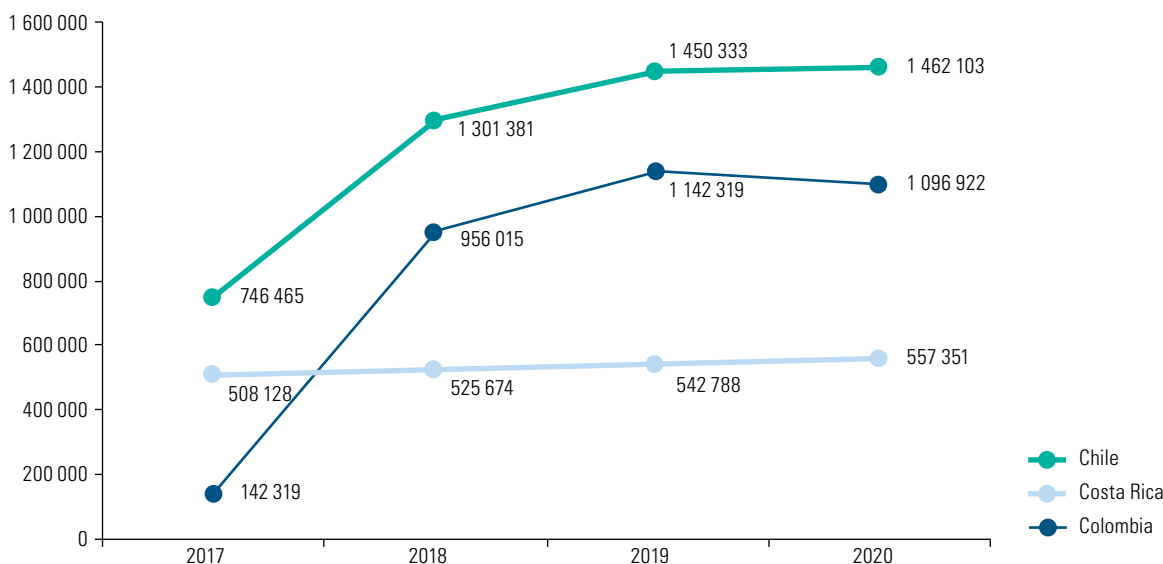
2. La migración no se detiene y aumenta su complejidad

En un contexto de crisis económica y sanitaria persistente en América Latina y el Caribe, la migración, tanto fuera de la región como intrarregional, no se ha detenido, pese a las cuarentenas extendidas y los cierres de las fronteras terrestres decretados como medidas sanitarias por la gran mayoría de los países, sobre todo durante la primera fase de la pandemia, es decir, hasta comienzos de 2021.

Como indica el gráfico I.10 con el ejemplo de tres países de América Latina (Chile, Colombia y Costa Rica), en 2020 la pandemia provocó una desaceleración del crecimiento de la migración, que ocurría desde 2017, y hasta una leve disminución en el número de personas migrantes. Sin embargo, los procesos migratorios regionales actuales muestran una creciente complejidad, acompañada por el aumento de la irregularidad y la vulnerabilidad. Se observa, por ejemplo, un aumento de los flujos mixtos (donde se combinan modalidades irregulares, trata, tráfico y refugio, principalmente), la irrupción de la diada de personas migrantes y refugiadas, posibilidades limitadas de migración regular, así como un creciente patrón de relocalización de la población migrante que busca cambiar de país de acogida en la región (OIM, 2021b)⁶. Algunos datos fragmentarios muestran, asimismo, la heterogeneidad de los flujos migratorios en el contexto de la pandemia, debido al mantenimiento de algunos flujos (como los de centroamericanos hacia el norte) y la detención de otros (generalmente, el retorno y la movilidad regular) (OIM, 2021a).

Gráfico I.10

Chile, Colombia y Costa Rica: población de migrantes internacionales, 2017-2020



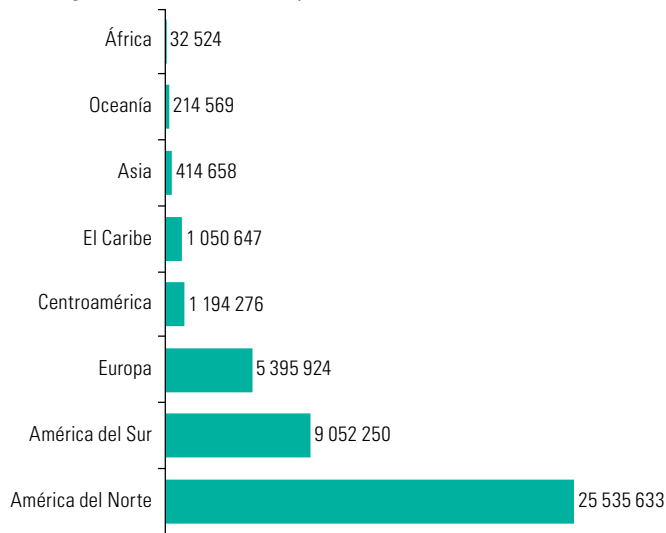
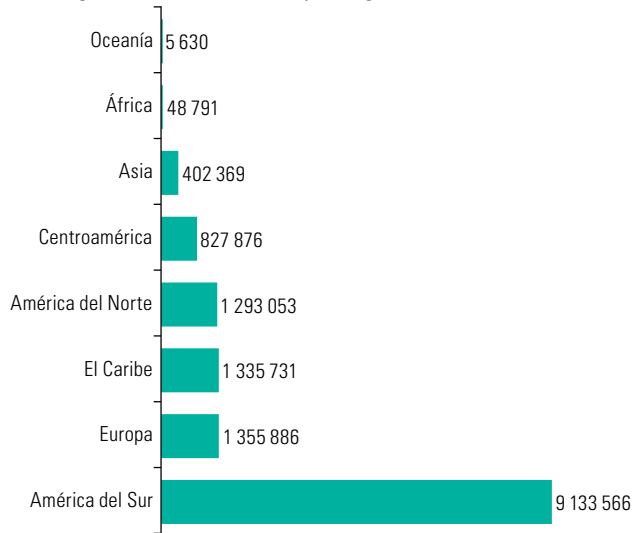
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), el Departamento de Extranjería y Migración y la Policía de Investigaciones de Chile; el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y el Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia; y la Dirección General de Migración y Extranjería de Costa Rica.

La población de la región que en 2020 vivía en un país distinto al de su nacimiento se acercó a 43 millones, la mayor parte de la cual, 25,5 millones (un 59,5% del total), residía en América del Norte (Estados Unidos y Canadá). En países de la misma región (principalmente en América del Sur), se encontraban 11,3 millones de emigrantes (véase el gráfico I.11.A), equivalentes al 26,3% del total. La población emigrada representa un 6,6% de la población regional, mientras que los inmigrantes representan menos del 3%, si bien los datos muestran la importancia de la migración intrarregional, en especial sudamericana (véase el gráfico I.11.B).

⁶ Datos del Servicio Jesuita a Migrantes (SJM, 2021) muestran para el caso chileno una disminución del 70% en los ingresos migratorios entre 2019 y 2020, lo que fue acompañado de la duplicación de los ingresos informales al país, que aumentaron de 8.048 personas en 2019 a 16.848 personas en 2020.

Gráfico I.11

América Latina y el Caribe: emigrantes e inmigrantes internacionales, por destino y origen, 2020

A. Emigrantes internacionales, por destino**B. Inmigrantes internacionales, por origen**

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "International Migrant Stock 2020" [en línea] <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>.

Junto con un crecimiento de la migración intrarregional en los últimos años, se aprecia un patrón emergente de migración mixta, irregular, en tránsito hacia los Estados Unidos. Estos flujos no se originan solamente en países de Centroamérica, sino que también se nutren de la salida de población migrante, regularizada y no regularizada, que viaja con sus hijos desde países sudamericanos hacia América del Norte⁷. En particular, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2021a y 2021b) ha advertido acerca del aumento del flujo migratorio en el Tapón del Darién, una de las rutas migratorias más peligrosas del mundo. Según estimaciones de la OIM, en 2021 cruzaron por allí más de 125.000 personas, un 25% de las cuales eran niños y niñas. En una escala menor, pero no menos peligrosa, se observa lo que ocurre en el paso fronterizo de Colchane en el altiplano chileno-boliviano, donde el aumento en los cruces irregulares ha estado acompañado de pérdidas humanas, que han afectado fundamentalmente a mujeres, niñas, niños y personas mayores (24 Horas, s.f.; SJM, 2021).

D. Migración interna

Algunos estudios internacionales (Naciones Unidas, 2020a; OCDE, 2021; ONU-Hábitat, 2021; Martin y Bergmann, 2020), así como otros de alcance nacional o de ciudades específicas (Fort, Espinoza y Espinoza, 2021; González Leonardo y López Gay, 2021; Esteve, Blanes y Domingo, 2021; Tønnessen, 2021), y diversos artículos de prensa han planteado que la pandemia podría tener efectos significativos sobre la movilidad y la localización de la población⁸.

En el caso de la movilidad cotidiana o el traslado entre el domicilio y el trabajo o el centro de estudios, el principal efecto deriva de las medidas aplicadas para contener los contagios. El confinamiento, los toques de queda, las restricciones de movimientos y de circulación, la obligación de contar con permisos para desplazarse y el cambio generalizado (tanto en el sector público como en el privado) hacia el teletrabajo tienen un objetivo

⁷ A manera de ejemplo, entre enero y septiembre de 2021 se registraron 91.305 personas en tránsito irregular por la zona de Darién. De ellas, dos tercios eran de nacionalidad haitiana, 7.757 eran chilenos y 4.330 eran brasileños (estos últimos eran hijos e hijas de haitianos y haitianas nacidos en el Brasil y Chile) (OIM, 2021b).

⁸ Véanse, por ejemplo, *Emol* (2021), De Abrantes, Greene y Trimano (2020), y Gordon (2022).

común: reducir el contacto y la movilidad, y prevenir la aglomeración. Además, la pandemia tiene otros canales de impacto sobre el traslado para trabajar o estudiar: i) la interrupción de los viajes de los contagiados, y, en particular, de los enfermos, que puede durar largo tiempo en algunos casos; ii) el temor al contagio, que puede inhibir desplazamientos, sobre todo los dirigidos a sitios de aglomeración o de alto riesgo de transmisión del virus, así como los realizados en medios de transporte atestados, y iii) la pérdida de empleos y de ingresos, que, junto con el cierre de establecimientos educativos, eliminaron traslados cotidianos de todo tipo (Martin y Bergmann, 2020).

Respecto de la migración interna, que implica desplazamientos con cambio de residencia y cruce de límites geográficos dentro del país, la pandemia tiene varias vías de incidencia. La pandemia tuvo un impacto territorial muy diferenciado y generó fuerzas de expulsión emergentes en las zonas más afectadas —en particular, las grandes ciudades⁹—, y de atracción en las zonas menos afectadas —ciudades pequeñas, pueblos y zonas rurales— (Martin y Bergmann, 2020; OCDE, 2021; ONU-Hábitat, 2021; González Leonardo y López Gay, 2021; Borah, 2021). Los factores de expulsión no solo se asocian a eludir el contagio y la enfermedad, sino también a huir de la crisis económica, del desempleo y de la amenaza del hambre. A ello hay que sumar otra fuerza centrífuga: escapar de las limitaciones, el agobio, el encierro y las tensiones derivadas de las restricciones impuestas para controlar la pandemia, ya que en muchos países estas medidas dependían de la incidencia de la pandemia a escala subnacional. En este sentido, salir de las grandes ciudades con destino a zonas rurales, balnearios o ciudades pequeñas resultó una alternativa cada vez más atractiva, facilitada por la virtualidad y el trabajo y la educación a distancia, especialmente en el caso de las familias de estratos medios y altos.

Las medidas de inmovilidad aplicadas para detener los contagios, sin embargo, también pueden tener un efecto reductor sobre la migración interna, lo que provoca cierta incertidumbre sobre el efecto de la pandemia en su intensidad. La duda estriba en si el efecto de las medidas de contención de los contagios ha sido compensado total o parcialmente por migraciones internas generadas por la pandemia, en particular de salida de las zonas de mayor contagio inicial (grandes ciudades). En general, hay consenso en torno a que la pandemia también debería haber reducido la intensidad de la migración interna y reestructurado el balance de los flujos en favor de las zonas rurales y ciudades menores, y en desmedro de las grandes ciudades (Martin y Bergmann, 2020; Bernard y otros, 2020; Dramani y otros, 2021).

Entre el traslado a los centros de trabajo o estudio y la migración interna existe una tercera modalidad de movilidad que también pudo haber sido afectada por la pandemia. Se trata de los reacomodos habitacionales o mudanzas derivados de la pérdida de ingresos, las necesidades de cuidado y los contagios. En este caso hay fuerzas encontradas, porque la pandemia pudo haber incentivado mudanzas (por ejemplo, el retorno de hijos o hijas que perdieron el trabajo al hogar de su familia de origen para hacer frente a la falta de ingresos), pero también las pudo haber inhibido (por ejemplo, en el caso de formación de uniones o los retornos previstos e impedidos por las restricciones).

Cualquiera sea el caso, estos tres tipos de movilidad guardan distintas relaciones con la dinámica demográfica y, por ende, ameritan un tratamiento diferenciado. Además, los datos disponibles sobre cada una de ellas varían significativamente, lo que también influye en la posibilidad de análisis.

Respecto de la movilidad cotidiana, el impacto de la pandemia —según sus diferentes fases epidemiológicas y de medidas de control— se ha documentado usando diversas fuentes, algunas de ellas tradicionales, como los registros de ingresos y salidas de terminales de transporte aéreo, marítimo y terrestre, y otras más novedosas, como el seguimiento de la localización de celulares mediante aplicaciones *ad hoc*, el “movimiento sísmico” generado por el desplazamiento vehicular, el monitoreo de movimientos mediante redes sociales y la contabilización de personas y vehículos a través de cámaras, sistemas de peaje o cantidad de viajes diarios (pasajes comprados, validaciones de tarjetas y demás en los servicios de transporte colectivo)¹⁰. En virtud de estas fuentes, hay estimaciones relativamente precisas de la magnitud de la caída de la movilidad cotidiana,

⁹ A este respecto, resulta emblemático el caso de Nueva York, una metrópolis sumamente golpeada por la pandemia en sus inicios. Como la ciudad cuenta con registros de residencia, se pudo detectar rápidamente un aumento significativo de la pérdida neta de residentes, que se triplicó con creces. De hecho, este saldo negativo aumentó 130 personas desde marzo de 2020 hasta junio de 2021, en comparación con las tendencias previas a la pandemia. Si bien en un principio buena parte de las salidas se registraban como temporales, desde mediados de 2020 la mayoría pasó a registrarse como permanentes. Los residentes de barrios acomodados fueron los más propensos a salir de la ciudad. De julio a noviembre de 2021, no obstante, la ciudad revirtió esta salida masiva y tuvo un saldo positivo de migrantes, pero solo del orden de 6.000 efectivos (Oficina del Contralor de la Ciudad de Nueva York, 2021).

¹⁰ Véase, por ejemplo, Google (2022), Apple (2022), Instituto de Data Science UDD (2021) y Ojeda y Ruiz (2021).

aunque su confiabilidad varía dependiendo del lugar y la fuente. Sin embargo, esta caída deriva principalmente de medidas de control de la pandemia, que son dinámicas y transitorias, y cuyo impacto podría limitarse a su período de aplicación.

Las interrogantes sobre este tema son muchas, pero pueden sintetizarse en dos grandes ejes que ameritan una investigación especializada en el futuro. En primer lugar, ¿volverán el trabajo, el estudio, las compras y tantas otras actividades a recuperar su condición presencial en niveles similares a los registrados antes de la pandemia? A este respecto, es razonable suponer que el teletrabajo se expandirá al igual que las modalidades digitales de interacción para otros propósitos (esparcimiento, aprendizaje, comercio), como también se expandirá la entrega de productos y servicios mediante plataformas y empresas de distribución y entrega, todo lo cual implica una reducción estratégica de la movilidad para trabajar (Barrero, Bloom y Davis, 2021) y llevar a cabo otras actividades (ONU-Hábitat, 2021; CEPAL/OIT, 2021; Atto, 2021). No obstante, la magnitud de esta reducción es, por el momento, imprevisible. En segundo término, ¿se generarán nuevas desigualdades en los tiempos y modos de los viajes, así como en su comodidad y seguridad? Sobre esto hay menos claridad aún, pero lo que sí se sabe es que el teletrabajo tiene sesgos socioeconómicos, tanto por el tipo de ocupación como por el equipamiento requerido, y que por ello los trabajadores de menores ingresos y calificación tienen más dificultades para ejercerlo. A esta desigualdad se suma el hecho de que los trabajadores de plataformas para la entrega de compras tienen altos niveles de desprotección, de recarga laboral y de riesgos laborales, y básicamente carecen de un marco de protección y regulación (CEPAL/OIT, 2021).

Respecto de las mudanzas y la movilidad habitacional, los datos disponibles son escasos en cantidad, calidad y oportunidad, en gran medida porque las fuentes existentes no los captan adecuadamente, al menos en América Latina y el Caribe. Algunas de estas mudanzas podrían formar parte de la dinámica demográfica, por ejemplo, bajo el formato de movilidad residencial a escala local, en el caso de mudanzas entre municipios de una misma área metropolitana, o de migración tradicional, en el caso de traslados de residencia a larga distancia cuando el hogar de destino está alejado. Sin embargo, pueden ser cambios habitacionales que no tienen una proyección de residencia, ya que pueden deshacerse o revertirse una vez que cambien las condiciones que los originaron. De cualquier manera, se trata de la movilidad sobre la cual hay menos teorización y menos datos, así como menos seguridad sobre el efecto que sobre ella tiene el COVID-19 (González Leonardo y López Gay, 2021; Bernard y otros, 2020).

En cambio, la migración interna generada por el COVID-19, que sí se enmarca plenamente en la dinámica demográfica y que, a su vez, corresponde a un tema central del capítulo G del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, exige una atención especial porque podría ser masiva y con ello producir efectos significativos y permanentes sobre los patrones de localización de la población.

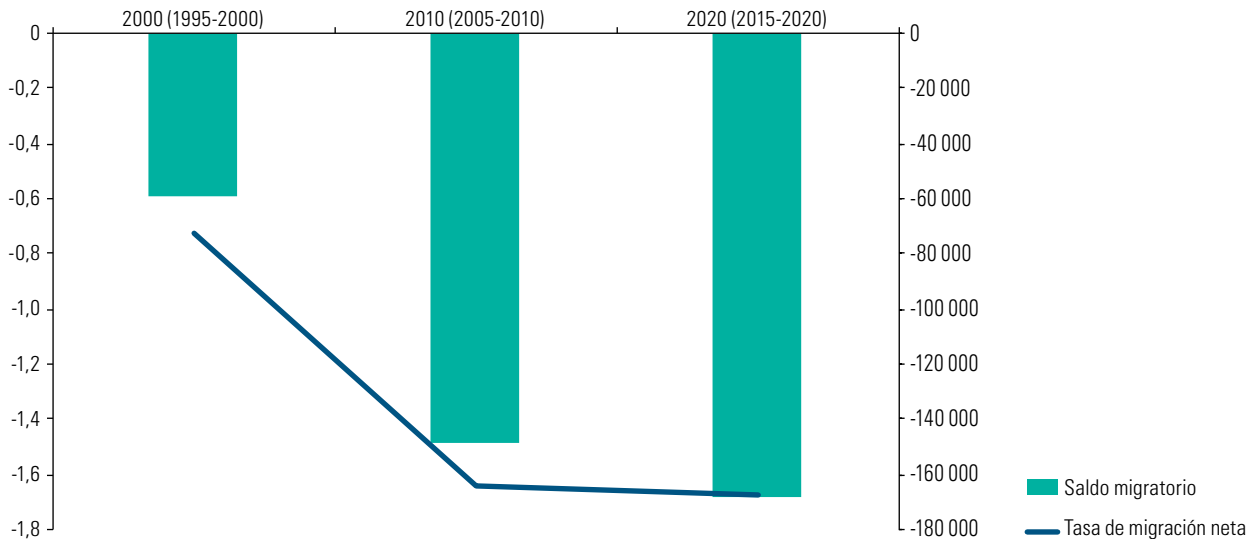
En este sentido, son dos las preguntas clave sobre migración interna y cómo esta se ve afectada por el COVID-19. La primera refiere a cómo cambia la magnitud y el sentido de esta migración. La respuesta que predomina en la literatura es que la pandemia inhibirá esta migración, más allá de que pueda incentivar algunos desplazamientos específicos, y que los flujos se reorientarán desde las grandes ciudades hacia ciudades menores, balnearios, pueblos y zonas rurales. En algunos casos se tratará de la mudanza a una segunda vivienda y en otros del retorno a la residencia de nacimiento (Bernard y otros, 2020; OCDE, 2021; González Leonardo y López Gay, 2021).

La segunda pregunta clave atañe al carácter permanente o transitorio de estos desplazamientos y los cambios a largo plazo en las preferencias residenciales de las personas y las familias, así como las decisiones de localización de los agentes económicos, incluido el Estado. Respecto de esta interrogante, no hay una posición única y los datos necesarios para dirimir la discusión, principalmente censales, aún no están disponibles. De hecho, el único censo de la década de 2020 disponible es el de México, cuyo levantamiento concluyó casi en simultáneo con la irrupción de la pandemia en el país, por lo que evidentemente no captó el efecto de la pandemia sobre la migración interna. Con todo, este censo ofrece al menos un dato interesante para la discusión: la zona metropolitana del Valle de México mantuvo, e incluso acentuó, su carácter expulsor tras los indicios en sentido contrario aportados por la gran encuesta intercensal de 2015. En este sentido, una

emigración neta de las grandes ciudades en el marco de la pandemia no puede atribuirse mecánicamente a esta porque dicha emigración neta ya era dominante entre las megápolis de la región desde inicios del siglo XXI (Chávez Galindo y otros, 2016; Rodríguez Vignoli, 2017) (véase el gráfico I.12).

Gráfico I.12

Zona metropolitana del Valle de México: saldo migratorio (interno) y tasa de migración neta (anual, por 1.000), censos de 2000, 2010 y 2020



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los censos nacionales de población.

De acuerdo con Baumeister (2020), que analiza la situación de Centroamérica, la combinación de la caída en los sectores de comercio, restaurantes y otros, y las restricciones al desplazamiento en las grandes ciudades, sumadas a la relativa estabilidad del agro y la menor incidencia del COVID-19 y de las medidas restrictivas en las zonas rurales, podría servir de impulso para que los pobladores urbanos pobres que migraron a otras zonas regresaran a sus comunidades de origen. Sin embargo, eso podría verse matizado por las bajas remuneraciones y la precariedad del empleo en el ámbito rural, las dificultades para asegurar la disponibilidad de alimentos para el autoconsumo y la imposibilidad de las familias rurales de mantener a integrantes que no trabajen. Además, los procesos de apertura en las ciudades podrían significar la reversión de este retorno y tales movimientos podrían quedar solo como pasajeros, sin llegar a tener un impacto de largo plazo en la distribución territorial de la población.

Por otra parte, un conjunto de estudios sobre el tema ha tenido como principal país de referencia al Perú, probablemente tanto por la gravedad con que el COVID-19 afectó a dicho país, como por ser ese uno de los pocos países que implementó programas de retorno a comunidades de origen e, incluso, procuró registrar este proceso en un catastro estadístico¹¹. Estos estudios, todos ellos con resultados preliminares, se concentran en la salida de población que había migrado recientemente a Lima, que se desempeñaba en empleos precarios e informales y que, a causa de la pandemia, decidió retornar a sus zonas de origen ante la demora de las ayudas provenientes tanto del Estado como de otros actores¹². La principal conclusión es que el retorno, además de ser riesgoso, no significó una reinserción rápida y fluida para la mayoría de las personas. Por lo mismo, hay dudas sobre su sostenibilidad, sobre todo porque las fuerzas de expulsión socioeconómicas estructurales de las zonas rurales y los pueblos pequeños aún persisten.

¹¹ Véanse Boyd, Vásquez y Yancari (2021); Burneo y Castro (2020); Burneo y Trelles (2020); Delgado Pugley (2020); Lauda-Rodríguez y Pires Ramos (2021); Lázaro-Aquino (2021); Potesta Cortez y otros (2021); Távara (2021); y Zolezzi Chocano (2020).

¹² Fort, Espinoza y Á. Espinoza (2021), usando una metodología de simulación basada en el censo de 2017 del Perú, estiman un retorno a los ámbitos rurales desde las principales ciudades del orden de 250.000 personas entre marzo y noviembre de 2020.

En Chile, mediante el sistema de monitoreo de la movilidad usando macrodatos (sobre todo de celulares) se ha estimado una salida masiva de personas y familias desde Santiago hacia varias regiones cercanas durante el período que va de marzo a diciembre de 2020¹³. Sin embargo, estas estimaciones tienen debilidades, pues no consideran las entradas, que podrían compensar las salidas. Tampoco se puede saber si se trata de migración (con cambio de residencia) o solo de un movimiento estacional.

En Colombia, un informe oficial del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) estableció, mediante el uso de las encuestas de hogares, que la migración entre municipios agrupados según tamaño registró una pronunciada caída entre la encuesta de 2019 (4.207.117 personas entre 2014 y 2019) y la encuesta de 2020 (3.588.989 personas entre 2015 y 2020), y que el saldo ligeramente negativo de los municipios pequeños (por lo general rurales) en la encuesta de 2019 dio paso a un saldo positivo de 250.000 migrantes en la encuesta de 2020, cuya contrapartida fue un alza de la emigración neta de las grandes ciudades del país (DANE, 2021).

Por último, Cuba, único país de la región con un registro de residencia, informa una drástica caída en la intensidad de la migración interna entre provincias en 2020, en línea con lo esperado. En cambio, a diferencia de lo expuesto para Colombia y Chile, el atractivo de la provincia de La Habana ha persistido durante la pandemia, aunque se ha atenuado. En efecto, los saldos migratorios internos, del orden de 15.000 personas entre 2015 y 2019, fueron seguidos por un saldo del orden de las 8.000 personas en 2020, el primer año de la pandemia.

Más allá de estas cifras fragmentarias y parciales, en la mayoría de los países de la región hay una falta de datos oficiales confiables y actualizados sobre migración interna que impide arribar a conclusiones firmes basadas en datos. Con todo, casi con seguridad habrá efectos permanentes, no solo por el daño generado por el COVID-19 en las ciudades, en particular las metrópolis, sino también por la masificación de las actividades virtuales que permiten la deslocalización de población desde los lugares que antes concentraban las actividades presenciales. La magnitud de esta transformación, no obstante, sigue siendo totalmente incierta.

Una vez que estén más claros los impactos de la pandemia en la distribución espacial de la población podrían implementarse acciones destinadas a aprovechar dichos impactos, si se estima que contribuyen a la creación de sociedades más inclusivas, sostenibles y eficientes. La eventual redistribución de población desde ciudades grandes hacia ciudades intermedias o menores y zonas rurales podría resultar funcional en términos agregados e individuales, habida cuenta de los altos niveles de primacía de las ciudades grandes existentes en la mayoría de los países de la región, la pérdida del bono demográfico en las zonas expulsoras y los enormes déficits de las grandes ciudades. Sin embargo, todo esto dependerá del tipo de personas y familias que se han redistribuido, del acceso a bienes y servicios y la productividad en las zonas de destino, y de la canalización y uso de los recursos per cápita aumentados en las zonas de origen. En lo inmediato se necesitan, como mínimo, inversiones inclusivas adicionales en accesibilidad, servicios y tecnología en los destinos, y en el cierre de brechas y el aumento de la eficiencia en los orígenes.

¹³ “Más de 380 mil capitalinos dejaron la ciudad para ir a vivir fuera de la región Metropolitana. Las regiones de Valparaíso y O’Higgins serían los principales destinos elegidos para migrar en medio de la pandemia [...]” (Universidad del Desarrollo, 2021).

Bibliografía

- 24 Horas (s.f.), "24 Play" [en línea] <https://mdstrm.com/live-stream/57d1a22064f5d85712b20dab> [fecha de consulta: 17 de diciembre de 2021].
- Aassve, A. y otros (2021), "Early assessment of the relationship between the COVID-19 pandemic and births in high-income countries"; *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 118, N° 36, septiembre.
- Aburto, J. M. y otros (2022), "Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries"; *International Journal of Epidemiology*, vol. 51, N° 1, febrero.
- _____(2021), "Uneven state distribution of homicides in Brazil and their effect on life expectancy, 2000–2015: a cross-sectional mortality study"; *BMJ Open*, vol. 11, N° 2.
- ACNUR/OIM (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados/Organización Internacional para las Migraciones) (2020), "COVID-19: access challenges and the implications of border restrictions"; *Reports and Policy Papers, COVID-19* [en línea] <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/76447>.
- Adhanom Ghebreyesus, T. (2020), "Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020"; Organización Mundial de la Salud (OMS) [en línea] <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>.
- Ait Addi, R., A. Benksim y M. Cherkaoui (2020), "Sexuality and fertility in the time of COVID-19"; *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, vol. 11, N° 4, diciembre.
- Alvarez, J. A., J. M. Aburto y V. Canudas-Romo (2020), "Latin American convergence and divergence towards the mortality profiles of developed countries"; *Population Studies*, vol. 74, N° 1.
- Apple (2022), "Mobility Trends Reports" [en línea] <https://covid19.apple.com/mobility>.
- Arceo-Gomez, E. O. y otros (2022), "The income gradient in COVID-19 mortality and hospitalisation: An observational study with social security administrative records in Mexico"; *The Lancet Regional Health*, vol. 6, N° 100115, febrero.
- Arriaga, E. E. y K. Davis (1969), "The pattern of mortality change in Latin America"; *Demography*, vol. 6, N° 3.
- Atto, S. (2021), "How COVID-19 changed the way we shop...again"; Universidad Monash, 9 de noviembre [en línea] <https://www2.monash.edu/impact/articles/retail/how-covid-19-changed-the-way-we-shop-again/>.
- Barrero, J., N. Bloom y S. Davis (2021), "Why working from home will stick"; *BFI Working Paper*, N° 2020-174, Universidad de Chicago.
- Baumeister, E. (2020), "Posibilidades de refugio en el medio rural y COVID-19 en los países de América Central"; *Documento de Trabajo*, N° 279, Lima, Instituto de Estudios Peruanos (IEP).
- Bernard, A. y otros (2020), *Anticipating the impact of COVID-19 on internal migration*, Canberra, Centre for Population Research Paper.
- Berrington, A. y otros (2022), "Scenario-based fertility projections incorporating impacts of COVID-19"; *Population, Space and Place*, vol. 28, N° 2, marzo.
- Bilal, U., T. Alfaro y A. Vives (2021), "COVID-19 and the worsening of health inequities in Santiago, Chile"; *International Journal of Epidemiology*, vol. 50, N° 3, junio.
- Borah, G. (2021), "Going home amidst COVID-19: character and determinants of return migration to Assam, India"; documento presentado en la Conferencia Internacional de Población 2021, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP), 5 a 10 de diciembre [en línea] <https://ipc2021.popconf.org/abstracts/211178>.
- Boyd, C., T. Vásquez y J. Yancari (2021), "Migración interna y desarrollo humano en el Perú pos-COVID-19"; *COVID-19 & crisis de desarrollo humano en América Latina*, J. Iguíñiz y J. Clausen (eds.), Lima, Instituto de Desarrollo Humano de América Latina (IDHAL-PUCP).
- Breton, D. y otros (2021), "L'évolution démographique récente de la France: moins de naissances, de mariages et de migrations, plus de décès... la Covid-19 bouleverse la dynamique de la population française"; *Vue d'ensemble, Population*, vol. 76, N° 4, Instituto Nacional de Estudios Demográficos.
- Burneo, M. L. y A. Castro (2020), "Movilidad y retorno frente al Covid-19 en el contexto de una ruralidad transformada"; *Crónica del gran encierro: pensando el Perú en tiempos de pandemia*, R. Asensio (ed.), Lima, Instituto de Estudios Peruanos.
- Burneo, M. L. y A. Trelles (2020), "Migración de retorno en el Alto Piura en el contexto de la pandemia por la COVID-19"; *Documento de Trabajo*, Piura, Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA)/ Universidad de St. Andrews.
- Canales, A. (2020), "La desigualdad social frente al COVID-19 en el Área Metropolitana de Santiago (Chile)"; *Notas de Población*, N° 111 (LC/PUB.2020/19-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Canudas-Romo, V. y J. M. Aburto (2019), "Youth lost to homicides: disparities in survival in Latin America and the Caribbean"; *BMJ Global Health*, vol. 4, N° 2.
- Canudas-Romo V. y otros (2017), "Mexico's epidemic of violence and its public health significance on average length of life"; *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 71, N° 2, febrero.

- Carballo, A. y M. Corina (2020), "The COVID-19 pandemic and fertility trends," SSRN [en línea] <https://ssrn.com/abstract=3707431>.
- Caruso, S., A. M. C. Rapisarda y P. Minona (2020), "Sexual activity and contraceptive use during social distancing and self-isolation in the COVID-19 pandemic," *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, vol. 25, N° 6.
- Castro Martín, T. y otros (2011), "Maternidad sin matrimonio en América Latina: análisis comparativo a partir de datos censales," *Notas de Población*, N° 93 (LC/G.2509-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Castro, M. C. y otros (2021), "Reduction in life expectancy in Brazil after COVID-19," *Nature Medicine*, vol. 27.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- _____(2021a), *Observatorio Demográfico, 2020* (LC/PUB.2020/20-P), Santiago.
- _____(2021b), "Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina," *Informes COVID-19*, enero.
- _____(2021c), *Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe* (LC/TS.2021/115), Santiago.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2021), "Trabajo decente para los trabajadores de plataformas en América Latina," *Coyuntura Laboral en América, Latina y el Caribe*, N° 24 (LC/TS.2021/71), Santiago.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (2021), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social," *Informe COVID-19 CEPAL-OPS*, Santiago, octubre.
- CEPAL/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2020), "Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres," diciembre [en línea] <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46483-riesgos-la-pandemia-covid-19-ejercicio-derechos-sexuales-reproductivos-mujeres>.
- CEPAL y otros (Comisión Económica para América Latina y el Caribe y otros) (2020), "El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva," *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/171), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Chamie, J. (2021), "COVID-19 pandemic: demographic highlights," N-IUSSP, 22 de marzo [en línea] <https://www.niussp.org/health-and-mortality/covid-19-pandemic-demographic-highlights/>.
- Chávez Galindo, A. y otros (2016), "Migración interna y cambios metropolitanos: ¿qué está pasando en las grandes ciudades de América Latina?," *Revista Latinoamericana de Población (RELAP)*, vol. 10, N° 18.
- Cifuentes, M. y otros (2021), "Socioeconomic inequalities associated with mortality for COVID-19 in Colombia: a cohort nationwide study," *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 75, N° 7.
- Cito, G. y otros (2021), "The impact of the COVID-19 quarantine on sexual life in Italy," *Urology*, vol. 147, enero.
- CLACAI (Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro) (2020), "La salud reproductiva es vital" [en línea] <https://saludreproductivavital.info/>.
- Cohen, J. (2021), "For WHO leader, a 'feeling that we're failing'," *Science*, vol. 372, N° 6549, 25 de junio.
- Coombe, J. y otros (2021), "Contraceptive use and pregnancy plans among women of reproductive age during the first Australian COVID-19 lockdown: findings from an online survey," *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, vol. 26, N° 4.
- Da Silva, S. J. R. y L. Pena (2021), "Collapse of the public health system and the emergence of new variants during the second wave of the COVID-19 pandemic in Brazil," *One Health*, vol. 13, diciembre.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) (2021), "Patrones y tendencias de la transición urbana en Colombia," *Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada*, N° 7, Bogotá.
- De Abrantes, L., R. Greene y L. Trimano (2020), "Huir de la metrópolis y de la pandemia," Centro de Investigación Periodística (CIPER), 27 de junio [en línea] [https://www.ciperchile.cl/2020/06/27/huir-de-la-metropolis-y-de-la-pandemia/#:~:text=Cuando%20no%20hab%C3%ADa%20COVID%2D19,%2C%20tranquila\)%20en%20ciudades%20intermedias](https://www.ciperchile.cl/2020/06/27/huir-de-la-metropolis-y-de-la-pandemia/#:~:text=Cuando%20no%20hab%C3%ADa%20COVID%2D19,%2C%20tranquila)%20en%20ciudades%20intermedias).
- Del Popolo, F. y G. Bay (coords.) (2021), "Las estadísticas de nacimientos y defunciones en América Latina con miras al seguimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo," *serie Población y Desarrollo*, N° 134 (LC/TS.2021/48), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Delgado Pugley, D. (2020), "La COVID-19 en el Perú: una pequeña tecnocracia enfrentándose a las consecuencias de la desigualdad," *Análisis Carolina*, N° 26, Fundación Carolina, mayo.
- Di Cesare, M. (2011), "El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones," *Documentos de Proyectos* (LC/W.395), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- Dramani, L. y otros (2021), "Territorial attractiveness consequences of COVID-19 restrictive measures in Benin: case of the implementation of the « Sanitary Cord » measure", documento presentado en la Conferencia Internacional de Población 2021, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP), 5 a 10 de diciembre [en línea] <https://ipc2021.popconf.org/uploads/210238>.
- Emol (2021), "Estudio calcula que unos 381 mil santiaguinos dejaron la capital en 2020 por la pandemia", 16 de enero [en línea] <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2021/01/16/1009560/Habitantes-RM-pandemia-2020-covid19.html>.
- Esteve, A., A. Blanes y A. Domingo (2021), "Consecuencias demográficas de la COVID-19 en España: entre la novedad excepcional y la reincidencia estructural", *Panorama Social*, N° 33.
- Frenk J. y otros (1991), "La transición epidemiológica en América Latina", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 111, N° 6, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Fort, R., M. Espinoza y Á. Espinoza (2021), "COVID-19 y las migraciones de la ciudad al campo en el Perú: identificación de amenazas y oportunidades para el uso sostenible del capital natural", *Nota Técnica*, N° IDB - TN - 02234, Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- GISAIID (Iniciativa mundial para intercambiar todos los datos sobre la gripe) (2022), "Tracking of variants" [en línea] <https://www.gisaid.org/hcov19-variants/> [fecha de consulta: 10 de marzo de 2022].
- Goldstein, J. (2020), "Rebirth after disaster: models of post-pandemic fertility and marriage", disertación realizada en la conferencia Demographic Aspects of the COVID-19 Pandemic and its Consequences, 30 de noviembre a 1 de diciembre [en línea] https://www.oeaw.ac.at/fileadmin/subsites/Institute/VID/PDF/Conferences/2020/COVID19/Slides/Keynote_2_Goldstein_WIC2020.pdf.
- González Leonardo, M. y A. López Gay (2021), "Where are the Spaniards moving after the outbreak of the COVID-19 pandemic?", documento presentado en la Conferencia Internacional de Población 2021, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP), 5 a 10 de diciembre [en línea] <https://ipc2021.popconf.org/abstracts/210979>.
- Google (2022), "Informes de Movilidad Local" [en línea] <https://www.google.com/covid19/mobility/?hl=es>.
- Gordon, J. (2022), "So long Toronto: COVID-19 pandemic hastens Canada's urban exodus", Reuters, 14 de enero [en línea] <https://www.reuters.com/world/americas/so-long-toronto-covid-19-pandemic-hastens-canadas-urban-exodus-2022-01-13/>.
- Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas (2021), "Los derechos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis" (A/HRC/47/38), Naciones Unidas, 28 de abril.
- Hanlon, P. y otros (2021), "COVID-19 - exploring the implications of long-term condition type and extent of multimorbidity on years of life lost: a modelling study", *Wellcome Open Research*, vol. 5, N° 75.
- Heuveline, P. y M. Tzen (2021), "Beyond deaths per capita: comparative COVID-19 mortality indicators" [en línea] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7273293/>.
- Ikotun, O., A. Akhigbe y S. Okunade (2021), "Sustainability of borders in a post-COVID-19 world", *Politikon*, vol. 48, N° 2.
- Instituto de Data Science UDD (2021), "Movilidad" [en línea] <https://datascience.udd.cl/movilidad/>.
- Kumar, N. (2020), "COVID 19 era: a beginning of upsurge in unwanted pregnancies, unmet need for contraception and other women related issues", *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, vol. 25, N° 4.
- Kupferschmidt, K. y M. Wadman (2021), "Delta variant triggers new phase in the pandemic", *Science*, vol. 372, N° 6549, 25 de junio.
- Lauda-Rodríguez, Z. y E. Pires Ramos (2021), "Las migraciones ambientales en tiempos de pandemia: nuevos retos y necesidades de investigación y acción", *Comunidad académica y COVID 19: reflexiones sobre los quehaceres universitarios de la acción social, la investigación y la docencia en contextos de pandemia y post pandemia en Costa Rica y Brasil*, vol. I, M. Moreno Buján y C. E. Peralta (coords.), San José, Universidad de Costa Rica.
- Lázaro-Aquino, T. (2021), "Retornantes internos por covid-19: Una mirada desde la desigualdad y la informalidad", *Socialium*, vol. 5, N° 1.
- Lee, R. (2021), "An historical perspective on the response of fertility to economic and mortality crises", 10 de mayo [en línea] https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd_2021_egm_session_ii_ronald_lee.pdf.
- Lehmiller, J. y otros (2021), "Less sex, but more sexual diversity: changes in sexual behavior during the COVID-19 coronavirus pandemic", *Leisure Sciences*, vol. 43, N° 1-2.
- Lima, E. y otros (2021), "Investigating regional excess mortality during 2020 COVID-19 pandemic in selected Latin American countries", *Genus*, vol. 77, N° 30.
- Lindberg, L. y otros (2020), *Early Impacts of the COVID-19 Pandemic: Findings from the 2020 Guttmacher Survey of Reproductive Health Experiences*, Nueva York, Guttmacher Institute.
- Luppi, F., B. Arpino y A. Rosina (2020), "The impact of COVID-19 on fertility plans in Italy, Germany, France, Spain, and the United Kingdom", *Demographic Research*, vol. 43, art. 47.
- Macchia, A. y otros (2021), "COVID-19 among the inhabitants of the slums in the city of Buenos Aires: a population-based study", *BMJ Open* [en línea] <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044592>.

- Martin, S. F. y J. Bergmann (2020), *COVID-19 and the transformation of migration and mobility globally: shifting forms of mobility related to COVID-19*, Ginebra, Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- Mathieu, E. y otros (2021), "A global database of COVID-19 vaccinations," *Nature Human Behaviour*, vol. 5, julio.
- Mena, G. y otros (2021), "Socioeconomic status determines COVID-19 incidence and related mortality in Santiago, Chile," *Science*, vol. 372, N° 6545, abril.
- Meyerowitz-Katz, G. y L. Merone (2020), "A systematic review and meta-analysis of published research data on COVID-19 infection fatality rates," *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 101, diciembre.
- Ministerio de Salud Pública (2021), *La respuesta de Uruguay en 2020 a la Pandemia de COVID -19*, Montevideo.
- Moralejo Bermudi, P. y otros (2021), "Spatiotemporal ecological study of COVID-19 mortality in the city of São Paulo, Brazil: shifting of the high mortality risk from areas with the best to those with the worst socio-economic conditions," *Travel Medicine and Infectious Disease*, vol. 39, enero-febrero.
- Naciones Unidas (2021a), "A review of research related to the impact of the COVID-19 pandemic on fertility," *Background Note*, División de Población [en línea] https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2021_egm_inf.7_background_note.pdf.
- (2021b), *United Nations expert group meeting on the impact of the COVID-19 pandemic on fertility (ESA/P/NP/264)*, Nueva York [en línea] https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2021/Jul/final_egm_report_covid19_impact_fertility_08_07_2021.pdf.
- (2020a), *Informe: el impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe*, julio [en línea] <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020/07/informe-el-impacto-de-covid-19-en-america-latina-y-el-caribe#view>.
- (2020b), *Policy Brief: COVID-19 in an Urban World*, julio [en línea] <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-urban-world>.
- (2019), *World Population Prospects 2019*, Nueva York [en línea] <https://population.un.org/wpp/>.
- Nepomuceno, M. y otros (2020), "Besides population age structure, health and other demographic factors can contribute to understanding the COVID-19 burden," *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 117, N° 25, junio.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2021), "The COVID-19 crisis in urban and rural areas," *OECD Regional Outlook 2021: Addressing COVID-19 and Moving to Net Zero Greenhouse Gas Emissions*, París, OECD Publishing.
- Oficina del Contralor de la Ciudad de Nueva York (2021), "El impacto de la pandemia en los patrones de migración de la ciudad de Nueva York," 15 de noviembre [en línea] <https://comptroller.nyc.gov/reports/the-pandemics-impact-on-nyc-migration-patterns/>.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones) (2021a), "Migración de retorno," Portal de Datos sobre Migración [en línea] <https://www.migrationdataportal.org/es/themes/return-migration>.
- (2021b), *Grandes movimientos de migrantes altamente vulnerables en las Américas provenientes del Caribe, Latinoamérica y otras regiones: destinos en tránsito*, San José y Buenos Aires.
- (2021c), "COVID-19 Travel Restrictions Output," 22 de febrero [en línea] <https://migration.iom.int/reports/covid-19-travel-restrictions-output-%E2%80%9422-february-2021>.
- Ojeda, J. y S. Ruiz (2021), "Seismic noise variability as an indicator of urban mobility during the COVID-19 pandemic in the Santiago metropolitan region, Chile," *Solid Earth*, vol. 12, N° 5.
- Omrán, A. R. (1971), "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change," *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 39, N° 4, parte 1.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2022a), "WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard" [en línea] <https://covid19.who.int/> [fecha de consulta: 10 de marzo de 2022].
- (2022b), "Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2" [en línea] <https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/tracking-SARS-CoV-2-variants> [fecha de consulta: 10 de marzo de 2022].
- (2021), *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021. Interim report*, 22 de abril [en línea] <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>.
- (2020), *Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report*, 27 de agosto [en línea] https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1.
- ONU-Hábitat (Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos) (2021), *Cities and Pandemics: Towards a More Just, Green and Healthy Future*, Nairobi.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2022a), "Red Regional de Vigilancia Genómica de COVID-19" [en línea] <https://www.paho.org/es/temas/influenza-otros-virus-respiratorios/red-regional-vigilancia-genomica-covid-19>.
- (2022b), "Distribution of SARS-CoV-2 variants by subregion, Region of the Americas, 1 August, 2021 to 20 March, 2022" [en línea] https://ais.paho.org/phi/viz/SARS_CoV2_variants_regional.asp.

- Peto, J. (2020), "Covid-19 mass testing facilities could end the epidemic rapidly," *BMJ*, N° 368, marzo.
- Potesta Cortez, A. y otros (2021), "¿La vida en pausa? Impacto de la COVID-19 en la vida de jóvenes estudiantes de educación superior que retornan al ámbito rural," *Anthropía*, vol. 18.
- Radil, S. M., J. Castan Pinos y T. Ptak (2021), "Borders resurgent: towards a post-Covid-19 global border regime?" *Space and Polity*, vol. 25, N° 1.
- Raftery, A. y otros (2020), *Evaluating Data Types: A Guide for Decision Makers using Data to Understand the Extent and Spread of COVID-19*, Washington, D.C., The National Academies Press.
- Rodríguez Vignoli, J. (2017), "Migración interna y asentamientos humanos en América Latina y el Caribe (1990-2010)," *serie Población y Desarrollo*, N° 121 (LC/TS.2017/115), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____(2021), "El descenso de la intensidad de la migración interna: ¿realidad o ficción?," *Novedades ALAP*, N° 7, Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), mayo.
- Sattar, N., I. B. McInnes y J. McMurray (2020), "Obesity a risk factor for severe COVID-19 infection: multiple potential mechanisms," *Circulation*, vol. 142, N° 1.
- SJM (Servicio Jesuita a Migrantes) (2021), "Organizaciones rechazaron militarización de la frontera y expulsión de migrantes," *Migración en Chile* [en línea] <https://www.migracionenchile.cl/organizaciones-rechazaron-militarizacion-de-la-frontera-y-expulsion-de-migrantes/>.
- Sobotka, T. y otros (2021a), "Baby bust in the wake of the COVID-19 pandemic? First results from the new STFF data series," *SocArXiv* [en línea] <https://osf.io/preprints/socarxiv/mvvy62>.
- _____(2021b), "Boom or bust? Shifts in births and fertility rates across the highly developed countries during the COVID-19 pandemic: extended summary," documento presentado en la Conferencia Internacional de Población 2021, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP), 5 a 10 de diciembre [en línea] <https://ipc2021.popconf.org/uploads/211733>.
- Távora, A. (2021), "Movilidad humana, capacidades colectivas y nueva ruralidad frente al COVID-19: el proceso de traslado humanitario de peruanos a sus localidades de origen," *COVID-19 & crisis de desarrollo humano en América Latina*, J. Iguíñiz y J. Clausen (eds.), Lima, Instituto de Desarrollo Humano de América Latina (IDHAL-PUCP).
- Taylor, (2021), "COVID-19: why Peru suffers from one of the highest excess death rates in the world," *BMJ*, vol. 372, N° 611.
- The Lancet* (2021), "COVID-19 in Latin America—emergency and opportunity," vol. 398, N° 10295, 10 de julio.
- Tønnessen, M. (2021), "Movers from the city in the first year of Covid," documento presentado en la Conferencia Internacional de Población 2021, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP), 5 a 10 de diciembre [en línea] <https://ipc2021.popconf.org/uploads/210722>.
- UC Berkeley/MPIDR (University of California, Berkeley/Max Planck Institute for Demographic Research) (2022), *Human Mortality Database (HMD)* [en línea] www.mortality.org [fecha de consulta: 2 de febrero de 2022].
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2021), "Impact of COVID-19 on family planning: What we know one year into the pandemic," *Technical Note*, 11 de marzo.
- _____(2020), *El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe: informe técnico* [en línea] https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_tecnico._impacto_del_covid_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_en_alc_1.pdf.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2021), "Tracking the situation of children during COVID-19 (Mar/Apr 2021)" [en línea] <https://data.unicef.org/resources/rapid-situation-tracking-covid-19-socioeconomic-impacts-data-viz/>.
- Universidad del Desarrollo (2021), "Casi 400 mil santiaguinos se han ido a vivir fuera de la región Metropolitana," 18 de enero [en línea] <https://ingenieria.udd.cl/noticias/2021/01/casi-400-mil-santiaguinos-se-han-ido-a-vivir-fuera-de-la-region-metropolitana/>.
- Vardavas, C. I. y K. Nikitara (2020), "COVID-19 and smoking: a systematic review of the evidence," *Tobacco Induced Diseases*, vol. 18, marzo.
- Vázquez-Rowe, I. y A. Gandolfi (2020), "Peruvian efforts to contain COVID-19 fail to protect vulnerable population groups," *Public Health in Practice*, vol. 1, noviembre.
- Wachtler, B. y otros (2020), "Socioeconomic inequalities and COVID-19 – A review of the current international literature," *Journal of Health Monitoring*, vol. 5 N° S7.
- Wadman, M. (2021), "Blind spots thwart global coronavirus tracking," *Science*, vol. 372, N° 6544, 21 de mayo.
- Werneck, G. L. y otros (2021), *Mortes evitáveis por COVID-19 no Brasil* [en línea] <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2021/06/Nota-Tecnica-Mortes-Evitaveis-por-Covid-19-no-Brasil.pdf>.
- Zolezzi Chocano, M. (2020), "La ciudad, la COVID-19 y 'el desborde inverso'," *Revista de Sociología*, N° 30.



CAPÍTULO

II

Desigualdades estructurales y protección de los derechos humanos durante la pandemia: una mirada desde el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo

Introducción

A. Niñas, niños, adolescentes y jóvenes

B. Personas mayores

C. Mujeres

D. Personas migrantes

E. Pueblos indígenas

F. Personas y comunidades afrodescendientes

G. Personas con discapacidad

Bibliografía

Introducción

Los enfoques de derechos e igualdad son los principales pilares del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Al mismo tiempo, son componentes centrales y consustanciales de la propuesta de un nuevo modelo de desarrollo que promueve la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), capaz de impulsar el crecimiento económico de manera inclusiva y sostenible (CEPAL, 2010).

El goce —o la privación— diferenciado de derechos es la expresión más elocuente de la desigualdad social, en particular cuando se origina por factores que generan privilegios para algunos grupos de la población, y postergación y exclusión para otros. La naturalización, cristalización y capilaridad de estos factores los convierten en fuerzas de discriminación estructural que tienden a reproducirse en el tiempo, manteniendo la desigualdad y el modelo que la genera.

La CEPAL ha mostrado de forma clara y temprana que hay un eje económico que funda y moldea la desigualdad social en América Latina y que corresponde a la heterogeneidad estructural en el ámbito productivo y laboral, y el acceso diferencial a patrimonio, recursos e ingresos que implica, y que se reproduce mediante privilegios y discriminaciones históricas que se mantienen hasta el presente. Tal acceso diferencial limita el disfrute de derechos a grandes grupos de población, sobre todo cuando el ejercicio de los derechos depende de la capacidad de pago.

Junto con el nivel socioeconómico, la CEPAL ha identificado otros ejes estructurantes de la discriminación —como el género, la raza y la etnia, la edad, el territorio, la discapacidad, el estatus migratorio y la orientación sexual e identidad de género— que actúan tendiendo a perpetuar la desigualdad social y generando desigualdades específicas para ciertos grupos de la población (CEPAL, 2016a). Estos ejes de la desigualdad se entrecruzan, se potencian y se encadenan a lo largo del ciclo de vida, y plantean la necesidad de aplicar un enfoque integral y diversificado en los esfuerzos y las acciones dirigidas a superar la desigualdad. Al mismo tiempo, la identificación de varios ejes de la desigualdad amplía el espectro de políticas igualitarias hacia asuntos que superan su componente económico. Esta variedad de ejes llama la atención sobre grupos de la población que ven limitado el ejercicio de sus derechos.

El Consenso de Montevideo puede considerarse como precursor del planteamiento del enfoque de la matriz de la desigualdad social por parte de la CEPAL (2016a). Los diferentes capítulos del Consenso de Montevideo se enfocan en un conjunto de grupos de la población a los que es necesario prestar particular atención para que puedan ejercer sus derechos debido a históricas modalidades de discriminación, exclusión, estigmatización, subordinación y desprotección. En el Consenso de Montevideo se aborda un conjunto de temas de población en los que el ejercicio de derechos presenta limitaciones: el bienestar general e integral de todas las personas; el desarrollo de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, incluidas la educación sexual y la salud sexual y reproductiva acorde a las distintas edades; el envejecimiento y la protección social de las personas mayores; el acceso universal a la salud reproductiva; el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos por parte de hombres y mujeres de todas las orientaciones e identidades sexuales; la autonomía y el empoderamiento de las mujeres; la migración internacional; la localización y la movilidad de la población, y la identidad étnica y la secular discriminación racial y cultural.

Por ello, es pertinente examinar el impacto de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) sobre grupos de población que exigen particular atención para garantizar el ejercicio de sus derechos en una amplia variedad de temas de población y desarrollo, presentes en los capítulos del Consenso de Montevideo y sus medidas prioritarias, y considerados bajo el enfoque de la matriz de la desigualdad de la CEPAL.

A. Niñas, niños, adolescentes y jóvenes

La pandemia ha tenido efectos en diferentes dimensiones del bienestar y el ejercicio de derechos de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, incluidas en el capítulo B del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. En materia de salud, si bien se trata del grupo menos afectado en términos de mortalidad y

enfermedad grave, de todas formas ha presentado contagios, secuelas y fallecimientos por COVID-19, y recién se están empezando a conocer síndromes asociados, algunos de ellos graves, como el síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (Comité/Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP y AEPap, 2021).

De manera indirecta, la pandemia trajo aparejadas la postergación y suspensión de controles regulares de salud, limitando el acceso oportuno a tratamientos e instancias de rehabilitación, así como a acciones preventivas y a la detección temprana de situaciones de riesgo, lo que aumentó la incidencia y gravedad de patologías prevenibles o tratables. También se han detectado marcados descensos en la cobertura de inmunización y de servicios de atención al recién nacido (CEPAL/OPS, 2020 y 2021; UNICEF, 2021a).

Los programas de alimentación también han experimentado interrupciones y ello generó riesgos de retrocesos en el combate a la desnutrición infantil en algunos países. De hecho, 19 de 32 países consultados informaron sobre una disminución de la cobertura de sus programas de nutrición en escuelas, lo que parece estar incidiendo en un aumento de la malnutrición durante la pandemia, tanto por desnutrición como por obesidad (García, 2020 y 2021a). De acuerdo con el Programa Mundial de Alimentos (PMA), cerca de 85 millones de niños y niñas dejaron de recibir la alimentación escolar durante los primeros días de restricciones sanitarias, incluso durante semanas o meses en algunos casos, hasta que los programas lograron reconvertirse (PMA, 2021).

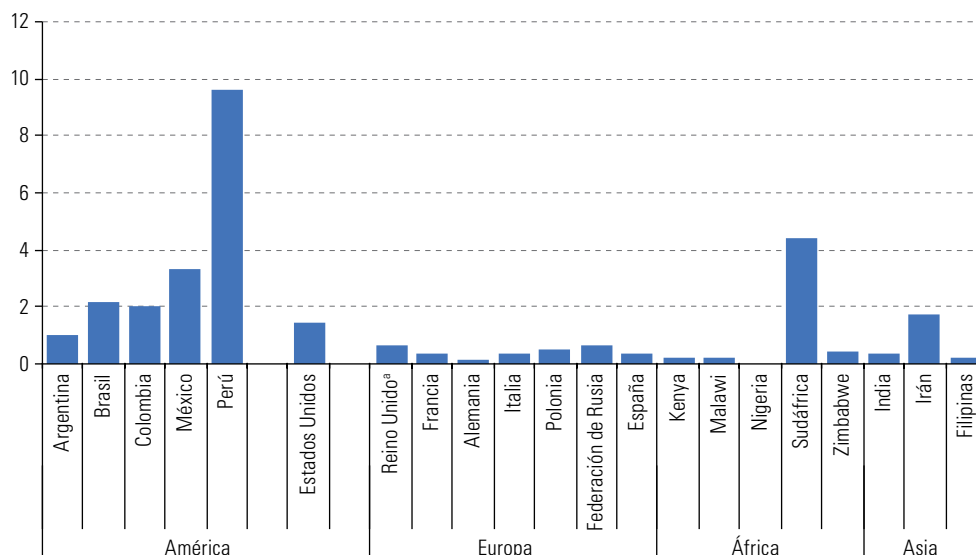
Por su parte, la salud mental de esta población, uno de los aspectos incluidos en la medida prioritaria 7 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, también se ha visto afectada por distintos aspectos de la pandemia, que van desde el impacto de las medidas sanitarias de cuarentena y confinamiento, la interrupción de las clases en las escuelas y el cierre de los centros educativos, hasta la vivencia de eventos traumáticos, como la pérdida de padres, madres o cuidadores (UNICEF, 2021c). Los niños y las niñas pueden sufrir un estrés más agudo cuando se encuentran separados de uno o de ambos padres, incluidos los que se han infectado, los que se sospecha que se han contagiado o los que viven en residencias colectivas. En este sentido, una situación particularmente dramática es la que sufren los niños y las niñas que han perdido a padres y a cuidadores por el COVID-19. A este respecto, solo en cinco países de América Latina se estima que entre marzo de 2020 y abril de 2021 se registraron 380.000 casos de orfandad, los que ascienden a más de 600.000 si se suman aquellos menores que han perdido a cuidadores primarios o secundarios (Hillis y otros, 2021). De hecho, América Latina registra las mayores tasas de orfandad causada por el COVID-19 en el mundo, y el Perú es el país con el nivel más alto, con casi 10 niños y niñas por cada 1.000 que perdieron a uno o a ambos padres a causa del COVID-19 (véase el gráfico II.1). Este valor se eleva a 14,1 por cada 1.000 si se considera a los que perdieron a uno o más cuidadores principales o secundarios. De hecho, esta situación extrema llevó al Gobierno del Perú a crear un bono especial para estos niños y niñas y sus familias¹.

En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, componente central de la medida prioritaria 12 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, el redireccionamiento de recursos monetarios y humanos hacia la contención y atención de la emergencia sanitaria dejó desatendidas, entre otras, esta dimensión de la salud. Las interrupciones fueron particularmente graves en el caso de la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Estas se debieron a diversos factores: i) dificultades para el acceso a anticonceptivos en fuentes privadas; ii) escasez de anticonceptivos en los servicios públicos; iii) discontinuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, y iv) reticencia de las personas usuarias a asistir a la consulta por miedo al contagio. Esto se tradujo en pronósticos de un marcado aumento de la demanda insatisfecha y, por lo mismo, incremento de la fecundidad adolescente. Una estimación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), por ejemplo, planteaba un alza de 61 a 65 nacidos vivos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años a escala regional (CEPAL/UNFPA, 2020). Por su parte, una estimación para México, centrada en los embarazos no deseados o no planificados, planteaba alzas de al menos un 10%, tanto para el total de las mujeres en edad reproductiva como para las adolescentes (Gobierno de México y otros, s/f).

¹ Véase "Asistencia Económica para Casos de Orfandad por la COVID-19" [en línea] <https://www.gob.pe/institucion/inabif/campa%C3%B1as/5059-asistencia-economica-para-casos-de-orfandad-por-la-covid-19>.

Gráfico II.1

Países seleccionados: tasa de orfandad causada por la enfermedad por coronavirus (COVID-19), 1 de marzo de 2020 a 30 de abril de 2021
(Por cada 1.000 niños o niñas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de S. Hillis y otros, "Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modelling study", *The Lancet*, vol. 398, N° 10298, 2021.

^a Solo se incluye Inglaterra y Gales.

Sin embargo, se puede observar que, pese a las interrupciones registradas a inicios de la pandemia, particularmente durante 2020, muchos países pudieron mantener o restaurar el acceso a los servicios esenciales de salud, incluidos los servicios de planificación familiar (UNFPA, 2021). A modo de ejemplo, de los 29 países que respondieron la encuesta de monitoreo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la disrupción de servicios esenciales, 12 informaron algún tipo de disrupción, y la mayoría mencionaron disrupciones en el rango de entre un 5% y un 25% de los servicios (OMS, 2021). En el caso de los adolescentes, hay que sumar el efecto de las restricciones sobre la actividad sexual y las uniones, por lo que lo esperable es que finalmente se reduzca la tasa específica de fecundidad, al igual que está previsto que ocurra con la tasa global de fecundidad. En Chile, por ejemplo, los datos preliminares sobre nacimientos en el caso de madres adolescentes de 10 a 19 años evidencian una disminución de 2.201 nacimientos entre 2019 y 2020, y una tasa de fecundidad específica de 15 a 19 años que seguiría una tendencia a la baja y llegaría a 15,3 por 1.000 en 2020 (D'Angelo, 2021). En México, la caída en la cantidad de nacimientos entre 2019 y 2020 es prácticamente vertical e incluso más acentuada entre las adolescentes². Con todo, hay que reiterar la alerta sobre la posibilidad cierta de que esta probable caída de la fecundidad total y de adolescentes sea concomitante con un alza de su fracción no deseada.

Por su parte, y con valor añadido respecto de las encuestas internacionales sobre la disrupción de servicios antes mencionada, los países de la región proporcionan datos específicos sobre problemas y quiebres de atención de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Los datos de monitoreo del Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA) de la Argentina para 2020 muestran una caída del 72% en la cantidad de adolescentes asesorados en escuelas y servicios de salud (Ministerio de Salud/Ministerio de Educación/Ministerio de Desarrollo Social, 2020b). En cuanto a la anticoncepción, los datos de las provincias argentinas indican que durante el primer cuatrimestre de 2020 se registró colocación de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración solo en un 40% de los establecimientos que son parte del Plan ENIA, y específicamente en abril se realizó colocación en solo un 12,8% de los establecimientos (Ministerio de Salud/Ministerio de Educación/Ministerio de Desarrollo Social, 2020a).

² Véase [en línea] <https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/>.

En Chile, los controles de regulación de la fertilidad en adolescentes muestran una disminución del 77%, al pasar de 227.053 adolescentes en 2019 a 52.005 en 2020 (D'Angelo, 2021). En cuanto a la cobertura de la atención de salud integral para adolescentes, en 2019 se había llegado al 17%, pero con la pandemia esta cifra bajó al 7% en 2020, retrocediendo a valores registrados en 2012 (D'Angelo, 2021). En El Salvador, el número de adolescentes usuarias activas de anticoncepción se redujo de 14.162 en 2019 a 8.666 en 2020 (Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas, 2021).

Según el borrador del informe sobre la Segunda Encuesta de las Naciones Unidas sobre Juventudes de América Latina y el Caribe dentro del Contexto de la Pandemia del COVID-19, del Grupo de trabajo sobre juventud de la Plataforma de Colaboración Regional para América Latina y el Caribe, que fue respondida por casi 47.000 adolescentes y jóvenes, un poco más de la mitad de la muestra (53%) señala que durante la pandemia experimentó cambios en su acceso a los servicios de salud. Estos cambios corresponden principalmente a la interrupción en la concurrencia a atenciones y procedimientos de rutina como controles y exámenes ginecológicos anuales (como la prueba de Papanicolau), controles durante el embarazo, controles del niño sano, vacunas de bebés y niños, y tratamientos psicológicos, entre otros. El 76% de las menciones corresponden a estas situaciones. Un 12% se refiere a la interrupción en el acceso a anticonceptivos, un 7% a la interrupción en el acceso a tratamientos contra enfermedades crónicas y un 5% a la interrupción de terapias de reemplazo hormonal. En relación con las razones para ello, un 43% de las menciones se refieren a la imposibilidad de acudir o a la decisión deliberada de no acudir a los servicios de salud en el contexto de la pandemia. En un 28% de los casos se dice que tiene relación con el hecho de que los centros de salud no estaban ofreciendo las prestaciones requeridas.

En el ámbito educativo, aspecto medular de la medida prioritaria 9 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, se estima que en torno a 165 millones de estudiantes experimentaron una interrupción total o parcial de sus estudios en 2020 (CEPAL/UNESCO, 2020), que un 97% de los estudiantes de la región se han visto privados de su escolaridad normal (Seusan y Maradiegue, 2020) y que a fines de 2021 todavía 60 millones de niños, niñas y adolescentes seguían afectados por el cierre total o parcial de las escuelas, con una media de 162 días lectivos sin clases presenciales entre marzo de 2020 e inicios de diciembre de 2021 (UNICEF, 2021c). Azevedo y otros (2020) aplican modelos de simulación para estimar el impacto del COVID-19 en los años de educación ajustados por la calidad de los aprendizajes³. Para América Latina y el Caribe, la cifra de años de educación ajustados por calidad era de 7,7 antes de la pandemia, cifra que disminuiría a 7,4 en un escenario optimista (el de menor tiempo de cierre de las escuelas), a 7,1 en un escenario intermedio y a 6,8 en el peor escenario estimado. Otros indicadores de aprendizaje muestran impactos significativos, incluso en los escenarios "optimistas." Entre ellos están algunos fundamentales, como el aprendizaje en lecto-escritura, en el caso del cual la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) estima que alrededor de 100 millones de niños y niñas en todo el mundo no lograrán el umbral esperado de fluidez para su edad a causa de la pandemia (UNESCO, 2021d).

Un efecto particularmente nocivo de la pandemia es el aumento de la desigualdad educativa, que ya era enorme en la región. Esto se debe, por una parte, a las mejores condiciones de los establecimientos privados para ofrecer clases virtuales y, por otra, a las mejores condiciones de recepción de los estudiantes de estas escuelas, que por lo general pertenecen a los grupos más acomodados de la población. En Chile, el Ministerio de Educación estimó que la pérdida de aprendizajes durante 2020 en el escenario más benigno sería del 15% para el quintil más rico y del 50% para el quintil más pobre (Centro de Estudios MINEDUC, 2020).

Además de las consecuencias en el aprendizaje y su calidad, se estima que podría aumentar la deserción escolar, sobre todo de adolescentes y jóvenes de niveles socioeconómicos bajos, migrantes, pertenecientes a comunidades indígenas y afrodescendientes, así como niños y niñas con discapacidad, entre otros grupos (Seusan y Maradiegue, 2020). También se prevé que se registren descensos en la matrícula escolar: estimaciones de la UNESCO sobre estudiantes en riesgo de desertar indican que un 1,83% de los estudiantes de América Latina y el Caribe se encuentran en esa condición, lo que representa el segundo mayor porcentaje a escala mundial (UNESCO, 2020). La deserción escolar y la baja en las matrículas también se debe a la pérdida de empleos en las familias, pues eso genera presión para que niños, niñas y adolescentes abandonen la educación, con

³ Véanse más detalles sobre este indicador que combina número de años de estudio y aprendizajes logrados en Filmer y otros (2020).

miras a reducir costos, y se incorporen al mercado de trabajo de modo de aportar económicamente a su hogar. Esta incorporación se hace bajo la forma de trabajo infantil, lo que choca directamente con la meta 8.7 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (CEPAL/OIT, 2020a; García, 2020).

En el caso de niñas y niños que asisten a educación prebásica las soluciones de educación a distancia resultan menos adecuadas en vista de que su aprendizaje depende en mayor medida de las interacciones directas que tengan con sus cuidadores y pares a través del juego y otras actividades (Seusan y Maradiegue, 2020; Centro de Estudios MINEDUC, 2021). En este sentido, el cierre de escuelas priva a este grupo no solamente del aprendizaje cognitivo, sino también del desarrollo socioemocional, y tiene consecuencias negativas a largo plazo debido a que los niños y niñas que se retrasan en el ingreso a este nivel de enseñanza por lo general quedan rezagados en los siguientes niveles educativos (Nugroho y otros, 2021). Pese a la importancia de la educación en la primera infancia, desde la perspectiva de Nugroho y otros (2021), las medidas de mitigación y la preocupación por las pérdidas en el aprendizaje por parte de los países se centran en los demás niveles educativos y no en la educación prebásica como una prioridad.

Los niños, niñas y adolescentes que viven relaciones abusivas están más propensos a estar expuestos a la violencia con el confinamiento en los hogares y el cierre de las escuelas (Centro de Estudios MINEDUC, 2021). Se estima que con motivo de la pandemia puede aumentar la violencia en los hogares, y en particular la violencia de género, debido a que la conexión de esta con los brotes de enfermedades infecciosas se encuentra bien documentada en brotes anteriores como los de síndrome respiratorio agudo severo (SARS), ébola y enfermedad por el virus de Zika (Seusan y Maradiegue, 2020). De hecho, casi 6 de cada 10 adolescentes y jóvenes en la región consideran que han aumentado los casos de violencia por razón de género durante la pandemia⁴. En este sentido, la escuela puede actuar como un lugar protector frente a las vulneraciones físicas, mentales y emocionales que se pueden producir en los hogares (García, 2020), por lo que la interrupción de las actividades escolares también podría hacer que disminuyera la indagación de estas vulneraciones cuando los niños, niñas y adolescentes, incluidos lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI), se encuentran en los hogares, donde es más probable que el abuso infantil no se denuncie (Centro de Estudios MINEDUC, 2021). Además, la violencia y el acoso digital tienden a aumentar con la mayor exposición a medios virtuales propia del confinamiento. Por otra parte, el retorno a las clases presenciales puede asociarse con episodios de violencia como efecto de la pérdida de la experiencia de interacción social y de las tensiones acumuladas durante la pandemia, lo que debe preverse y abordarse mediante acciones preventivas de adaptación y contención en las escuelas.

En directa relación con lo antes expuesto sobre la escuela como espacio no solo de formación y enseñanza sino también de protección, desarrollo y socialización, existe consenso respecto de que el sistema educativo juega un papel muy importante en la protección del conjunto de los derechos de la infancia, en particular para quienes viven en situación de pobreza y vulnerabilidad, ya que las escuelas cumplen una función de protección y monitoreo que va mucho más allá de los propósitos académicos. Los centros educativos velan también por la sociabilidad, la prevención de la violencia y el cuidado de la salud, entre otros factores que afectan el bienestar y protegen los derechos de niñas, niños y adolescentes. El confinamiento prolongado, sumado a las dificultades para mantener el vínculo con el sistema educativo por vía remota, implica una fuente adicional de vulnerabilidad y exposición a riesgos para esta población. Cualquier amenaza para su funcionamiento es preocupante para la sociedad en general y debe ser parte de la elaboración de políticas sociales integradas y articuladas para enfrentar la crisis y el período de recuperación. De este modo, en el contexto adverso de la pandemia, la necesidad de invertir en infancia, adolescencia y juventud recobra importancia para evitar el riesgo de que esta se convierta en una generación perdida.

Las escuelas también son la vía institucional disponible más importante para apoyar las tareas de cuidado, que, por la forma tradicional de la división sexual del trabajo en las sociedades de América Latina y el Caribe, recaen de manera considerable sobre las mujeres. Por ello, el traslado de la educación y los procesos de aprendizaje al hogar ha significado para gran parte de las mujeres no solo una limitación para insertarse en el mercado laboral remunerado, sino un notable aumento del trabajo no remunerado y las tareas de cuidado que ya realizaban en el hogar y a las que hoy se suma el apoyo pedagógico (CEPAL/OPS, 2021).

⁴ Véase UNFPA, "¿Cómo están afrontando las juventudes la pandemia de COVID-19?" [en línea] <https://lac.unfpa.org/es/news/%C2%BF%C3%B3mo-est%C3%A1n-afrontando-las-juventudes-la-pandemia-de-covid-19>.

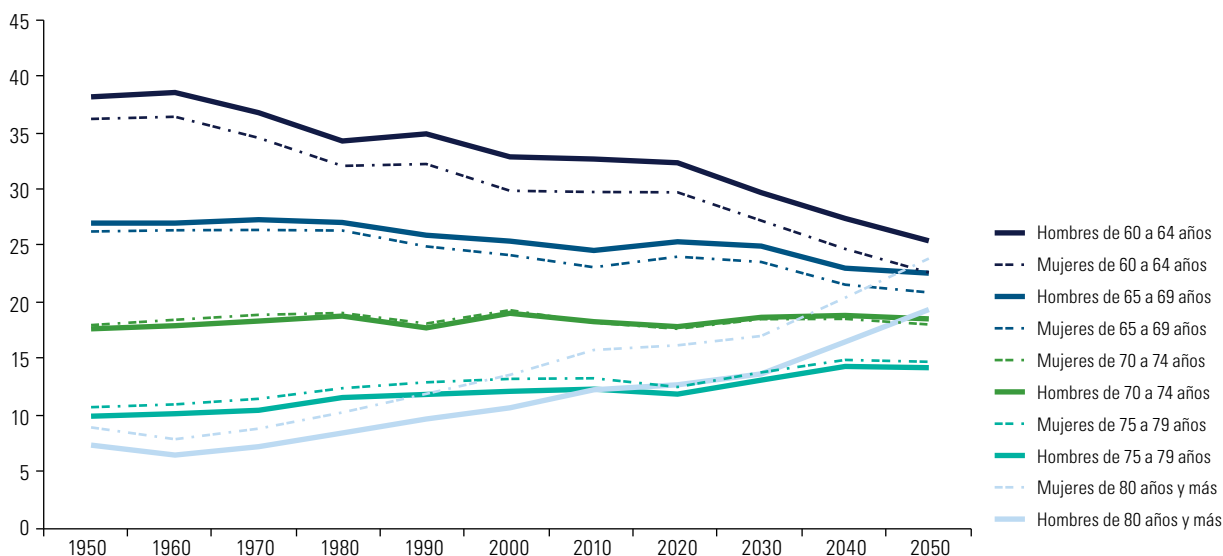
Por último, en función de lo revisado sobre educación y salud sexual y reproductiva, es posible sostener que la pandemia estaría teniendo importantes efectos en la cobertura de ambos servicios, incluida la educación integral para la sexualidad, que es objeto de la medida prioritaria 11 del Consenso de Montevideo, para este grupo etario, lo que podría tener consecuencias muy negativas en el mediano y largo plazo para las personas afectadas. La disminución del acceso a la educación integral para la sexualidad y a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad podría profundizar desigualdades preexistentes en la región, por lo que es crucial asegurar el acceso a estos ámbitos prioritarios para el desarrollo de niños, niñas y adolescentes.

B. Personas mayores

En 2022 habitan en América Latina y el Caribe aproximadamente 665 millones de personas, de las cuales unos 91 millones son mayores de 60 años (un 14% de la población total). Esta cifra representa un 75% más del total de personas mayores que había en 1980. Para 2030, se prevé que este número aumente a 118 millones (el 16,7% de la población) y para 2050 se prevé que se eleve a 190 millones, lo que equivaldría al 25% de la población regional. A fines del siglo XXI, las personas mayores serían 254 millones (Naciones Unidas, 2019b). Otra tendencia importante a ser considerada es el envejecimiento entre las personas mayores. El grupo de personas de 80 años y más, que actualmente representa el 2,0% del total de la población regional, unos 13,5 millones de personas, se incrementará a una tasa especialmente rápida y se proyecta que superará los 41 millones en los próximos 30 años (Naciones Unidas, 2019b) (véase el gráfico II.2).

Gráfico II.2

América Latina y el Caribe: distribución relativa de la población de personas mayores, por sexo y grupos etarios, 1950-2050
(En porcentajes del total de personas mayores)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, "World Population Prospects 2019" [base de datos en línea] <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population>.

El envejecimiento poblacional es el resultado de la caída sostenida de la mortalidad y la fecundidad, así como del aumento significativo de la esperanza de vida, considerado uno de los principales logros de la humanidad en el siglo XX como producto del desarrollo socioeconómico sin precedentes que se ha registrado

a nivel mundial durante los últimos 50 años (véase la sección A del capítulo I). El hecho de que las personas vivan más tiempo y de que la población de personas mayores aumente relativamente como proporción de la población total es, ante todo, fruto de una conquista de nuestras sociedades y el resultado directo de un mayor control sobre las decisiones reproductivas y el aumento de la esperanza de vida en las edades más avanzadas. Es fundamental incorporar la mirada demográfica en la identificación de las necesidades de la población, su vinculación con el desarrollo y el diseño de programas y políticas públicas eficaces. En ese marco, es central profundizar en la reflexión sobre la vejez en la región, analizando las políticas desarrolladas en América Latina y el Caribe, y las especificidades de este grupo poblacional en el abordaje de las medidas integrales de atención a las personas mayores.

La dinámica poblacional en la región y las características de las personas mayores son altamente heterogéneas a causa de las distintas etapas de los cambios demográficos y epidemiológicos por las que atraviesa cada país. Si bien esto redundaría en diferencias notables en la organización de los cursos de vida personales, en todos los casos la desigualdad social genera diferencias en la calidad de vida de las personas mayores (Redondo y otros, 2020).

Desde su aparición, el COVID-19 ha mostrado impactos diferenciados en las poblaciones y una tendencia a afectar a grupos que presentaban vulnerabilidades sociodemográficas y desventajas que se traducían en condiciones de salud deterioradas. En los países y territorios con altos niveles de pobreza, sistemas de protección social y de salud debilitados o fragmentados, y mayores niveles de desigualdad, las personas mayores han padecido de forma más profunda los impactos físicos, psicológicos, económicos y sociales de la pandemia (Naciones Unidas, 2020e).

De acuerdo con el *Panorama Social de América Latina, 2021* (CEPAL, 2022a), los efectos de la pandemia han puesto de manifiesto y exacerbado las grandes brechas estructurales de la región, principalmente los niveles de desigualdad, informalidad laboral, desprotección social, pobreza y vulnerabilidad. Estos problemas afectan mucho a las personas mayores, particularmente a las mujeres y las personas mayores con discapacidad (véase recuadro II.1), que tienen oportunidades de trabajo limitadas y pensiones y protección social inadecuadas. Esto, sumado a las condiciones epidemiológicas de la población de personas mayores, mostró desde el inicio efectos diferenciales de la pandemia respecto de otros grupos etarios y ha puesto en evidencia la vulnerabilidad en que vive buena parte de esta población, al mismo tiempo que se ha traducido en una mayor demanda de atención especializada y crítica de salud y de cuidados. Por otra parte, las personas mayores con problemas de salud preexistentes han retrasado el tratamiento de sus enfermedades preexistentes y se han expuesto a niveles de estrés muy elevados ante el temor de contagio. Además, aún se desconoce el impacto de la experiencia de soledad y aislamiento durante el confinamiento en la salud mental (Huenchuan, 2020).

Recuadro II.1

Personas mayores con discapacidad

Las comorbilidades que tienen las personas mayores con discapacidad aumentan el riesgo de que presenten casos más graves de COVID-19 si contraen la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que esto se debe principalmente a que el COVID-19 "exacerba los problemas de salud existentes, en particular los relacionados con la función respiratoria o la función del sistema inmunitario, o con cardiopatías o diabetes"; además, las personas mayores con discapacidad "podrían encontrar obstáculos para el acceso a la atención de salud" (OMS, 2020, pág. 2).

Un análisis de los resultados de los censos más recientes permite advertir que la proporción de personas de 60 años y más que tenían algún tipo de discapacidad varía del 14% en Guatemala y Colombia al 35% en el Perú. A los 80 años y más, la prevalencia de la discapacidad aumenta aún más y llega a alrededor del 30% de las personas de ese grupo de edad en Colombia y Guatemala y el 58% de esas personas en el Perú. En todos los países, este porcentaje es levemente mayor en las mujeres que en los hombres (véase el cuadro).

Recuadro II.1 (conclusión)

Colombia, Guatemala y Perú: personas mayores con discapacidad, según grandes grupos de edad y sexo, censos de la ronda de 2010

(En porcentajes)

País	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	60 a 79 años	80 años y más	60 años y más	60 a 79 años	80 años y más	60 años y más	60 a 79 años	80 años y más	60 años y más
Guatemala (2018)	10,0	30,8	13,0	10,9	31,6	14,0	10,5	31,2	13,5
Colombia (2018)	11,0	28,0	13,4	11,5	30,3	14,6	11,3	29,4	14,1
Perú (2017)	28,0	57,0	32,5	33,7	58,3	38,0	31,0	57,7	35,4

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19", *Informes COVID-19*, Santiago, 2020.

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la relación positiva entre edad y discapacidad permite suponer que muchas personas mayores que han tenido COVID-19 o fallecieron por esa causa tenían alguna discapacidad. La CEPAL también reconoce que la discapacidad representa un mayor riesgo de contagio, pues dificulta más la protección contra el virus. Las discapacidades visual y motriz obligan a un mayor contacto con las superficies, lo que aumenta el riesgo de contagio. Además, a las personas mayores con discapacidad no necesariamente les resulta accesible la información sobre la prevención, y las posibilidades de tener acceso a mecanismos de prevención, diagnóstico y tratamiento muchas veces no dependen de sus decisiones y posibilidades, especialmente cuando estas personas, que enfrentan el estigma del envejecimiento y de la discapacidad de manera simultánea, residen en instituciones de cuidado de largo plazo.

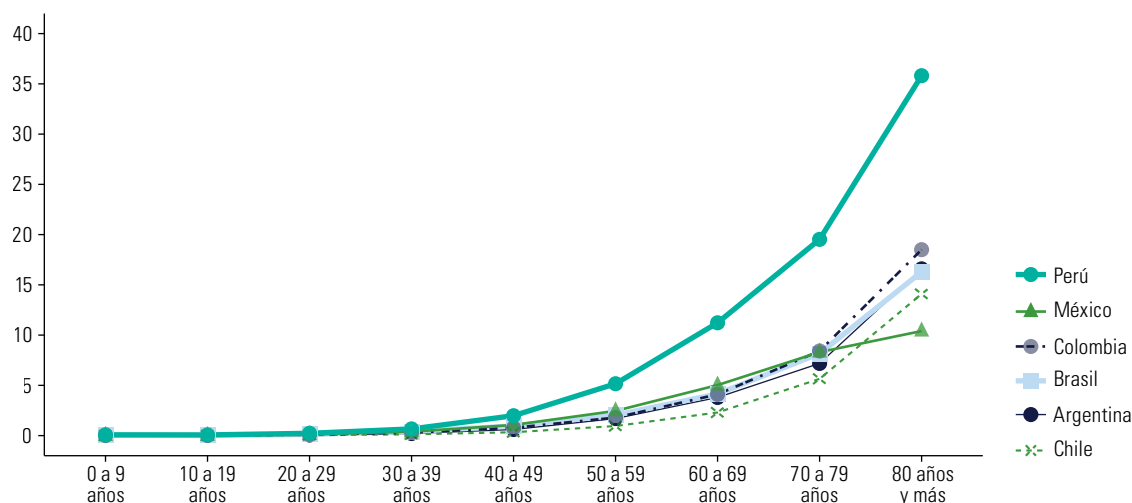
En la Declaración Conjunta: Personas con Discapacidad y COVID-19, se insta a los Estados a continuar prestando los servicios de salud necesarios para las personas con discapacidad, las personas mayores y las personas con enfermedades en tratamiento. Por ello, es necesario establecer mecanismos que garanticen el derecho a la vida, a la no discriminación, a la salud y al cuidado. Como se ha señalado, "dividir a la sociedad entre frágiles y fuertes sería un desafortunado camino para una humanidad que hoy más que nunca pone en evidencia su interdependencia" (Huenchuan, 2020, pág. 13).

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19", *Informes COVID-19*, Santiago, 2020; "Personas con discapacidad ante la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe: situación y orientaciones", *Informes COVID-19*, Santiago, 2020; S. Huenchuan, *El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19* (LC/MEX/TS.2020/9), Ciudad de México, CEPAL, 2020; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), "Declaración Conjunta: Personas con Discapacidad y COVID-19, por el Presidente del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en representación del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Enviada Especial del Secretario General de Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad", 2020 [en línea] <https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2020/04/Declaraci%C3%B3n-Conjunta-Personas-con-Discapacidad-COVID19.pdf>; Organización Mundial de la Salud (OMS), *Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19*, 2020 [en línea] https://www.who.int/docs/default-source/documents/disability/spanish-covid-19-disability-briefing.pdf?sfvrsn=30d726b1_2.

Las Naciones Unidas han señalado desde mediados de 2020 que, si bien todos los grupos de edad corren riesgo de contraer el COVID-19, las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas preexistentes presentan un mayor riesgo de enfermarse gravemente y morir (Naciones Unidas, 2020e). En el gráfico II.3 se presenta la tasa de mortalidad por COVID-19 según grupos de edad de seis países seleccionados de América Latina y se observa que en todos la mortalidad aumenta con la edad a partir de los 60 años y que el Perú es el país que registra las tasas más altas.

Gráfico II.3

América Latina (6 países): tasa de mortalidad por enfermedad por coronavirus (COVID-19), según grupos de edad, 1 de marzo de 2020 a 31 de enero de 2022
(En número de defunciones acumuladas por cada 1.000 personas)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos de Argentina: Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud, Ministerio de Salud [en línea] <http://datos.salud.gob.ar/dataset/covid-19-casos-registrados-en-la-republica-argentina/archivo/fd657d02-a33a-498b-a91b-2ef1a68b8d16>; Brasil: Secretaría de Vigilancia en Salud, Ministerio de Salud, "SRAG 2021 e 2022 - Banco de Datos de Síndrome Respiratoria Aguda Grave - incluyendo datos da COVID-19" [en línea] <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/srag-2021-e-2022>; Chile: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud [en línea] <https://deis.minsa.cl/>; Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social [en línea] <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Casos-positivos-de-COVID-19-en-Colombia/gt2j-8ykr/data>; México: Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud [en línea] <https://www.gob.mx/salud/documentos/datos-abiertos-152127> y Perú: Ministerio de Salud (MINSA) [en línea] <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/fallecidos-por-covid-19-ministerio-de-salud-minsa>.

Las Naciones Unidas (2020e) estimaron, asimismo, que el 66% de las personas mayores de 70 años tenían al menos una enfermedad preexistente, lo que aumenta considerablemente el riesgo de sufrir complicaciones y efectos graves por el COVID-19. Este riesgo se incrementa en situaciones de institucionalización, es decir, cuando las personas mayores habitan en instituciones de cuidado de largo plazo, prisiones, albergues y hospitales psiquiátricos, o en lugares donde no tienen la posibilidad de aislarse por vivir en cohabitación o por sus propias responsabilidades de cuidado (CIM, 2020). Por otra parte, las medidas para el control y mitigación de la pandemia, especialmente las relacionadas con el confinamiento, han aumentado las situaciones de violencia en los hogares, propiciando que las personas mayores que son mujeres, que tienen alguna discapacidad, que son dependientes funcionales o que pertenecen a la comunidad LGBTQ+ enfrenten mayores riesgos de exclusión (Ramírez, Montes de Oca y Mendoza, 2021). La pandemia también puede haber provocado pérdidas culturales irreparables, ya que las personas mayores indígenas, que son guardianas y transmisoras de la cultura, los conocimientos tradicionales, la espiritualidad y las lenguas indígenas, corren un alto riesgo de morir debido a su edad y las patologías médicas preexistentes⁵, lo que hace que necesiten especial atención por su mayor vulnerabilidad al COVID-19⁶.

Sin embargo, de acuerdo con el *Informe COVID-19 "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social"*, durante el segundo año de la pandemia, en las sucesivas olas de la enfermedad, aumentaron los contagios y las muertes de personas que no pertenecían a los grupos de riesgo originalmente considerados, ya sea por comorbilidades o por edad, y, al mismo tiempo, se registró una disminución de la incidencia de muertes entre las poblaciones de 60 años y más. Todo ello posiblemente se vincula con el inicio de los programas de vacunación en la región, que priorizaron al grupo de personas mayores, proporcionándoles una mayor protección para enfrentar las siguientes olas de la pandemia (CEPAL/OPS, 2021).

⁵ Véase A/75/185, párr. 74 [en línea] <https://digitallibrary.un.org/record/3879209?ln=es>.

⁶ Véase A/HRC/48/54, párr. 37 [en línea] <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G21/217/15/PDF/G2121715.pdf?OpenElement>.

Dado que el COVID-19 afecta con más gravedad a las personas mayores, el peso de estas en el conjunto de la población es uno de los factores demográficos clave a considerar, tanto en los impactos de la pandemia como en las respuestas de políticas y acciones de los Estados destinadas a paliar dichos impactos. En este contexto, es indispensable volver a situar la protección de los derechos de las personas mayores en el centro de los esfuerzos de respuesta de las políticas públicas e incorporar la visión y los compromisos que emanan del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2013b), que en su capítulo C “Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos” incluye 15 medidas prioritarias sobre envejecimiento y protección social (medidas prioritarias 18 a 32), referidas a temas relacionados con la participación, la seguridad social, la educación, la salud, el cuidado, la muerte digna, el trabajo, la violencia, la discriminación y el ahorro, entre otros. Asimismo, el Capítulo C del Consenso de Montevideo expone sobre la necesidad de erradicar las múltiples formas de discriminación que afectan a las personas mayores, incluidas todas las formas de violencia contra mujeres y hombres mayores, teniendo en cuenta las obligaciones de los Estados con respecto a un envejecimiento con perspectiva intergeneracional y de derechos humanos.

El Consenso de Montevideo también estableció la importancia del acceso a servicios básicos sin ningún tipo de discriminación para promover el desarrollo y bienestar de todas las poblaciones. Sin embargo, es una realidad que el acceso de las personas mayores a servicios básicos es desigual y está vinculado con el lugar de residencia, el género, los ingresos, la discapacidad, las condiciones de salud y la pertenencia étnica, entre otras categorías. Durante la pandemia, el acceso diferencial a servicios básicos como el agua y el saneamiento, a servicios de energía limpia y segura, y a las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) ha sido un elemento desigualador, que aumenta la vulnerabilidad ante la posibilidad de enfermar y morir.

A pesar de ser una región con disponibilidad de agua, el acceso a este servicio básico, que es esencial para la contención del contagio del COVID-19, no existe o es intermitente en muchos sitios. Cerca del 90% de las personas mayores que residen en zonas urbanas tienen acceso al agua potable, mientras que en las zonas rurales esta proporción cae a un 64% (Huenchuan, 2018). La accesibilidad y disponibilidad de agua segura para beber, así como la calidad del agua, varían en los distintos países. Los datos censales e intercensales más recientes de cinco países muestran que los porcentajes de personas mayores que viven en hogares sin acceso adecuado a agua van de un mínimo del 4% del total de personas mayores en Chile a un máximo del 16% en Guatemala (CEPAL, 2020i).

El acceso al agua durante la pandemia para las personas mayores que habitan en territorios en los que el suministro no existe o se limita a ciertas horas del día o a determinados días de la semana las pone en una situación de gran vulnerabilidad, ya que dicho acceso en ocasiones exige traslados y apoyo de otras personas e implica contar con recursos económicos. Para muchas personas, esta dificultad en el acceso al agua representa la imposibilidad de llevar a cabo las medidas de limpieza personal, como lavado de manos y aseo de espacios, que son imprescindibles para contener la propagación del virus.

Durante la pandemia, las personas mayores sin acceso a servicios de energía limpia y segura también estuvieron expuestas a mayores riesgos derivados de: i) la exposición a temperaturas extremas; ii) el uso de fuentes de energía contaminantes para cocinar o calentar las viviendas, lo que propicia las afecciones en las vías respiratorias, y iii) la carencia de electricidad que les permitiese tener acceso a las TIC y con ello a información, a servicios médicos y educativos, y a fuentes de suministro de bienes esenciales y de empleo (Calvo y otros, 2021).

El acceso diferencial a las TIC también se ha configurado como un elemento desigualador. Sunkel y Ullman (2019), sobre la base de datos de encuestas de hogares de ocho países de la región, informan que las personas mayores tienen menor acceso a Internet que otros grupos etarios de la población. Se observa, por ejemplo, que el uso de Internet entre las personas de 15 a 29 años era más de siete veces superior que el de las personas mayores en los casos de El Salvador y Honduras, ocho veces superior en México y casi nueve veces superior en el Ecuador. Las personas mayores han presentado mayores dificultades para lograr la inclusión digital pues, además de las desigualdades que han acumulado a lo largo de la vida, se enfrentan constantemente, en materia de tecnología, a discursos negativos y excluyentes. En América Latina, el grupo etario de personas mayores es el más aislado de las tecnologías digitales, lo que muestra una profunda brecha digital (Sunkel y Ullman, 2019).

La pandemia ha mostrado la vigencia de la necesidad de disminuir la brecha digital de las personas mayores para que logren mantener sus vínculos sociales, fortalecer y ampliar sus redes de apoyo, obtener

acceso a la atención médica para el seguimiento terapéutico y a información veraz y oportuna para continuar realizando actividades políticas, económicas, educativas y comunitarias, y, con ello, mantener la calidad de vida. Sin embargo, el acceso a la tecnología no tiene sentido si las personas no se sienten capaces de utilizarla. El acceso y uso de tecnologías por parte de las personas mayores depende de innumerables circunstancias y aspectos, como el género, la pertenencia étnica, la zona de residencia, el nivel educativo y la edad, todas categorías que tienen una incidencia directa en la amplitud o disminución de la brecha tecnológica. A su vez, las mujeres mayores que han realizado trabajo doméstico o de cuidados a lo largo de su curso de vida presentan una brecha digital mucho más amplia. Por lo tanto, es necesario repensar los sistemas educativos formales y no formales e imaginar nuevas formas de garantizar la educación a lo largo de la vida.

Es primordial, entonces, asegurar que las personas mayores tengan acceso y una participación significativa en el mundo digital. Las políticas y los programas de inclusión digital deben partir del reconocimiento de la existencia de desigualdades estructurales y acumuladas en el curso de la vida, que delinean entornos de inequidad en las esferas del acceso, uso y apropiación de las TIC (Alva de la Selva, 2015; Ferraro y Shippee, 2009), y tomar en consideración mecanismos con perspectiva de género que se encuentren vinculados a las realidades del trabajo de cuidado (McCabe y otros, 2021).

Junto con el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, cabe considerar otros instrumentos, acuerdos e iniciativas internacionales y regionales, como el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) (Naciones Unidas, 2003), la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2012b), la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015), la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015), la Declaración de Asunción “Construyendo sociedades inclusivas: envejecimiento con dignidad y derechos” (CEPAL, 2017c) y la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030), que se centran en un cambio de paradigma que permita reconocer, en la región, a las personas mayores como titulares de derechos, valorar sus aportaciones al desarrollo de sus comunidades y sus países, comprender la diversidad de maneras en que se vive la vejez y las heterogéneas formas de envejecer, así como los mecanismos para favorecer la protección social y de derechos que tengan un impacto directo y positivo en su desarrollo en condiciones de equidad.

Con estos acuerdos, la región cuenta con una serie de orientaciones para la acción de los Gobiernos en materia de política pública que centran su atención en la protección de los derechos humanos y la mejora de las condiciones de vida de la población, que, hasta antes de la pandemia, se habían reflejado, entre otras cosas, en el aumento de la esperanza de vida de las personas (entre 0,5 y 1,5 años en la última década) (CEPAL, 2019e), la mejora de los servicios de atención de la salud, el aumento de la cobertura de pensiones (el gasto público en los sistemas de pensiones en la región pasó del 4,8% del PIB en 2000 al 5,5% en 2017) (Arenas de Mesa, 2020). Como resultado de la pandemia, en 17 países de la región aumentó el gasto social del gobierno central en porcentajes del PIB. En el rubro de protección social, el gasto pasó del 4,2% en 2019 al 5,9% en 2020, mientras que en salud subió del 2,3% al 2,7% (CEPAL, 2022a).

Las pensiones dignas y suficientes, los servicios de atención a la salud y los servicios sociales son pilares básicos universales de los sistemas de protección social (CEPAL, 2019b). Las limitaciones de estos sistemas ya eran evidentes en América Latina y el Caribe antes de la pandemia y se profundizaron con la crisis sanitaria debido a: i) las altas tasas de informalidad y, por consiguiente, la baja protección social contributiva; ii) la ausencia, en varios países de la región, de prestaciones de desempleo (seguros de desempleo, cuentas de ahorro individuales para desempleo, indemnizaciones por despido y asistencia a los desempleados); iii) la presión derivada de la mayor demanda de prestaciones por licencia por enfermedad, y iv) las necesidades de ampliación de los programas de protección social no contributiva y de las pensiones contributivas.

Al inicio de la pandemia, la CEPAL (2020j) afirmaba que los sistemas de pensiones en la región, que ya registraban bajos niveles en las prestaciones y problemas de financiamiento, también se verían afectados por la pandemia como resultado del descenso de la afiliación o cotización a los sistemas, especialmente en los países más expuestos al incremento del desempleo y la informalidad. En el *Panorama Social de América Latina, 2021* (CEPAL, 2022a) se informó que entre 2010 y 2019 la cobertura de pensiones había mostrado un leve incremento del 45,5% al 46,8% de la población económicamente activa (PEA). Sin embargo, la pandemia ocasionó una reducción de 2,1 puntos porcentuales en la cobertura, que llegó al 44,7% de la PEA en 2020.

En el *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (CEPAL, 2019b) se señaló que, pese a los importantes avances logrados, la seguridad de ingresos de las personas mayores sigue siendo un asunto pendiente en todos los países, pues en la región, por ejemplo, la cobertura de los sistemas de pensiones no contributivos ha aumentado del 3,8% al 22,7% de la población de 65 años y más entre 2000 y 2017 (Arenas de Mesa, 2020). De acuerdo con la Base de Datos de Programas de Protección Social no contributiva en América Latina y el Caribe, 24 países de la región cuentan con algún programa de pensiones no contributivas en la vejez, ya sea universal o vinculado con algunos criterios de selección. De acuerdo con lo indicado en CEPAL (2022a), la recepción de pensiones entre las personas mayores habría mitigado el aumento de 34,9 puntos porcentuales en la pobreza y de 22,9 puntos porcentuales en la pobreza extrema. Sin embargo, resulta imperativo continuar trabajando en medidas para aumentar la cobertura de las pensiones.

Debido a que los sistemas de salud en América Latina y el Caribe se encuentran fragmentados y debilitados, los hogares de la región cubren más de un tercio del financiamiento de la atención de salud con pagos directos de bolsillo (34%), cerca de 95 millones de personas incurren en gastos catastróficos en salud y casi 12 millones de personas se empobrecen debido a estos gastos (CEPAL/OPS, 2020), lo que sin duda también afecta a las personas mayores. A causa de la pandemia, los países de América Latina anunciaron grandes paquetes de medidas fiscales de un alcance sin precedentes, que representaron, en promedio, el 4,6% del PIB. El objetivo de estos paquetes era fortalecer los sistemas de salud pública, apoyar a las familias y proteger la estructura productiva (CEPAL, 2022a). Sin embargo, los recursos financieros, materiales y humanos de los sistemas sanitarios se han concentrado en la atención y mitigación del COVID-19 y, por ello, las personas mayores han presentado dificultades para recibir diagnósticos, dar seguimiento a sus tratamientos, acceder a rehabilitación y comprar medicamentos. Además, las personas mayores con discapacidad y enfermedades crónicas pueden tener aún más dificultades para acceder a la atención sanitaria y por ello pueden quedar más marginadas (Naciones Unidas, 2020e), sobre todo si habitan en zonas rurales o pertenecen a grupos indígenas o afrodescendientes.

Por otra parte, los servicios de cuidado han cobrado relevancia en la discusión sobre la protección social de las personas mayores y sus derechos. Como ha advertido la CEPAL (2020c), la pandemia ha puesto en evidencia de forma inédita la importancia de los cuidados para la sostenibilidad de la vida y la poca visibilidad que tiene este sector en las economías de la región, así como la excesiva carga de cuidados de las mujeres. En la desigualdad en el acceso a este tipo de servicios “se entrecruzan múltiples dimensiones esenciales del desarrollo, tales como los derechos humanos, la protección social, la desigualdad de género y socioeconómica” (Batthyány, 2010, pág. 1). En este sentido, la garantía del cumplimiento del derecho al cuidado establecido por la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores resulta fundamental para el desarrollo de las poblaciones mayores y de las mujeres de todas las edades.

De acuerdo con Casali, Cetrángolo y Pino (2021), en la mayoría de los países de la región las personas mayores son cuidadas por familiares, menos de un 1% de los mayores de 60 años viven en una institución de cuidado de largo plazo y una menor proporción realizan trabajo de cuidado. La precarización y la distribución inequitativa del trabajo de cuidado, tanto remunerado como no remunerado, pone a las personas mayores que necesitan cuidado en una situación de vulnerabilidad, pues pueden no recibir cuidados adecuados o estar expuestos a situaciones de maltrato o violencia, y ello ocurre tanto cuando el cuidado se brinda en el hogar como cuando se ofrece en instituciones de cuidado de largo plazo.

Por tanto, la discusión sobre la protección social en materia de cuidados con perspectiva de derechos y centrada en las personas mayores debe considerar: i) el reconocimiento del trabajo de cuidados como un bien público que permite la producción y la reproducción de las sociedades (Gornick y Meyers, 2009); ii) la superación del enfoque familiarista del cuidado y, como consecuencia, el pleno reconocimiento del papel interrelacionado del Estado, el mercado, la comunidad y las familias en la organización social del cuidado (Faur, 2014; Rico, 2011); iii) la identificación de las necesidades específicas de fortalecimiento de cada uno de los circuitos de organización social del cuidado: trabajo remunerado (circuito de profesión), trabajo no remunerado (circuito de obligación) y prestación basada en la reciprocidad (circuito de ayuda) (Araujo Guimarães, 2019; Araujo y Vieira, 2020); iv) una reorganización social del cuidado que implica una revisión de los sistemas de protección social (Rico y Robles, 2016); v) el fortalecimiento de la infraestructura de cuidado y de toda aquella que se vincula con este (Pautassi, 2011; Pautassi y Zibecchi, 2013), y vi) un presupuesto adecuado y claramente destinado para la instalación de infraestructura adecuada, capacitación con enfoque de derechos a personas cuidadoras y un seguimiento pormenorizado del nivel nacional al local.

En conclusión, la pandemia, ha develado crudamente el efecto de las vulnerabilidades sociodemográficas y las desigualdades sociales, al tiempo que ha puesto de manifiesto nuevas problemáticas, como la discriminación dirigida hacia las personas en función de su edad. A los problemas de salud que ocasiona la enfermedad, se han sumado los cambios drásticos acaecidos en las relaciones interpersonales debido, entre otros factores, al confinamiento que afectó seriamente la salud psicológica y emocional de la población, en particular de las personas mayores, y cuyos efectos es posible que sean duraderos. En lo que respecta a los servicios de salud y el cuidado, la CEPAL ha resaltado que en los países hay una organización compleja entre las instituciones encargadas de ofrecer servicios médicos y los hogares de las personas enfermas. Se ha mencionado cómo las familias se hacen cargo de los cuidados de la salud de sus miembros, lo que pone en evidencia el traslado de responsabilidades de los Gobiernos en materia de salud pública oportuna y de calidad a las familias, y especialmente a las mujeres (CEPAL, 2020c).

Por todo lo expuesto, la protección social de las personas mayores y la defensa de sus derechos ante la pandemia es una prioridad que se fundamenta en el derecho a la vida, a la no discriminación, a vivir con dignidad en la vejez y a la salud (CEPAL, 2020j).

C. Mujeres

Durante la pandemia, la desigualdad de género se ha expresado, tal como ha ocurrido en crisis anteriores, en consecuencias socioeconómicas más desfavorables para las mujeres, que han visto afectada su autonomía económica, física y en la toma de decisiones. Esto se conecta con distintos factores, tanto estructurales como ligados a la emergencia.

En los mercados laborales de América Latina y el Caribe, por ejemplo, las mujeres cuentan con una inserción en condiciones de mayor precariedad e informalidad y están más expuestas al riesgo de desempleo. Por otra parte, en el contexto de confinamientos, cierre de escuelas y necesidad de cuidados por la posible presencia de una o más personas contagiadas de COVID-19 en el hogar, la carga de trabajo doméstico no remunerado que asumen las mujeres se ha incrementado significativamente (CEPAL, 2020d).

Cabe señalar también que las mujeres han experimentado de formas distintas la pandemia: debido a las desventajas acumuladas y la interseccionalidad, su condición de indígenas o afrodescendientes, su situación de pobreza o migratoria, su edad y otras características han agravado los efectos provocados en el mercado de trabajo y en el desarrollo de las labores de cuidado y domésticas no remuneradas.

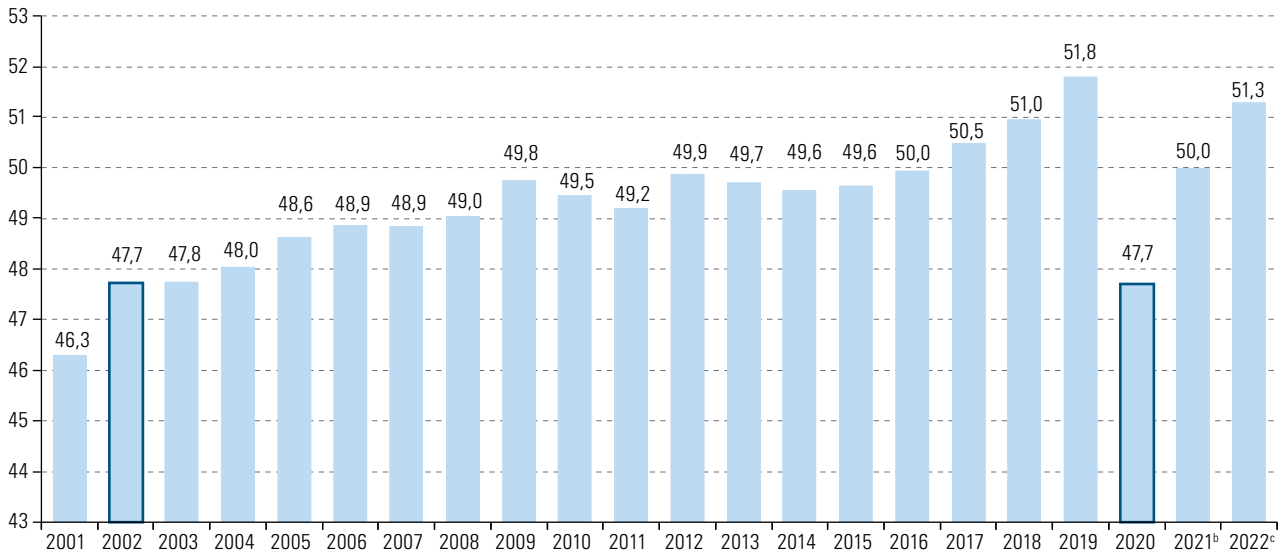
1. Un retroceso histórico para la autonomía económica de las mujeres

La pandemia tuvo un fuerte impacto en el empleo, que se expresó en reducciones de las tasas de participación y ocupación y un mayor aumento de la desocupación que en crisis anteriores. Durante el segundo trimestre de 2020, la región experimentó la mayor pérdida de horas de trabajo en el mundo, como resultado de la pérdida de puestos de trabajo y de la reducción de las jornadas laborales (OIT, 2020).

La crisis afectó el empleo de las mujeres en mayor medida que el de los hombres, después de una tendencia sostenida de aumento de la participación femenina en la fuerza laboral. La tasa de participación laboral de las mujeres experimentó un retroceso de 18 años debido a la crisis, al disminuir del 51,8% en 2019 al 47,7% en 2020, mientras que en el caso de los hombres pasó del 75,5% al 70,8% en el mismo período. En 2022, se estima que la tasa de participación de las mujeres se habría incrementado hasta el 51,3%, cifra similar a la que se registró en 2018. Esto representa un retroceso de cuatro años, que deja todavía a una de cada dos mujeres en edad de trabajar fuera del mercado laboral (véase el gráfico II.4) (CEPAL, 2022a). Asimismo, las mujeres presentan mayores tasas de desocupación que los hombres y desde 2020, no obstante la recuperación, esta brecha se ha ampliado (véase el gráfico II.5).

Gráfico II.4

América Latina y el Caribe (24 países)^a: tasa de participación femenina, 2001-2022
(En porcentajes)



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

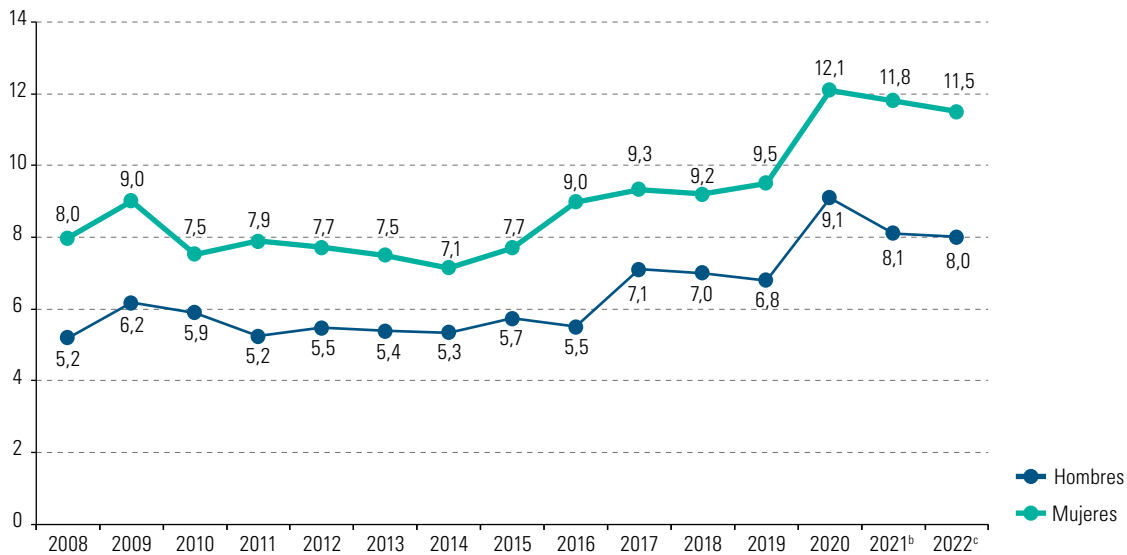
^a Promedio ponderado: Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). En las cifras de 2019 no se incluyen datos de la República Bolivariana de Venezuela.

^b Estimación de CEPAL (2022b).

^c Proyección de CEPAL (2022b).

Gráfico II.5

América Latina y el Caribe (24 países)^a: tasa de desocupación, por sexo, 2008-2022
(En porcentajes)



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

^a Promedio ponderado: Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). En las cifras de 2019 no se incluyen datos de la República Bolivariana de Venezuela.

^b Estimación de CEPAL (2022b).

^c Proyección de CEPAL (2022b).

La participación laboral de las mujeres se ha caracterizado por la segregación de género tanto vertical (ubicación en ocupaciones con menores remuneraciones) como horizontal (concentración en determinados sectores y ocupaciones), además del mayor grado de informalidad. La mayoría se desempeñan en sectores económicos y en ocupaciones tradicionalmente subvalorados, como las tareas de cuidado, lo que incide en sus salarios y condiciones laborales.

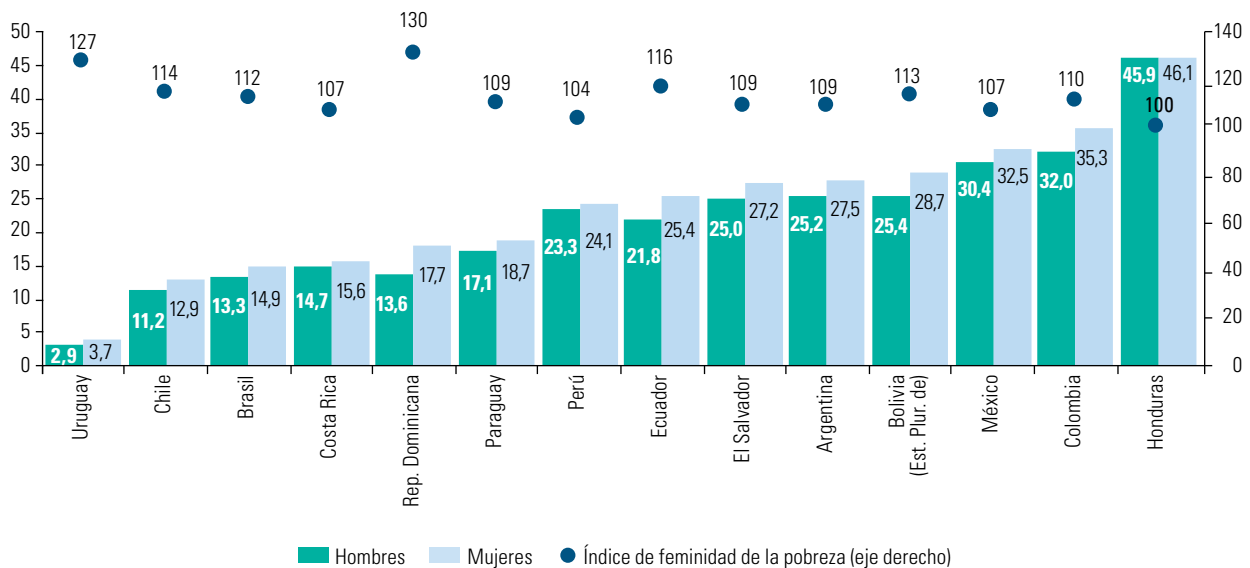
En particular, las desigualdades de género se entrecruzan y profundizan con las étnico-raciales. Las mujeres indígenas y afrodescendientes perciben en promedio los ingresos laborales más bajos, independientemente de los niveles educativos y las horas trabajadas (CEPAL, 2020f y CEPAL/UNFPA, 2020). Asimismo, más del 85% de las mujeres indígenas que participan en la fuerza laboral trabajan en la informalidad, en la venta de artesanías o el trabajo rural, de modo que quedan en riesgo de no recibir los alivios financieros establecidos por los Gobiernos para afrontar la emergencia.

La CEPAL estimó que la crisis tendría un mayor impacto en sectores de la economía altamente feminizados, como el comercio, las industrias manufactureras, el turismo y el trabajo doméstico remunerado. Los sectores en riesgo alto en términos de pérdidas de volumen de producción y de empleo como consecuencia de las medidas adoptadas para frenar los contagios concentraban en 2019 en América Latina alrededor de un 56,9% del empleo de las mujeres y un 40,6% del empleo de los hombres; para el Caribe las cifras eran de un 54,3% del empleo femenino y un 38,7% del empleo masculino (CEPAL, 2021f). Además, en 2021 algunos de los sectores más afectados por la pandemia en cuanto a pérdidas de puestos de trabajo, que concentran una alta participación femenina, mostraron signos de una recuperación más lenta que aquellos en que los hombres son mayoría, por lo que se prevé que las mujeres que han salido del mercado laboral estarán más tiempo en esa situación.

Uno de los principales efectos de la crisis del COVID-19 fue un aumento generalizado de la pobreza, situación en que las mujeres se encuentran sobrerrepresentadas. En todos los países de América Latina las mujeres de entre 25 y 59 años presentan tasas de pobreza más altas que los hombres (véase el gráfico II.6). Adicionalmente, entre 2019 y 2020 aumentó la proporción de mujeres sin ingresos propios, lo que propicia una situación de extrema falta de autonomía (CEPAL, 2022a).

Gráfico II.6

América Latina (14 países)^a: tasas de pobreza por sexo e índice de feminidad de la pobreza, personas de 20 a 59 años, alrededor de 2020
(En porcentajes y valor del índice de feminidad de la pobreza^b)



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

^a Los países están ordenados según la incidencia de la pobreza total.

^b El índice de feminidad de la pobreza corresponde al cociente entre la tasa de pobreza de las mujeres y la tasa de pobreza de los hombres multiplicado por 100.

2. Aumento inédito de la carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado

Antes de la pandemia, las mujeres de la región dedicaban al trabajo doméstico no remunerado más del triple de tiempo que los hombres (CEPAL, 2021c)⁷. Esta injusta organización social del cuidado que ya recaía mayoritariamente en las mujeres antes de la crisis fue un factor de profundización de las inequidades durante la pandemia.

Las consecuencias del COVID-19 aumentaron considerablemente la carga de trabajo de cuidados, tanto remunerado como no remunerado, por diversos motivos. En los hogares fue necesario adaptarse a los confinamientos, desarrollando nuevas rutinas y estrategias para mantener el funcionamiento cotidiano, partiendo por las medidas preventivas para evitar los contagios. El cierre de los establecimientos educativos y de los servicios de cuidado de niñas y niños, y de la mayoría de aquellos disponibles para personas mayores, personas con discapacidad y personas dependientes, así como la enorme presión sobre los sistemas de salud, trasladó toda esa carga a los hogares. En el ámbito escolar se requirió de las familias no solo el acompañamiento dirigido al cumplimiento académico, sino también el desarrollo de habilidades para el uso de las plataformas digitales y esfuerzos para que niños, niñas y adolescentes no se desvincularan totalmente del sistema de enseñanza a pesar del distanciamiento físico⁸.

Como resultado se generó una gran sobrecarga de tareas históricamente percibidas y asumidas como responsabilidad de las mujeres y un aumento del tiempo necesario para cumplirlas. Este conjunto de tareas simultáneas dificultó tanto el desempeño laboral de las mujeres que tenían trabajos remunerados como la inserción o la recuperación del empleo de quienes lo habían perdido.

La crisis mostró que el trabajo de cuidados no solo se distribuye de forma desigual, sino que constituye a su vez un vector de desigualdad, que desde la interseccionalidad se complejiza, como se evidencia en el caso de la población femenina con discapacidad, la perteneciente a pueblos indígenas o poblaciones afrodescendientes, las mujeres de edad o las que viven en áreas rurales, entre otras.

Existe un vínculo directo entre la carga de trabajo no remunerado y la desigualdad salarial, los ingresos más bajos, los peores resultados educativos y los factores estresantes de salud física y mental (Naciones Unidas, 2020i). En el contexto de aislamiento, incertidumbre y desgaste generado por la pandemia, se necesitaron además en los hogares prácticas de contención emocional para prevenir mayores impactos en la salud mental. Por ello, se destacó la necesidad de integrar la salud mental en la respuesta al COVID-19 a fin de evitar un aumento de los casos vinculados de trastornos mentales, lo que incluyó servicios remotos, como la telemedicina y las líneas telefónicas de ayuda, como parte del conjunto de herramientas de atención, y en algunos casos este ámbito se incluyó entre los principales objetivos deseables en la recuperación de los países (OPS, 2020).

3. Mujeres en la primera línea de respuesta a la pandemia

Entre los sectores ocupacionales más fuertemente exigidos durante la pandemia han estado los servicios de salud y educación, así como, en general, aquellos vinculados al cuidado, los que concentran una alta participación laboral femenina. A todo ello se han sumado las responsabilidades familiares propias de quienes tienen un trabajo fuera del hogar.

⁷ El aporte del trabajo doméstico y de cuidados no era tan visible en el debate público antes de la pandemia. Sin embargo, cálculos de la valorización económica del trabajo no remunerado de los hogares muestran que en los países de América Latina y el Caribe este representaría entre el 15,7% y el 24,2% del PIB y que son las mujeres quienes aportan cerca del 75% de ese valor (CEPAL, 2021c).

⁸ Según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), a mediados de mayo de 2020 más de 160 millones de estudiantes de América Latina y el Caribe de todos los niveles educativos habían dejado de recibir enseñanza presencial (CEPAL/UNESCO, 2020).

Las trabajadoras que se desempeñan en el sector de la salud han sido de las más afectadas en sus condiciones laborales debido al aumento de las jornadas, la mayor exposición al contagio, la mayor demanda generada por la falta de personal y la saturación de la infraestructura sanitaria y la disminución de las horas de cuidado de sus dependientes. Estos factores, entre otros, generaron exigencias extremas ante la necesidad de responder a una crisis sin precedentes y prolongada, lo que produjo un fuerte desgaste físico y mental.

En el sector de la educación también cambiaron notoriamente las condiciones laborales de las mujeres que se desempeñan como educadoras, quienes en general, aunque mantuvieron sus puestos de trabajo, pasaron masivamente de una rutina de trabajo presencial a un formato de enseñanza a distancia, sin contar con la capacitación o las condiciones apropiadas para hacerse cargo del uso de plataformas tecnológicas y formatos adecuados. Esta nueva exigencia se tradujo en una extensión de las jornadas laborales, como resultado de las nuevas formas de planificación y ejecución de clases, lo que sumado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado ha afectado profundamente a las mujeres, ocasionando problemas de salud asociados a las tensiones y el estrés de la labor docente. Asimismo, la situación fue más difícil en los establecimientos educacionales insertos en comunidades en las que se produjo un aumento de la pobreza y persistió la violencia de género contra mujeres y niñas.

De acuerdo con lo señalado en CEPAL/UNESCO (2020) sobre la puesta en marcha de modalidades de aprendizaje a distancia en línea a partir del inicio de la pandemia, 18 países de la región emplearon modalidades asincrónicas, en tanto que solo en 4 países se ofrecieron clases en vivo (Bahamas, Costa Rica, Ecuador y Panamá). Adicionalmente, en 23 países se realizaron transmisiones de programas educativos por medios de comunicación tradicionales como la radio o la televisión, lo que fue una respuesta innovadora particularmente relevante en áreas rurales y comunidades aisladas. En 2021, se inició el proceso de retorno a clases presenciales, en un esfuerzo creciente para que los estudiantes pudieran volver a los centros educacionales y tuvieran la posibilidad de reintegrarse a las comunidades escolares.

El cierre de los establecimientos educacionales a la actividad presencial también afectó los puestos de trabajo o los ingresos de quienes brindaban apoyo a su funcionamiento y al proceso educativo de forma indirecta, habitualmente mujeres sin contrato de jornada completa, sino que contratadas de forma ocasional, a tiempo parcial o por medio de servicios externalizados (profesionales de apoyo psicosocial, encargadas de actividades extraprogramáticas, proveedores de alimentación, personal de limpieza y de atención en salud asociada a las escuelas, entre otros).

El sector del trabajo doméstico remunerado es uno de los que se han visto más perjudicados por la pandemia. Se caracteriza por altos niveles de informalidad y baja cobertura previsional, y es el eslabón más débil en la cadena del cuidado. En América Latina y el Caribe, alrededor de 13 millones de personas se dedicaban al trabajo doméstico remunerado en 2019 y el 91,5% de ellas eran mujeres (CEPAL, 2021f).

Según estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2020c), un 69% de las trabajadoras domésticas remuneradas de América Latina y el Caribe se encontraban a principios de junio de 2020 significativamente afectadas por las medidas de confinamiento impuestas por la pandemia, que provocaban la pérdida de sus empleos o la reducción de sus jornadas de trabajo y sus ingresos. Esa la peor cifra en el mundo y 20 puntos porcentuales más alta que el promedio mundial (49%). Los niveles de ocupación de las trabajadoras del sector se redujeron un 19,8% en la región entre 2019 y 2020 (CEPAL, 2022a). Esta situación de pérdida de empleos, que ha afectado al conjunto de la población, ha impactado en mayor medida a las trabajadoras domésticas remuneradas y es probable que las trabajadoras indígenas, afrodescendientes, de edad avanzada y migrantes estén en una situación peor, en especial si se trata de personas que han migrado recientemente o si se encuentran en situación migratoria irregular.

En 2020, solo un 25,5% de las trabajadoras domésticas remuneradas estaban afiliadas o cotizaban a la seguridad social (CEPAL, 2022a). La condición de informalidad permitió que se produjeran irregularidades como el cese de la relación laboral sin indemnización o cambios impuestos en las condiciones de trabajo, los horarios o las tareas acordadas, al mismo tiempo que las trabajadoras estaban expuestas al contagio. Debido a sus bajos salarios, muchas de ellas no tienen capacidad de ahorro para enfrentar contingencias inesperadas, lo que las sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad frente a posibles abusos laborales y de menores opciones para enfrentar una crisis.

La situación de las mujeres que se desempeñan en el trabajo doméstico remunerado, sector que emplea a un 8,3% de las ocupadas de América Latina, expresa muchas de las problemáticas más complejas de las trabajadoras de la región, en particular las que afectan a las mujeres de edad, indígenas, afrodescendientes y migrantes. Si bien en algunos países se ha avanzado en el desarrollo de normativa que regula la actividad del sector, un 11,2% de las trabajadoras domésticas remuneradas se encuentran en situación de pobreza (CEPAL, 2022a). Asimismo, es importante considerar que esta ocupación concentra a muchas mujeres que están a cargo de sus hogares. De acuerdo con la Encuesta Regional sobre el Impacto del COVID-19 en las Trabajadoras del Hogar de la Federación Internacional de Trabajadores del Hogar (FITH, 2021), el 68% de las trabajadoras mantienen con su salario a sus familias y en casi todos los casos (92%) este es el único ingreso del hogar (Valenzuela, Scuro y Vaca-Trigo, 2020).

Cabe también destacar que en América Latina el 51,6% de las personas que migran son mujeres y más de un tercio de ellas (35,3%) están ocupadas en el trabajo doméstico remunerado (Valenzuela, Scuro y Vaca-Trigo, 2020). En la región se han conformado diversos corredores migratorios de trabajadores que se desempeñan en tareas de cuidado, que se dirigen hacia la Argentina, Chile y Costa Rica, así como desde Guatemala hacia la frontera sur de México y desde Haití hacia la República Dominicana. Crecientemente Panamá y el Brasil son también lugares de destino de trabajadoras domésticas remuneradas migrantes. La mayoría de estas trabajadoras migrantes provienen de países limítrofes. La cercanía geográfica es un factor que adquiere gran importancia en la decisión de migrar, especialmente cuando quienes migran dejan a su familia. Sin embargo, en los períodos de mayores restricciones en el contexto de la pandemia fue muy difícil o imposible para las personas migrantes volver a su lugar de origen debido al cierre de fronteras. Asimismo, les afectaron las mayores dificultades para transferir dinero por el cierre de bancos y la depreciación de las monedas locales debido al efecto económico de la crisis. Un problema específico que han enfrentado las personas migrantes es la falta de un documento de identidad nacional, lo que no solo les impide tener un trabajo formal con seguridad social, sino que en el contexto de la pandemia ha dificultado también su integración, ya que ha impedido que puedan realizar trámites de manera virtual, salir en períodos de confinamiento con los permisos necesarios, acceder a una cuenta corriente o tarjeta bancaria y contratar y pagar servicios básicos y bienes esenciales (Valenzuela, Scuro y Vaca-Trigo, 2020).

4. Efectos de la pandemia en la autonomía física de las mujeres y las niñas

La violencia por razones de género ha sido calificada por el Secretario General de las Naciones Unidas como una verdadera “pandemia en la sombra”, por cuanto afecta al menos a 1 de cada 3 mujeres (OMS, 2021). Las medidas de confinamiento y distanciamiento físico y las restricciones a la movilidad que los Gobiernos tomaron para enfrentar la pandemia de COVID-19 aumentaron el aislamiento de las mujeres de sus redes de apoyo y han generado barreras adicionales en el acceso a servicios esenciales (CEPAL, 2020). Los Gobiernos de varios países informaron sobre un aumento relevante de las llamadas a líneas telefónicas de ayuda u otros servicios de apoyo para mujeres sobrevivientes de violencia en los períodos de mayor confinamiento⁹. Ello, junto con el análisis de lo ocurrido en situaciones de emergencia acaecidas con anterioridad y de los datos de prevalencia de la violencia en las relaciones de pareja o durante la vida de las mujeres (OMS, 2021) generó una alerta global sobre el riesgo de recrudescimiento de esta vulneración de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. La respuesta de los Gobiernos de América Latina y el Caribe frente a esta alerta se tradujo en diversas estrategias, que se encuentran recogidas en el Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe de la CEPAL, que incluye información sobre más de 106 medidas que se tomaron para enfrentar la violencia contra las mujeres en el marco de la pandemia¹⁰.

Dichas respuestas públicas han sido diversas: algunos países (Argentina, Colombia, Honduras, México y República Dominicana) declararon como esenciales todos los servicios de atención de la violencia contra las

⁹ Información recopilada por el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe.

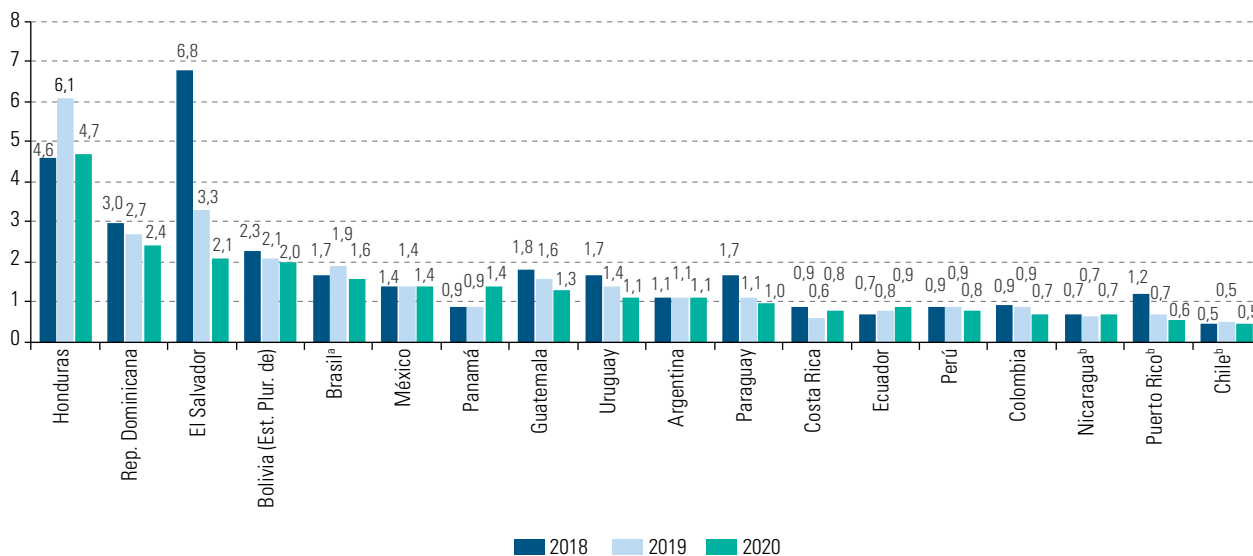
¹⁰ Véase [en línea] <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>.

mujeres o parte de ellos; en la mayoría, se elaboraron instructivos o se dictaron decretos para el funcionamiento de ciertos servicios judiciales y la ampliación automática de medidas de protección, al mismo tiempo que se aplicaron distintos mecanismos para fortalecer los canales de denuncia y se realizaron campañas de sensibilización a través de diferentes medios y canales. No obstante, la adaptación de quienes trabajan en el servicio público al funcionamiento de los servicios en modalidades a distancia ha sido muy compleja y limitada en el sector de la justicia, lo que aumenta el riesgo de impunidad en que tradicionalmente quedan estos delitos.

Las cifras de feminicidios o femicidios que los países informan anualmente al Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL no han mostrado hasta diciembre de 2021 variaciones relevantes durante los últimos tres años (véase el gráfico II.7), lo que revela un fenómeno persistente en el tiempo y resistente a la baja en condiciones de crisis¹¹ e indica que las distintas manifestaciones de la violencia representan prácticas, conductas y comportamientos muy arraigados históricamente y por lo general no rechazados de manera transversal. La violencia contra las mujeres y las niñas indígenas y afrodescendientes es igualmente alarmante, pues en esos casos la violencia de género se combina con la violencia por racismo y por relaciones interétnicas discriminatorias, que en muchos casos se ven agravadas por la presencia de actividades de sobreexplotación de los recursos naturales, conflictos armados internos o la persecución y criminalización de las defensoras de la vida y los territorios de los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes. Además, preocupa que las mujeres y las niñas sobrevivientes de violencia muchas veces no tengan acceso a servicios de apoyo psicosocial ni a asistencia para denunciar esos hechos (CEPAL y otros, 2020; CEPAL 2021e).

Gráfico II.7

América Latina (18 países y territorios): feminicidios o femicidios, 2018-2020
(En número por cada 100.000 mujeres)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio de Igualdad de Género en América Latina y el Caribe [en línea] www.oig.cepal.org.

^a El Brasil no cuenta con un registro único de casos de feminicidio. El Consejo Nacional de Justicia solo registra los nuevos casos procesales ingresados al sistema jurídico.

^b Nicaragua y Puerto Rico solo informan los casos de feminicidio íntimo, es decir, cometidos por la pareja o expareja. Hasta el año 2020 Chile también informaba únicamente los casos de feminicidio íntimo; sin embargo, ese año el país modificó su legislación y amplió el feminicidio a la figura genérica de asesinato de una mujer en razón de su género.

Por otro lado, la urgencia por atender a la pandemia provocó discontinuidades masivas en la atención de los servicios de salud sexual, reproductiva y no reproductiva. Se observó durante 2020 una disminución de la cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva, expresada, por ejemplo, en la reducción del número

¹¹ La violencia sexual contra las mujeres en espacios públicos, especialmente cuando circulan solas, se ha mantenido durante la crisis.

de controles prenatales y partos en centros de salud atendidos por personal calificado, así como del acceso a servicios de orientación y planificación familiar por varias razones. El temor de las mujeres embarazadas a asistir a los establecimientos de salud por un posible contagio del virus y, en algunos casos, la reasignación del personal de salud y la infraestructura a la atención de los pacientes con COVID-19 se tradujeron a agosto de 2020 en una disminución del 40% de los controles de embarazo en 27 países de la región (OPS, 2020b). Esto generó alertas frente a posibles complicaciones en el embarazo, el parto y la salud del recién nacido, e incluso un aumento de la mortalidad materna y neonatal. Asimismo, de acuerdo con una encuesta realizada por la OMS, el porcentaje de países que notificaron interrupciones parciales o graves en la atención de salud en materia de planificación familiar y anticoncepción osciló entre un 40% y un 50% (OPS, 2021b). En ese sentido, también se encendieron las alarmas respecto de que estas limitaciones en la atención pudieran tener consecuencias en el acceso a métodos anticonceptivos modernos y con ello pudieran aumentar los embarazos no deseados y los embarazos en adolescentes, situaciones sobre las cuales aún no se cuenta con información de los países. Asimismo, es probable que se hayan profundizado las desigualdades en materia de salud sexual y reproductiva registradas antes de la pandemia y que ponen en desventaja a las mujeres pertenecientes a los grupos sociales más desfavorecidos (véase el recuadro II.2), como los pueblos indígenas y las poblaciones afrodescendientes, más aún si se considera la limitada oferta de servicios con pertinencia cultural (CEPAL y otros, 2020; CEPAL, 2021e).

Recuadro II.2

Pandemia y mujeres en Colombia: los efectos de la triple cascada

En un estudio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Colombia sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud sexual y reproductiva en ese país se presenta un análisis basado en un marco que se denomina "triple cascada" (concepto propuesto por la sociedad civil), en el que se imbrican: i) los efectos directos del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva; ii) los efectos de las medidas tomadas para contener la pandemia, y iii) los efectos de la crisis socioeconómica producida por la pandemia.

La primera cascada se desprende de la comparación de indicadores de salud sexual y reproductiva correspondientes a 2019 y 2020. De acuerdo con datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud de Colombia, resultan evidentes un aumento importante de la mortalidad materna —la razón de mortalidad materna pasó de 46,7 por cada 100.000 nacidos vivos en 2019 a 65,5 por cada 100.000 nacidos vivos en 2020—, un incremento de la sífilis congénita, cuya incidencia pasó de 1,85 por cada 1.000 nacidos vivos en 2019 a 2,85 por cada 1.000 nacidos vivos en 2020, una marcada disminución de las atenciones en materia de consejería, asesoramiento y acceso a la anticoncepción, que llegó al 62,1% en el mes más crítico de 2020 (abril) en comparación con 2019, y una merma del 2% de las atenciones por interrupción voluntaria del embarazo entre ambos años.

La segunda cascada se expresa en las afectaciones desiguales entre las mujeres, ya que algunos grupos de mujeres tuvieron los medios y las opciones para enfrentar y mitigar las dificultades impuestas por la pandemia, mientras que otros grupos no contaron con tales medios. En este sentido, el aumento de la razón de mortalidad materna en el grupo de 10 a 14 años fue de un 126,0%, tres veces más que el promedio nacional. En el caso de las mujeres indígenas, la tendencia a la baja de la mortalidad materna se revirtió marcadamente y la razón de mortalidad materna alcanzó un valor de 230,7 por cada 100.000 nacidos vivos en 2020, lo que corresponde a un incremento del 23%. En el caso de las mujeres afrodescendientes, el aumento de la razón de mortalidad materna fue del 40,3% en 2020, ya que el indicador llegó a 114,9 por cada 100.000 nacidos vivos. Por su parte, las mayores reducciones en materia de prestación de servicios de anticoncepción se dieron en el caso de adolescentes y en departamentos fronterizos, como el de Guainía, e insulares, como el de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. En materia de interrupción voluntaria del embarazo, nuevamente el grupo etario más afectado por la reducción de las prestaciones fue el de adolescentes.

Por último, en el mismo sentido de la idea de la "triple cascada", los efectos de la pandemia en estos indicadores y sus relaciones con indicadores socioeconómicos territoriales sugieren que las disminuciones de la atención y los aumentos de la mortalidad materna y de infecciones de transmisión sexual tendieron a ser mayores en municipios en que se registran mayores niveles de pobreza multidimensional.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de A. C. González Vélez y S. Valencia, "La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID: un estudio sobre sus efectos en Colombia. Estudio realizado por UNFPA Colombia", inédito, 2022.

Otro aspecto que es necesario tener en consideración respecto del análisis de las vulneraciones de los derechos de las niñas y las adolescentes y eventuales efectos de profundización de ellas durante la pandemia de COVID-19 son los matrimonios infantiles y las uniones tempranas. Análisis recientes han mostrado que los matrimonios infantiles y las uniones tempranas exponen a niñas y adolescentes a violencia y sobrecarga de tareas de cuidado cuando todavía no se han consolidado sus trayectorias educativas (CEPAL, 2021a), aspectos que aumentaron como consecuencia de las cuarentenas. El hecho de que sus perspectivas de desarrollo personal se vean reducidas al espacio doméstico, junto con el abandono temprano de la educación, limita sus posibilidades de relacionamiento y afecta el desarrollo de su autonomía física y económica y su integración en la sociedad, todas situaciones que se agravaron durante la pandemia (véase el recuadro II.3).

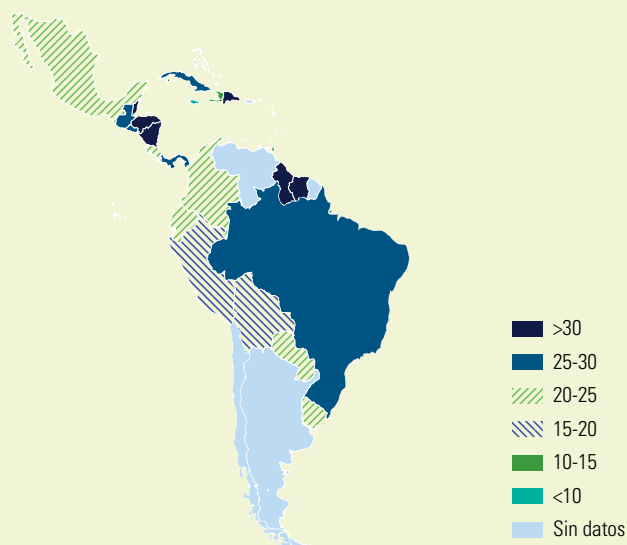
Recuadro II.3

El matrimonio infantil y las uniones tempranas, factores que profundizan la desigualdad de género en América Latina y el Caribe

La prevalencia del matrimonio infantil es una realidad para las niñas y adolescentes de América Latina y el Caribe: en 2020, un 22,1% de las mujeres de entre 20 y 24 años habían contraído matrimonio o habían iniciado una unión temprana antes de cumplir los 18 años, mientras que a nivel global este porcentaje llega al 19,4%^a. No obstante, en la región existen diferencias relevantes de un país a otro, como se puede observar en el mapa.

Mapa

América Latina y el Caribe (24 países): proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión antes de cumplir los 18 años, último año con información disponible
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Base de Datos Mundial de Indicadores de los ODS [en línea] <https://agenda2030lac.org/estadisticas/perfiles-estadisticos-regionales-ODS-por-meta.html?lang=es>.

Nota: Los países incluidos son: Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay.

Estar casada o en unión antes de los 18 años aumenta la probabilidad de convertirse en madre a una edad muy temprana, así como estar embarazada antes de los 18 años aumenta las posibilidades de niñas y adolescentes de establecer uniones o casarse. En la región, la mayoría de las mujeres que contrajeron matrimonio durante su niñez dieron a luz antes de cumplir 18 años; 8 de cada 10 lo hicieron antes de cumplir 20 años (UNICEF, 2019).

El embarazo significa para miles de niñas y adolescentes dedicarse mayoritariamente al trabajo de cuidados, poniendo en riesgo su educación, sus ingresos laborales y sus oportunidades de desarrollo (UNFPA, 2020; Grupo

Recuadro II.3 (conclusión)

de trabajo del Programa Conjunto Interinstitucional para Poner Fin al Matrimonio Infantil y a las Uniones Tempranas en América Latina y el Caribe, 2021). Las tasas de asistencia escolar de las adolescentes que han sido madres son considerablemente más bajas que las de sus pares nulíparas. De esta forma, las limitaciones en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos implican para las niñas y adolescentes repetir la división sexual del trabajo que les trae como consecuencia, a una edad temprana, una serie de efectos de precarización socioeconómica, aislamiento social y restricciones a su desarrollo integral.

Los matrimonios y uniones infantiles, tempranos y forzados han sido declarados una práctica nociva que vulnera los derechos humanos de niñas y adolescentes y los Estados se han comprometido a su eliminación como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En América Latina y el Caribe, 11 países y territorios prohíben de manera absoluta los matrimonios antes de los 18 años (Antigua y Barbuda, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Puerto Rico, República Dominicana y Trinidad y Tabago), como lo recomiendan diversos instrumentos de derechos humanos; 13 lo permiten a partir de los 16 años con autorización de personas adultas (Bolivia (Estado Plurinacional de), Barbados, Brasil, Chile, Dominica, Islas Caimán, Islas Túcicas y Caicos, Jamaica, Nicaragua, Paraguay, Perú, Venezuela (República Bolivariana de) y Uruguay), y 6 lo permiten antes de los 16 años por motivos calificados (Anguila, Argentina, Colombia, Cuba, Guyana y Saint Kitts y Nevis)^b.

No obstante, para alcanzar la meta 5.3 de los ODS (“eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado [...]”), se hace necesario que los países redoblen los esfuerzos en materia de políticas públicas que, por una parte, fortalezcan su prevención a través de la garantía del acceso universal a educación no sexista y de calidad, así como a servicios de salud sexual y reproductiva como factores protectores, y, por otra, avancen en programas que apoyen a las niñas y adolescentes unidas o casadas para que puedan enfrentar las desigualdades de género.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Grupo de trabajo del Programa Conjunto Interinstitucional para Poner Fin al Matrimonio Infantil y a las Uniones Tempranas en América Latina y el Caribe, “Los matrimonios y uniones infantiles, tempranos y forzados: prácticas nocivas profundizadoras de la desigualdad de género en América Latina y el Caribe”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2021/186), Santiago, CEPAL, 2021; Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay*, Panamá, 2020, y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Perfil del matrimonio infantil y las uniones tempranas en América Latina y el Caribe*, 2019 [en línea] <https://www.unicef.org/lac/informes/perfil-del-matrimonio-infantil-y-las-uniones-tempranas>.

^a Estimaciones de UNICEF, en lo referente a la proporción de mujeres de entre 20 y 24 años que estaban casadas o mantenían una unión estable antes de cumplir los 18 años (adaptado del indicador 5.3.1 del ODS 5). Véase [en línea] <https://unstats.un.org/sdgs/dataportal/database>.

^b Véase Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe [en línea] <https://oig.cepal.org/es/laws/9>.

5. Aún faltan mujeres en los ámbitos de decisión política

Las mujeres representan el 72,7% de las personas ocupadas en el sector de la salud en la región, y han estado situadas en la primera línea de la atención directa de la pandemia (CEPAL, 2022a). No obstante, las medidas públicas para enfrentar la pandemia se han definido en instancias de toma de decisiones en las que su presencia es escasa. Esto se refleja en que en 2020 solo 5 de los 20 Ministros de Salud de América Latina y 7 de los 22 Ministros de Salud del Caribe eran mujeres. En los consejos científicos que asesoran a los Gobiernos para enfrentar la crisis, la participación de las mujeres no superaba el 23% en ese mismo año (CEPAL, 2020k). Esta baja participación impide que se aproveche la oportunidad de incorporar importantes asuntos de género en la respuesta a la crisis sanitaria en la región.

Las brechas de participación de mujeres en los espacios de toma de decisiones en la gestión de la pandemia siguen la misma tendencia general de los cargos de dirección en la administración pública: según datos de la Unión Interparlamentaria (UIP) y la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres, 2020), en 2020 solo 4 países de América Latina (Colombia, Costa Rica, Nicaragua y Perú) contaban con un 50% o más de carteras en que las mujeres eran ministras; en 3 países de América Latina (Ecuador, El Salvador y México) y 2 del Caribe (Granada y Guyana), las mujeres encabezaban entre el 35% y el 49,9% de los ministerios; en 12 países de América Latina (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Cuba, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay,

República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de)) y 10 del Caribe (Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Dominica, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname y Trinidad y Tabago), las mujeres estaban a cargo de menos del 35% de las carteras.

Por otra parte, aunque la presencia de mujeres ha aumentado en los últimos años, la mayoría de los representantes en el poder legislativo siguen siendo hombres: en los Parlamentos nacionales de la región (cámara baja o única) en octubre de 2021 las bancas ocupadas por mujeres eran, en promedio, el 33,6% del total, según datos de la Unión Interparlamentaria¹².

D. Personas migrantes

Entre los diversos impactos negativos de la pandemia sobre la población regional, los que se registraron sobre los procesos migratorios y las comunidades de migrantes están entre los más graves. Las restricciones debidas al cierre de fronteras han acentuado vulnerabilidades en las travesías que realizan las personas migrantes. Asimismo, las condiciones de vida de muchas de estas personas han empeorado por las condiciones de hacinamiento e informalidad laboral. Al mismo tiempo, los migrantes han desempeñado trabajos de primera línea, indispensables para la reproducción social.

En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, los Estados acordaron implementar medidas de protección de los derechos de todas las personas migrantes, independientemente de su condición migratoria. Se trata de un conjunto de medidas de carácter anticipatorio respecto de las iniciativas globales que han florecido en el último tiempo y constituye un instrumento para encarar la hostilidad y el rechazo con que se observa la migración en muchos países (Mukumbang, 2021), especialmente en el contexto de restricciones a las libertades individuales impuestas por la pandemia (Araujo y Sarmiento, 2021).

Desde la perspectiva del Consenso de Montevideo, el llamado es a que la soberanía en las fronteras se maneje en concordancia con los derechos humanos y los acuerdos internacionales que protegen a personas refugiadas, solicitantes de asilo y migrantes. Las medidas de salud pública no eximen a los Estados de responder al principio de no devolución y de prohibir las detenciones arbitrarias y las expulsiones colectivas. De igual forma, todas las medidas sanitarias en las fronteras deben ser no discriminatorias, necesarias y proporcionales, y estar sujetas a revisión constante. Aun en el entendido de que los Estados tienen el derecho de enviar a las personas de regreso a sus países de origen, en el contexto de la pandemia se debe prestar especial atención al riesgo que supone para las personas migrantes volver a países muy afectados por la propagación del virus, con débiles sistemas de salud o donde los retornados suponen un estrés significativo para las instituciones sanitarias (Ikotun, Akhigbe y Okunade, 2021). Una alternativa humanitaria, acorde con los derechos humanos y los tratados internacionales, supone acoger la migración durante la crisis sanitaria, brindando atención de salud y acceso a ayudas sociales.

1. Impactos diferenciales de la pandemia sobre la población migrante y falta de información

Desde el punto de vista del diagnóstico y la formulación de políticas, es fundamental destacar que existe escasa información oficial sobre el impacto de la pandemia en los migrantes, así como sobre apoyos institucionales, medidas sanitarias y ayudas sociales directas a la población migrante y refugiada, y sobre la efectividad de las acciones de política pública. Diferentes Gobiernos de la región han realizado esfuerzos para apoyar socioeconómicamente a la población frente al impacto de la pandemia, pero la información respecto del impacto de estas ayudas en la población migrante es aún limitada. Este es el caso, por ejemplo, de las transferencias monetarias directas a personas y familias, sobre las que han informado diferentes Gobiernos, aunque no se conoce cuál es su alcance dentro de la población migrante¹³.

¹² Véase [en línea] <https://oig.cepal.org/es/indicadores/poder-legislativo-porcentaje-escaños-ocupados-parlamentos-nacionales>.

¹³ Hay países, como el Brasil, donde las personas migrantes son reconocidas como titulares de derechos, que les han entregado ayudas sin discriminación respecto de su estatus administrativo.

Si bien la información oficial es escasa, es muy probable que las personas migrantes hayan estado entre las más afectadas por la pandemia, tanto las personas residentes, como aquellas que se encuentran en tránsito, las que están en forma irregular, las que se encuentran solicitando refugio, las que han retornado e incluso aquellas que tenían previsto desplazarse desde sus países de origen. En el caso de las personas y familias migrantes asentadas en áreas de destino, el hecho de verse más afectadas por la pandemia se relaciona con cuatro dimensiones: i) el mayor nivel de pobreza de las personas migrantes y refugiadas recientes; ii) su condición habitacional, ya que habitan viviendas más precarias, con menor conectividad a servicios básicos (luz, agua potable y alcantarillado), y presentan un mayor nivel de hacinamiento, lo que aumenta el riesgo de contagio; iii) su inserción laboral en trabajos de primera línea, más expuestos y, al mismo tiempo, más precarios, especialmente en el caso de las mujeres migrantes, que sufren de manera desproporcionada las pérdidas de empleo¹⁴, y iv) sus limitaciones en el acceso a la salud.

A nivel internacional, diversos estudios han mostrado la mayor vulnerabilidad que enfrenta la población migrante en contextos de crisis asociados a la situación sanitaria, debido a los determinantes sociales de la salud (Espelt y otros, 2016; Ramírez y Álvaez, 2013; Arellano y otros, 2008) y a los factores estructurales de desventaja que les afectan. Este sería el caso de la pandemia de COVID-19. Estudios realizados en países con sistemas de información robustos y con desagregación de las estadísticas epidemiológicas oficiales durante la primera ola de contagios muestran una diferencia significativa entre nacionales y extranjeros en lo referente a contagios y defunciones. En Europa, diversos estudios han consignado el mayor nivel de contagio en personas migrantes provenientes de regiones con menores niveles de desarrollo. En España se informó que la exposición al contagio era mayor entre personas provenientes de África Subsahariana y de América Latina y el Caribe (Guijarro y otros, 2021), mientras que Noruega (Indseth y otros, 2021) y Suecia (Hansson y otros, 2020) informaron sobre importantes cifras de personas fallecidas o contagiadas provenientes de África, Asia y América del Sur. En los Estados Unidos ha habido una incidencia desproporcionada de casos de COVID-19 en las poblaciones afroamericanas y latinas respecto de su peso relativo en el total poblacional (Tirupathi y otros, 2020).

Considerando los datos internacionales sobre las consecuencias de la pandemia entre las personas migrantes, resulta urgente disponer de datos en los diferentes países de la región. El primero de los objetivos del Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular se refiere a “recopilar y utilizar datos exactos y desglosados” sobre la población migrante para formular políticas con base empírica. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS, 2019) llama la atención sobre la necesidad de contar con información sanitaria de la población migrante durante toda su travesía migratoria, registrando los tratamientos recibidos y la compatibilidad de las terapias aplicadas a una misma persona en distintos países. Esta situación no se restringe a la actual coyuntura sanitaria, sino que también se aplica a las afecciones crónicas que forman parte de las condiciones de salud de las personas migrantes¹⁵.

Son reconocidas las barreras de acceso institucionales y las trabas administrativas que enfrentan las personas migrantes a la hora de acceder a los sistemas de salud públicos y al mismo tiempo existe información preliminar sobre la desconfianza relacionada con la atención recibida en el sistema público. Respecto del primer punto, la disponibilidad y la asequibilidad se consideran factores territoriales y económicos que limitan el acceso (Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017). Con relación a la desconfianza, esta se refiere a una visión individual y subjetiva respecto de la capacidad de los trabajadores de la salud y su interés en el bienestar del paciente, la que, cuando se trata de un migrante en situación irregular, limita el acceso a los sistemas sanitarios. La desconfianza subjetiva (Cabieses, 2020; Zapata y Prieto Rosas, 2020) remite al escepticismo respecto de la calidad de los servicios que una persona recibirá y la sospecha de que, al ser atendida, este hecho o la información derivada de él pueda ponerla en riesgo. Esto es especialmente relevante en el caso de las personas migrantes en condición de irregularidad, que pueden evitar buscar un diagnóstico por temor a ser deportadas, sancionadas o detenidas.

Si bien los determinantes sociales y las barreras de acceso a la salud, así como el hacinamiento habitacional y la vulnerabilidad que deriva de la incorporación segmentada al mercado laboral formal e informal, en nichos particulares

¹⁴ Véase, por ejemplo, Fernández y otros (2021), en que se concluye que en el Brasil las mujeres y las personas sin trabajo formal presentaron las mayores tasas de pérdida de empleo durante la pandemia.

¹⁵ Cabe recordar que las fichas médicas son documentos privados y protegidos por ley. En este sentido, tanto el acceso a estas fichas como la información contenida en ellas deben organizarse mediante protocolos que impidan su uso administrativo en el control de la migración irregular.

del comercio y los servicios y en actividades de primera línea, con poca o inexistente protección social, permiten suponer que la población migrante se ve más afectada por el contagio, la hospitalización e incluso los fallecimientos, dos años después de iniciada la pandemia no se cuenta con información empírica generalizada que permita validar esta afirmación en la región. De igual manera, se tienen indicios de una baja valoración de la población migrante respecto de la información sanitaria y de que las prestaciones sociales disponibles durante la pandemia fueron insuficientes (Cabieses, 2020; Zapata y Prieto Rosas, 2020). En un informe elaborado por varias organizaciones de la sociedad civil en México (FJEDD, 2020), se destaca, por ejemplo, que las acciones de detención y privación de libertad traen graves consecuencias para la salud física y mental de las personas migrantes, quienes al estar retenidas en estaciones migratorias y estancias provisionales enfrentan un riesgo de contagio elevado, al carecer de medidas de distanciamiento físico, una higiene adecuada, prácticas preventivas y atención médica.

Si bien la población migrante es vulnerable en términos sanitarios, se observa la paradoja de que, a pesar de correr más riesgo de verse afectadas por la pandemia, las personas migrantes encuentran mayores limitaciones para acceder a los procesos de vacunación (véase el cuadro II.1).

Cuadro II.1

América Latina y el Caribe (24 países): programas específicos de vacunación para población migrante y llamados oficiales a vacunación de población migrante independientemente de su estatus migratorio, 2020-2021

País	Programas de vacunación para población migrante	Llamados oficiales a vacunación de población migrante independientemente de su estatus migratorio
Antigua y Barbuda	-	-
Argentina	Sí	Sí
Belice	Sí	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Sí	-
Brasil	Sí	Sí
Chile	Sí	Sí
Colombia	Sí	Sí
Costa Rica	Sí	Sí
Ecuador	Sí	Sí
El Salvador	-	-
Granada	-	-
Guatemala	-	-
Guyana	Sí	-
México	Sí	Sí
Panamá	Sí	Sí
Paraguay	Sí	-
Perú	Sí	Sí
Saint Kitts y Nevis	Sí	-
San Vicente y las Granadinas	-	-
Santa Lucía	-	-
Suriname	-	-
Trinidad y Tabago	-	-
Uruguay	Sí	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), "Coronavirus: vacunación", ACNUR Brasil [en línea] <https://help.unhcr.org/brazil/es/coronavirus-3/coronavirus-vacunacion-2/>; B. del Castillo, "Las trabas de los migrantes para acceder a la vacuna contra el COVID-19", *La Tercera*, 30 de abril 2021; V. Chávez, "México inicia vacunación contra COVID a migrantes que cruzan por el país", *El Financiero*, 20 de septiembre de 2021 [en línea] <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2021/09/20/mexico-inicia-vacunacion-contra-covid-a-migrantes-que-cruzan-por-el-pais/>; Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), *Situation of human rights in Brazil*, Washington D. C., 2021; CEPAL, *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe, 2021* (LC/PUB.2022/1-P), Santiago, 2022; EFE, "Vacunas para migrantes indocumentados y otras claves de la COVID en América" [en línea] <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/vacunas-para-migrantes-indocumentados-y-otras-claves-de-la-covid-en-america/20000013-4648461>; Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, "La población extranjera podrá inscribirse en la campaña de vacunación bonaerense", 11 de mayo de 2021 [en línea] https://www.gba.gov.ar/jefatura/noticias/la_poblaci%C3%B3n_extranjera_podr%C3%A1_inscribirse_en_la_campa%C3%B1a_de_vacunaci%C3%B3n_bonaerense; Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Documento de orientación sobre migración y salud*, 2019 [en línea] <https://www.paho.org/es/documentos/documento-orientacion-sobre-migracion-salud>; SWI, "Costa Rica abre la vacunación contra COVID-19 a migrantes irregulares", SWI swissinfo.ch, 18 de septiembre de 2021 [en línea] https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-costa-rica_costa-rica-abre-la-vacunaci%C3%B3n-contra-covid-19-a-migrantes-irregulares/46958414.

En cuanto a la población migrante y refugiada, son pocos los países que han puesto a disposición información oficial sobre la cobertura nacional del proceso de vacunación en dicha población. Sin embargo, existe información de prensa que hace referencia a vacunaciones parciales para extranjeros en unidades administrativas locales. Es fundamental insistir en la universalidad y la gratuidad del proceso de vacunación a nivel nacional, de manera de impedir que se produzcan bolsones de no vacunación, como se han identificado en otras regiones del mundo, y reducir los requisitos que piden distintas unidades administrativas locales.

2. La necesaria cooperación de los Estados para una migración segura, ordenada y regular

Si se considera que en la región hay más de 40 millones de migrantes (CEPAL, 2019f), resulta imperioso disponer efectivamente de mecanismos para una migración segura, ordenada y regular. Comprender esta situación posibilita el desarrollo de políticas, programas y acciones públicas que aseguren el respeto de los derechos humanos de las personas migrantes y el avance hacia una migración protegida en todas sus acepciones.

Desde diversas fuentes se han denunciado ampliamente las amenazas a las que se exponen durante todo el ciclo migratorio las personas migrantes, especialmente las más vulnerables, como las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, las minorías sexuales y las personas que pertenecen a pueblos indígenas y poblaciones afrodescendientes (CEPAL, 2020e). Entre estas amenazas destacan: i) la trata de personas y los rechazos ante la búsqueda de refugio, ii) la criminalización de la migración indocumentada, iii) la limitación administrativa al ejercicio de derechos y iv) la incorporación parcial o restrictiva a los sistemas de protección social, incluida la atención de salud (Martínez Pizarro, 2020). En particular, en un contexto en que aumentan diversos riesgos y la vulnerabilidad de la población migrante en las rutas migratorias debido al cierre de las fronteras, la región debe abordar de manera integrada: i) la rápida evolución y heterogeneidad de los patrones migratorios, ii) los flujos mixtos cada vez más complejos en las rutas migratorias ya identificadas y iii) la demanda de protección internacional.

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular ponen el foco en la necesidad de una acción conjunta e integrada en la región para asegurar el respeto de los derechos humanos de los migrantes y una acción orientada a la inclusión de estos grupos en el país de destino (Martínez Pizarro, 2020). Entre los objetivos para la migración segura, ordenada y regular, el Pacto incluye el objetivo 11 “gestionar las fronteras de manera integrada, segura y coordinada” (Naciones Unidas, 2019, pág. 7), en tanto que en el Consenso de Montevideo, los Estados acordaron “fortalecer la cooperación entre países de origen, tránsito y destino para enfrentar las causas y los desafíos de la migración que acontece de manera irregular, de modo de generar una migración en condiciones humanas, ordenada y segura, mediante esquemas bilaterales de movilidad de la mano de obra, y salvaguardando la protección de los derechos humanos de los migrantes” (CEPAL, 2013b, págs. 26-27).

E. Pueblos indígenas

1. Pueblos indígenas en América Latina-Abya Yala: antecedentes demográficos y sus implicancias en el contexto de la pandemia

Se estima que en 17 países de América Latina-Abya Yala¹⁶ habitan 57,7 millones de personas pertenecientes a alguno de los más de 800 pueblos indígenas existentes en la región, cifra que representa alrededor de un 9,5% de la población total (véase el cuadro II.2). Los perfiles demográficos son heterogéneos: mientras que en algunos países

¹⁶ En la presente sección se optó por incluir la denominación Abya Yala para referirse al continente americano, tomando en consideración que las organizaciones e instituciones de los pueblos indígenas han adoptado esa denominación común para referirse a él, recogiendo el nombre que le dio el pueblo kuna, de Panamá y Colombia, antes de la llegada de Cristóbal Colón y los europeos. No se trata de una denominación oficial de las Naciones Unidas. Literalmente, esa expresión significa tierra en plena madurez o tierra de sangre vital, tierra noble que acoge a todos. A partir del Primer Encuentro Continental de Pueblos Indios, celebrado en el Ecuador en 1990, ha comenzado a ser adoptada progresivamente por todos los pueblos indígenas de la región como parte de un proceso de elaboración de un proyecto político común y de descolonización epistémica que cuestiona las denominaciones de origen foráneo de sus territorios. El contenido de la sección se refiere en particular a los pueblos indígenas de América Latina.

los pueblos indígenas representan más de un 40% de la población (Bolivia (Estado Plurinacional de) y Guatemala), en otros representarían menos de un 5% (Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Paraguay, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de)). Por otra parte, los países difieren en la cantidad de pueblos existentes en sus jurisdicciones territoriales. En este sentido, el Brasil, Colombia y México son los que presentan una mayor diversidad étnica (CEPAL, 2020f y 2014b). Los pueblos indígenas se encuentran en distintos momentos de transición demográfica y se observa una gran variabilidad tanto entre los países como entre los pueblos que habitan en ellos. Además, los censos más recientes han mostrado que estas poblaciones, pese a que aún presentan estructuras poblacionales más jóvenes que la población no indígena, también comienzan a experimentar procesos de envejecimiento, como se observa en la Argentina, Chile, Costa Rica y el Uruguay (CEPAL, 2020f).

Cuadro II.2

América Latina (17 países): población que se autoidentifica como indígena, según último censo y estimaciones a 2021

(En número de personas y porcentajes)

País, año censal	Población censada	Población indígena	Población indígena (en porcentajes)	Población indígena estimada a 2021 ^a
Argentina, 2010	40 117 096	955 032	2,4	1 094 540
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2012	10 059 856	4 176 647	41,5	4 910 670
Brasil, 2010	190 755 799	896 917	0,5	1 069 967
Chile, 2017	17 574 003	2 175 873	12,4	2 382 333
Colombia, 2018	43 309 477	1 905 617	4,4	2 255 697
Costa Rica, 2011	4 301 712	104 143	2,4	123 337
Ecuador, 2010	14 483 499	1 018 176	7,0	1 252 193
El Salvador, 2007	5 744 113	13 310	0,2	13 037
Guatemala, 2018	14 901 286	6 491 199	43,6	7 956 939
Honduras, 2013	8 303 771	646 244	7,8	784 913
México, 2020 ^b	126 014 024	24 455 845	19,4	25 280 302
Nicaragua, 2005	5 142 098	321 753	6,3	422 250
Panamá, 2010	3 405 813	417 559	12,3	538 934
Paraguay, 2012	6 435 218	117 150	1,8	129 953
Perú, 2017 ^c	29 381 884	7 628 308	26,0	8 673 449
Uruguay, 2011 ^d	3 251 654	76 452	2,4	83 644
Venezuela (República Bolivariana de), 2011	27 227 930	724 592	2,7	775 034
Total	550 409 233	52 124 817	9,5	57 747 192

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales; datos de México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), "Censo de Población y Vivienda 2020" [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>; datos del Paraguay: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC), *Pueblos indígenas en el Paraguay: resultados finales de población y viviendas 2012*, Fernando de la Mora, 2014.

^a La estimación a 2021 se obtuvo aplicando el porcentaje de población indígena obtenido en el último censo al total de población estimada que elabora el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL, Revisión 2019.

^b La pregunta de autoidentificación indígena se realizó a la población de 3 años y más. En el total presentado, se considera que la proporción de población indígena en el grupo de 0 a 2 años es el mismo que en el total de 3 años y más.

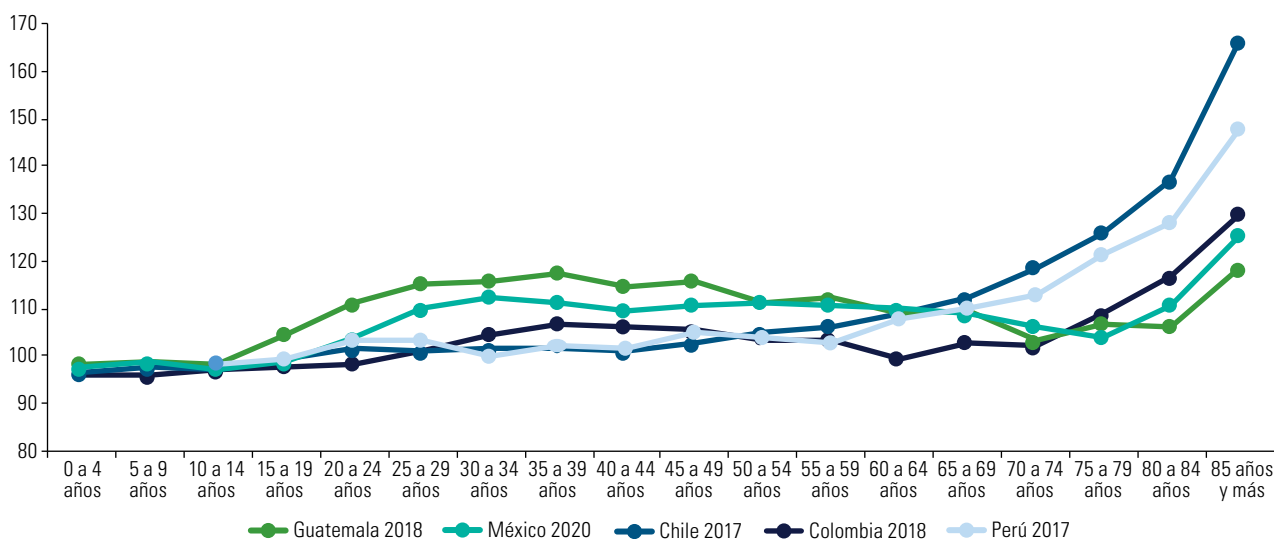
^c La pregunta por condición étnica se realizó a la población de 12 años y más. En el total presentado, se considera que la proporción de población indígena en el grupo de 0 a 11 años es el mismo que en el total de 12 años y más.

^d Se incluyeron dos preguntas sobre ascendencia étnico-racial, una con categorías de respuesta múltiple, que arroja un total de población indígena de 159.319 personas, y otra en la que se pregunta por "la principal" ascendencia, que arroja las cifras presentadas en el cuadro.

En cuanto a la composición por sexo, los censos de la ronda de 2010 mostraron índices de feminidad crecientes con la edad entre las personas mayores, como reflejo de la mayor sobrevivencia femenina en la mayoría de los países de la región (Del Popolo, 2017). Los censos recientes continúan mostrando este patrón, como se observa en el gráfico II.8. En los casos de Chile y el Perú, el predominio femenino comienza a ser notorio y sistemáticamente creciente a partir de los 60 años, mientras que en el resto de los países esto se da a partir de los 80 años. En Chile, entre las personas de 85 años y más hay 166 mujeres indígenas por cada 100 hombres indígenas y en el Perú esta relación llega a 148 por cada 100.

Gráfico II.8

América Latina (5 países): índice de feminidad de la población indígena por grupos de edades, censos de la ronda de 2020
(Número de mujeres por cada 100 hombres)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales.

Nota: En el caso México, la autoidentificación indígena se realizó a partir de los 3 años y en el caso del Perú a partir de los 12 años.

El COVID-19 ha causado más muertes entre las personas mayores, lo que en el caso de los pueblos indígenas puede causar una pérdida cultural irreparable, pues las personas mayores son quienes atesoran la sabiduría y la memoria colectiva, que debe transmitirse para la reproducción cultural del pueblo. A eso se suma el papel de sanadoras y cuidadoras que tienen las mujeres indígenas. Por otra parte, la mujer ha debido enfrentar un proceso de acceso desigual a las oportunidades a lo largo de la vida, lo que tiene un efecto acumulativo negativo en el bienestar social, económico y psicológico, que, en el caso de las mujeres indígenas, se acrecienta por su condición étnica.

El gráfico II.8 también muestra un predominio femenino “atípico” en edades jóvenes y adultas en Guatemala y México, a partir de los 20 años y los 25 años, respectivamente. Este comportamiento puede estar relacionado con la selectividad por sexo que caracteriza a la migración internacional, que en este caso sería una emigración principalmente masculina, y con una mortalidad diferencial derivada de tasas de mortalidad ligadas a la violencia y asesinatos de defensores del territorio (Del Popolo, 2017; CEPAL, 2020f). Es fundamental examinar las relaciones demográficas en los diferentes contextos territoriales y culturales de los pueblos indígenas, ya que estas pueden tener impactos decisivos en la vida de las mujeres indígenas y sus comunidades (Del Popolo, 2017).

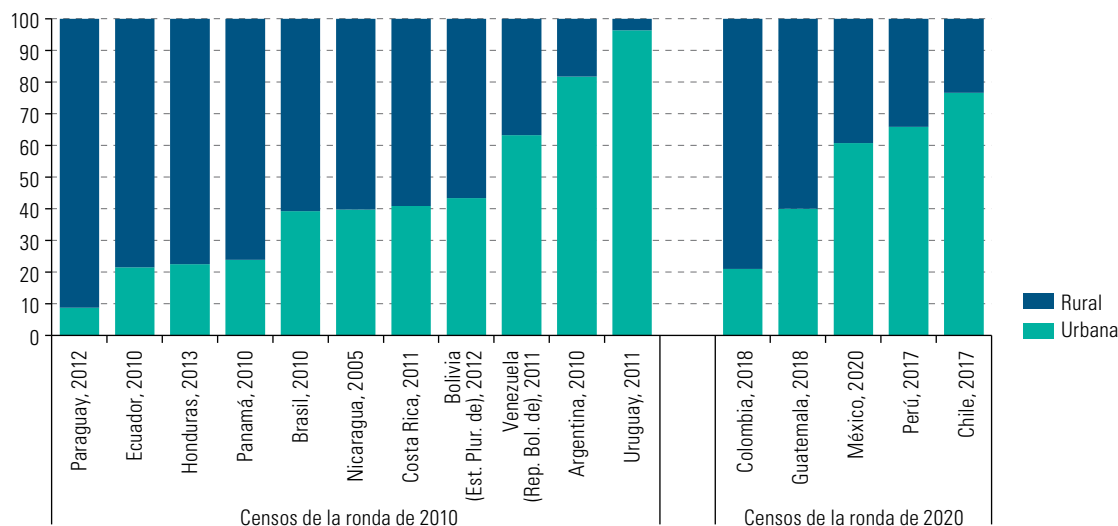
Aunque en gran parte de los países de América Latina-Abya Yala los pueblos indígenas continúan residiendo en áreas rurales, por lo general vinculadas a los territorios que han habitado históricamente, las migraciones y los procesos de urbanización han ido modificando de manera progresiva este patrón y se estima que más del 50% de la población indígena de la región actualmente reside en las ciudades (véase el gráfico II.9). Los datos de la ronda de censos de 2010 mostraron que en 3 de 11 países la mayoría de las personas indígenas vivían en ciudades (Venezuela (República Bolivariana de), Argentina y Uruguay), situación similar a la que se observa en 3 de los 5 países con censos más recientes (Chile, México y Perú).

Dada la concentración de los contagios en las grandes ciudades, la población indígena allí residente se ve expuesta a elevados riesgos de contagio debido a que, entre otros factores, presentan peores indicadores que la población no indígena en las condiciones materiales de habitabilidad de sus viviendas, así como una alta incidencia de empleo informal (CEPAL, 2020f y 2020g; OIT, 2020a). Este patrón generalizado de mayor

vulnerabilidad de la población indígena —considerando factores clave para adoptar medidas de autocuidado como el acceso al agua, el saneamiento y los niveles de hacinamiento— es extendido en los países para los que se dispone de información más reciente. En el caso de Colombia y Guatemala, la vulnerabilidad alcanza sus mayores expresiones en los municipios con mayor concentración de población (sobre 100.000 habitantes), donde, además, las brechas interétnicas son mucho más acusadas que en los municipios más pequeños (véase el cuadro II.3). No obstante, la situación de las poblaciones indígenas urbanas ha sido poco atendida por los Estados en el marco de la pandemia y menos aún sus dinámicas familiares y los impactos diferenciados que pudiesen afectar a las mujeres, los jóvenes y las personas mayores indígenas.

Gráfico II.9

América Latina (16 países): distribución relativa de la población indígena por área de residencia, último censo disponible
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales; datos de México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), “Censo de Población y Vivienda 2020” [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>.

Cuadro II.3

América Latina (4 países): índice de vulnerabilidad habitacional de la población indígena y no indígena, según tamaño poblacional del municipio de residencia, último censo disponible

País, año censal	Índice de vulnerabilidad habitacional	Tamaño poblacional del municipio de residencia					Total
		<10 000	10 000-19 999	20 000-49 999	50 000-99 999	>99 999	
Chile, 2017	Indígena	26,3	20,0	14,4	10,0	8,1	11,4
	No indígena	13,4	10,0	8,0	6,1	5,8	6,6
	Diferencia relativa	2,0	2,0	1,8	1,6	1,4	1,7
Colombia, 2018	Indígena	52,7	49,1	47,9	51,3	62,0	52,5
	No indígena	28,4	29,7	25,9	19,6	10,0	14,4
	Diferencia relativa	1,9	1,7	1,9	2,6	6,2	3,6
Guatemala, 2018	Indígena	44,1	43,6	52,6	60,8	59,0	56,2
	No indígena	34,6	39,2	41,3	42,7	26,2	35,3
	Diferencia relativa	1,3	1,1	1,3	1,4	2,3	1,6
México, 2015	Indígena	37,8	38,9	39,0	34,3	25,9	32,4
	No indígena	27,4	26,7	27,2	24,9	17,4	20,0
	Diferencia relativa	1,4	1,5	1,4	1,4	1,5	1,6

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales.

Nota: La vulnerabilidad habitacional corresponde al promedio ponderado del porcentaje de la población que sufre privaciones para acceder al agua potable y el saneamiento, así como una situación de hacinamiento en la vivienda.

Con la expansión de la pandemia hacia las áreas rurales se redujo el acceso de las comunidades indígenas a mercados y servicios, lo que agudizó su vulnerabilidad. A menudo, las restricciones sobre la movilidad imposibilitaron la venta de productos y el acceso a alimentos, lo que en algunos casos generó situaciones críticas de inseguridad alimentaria. La paralización del sector de la construcción y la desaparición prácticamente total del turismo en estas zonas han golpeado fuertemente las economías indígenas y sus posibilidades de subsistencia (CEPAL, 2020g). A ello se suma que, en el contexto pandémico, también se ha observado una migración de retorno a los territorios tradicionales, lo que ejerce una presión aún mayor en las condiciones de vida a nivel local (CIIR, 2021; Flecha, 2020; IWGIA/OIT, 2020).

Por otra parte, es muy probable que la fragilidad demográfica de muchos pueblos indígenas, que ya podía observarse en las cifras censales de Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Colombia y el Perú, que muestran diversos pueblos indígenas con tamaños poblaciones reducidos (CEPAL, 2014b), se haya agudizado durante la pandemia y que eso, a su vez, haya elevado la cifra de pueblos en peligro de desaparición física o cultural. Además, existen alrededor de 200 pueblos indígenas en aislamiento voluntario o en contacto inicial, principalmente en la Amazonía y el Gran Chaco del Paraguay (CIDH, 2019), cuyas vulnerabilidades previas también se han visto reforzadas por la reducción de los esfuerzos públicos de fiscalización de los territorios en que viven, lo que los expone a serios riesgos de contagio por acción de mineros y madereros ilegales (CEPAL, 2020f; GTI PIACI, 2020; Bello, 2021).

En la región, los territorios tradicionales de 108 pueblos indígenas se extienden más allá de las fronteras nacionales. Sus derechos, sin embargo, no son debidamente resguardados en los países de la región, pese a que el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (núm. 169) de la OIT impone a los Estados la obligación de adoptar medidas apropiadas a tal efecto. Con ello, estos pueblos quedan en una situación de especial vulnerabilidad, reforzada por la presión ejercida sobre los territorios que habitan por actores armados regulares e irregulares y la industria extractiva. A ello se suman hoy los efectos de la pandemia, que, como han denunciado distintas organizaciones indígenas, no han sido suficientemente considerados en las respuestas de los Gobiernos (COICA, 2020; Secretaría Técnica Indígena de la Comisión Nacional de Territorios Indígenas, 2020; OCHA, 2020; CEPAL, 2020g).

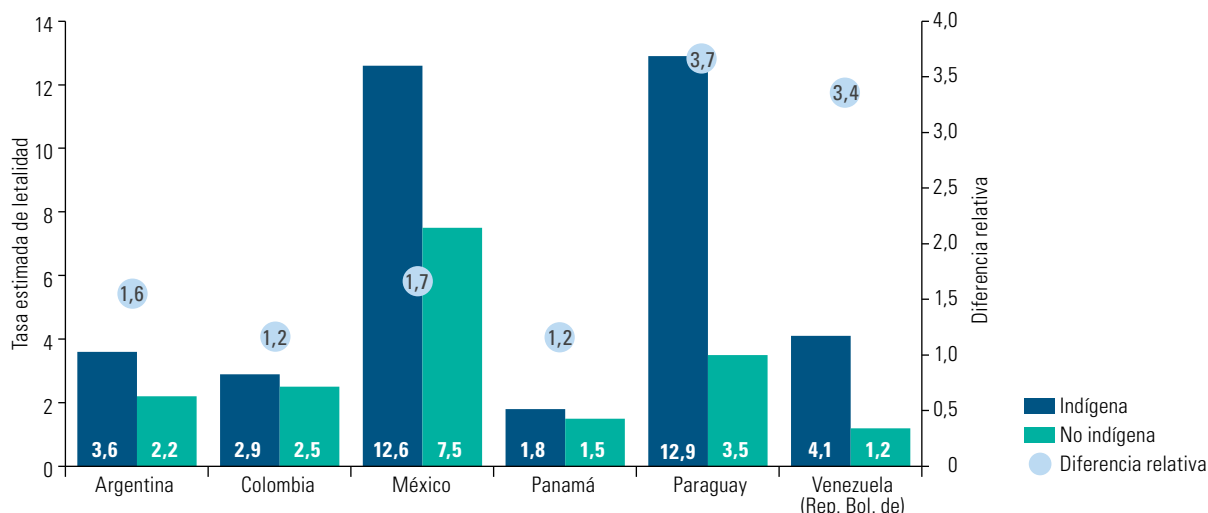
2. El impacto diferenciado de la pandemia en los pueblos indígenas

El estancamiento de los procesos de inclusión del enfoque étnico en los registros de salud ha quedado aún más en evidencia en el marco de la pandemia (CEPAL, 2020f y 2020g), expresándose en la falta de información sistemática sobre su impacto entre los pueblos indígenas de la región. Si bien 13 países han incluido una variable de pertenencia a pueblos indígenas en los registros de COVID-19 (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela (República Bolivariana de)), la mayoría de ellos no pone a disposición del público esta información a través de datos abiertos. Para estos países, sin embargo, la OPS ha publicado informes sobre casos confirmados y defunciones en la población indígena que, combinados con los informes diarios de los ministerios de salud de cada país, permiten tener una primera aproximación al impacto diferenciado de la pandemia en estos pueblos, al menos en materia de letalidad. Como se observa en el gráfico II.10, en seis de los países para los cuales se dispuso de la información, los pueblos indígenas son los que presentan un mayor riesgo de morir por COVID-19.

También es posible aproximarse a la evolución de los contagios a nivel de municipios, considerando la proporción de población indígena en ellos o su coincidencia con los territorios tradicionales. En Chile, por ejemplo, en las primeras fases de la pandemia, las tasas más elevadas de contagio se observaron en las comunas con baja proporción de población indígena. Esta situación se fue modificando progresivamente y en las etapas más tardías se verificaron las tasas más altas en las comunas en que la población indígena tiene un peso relativo mayor. De igual forma, se observa que en la etapa temprana, las comunas de la Región Metropolitana exhibían las tasas más elevadas, pero, en la medida en que se expandió el contagio, las comunas del área de asentamiento tradicional de los pueblos aimara y mapuche pasaron a concentrar los mayores riesgos (véase el gráfico II.11).

Gráfico II.10

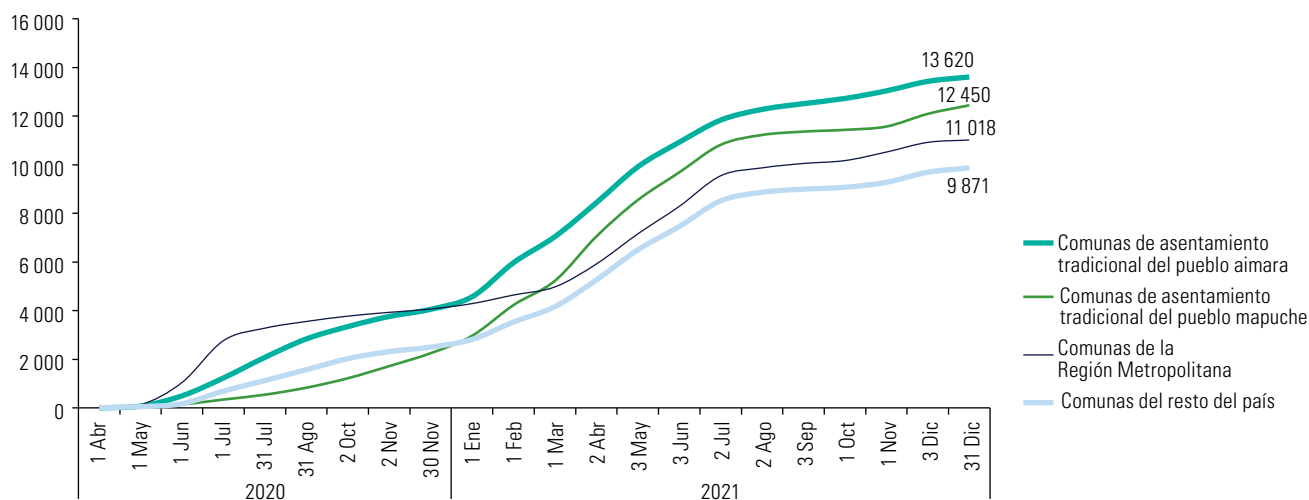
América Latina (6 países): tasa estimada de letalidad por COVID-19 en la población indígena y no indígena, al 26 de noviembre de 2021
(Por cada 100 casos y diferencia relativa)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), "Actualización epidemiológica enfermedad por coronavirus (COVID-19)", 2 de diciembre [en línea] <https://www.paho.org/es/file/101858/download?token=HEshGjNk> y reportes diarios de los ministerios de salud de los respectivos países.

Gráfico II.11

Chile: tasa de casos confirmados de COVID-19 por grandes áreas territoriales, 1 de abril de 2020 a 31 de diciembre de 2021
(Por cada 100.000 habitantes)

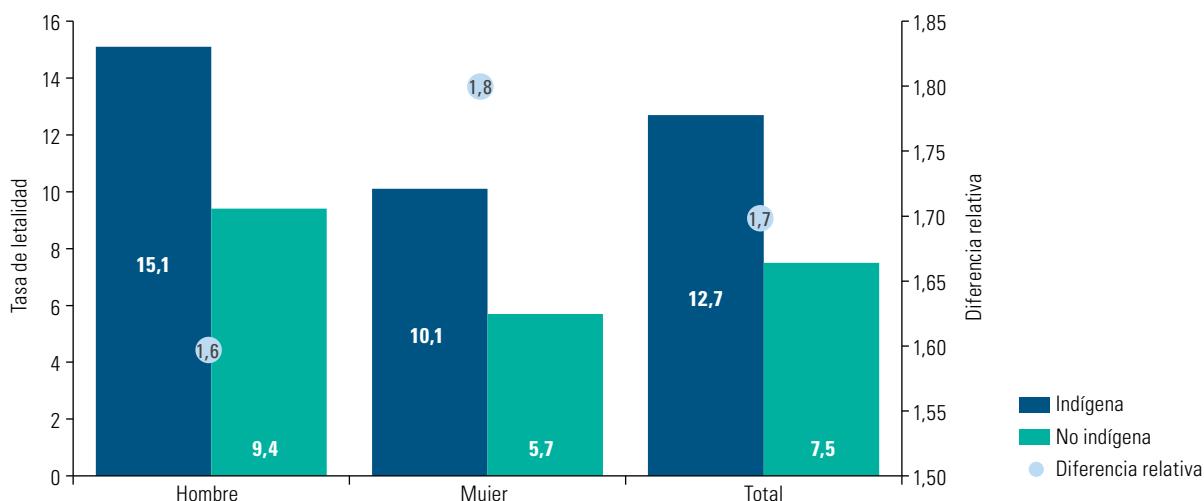


Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación [en línea] <https://github.com/MinCiencia/Datos-COVID19/blob/master/output/producto1/Covid-19.csv>.

En México, país que, junto con el Brasil, Colombia y el Perú, dispone de datos abiertos desagregados por pueblo de pertenencia, la Secretaría de Salud emite periódicamente boletines sobre el impacto de la pandemia en los pueblos indígenas, atendiendo al criterio de autoidentificación. Aun cuando estos boletines sistemáticamente informan una menor incidencia del contagio entre ellos, también muestran la concentración del riesgo de morir por esta causa entre los indígenas y que los hombres indígenas son los que presentan las tasas de letalidad más elevadas, seguidos por las mujeres indígenas (véase el gráfico II.12).

Gráfico II.12

México: tasa de letalidad por COVID-19 en la población indígena y no indígena, según sexo, al 20 de diciembre de 2021
(Por cada 100 casos y diferencia relativa)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Secretaría de Salud “COVID-19 MÉXICO: Panorama en población que se reconoce como indígena”, 20 de diciembre de 2021 [en línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/689653/panorama-covid19-poblacion-indigena-20-diciembre-2021.pdf>, e “Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO”, 20 de diciembre de 2021 [en línea] https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/688475/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2021.12.20.pdf.

Junto con lo mencionado, las tasas de letalidad en la población indígena aumentan en la medida en que se incrementa el peso relativo de esta población en las estructuras demográficas de los estados federativos, así como también las desigualdades étnicas: mientras que la letalidad en la población indígena es del 8,5% en las entidades federativas en los que estos representan un 10% o menos de la población, la letalidad en la población no indígena es del 6,3%. Las cifras alcanzan su mayor expresión en los estados que cuentan con al menos un 30% de población indígena, donde la letalidad en esta población es del 16,4%, mientras que entre los no indígenas es del 7,5%.

Si bien en este apartado se ha puesto el énfasis en el impacto del COVID-19 en la morbilidad y mortalidad de la población indígena, es preciso considerar los efectos que la pandemia ha tenido sobre otras dimensiones de su bienestar y de vulneraciones de derechos, como la falta de acceso a servicios de salud integral (incluida la salud sexual y reproductiva), la discriminación y la violencia estructural, tanto por motivos de género como de pertenencia étnica, así como otras limitaciones en el acceso a los servicios de protección, incluidos los servicios de protección social y cuidados, acceso a la justicia, educación y fuentes de empleo dignas. Estudios previos han mostrado, por ejemplo, las mayores tasas de mortalidad materna entre las mujeres indígenas y que en el contexto de la pandemia pudieron haberse incrementando por la saturación de los sistemas de salud, las medidas de aislamiento y una merma de la calidad de la atención en las consultas de los servicios de salud reproductiva (CEPAL, 2014b; Del Popolo, 2017; CEPAL, 2020g).

En el caso de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes indígenas, la brecha digital, que se expresa en un menor acceso a Internet en el hogar que sus coetáneos no indígenas, frena las posibilidades para dar continuidad a los procesos educativos (CEPAL, 2020g). En el caso particular de las niñas y adolescentes indígenas, aun cuando hayan podido continuar con sus estudios, su desempeño se ve obstaculizado por la carga de trabajo doméstico y de cuidados asumida durante la pandemia. Los niños, adolescentes y jóvenes indígenas también pueden enfrentarse a obstáculos diferenciados en este ámbito, por tener que asumir un papel más importante en las actividades de subsistencia propias de las economías tradicionales indígenas (CEPAL, 2020g). Es crucial comprender cómo la pandemia ha profundizado las desigualdades preexistentes en desmedro de los pueblos indígenas, bajo un enfoque interseccional que permita identificar las necesidades específicas de las mujeres y los hombres indígenas, de las niñas, los niños y jóvenes indígenas, y de las personas mayores indígenas en los diferentes contextos territoriales.

3. Inclusión de pueblos indígenas en los planes nacionales de vacunación

Pese a los múltiples datos que confirman la mayor vulnerabilidad de los pueblos indígenas (CEPAL, 2020g; OPS, 2021a; UNESCO, 2021b; FILAC/FIAY, 2021), su inclusión en los planes nacionales de vacunación aún es precaria. Si bien se mencionan como población objetivo en 11 países de la región (Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú y Venezuela (República Bolivariana de)), en muchos de ellos no se establece con claridad en qué fase de las campañas se incluirán ni se definen estrategias específicas para garantizar su acceso equitativo a la vacuna (véase el cuadro II.4).

Cuadro II.4

América Latina (17 países): inclusión de los pueblos indígenas como población objetivo en los planes nacionales de vacunación, revisión a octubre de 2021

País	Inclusión de los pueblos indígenas	Etapa ^a		
		Temprana	Intermedia	Avanzada
Argentina	X			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	X			
Brasil	X	X		
Chile	-			
Colombia	X	X	X	
Costa Rica	-			
Ecuador	X	X	X	
El Salvador	-			
Guatemala ^b	X	X		
Honduras	-			
México	X			
Nicaragua	-			
Panamá	X			X
Paraguay	X		X	
Perú	X		X	
Uruguay	-			
Venezuela (República Bolivariana de)	X		X	

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los planes nacionales de vacunación de los respectivos países.

^a Los planes nacionales definieron etapas de vacunación en las que se priorizaba a distintos grupos de población, considerando una cobertura escalonada según se avanza en el acceso a la vacuna. Atendiendo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020b), se consideraron tres escenarios posibles de disponibilidad de vacunas: i) primera etapa: disponibilidad muy limitada para cubrir entre el 1% y el 10% de la población nacional; ii) segunda etapa: aunque la disponibilidad aumenta, sigue siendo limitada, y se puede cubrir entre el 11% y el 20% de la población total de cada país, y iii) tercera etapa: el suministro de vacunas alcanza una disponibilidad moderada, cubriendo entre el 21% y el 50% de la población total de cada país.

^b Solo se prioriza a los terapeutas mayas.

La desigualdad en los avances de las campañas de vacunación entre los países y la escasa inclusión de los pueblos indígenas en los planes nacionales de vacunación permiten hipotetizar que estos han quedado a la zaga en este proceso. Los informes de la OPS (2021b) muestran que, al 19 de noviembre de 2021, en promedio, el 52,3% de la población de los 17 países considerados en este análisis había accedido al esquema completo de vacunación, con enormes desigualdades entre ellos. Mientras que los cuatro países que concentran más del 80% de la población indígena de América Latina-Abya Yala (Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, México y Perú) se ubican por debajo de esta cifra (con un 34,0%, un 20,4%, un 48,9% y un 50,6%, respectivamente), Chile y el Uruguay, dos de los países con pueblos indígenas que informan los mayores avances (un 82,5% y un 77,5%, respectivamente), solo concentran el 5% de la población indígena de la región.

La información sobre vacunación desagregada por pueblo de pertenencia es escasa. En el Brasil, por ejemplo, el 85% de la población indígena mayor de 18 años asentada en las áreas de cobertura de los distritos sanitarios especiales indígenas había recibido el esquema completo de vacunación al 25 de diciembre de 2021, aunque con disparidades territoriales (Ministerio de Salud del Brasil, 2021b). Pese a esta elevada cobertura, hay que tener presente que más del 30% de la población indígena del país reside fuera de estos distritos,

desconociéndose cuál ha sido su acceso a la vacunación. En Chile, Guatemala y el Perú también se han realizado esfuerzos por desglosar esta información, y se han constatado coberturas extremadamente bajas entre los pueblos indígenas. Tal situación, sin embargo, pareciera no estar asociada exclusivamente a barreras de acceso, sino también a problemas de subregistro de los datos.

4. Respuestas de los Estados para enfrentar los impactos sanitarios y económicos de la pandemia en los pueblos indígenas

Las respuestas estatales orientadas a mitigar los impactos sociosanitarios de la pandemia entre los pueblos indígenas han sido débiles y fragmentarias. En materia sanitaria, sobre la base de la información del Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe de la CEPAL, 16 de los 17 países de América Latina-Abya Yala en que habitan pueblos indígenas definieron alguna norma o lineamiento técnico específico para enfrentar la pandemia de COVID-19 entre dichos pueblos (la excepción es el Uruguay)¹⁷. Muchos de tales lineamientos se definieron cuando los contagios ya se habían expandido de forma significativa hacia los territorios en que residen mayormente los pueblos indígenas o las ciudades aledañas a ellos. Además, se observa dilación en los plazos para su implementación y bajas coberturas de las respuestas estatales, principalmente en los territorios tradicionales, según han denunciado las organizaciones de los pueblos indígenas.

Una de las iniciativas más extendidas (13 países) es la producción de material audiovisual en lenguas indígenas para asegurar el acceso de estos pueblos a información sobre la enfermedad. Esto tiene gran importancia en los países y territorios donde estas lenguas tienen gran vigencia, pero un impacto reducido en aquellos donde los derechos lingüísticos están más vulnerados¹⁸. Además, en muchos casos este material ha tenido escasa difusión entre las comunidades indígenas a las que está dirigido (CEPAL, 2020g). También han sido generalizadas las medidas para garantizar a la población indígena el acceso a alimentos y a insumos de bioseguridad, que se informan en 11 de los países analizados. No obstante, las organizaciones indígenas y los órganos de derechos humanos han señalado que su cobertura ha sido limitada y que, en general, no se han articulado adecuadamente con los liderazgos indígenas.

Una gran debilidad es el acceso a información sobre el impacto sanitario de la pandemia en la población indígena, pues solo cuatro países dan a conocer periódicamente datos desglosados por pueblo de pertenencia (Brasil, Colombia, México y Perú). Sin embargo, los datos que se difunden son de carácter general y no contribuyen de manera efectiva a la definición e implementación de respuestas, ya sea ciudadanas o estatales, basadas en datos. También resulta problemático que los Gobiernos no informen el gasto fiscal en la contención y mitigación de la pandemia que se destina a pueblos indígenas (CEPAL, 2020f).

En materia económica, solo dos países, la Argentina y Costa Rica, han informado sobre medidas especiales para los pueblos indígenas. En la Argentina se estableció un Programa de Asistencia Crítica y Directa para la Agricultura Familiar, Campesina e Indígena (Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Argentina, 2020) y en Costa Rica, el Consejo Nacional de Producción (CNP) estableció un mecanismo a través del cual su Programa de Abastecimiento Institucional (PAI) compra plátanos a productores indígenas de la Asociación de Desarrollo Integral del Territorio Indígena Cabécar (ADITICA), una medida que se prevé se extienda hacia otros territorios (Gobierno de Costa Rica, 2021).

En el ámbito de las políticas sociales, en Colombia se ampliaron los cupos de la pensión no contributiva del programa Colombia Mayor para las personas mayores residentes en resguardos o comunidades indígenas legalmente constituidas (Ministerio de Trabajo de Colombia, 2021). Asimismo, para asegurar la continuidad de la educación entre los pueblos indígenas, en México se implementó la Estrategia Radiofónica para Comunidades y Pueblos Indígenas en el marco del Programa "Aprende en Casa" (Secretaría de Educación Pública, 2021) y en la República Bolivariana de Venezuela el Ministerio del Poder Popular para la Educación (2020) definió el *Plan Pedagógico y de Protección "Una Familia una Escuela"*, que establece orientaciones técnicas específicas para pueblos y comunidades indígenas.

¹⁷ Véase Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe [en línea] <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>. Información revisada al 31 de octubre de 2021.

¹⁸ Los países que han implementado acciones relativas a disponer de información en lenguas indígenas son: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay y Perú.

5. Respuestas autónomas de los pueblos indígenas a la pandemia

En todos los países de la región, los pueblos indígenas han articulado múltiples acciones colectivas para enfrentar la pandemia y la débil respuesta de los Estados a sus necesidades particulares. En el ejercicio de su derecho a la autodeterminación, en gran parte de los países, diversos pueblos indígenas decidieron restringir o cerrar el acceso a los territorios que habitan como una de las principales medidas para prevenir la transmisión viral, especialmente aquellos grupos que ya habían adoptado medidas similares durante epidemias anteriores. Es muy probable que, sin estas medidas, el impacto sanitario del COVID-19 entre estos pueblos hubiera sido mucho mayor del que se ha observado. Su efectividad, sin embargo, dependió del grado de control territorial y robustez de la gobernanza propia de cada comunidad (CEPAL, 2020g).

Con estrategias de reciprocidad y cooperación intercomunitaria, los pueblos indígenas han podido paliar en alguna medida los déficits en la cobertura de la ayuda humanitaria de los Gobiernos. Recurriendo a la medicina tradicional, los pueblos indígenas no solo han intentado subsanar la falta de acceso a atención de salud o complementar los recursos terapéuticos que ofrecen los sistemas de salud oficiales con los propios, sino que también han fortalecido redes comunitarias de apoyo y potenciado el patrimonio cultural en materia médica.

Asegurar el acceso a la información sobre los mecanismos de transmisión viral y sobre medidas de prevención del contagio, y posteriormente sobre la importancia de la vacunación, ha sido una preocupación central para las organizaciones indígenas. Múltiples iniciativas en este ámbito proliferaron en los países de la región, lo que incluye campañas de información a nivel comunitario, la producción de material de promoción y prevención en lenguas indígenas, y la acción de las redes de comunicación indígenas y las radios comunitarias (Huancollo, 2020; Cultural Survival, 2020; Estarque, 2020; Lado B, 2020; UNFPA, 2020a).

Los pueblos indígenas, además, han mostrado capacidades técnicas encomiables para dar visibilidad al impacto de la pandemia en sus poblaciones y en los territorios en que residen. Organizaciones indígenas de varios países monitorearon permanentemente la pandemia durante todo 2020, combinando datos oficiales con informes comunitarios. Buenos ejemplos de ello son el monitoreo implementado por la Coordinadora Nacional de Defensa de Territorios Indígenas Originarios Campesinos y Áreas Protegidas (CONTIOCAP) en el Estado Plurinacional de Bolivia, la plataforma de monitoreo del impacto de la pandemia en los territorios indígenas de la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), los boletines periódicos publicados por la Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA) y la Red Eclesial Panamazónica (REPAM) y la plataforma virtual de la Articulación de los Pueblos Indígenas de Brasil (APIB), que aún permanece activa.

6. Los derechos colectivos de los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia: avances y tensiones

Tras un auge del reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas entre la última década del siglo XX y la primera década del presente siglo, muchos países de la región atraviesan una etapa regresiva en la materia (CEPAL, 2020f; CIDH, 2021; IWGIA, 2021; ONIC, 2021). El cumplimiento de la obligación estatal de realizar consultas previas a los pueblos indígenas ante cualquier medida que pudiera afectar sus derechos constituye una de las áreas más críticas en este ámbito. Antes de la pandemia, esas consultas ya eran poco eficaces en la práctica para garantizar los derechos colectivos de estos pueblos. Su regulación por parte de los Estados en muchos casos redundó en una restricción de derechos, obviando los estándares internacionales y posibilitando la imposición de medidas legislativas y administrativas, políticas públicas y proyectos de inversión en los territorios históricamente habitados por los pueblos indígenas (CEPAL, 2020f). Las medidas restrictivas para contener el contagio agravaron la situación, pues en el contexto de la pandemia, además, ya no existían condiciones sanitarias seguras para la puesta en marcha de las consultas y, cuando se realizaron, no reflejaron de forma cabal los estándares en este ámbito.

Pese a que los organismos internacionales recomendaron a los Estados “abstenerse de promover iniciativas legislativas y/o avances en la implementación de proyectos productivos y/o extractivos en los territorios de los pueblos indígenas durante el tiempo en que dure la pandemia, en virtud de la imposibilidad de llevar adelante los procesos de consulta previa, libre e informada” (CIDH, 2020, pág. 18), algunos países han impulsado este tipo de medidas, poniendo en riesgo los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Como contrapartida, otros países

han impulsado iniciativas que profundizan el reconocimiento de tales derechos. Este es el caso de la Ley General de Consulta de los Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas, la propuesta de reforma constitucional en El Salvador, que amplía los ámbitos de protección de los pueblos indígenas, y la ampliación de la vigencia de la Ley de Relevamiento Territorial de Comunidades Indígenas en la Argentina. En Chile, uno de los hechos más significativos para garantizar los derechos políticos de los pueblos indígenas fue la reforma constitucional que permitió reservar 17 escaños para ellos del total de 155 que conforman la Convención Constitucional que lleva adelante el proceso constituyente iniciado tras la crisis que se desencadenó en el país a fines de 2019.

En medio de la pandemia, los pueblos indígenas siguen enfrentando tensiones derivadas de la falta de garantías a sus derechos territoriales. En la mayoría de los países de la región, las actividades mineras, la explotación de hidrocarburos y los agronegocios fueron rápidamente considerados esenciales en el marco de la crisis sanitaria, por lo que el extractivismo no se interrumpió en los territorios indígenas, se transformó en vector de contagio y suscitó múltiples conflictos en dichos territorios. En varios países, entre ellos, el Brasil, el Ecuador, México, el Perú y el Uruguay, el incremento de la destrucción ambiental ilegal coincidió con recortes significativos en los presupuestos gubernamentales de fiscalización (CEPAL, 2020g). Un claro ejemplo de ello es el incremento de la deforestación en la Amazonía en 2020, comparada con la observada el año anterior. En los nueve países que tienen territorios amazónicos se perdieron aproximadamente 2,3 millones de hectáreas de bosque primario (MAAP, 2021), lo que no solo acarrea consecuencias sobre los medios de sobrevivencia de los pueblos indígenas, sino que disminuye la capacidad de absorción de gases de efecto invernadero, al mismo tiempo que aumenta la emisión de estos gases en medio de la creciente crisis climática mundial.

La violencia y la criminalización contra los pueblos indígenas, asociada a conflictos territoriales, tampoco se ha detenido (CIMI, 2021; ONIC, 2021; CLSS, 2021; OMCT/FIDH, 2021; HRW, 2021; Secretaría Técnica Indígena de la Comisión Nacional de Territorios Indígenas, 2021; Naciones Unidas, 2020b). En los últimos años, diversos organismos internacionales han alertado sobre el incremento de los asesinatos de defensores de la vida y los territorios de los pueblos indígenas, lo que resulta como desenlace fatal de intereses económicos que entran en contradicción con sus derechos colectivos, la justicia ambiental y el desarrollo sostenible (CIDH, 2006, 2011, 2015 y 2017; Naciones Unidas, 2018 y 2019a; Global Witness, 2015, 2017 y 2020; CEPAL, 2020f). La situación se agudizó en el contexto de la pandemia: entre enero de 2020 y octubre de 2021 se registraron al menos 236 de estos crímenes (en su gran mayoría contra hombres), según informan organismos especializados y organizaciones de pueblos indígenas. Colombia continúa siendo el epicentro de estos hechos, debido a la acción de grupos paramilitares vinculados al narcotráfico y a la disidencia de los grupos guerrilleros, que siguen operando en el país, producto de lo cual los pueblos indígenas han sido despojados o puestos en riesgo de despojo de sus territorios (véase el gráfico II.13).

F. Personas y comunidades afrodescendientes

La pandemia ha afectado de manera diferenciada a las personas y comunidades afrodescendientes de América Latina, vulnerando muchos de sus derechos y aumentando la desigualdad y la incidencia del racismo y la discriminación¹⁹. Estos efectos han sido diferentes de un país a otro, pero son pocos aquellos que han recogido información desagregada que permita medir este impacto de manera más precisa en la población afrodescendiente.

La Declaración y el Programa de Acción de Durban, tal como se reconoce en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, constituyen el marco integral de derechos humanos para el bienestar y desarrollo de las personas afrodescendientes y una base para combatir el racismo, la discriminación racial y la xenofobia. Las víctimas del racismo pueden, además, sufrir los efectos agravados de la discriminación interseccional por razones relacionadas con la identidad de género, la orientación sexual, el idioma, la religión, el origen social u otra, que tienen consecuencias en su bienestar.

En el Consenso de Montevideo se definen una serie de medidas prioritarias (92 a 98) cuya implementación contribuiría a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones afrodescendientes. Estas medidas contribuyen y son concordantes con el Programa de actividades del Decenio Internacional para los Afrodescendientes²⁰,

¹⁹ Las Naciones Unidas han publicado varios documentos que recogen denuncias de aumento de la discriminación racial a partir del inicio de la pandemia. Véanse, por ejemplo, ACNUDH (2020c) y Naciones Unidas (2020f).

²⁰ A/RES/69/16.

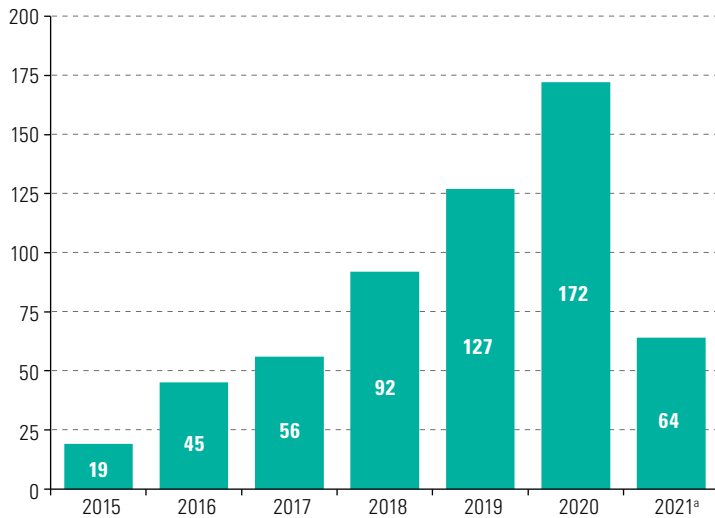
que comenzó en 2015 y terminará en 2024, y con la resolución de la Asamblea General aprobada en agosto de 2021 mediante la cual se estableció el Foro Permanente de Afrodescendientes²¹ como mecanismo consultivo para las personas afrodescendientes y otras partes interesadas pertinentes, como plataforma destinada a mejorar su calidad de vida y sus medios de subsistencia, con el mandato de contribuir a la plena inclusión política, económica y social de los afrodescendientes en las sociedades en las que viven, en pie de igualdad con los demás ciudadanos y sin discriminación de ningún tipo, así como a garantizar el disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos.

Gráfico II.13

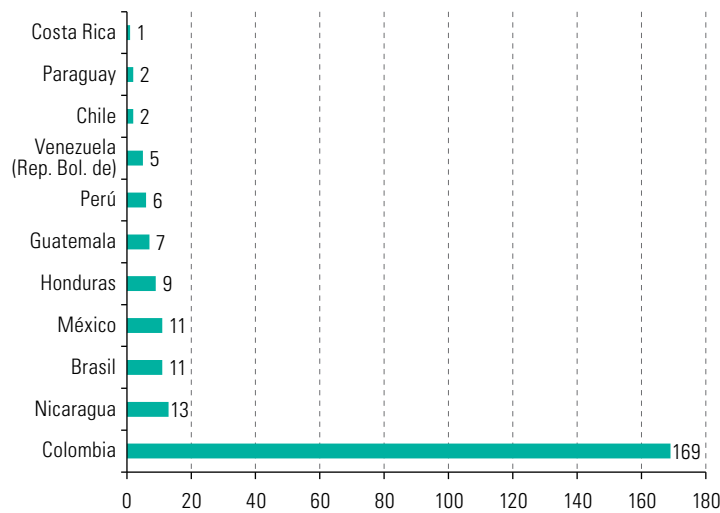
América Latina (11 países): líderes y comuneros y comuneras indígenas asesinados en el marco de la desprotección de los derechos territoriales de los pueblos indígenas, 2015-2021

(En número de personas)

A. 2015-2021



B. 2020-2021



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de informes de defensorías del pueblo, organismos internacionales, Amnistía Internacional, organizaciones indígenas, comunicados e informes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

^a Los datos de 2021 cubren hasta el mes de octubre.

En este apartado se presenta información reciente sobre la situación diferenciada que ha vivido la población afrodescendiente latinoamericana durante la pandemia y antes de ella, en términos de desigualdades en materia de contagios, mortalidad y letalidad y acceso a vacunas, y se analizan las respuestas de los Estados y de la población afrodescendiente dirigidas a enfrentar la crisis sanitaria.

²¹ A/RES/75/314.

1. Dinámicas demográficas y vulnerabilidad frente a la pandemia

a) Cuántas son y dónde viven las personas afrodescendientes

La CEPAL estima que la población afrodescendiente en América Latina asciende a 136 millones de personas, según datos correspondientes a 2021, lo que representa un 21 % de su población total. Como se observa en el cuadro II.5, existe una gran heterogeneidad poblacional entre los países de la región, tanto en términos absolutos como relativos. El Brasil presenta la mayor cantidad de personas afrodescendientes (109 millones, equivalentes a más de la mitad del total de su población). Considerando el peso relativo, Haití es el país con el mayor porcentaje de población afrodescendiente (un 95,5%, correspondiente a algo más de 11 millones de personas). Le siguen en importancia la población afrodescendiente de Cuba (un 36%, equivalente a más de 4 millones de personas) y las de Colombia, Costa Rica, el Ecuador, Panamá y la República Dominicana (que varían entre un 7 % y un 9 % del total nacional). En los demás países, dicha población representa menos del 5 %.

Cuadro II.5

América Latina (20 países): población afrodescendiente, según último censo y estimaciones a 2021^a
(En miles de personas y porcentajes)

País y año del censo	Población afrodescendiente censada (en miles)	Proporción de población afrodescendiente (en porcentajes)	Población total estimada a 2021 (en miles)	Población afrodescendiente estimada a 2021 ^a (en miles)
Argentina, 2010	149,6	0,4	45 605,8	170,0
Bolivia (Estado Plurinacional de), 2012	23,3	0,2	11 832,9	27,4
Brasil, 2010	97 171,6	50,9	213 993,4	109 008,9
Chile, 2017 ^b	9,9	0,1	19 212,4	11,5
Colombia, 2018	3 023,0	6,8	51 265,8	3 509,1
Costa Rica, 2011	334,4	7,8	5 139,1	399,5
Cuba, 2012	4 006,9	35,9	11 317,5	4 060,8
Ecuador, 2010	1 041,6	7,2	17 888,5	1 286,4
El Salvador, 2007	7,4	0,1	6 518,5	8,4
Guatemala, 2018	47,2	0,3	18 249,9	58,4
Honduras, 2013	115,8	1,4	10 063,0	140,3
México, 2020	2 576,2	2,0	130 262,2	2 663,1
Nicaragua, 2005	23,9	0,5	6 702,4	31,2
Panamá, 2010	300,6	8,8	4 381,6	386,7
Paraguay, 2012	3,9	0,1	7 219,6	4,3
Perú, 2017 ^c	1 049,9	3,6	33 359,4	1 192,0
Uruguay, 2011 ^d	149,7	4,6	3 485,2	160,4
Venezuela (República Bolivariana de), 2011 ^e	936,8	3,4	28 705,0	987,6
Estimaciones a partir de otras fuentes				
Haití ^f	---	95,5	11 541,7	11 022,3
República Dominicana ^g	---	8,6	10 953,7	942,0
Total		21,0	647 697,5	136 070,5

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de procesamientos especiales de los censos de población; para Cuba: Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI), *El color de la piel según el Censo de Población y Viviendas 2012*, La Habana; para México: "Censo de Población y Vivienda 2020" [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>; para el Paraguay: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC), *Atlas Demográfico del Paraguay, 2012* [en línea] <https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/atlas-demografico/Atlas%20Demografico%20del%20Paraguay,%202012.pdf>.

^a Para las estimaciones a 2021, se tomaron las cifras de población del *Observatorio Demográfico, 2020* (CEPAL, 2021d) y se aplicaron los porcentajes de personas afrodescendientes según el último censo o fuente disponible.

^b Se contabiliza a las personas que, en la pregunta sobre a qué pueblo indígena pertenecían, especificaron en la categoría "otro" que eran afrodescendientes.

^c La pregunta se dirigió a la población de 12 años y más de edad, por lo que para obtener una cifra del total de población afrodescendiente se aplicó el porcentaje de población afrodescendiente de este grupo etario al total de población censada.

^d Se utilizó la pregunta sobre ascendencia principal, lo que significa que la cifra presentada en el cuadro corresponde a aquellas personas que respondieron que su ascendencia principal es "afro o negra". La pregunta sobre reconocimiento de ascendencia con categorías de respuesta múltiples arroja un total de personas afrodescendientes de 255.074, lo que representa un 7,8% de la población nacional.

^e El total de la población afrodescendiente se obtuvo sumando las categorías "negra/negro" y "afrodescendiente", y se excluyó la categoría "morena/moreno".

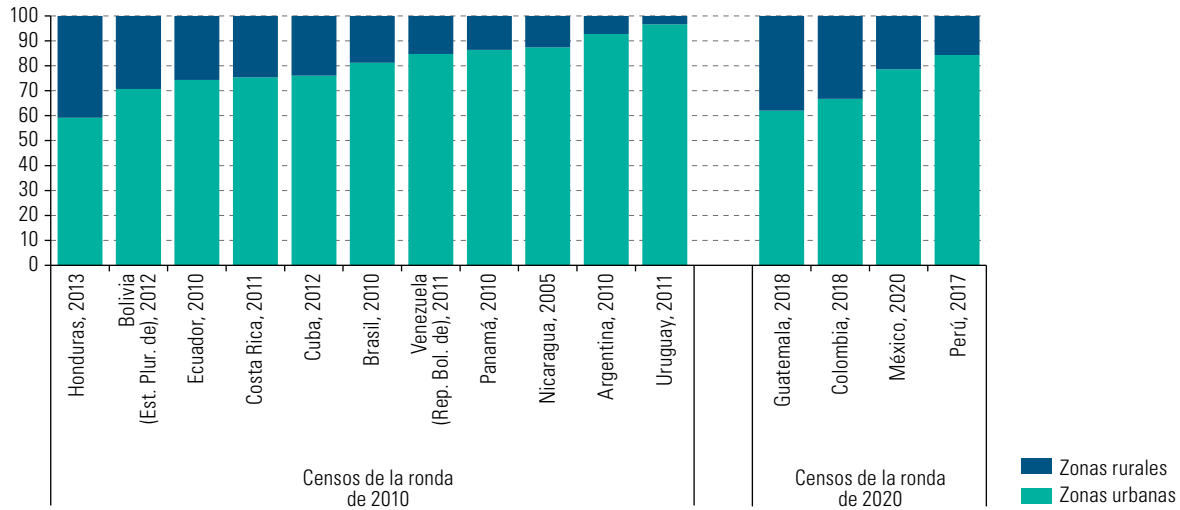
^f El porcentaje de población afrodescendiente se calculó sobre la base del estudio genético de Simms y otros (2010, págs. 49-66).

^g El porcentaje de población afrodescendiente se basó en el idioma materno del jefe del hogar (creole), incluido en la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de 2014, Oficina Nacional de Estadística (ONE).

Las poblaciones afrodescendientes están distribuidas en casi todo el territorio de cada uno de los países y son mayormente urbanas; en efecto, en 12 de los 15 países de los que se cuenta con esta información los porcentajes de urbanización superan el 70% (véase el gráfico II.14). En términos estilizados, los censos han mostrado que las principales áreas de concentración de la población afrodescendiente —observando las divisiones administrativas mayores— son aquellas en las que se ubican las ciudades principales o grandes metrópolis de cada país (las excepciones son Colombia y Nicaragua), así como asentamientos de la época esclavista (CEPAL, 2017a). También existen áreas menores con concentración de comunidades afrodescendientes²² de larga data, que en sus orígenes sirvieron de refugio para las personas esclavizadas que escapaban de esta situación huyendo hacia zonas de difícil acceso²³, como es el caso de los quilombos brasileños.

Gráfico II.14

América Latina (15 países): población afrodescendiente, según zona de residencia, último censo disponible (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión* (LC/PUB.2020/14), Santiago, 2020, y de procesamientos especiales de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), “Censo de Población y Vivienda 2020” [en línea] <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>.

En muchos países, las áreas de concentración de las poblaciones afrodescendientes coinciden con aquellas de mayores desventajas y, en las grandes ciudades, corresponden principalmente a territorios marginales. Estos patrones de distribución territorial se suman a los factores de riesgo para la población afrodescendiente, puesto que varios estudios han mostrado una alta correlación entre la vulnerabilidad socioeconómica y el nivel de gravedad del COVID-19 y las muertes por esta enfermedad, caracterizadas por importantes niveles de segregación residencial (CEPAL, 2022a y 2021c). Esta situación es aún más crítica en el caso de las mujeres afrodescendientes, quienes viven en mayor proporción en situaciones de pobreza y pobreza extrema. Al mismo tiempo, las asimetrías territoriales históricas han configurado impactos diferenciados para las poblaciones afrodescendiente en las zonas rurales y en los territorios en que residen, lo que requiere que los Estados presten particular atención a las políticas de recuperación.

Si bien en la actualidad es posible brindar un panorama demográfico de las poblaciones afrodescendientes en la región, principalmente por la creciente inclusión de preguntas de autoidentificación en los censos de este siglo, en varios países estas cifras no están exentas de cuestionamientos. Por eso uno de los desafíos de la ronda de censos de 2020 es mejorar la calidad de esta información, incluida la pregunta de autoidentificación en el cuestionario universal para mejorar la cobertura, entre otros aspectos (véanse más detalles en CEPAL/UNFPA, 2020).

²² Estas comunidades, conocidas también como tradicionales, cimarronas o quilombolas, palenques o cumbes, se conformaron en territorios de encuentro, de convivencia fraterna y solidaria y, principalmente, de resistencia de los africanos en la diáspora (Nascimento, 1980 citado por De Souza, 2021).

²³ La existencia de asentamientos considerados ancestrales llevó a la reivindicación de derechos territoriales por parte de comunidades afrodescendientes y ya existe jurisprudencia favorable al respecto (CEPAL/UNFPA, 2020).

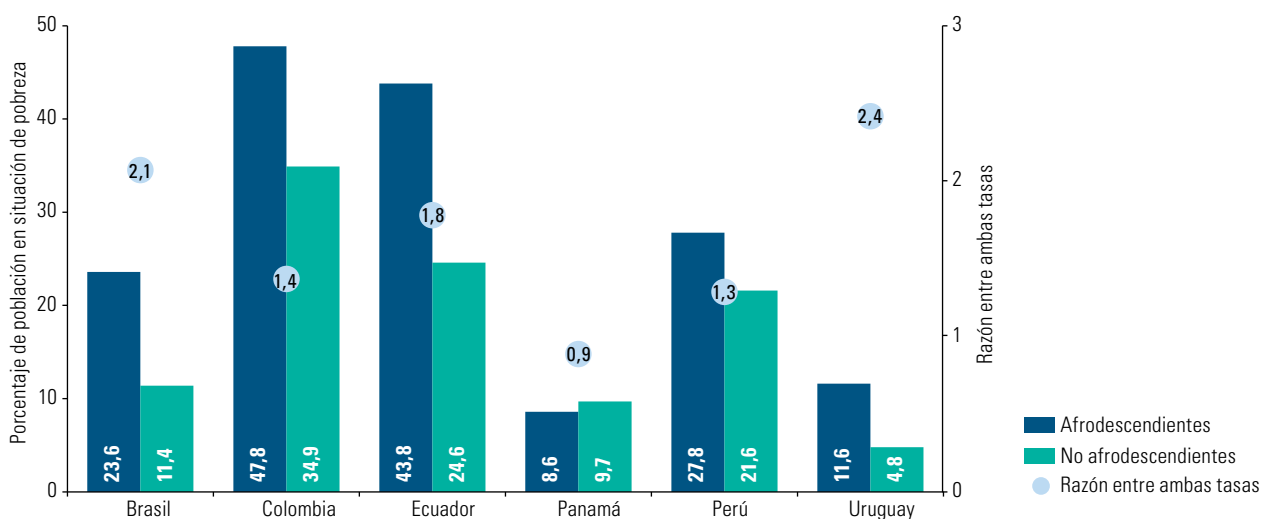
b) Vulnerabilidades previas y persistentes

La CEPAL incluye a la población afrodescendiente entre los grupos con mayor vulnerabilidad a la pandemia (CEPAL, 2020d). Considerando el marco de los determinantes sociales de la salud y sobre la base de estudios anteriores, se puede prever que la población afrodescendiente se verá más afectada por una pandemia, a causa de las desigualdades étnicas y territoriales, la discriminación, el racismo estructural y el prejuicio racial —que se exacerban en ese contexto—, así como a causa de la mayor exposición y propensión a contraer la enfermedad y del menor acceso a la atención sanitaria²⁴. Entre las desigualdades y vulnerabilidades previas se pueden mencionar la sobrerrepresentación de la población afrodescendiente en sectores laborales esenciales e informales; el hecho de que las personas afrodescendientes reciben ingresos más bajos y sufren desventajas socioeconómicas, y la mayor vulnerabilidad de sus viviendas, ubicadas en barrios populares, donde existen hacinamiento e insuficiencia de servicios de agua potable, saneamiento y prestaciones de salud.

Las cifras de pobreza disponibles de seis países que incluyeron la autoidentificación de las personas afrodescendientes en sus últimas encuestas de hogares (Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y Uruguay) muestran la persistencia de tales desigualdades. En efecto, en 2020 los niveles de pobreza de la población afrodescendiente eran significativamente mayores que los de la población no afrodescendiente²⁵ en casi todos ellos (la excepción es Panamá). Colombia presentaba la mayor tasa, con un 47,8% de la población afrodescendiente en esa situación, frente a un 34,9% de la población no afrodescendiente. En el caso del Uruguay, el país con la menor tasa de pobreza de la región, el porcentaje de la población afrodescendiente en situación de pobreza (11,6%) era más del doble del porcentaje correspondiente a la población no afrodescendiente (4,8%); en el Brasil, la razón entre la tasa de pobreza de la población afrodescendiente y la no afrodescendiente es del alrededor de 2,0 y en el Perú de 1,3 (véase el gráfico II.15).

Gráfico II.15

América Latina (6 países): población que vive en situación de pobreza, según condición étnico-racial, 2020
(En porcentajes y razones)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares contenidas en CEPALSTAT [en línea] <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es>.

Nota: En la población no afrodescendiente no está incluida la población que se autoidentifica como indígena ni los casos en que se ignora la condición étnico-racial.

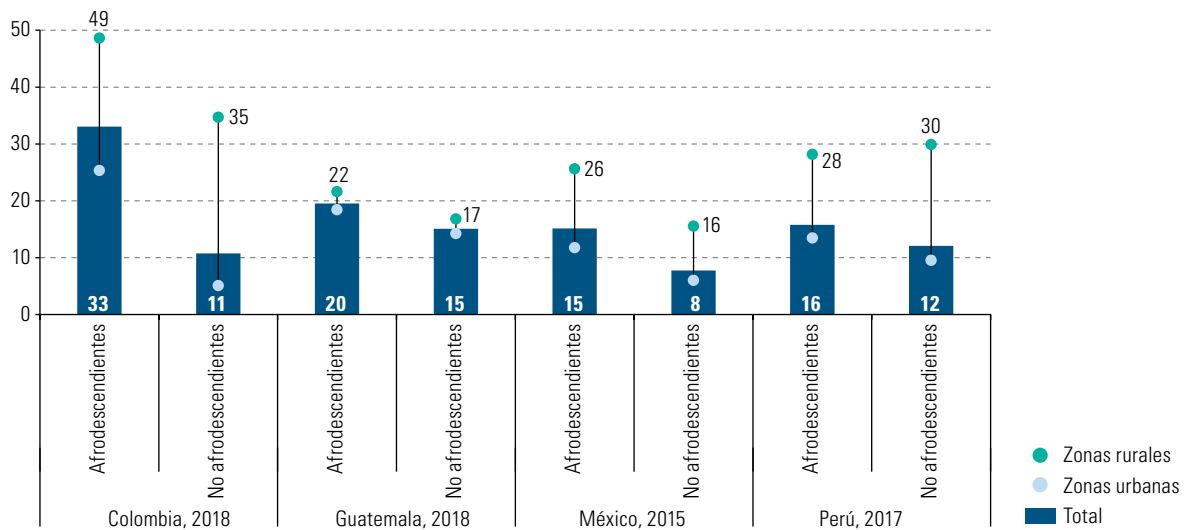
²⁴ Al respecto, véanse por ejemplo los estudios de Kumar y otros (2012, pág. 34), Crouse Quinn y otros (2011, pág. 285) y Blumenshine y otros (2008, pág. 709), citados en CEPAL (2020f).

²⁵ A lo largo de toda la sección F, en el caso de las cifras que provienen de las encuestas de hogares, cuando se hace referencia a la población no afrodescendiente no se incluye a la población que se autoidentifica como indígena ni los casos en que se ignora la condición étnico-racial.

Las condiciones de habitabilidad son claves en caso de una pandemia, tanto para mitigar el riesgo de contagio como para afrontar los cuidados. Si bien habitar una vivienda adecuada es un derecho humano reconocido internacionalmente, que en el Consenso de Montevideo se incluye entre aquellos derechos que permiten el pleno empoderamiento e inclusión de las personas, una significativa proporción de la población en la región no goza de este derecho. Asimismo, los censos de la ronda de 2010 revelaron las desigualdades étnico-raciales existentes en desmedro de las poblaciones afrodescendientes en aspectos como el hacinamiento y el acceso al agua potable y el saneamiento, en tanto que los censos más recientes muestran que estas desigualdades persisten (CEPAL/UNFPA, 2020). En Guatemala, por ejemplo, según el censo de 2018, alrededor de un tercio de la población vive hacinada y la proporción es un poco mayor, de un 34%, en el caso de las personas afrodescendientes, frente a un 30% en el caso de las no afrodescendientes. En México, la encuesta intercensal de 2015 reveló que un 22% de la población afrodescendiente sufría de hacinamiento, mientras que en el caso de la población no afrodescendiente el porcentaje era del 16%. En relación con el acceso al agua potable, en Colombia (2018) el porcentaje de personas afrodescendientes sin acceso triplicaba el de las no afrodescendientes y en México era alrededor del doble. Al considerar la dimensión territorial, se observa que un 25% de las personas afrodescendientes de las zonas urbanas de Colombia no tenían acceso al agua potable, frente a un 5% de las no afrodescendientes; en las zonas rurales, estos porcentajes eran de un 49% y un 35%, respectivamente (véase el gráfico II.16). También se han constatado en estudios anteriores las mayores privaciones en el acceso a servicios de electricidad e Internet que afectan a pueblos y comunidades afrodescendientes, que tienen consecuencias en particular en el desarrollo educativo de niños, niñas y jóvenes (CEPAL/UNFPA, 2020). Asimismo, la escasa infraestructura que existe en muchos de los territorios en que residen limita el acceso a una educación y una atención de salud de calidad.

Gráfico II.16

América Latina (4 países): población sin acceso a agua potable, según condición étnico-racial y zona de residencia, último censo disponible (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de Población de las Naciones Unidas (CEPAL/UNFPA), *Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión* (LC/PUB.2020/14), Santiago, 2020.

Nota: En la población no afrodescendiente no está incluida la población que se autoidentifica como indígena ni los casos en que se ignora la condición étnico-racial.

En materia de salud, las poblaciones afrodescendientes también sufren altos grados de desigualdad en comparación con las personas no afrodescendientes, lo que incide en sus condiciones de vida y salud, como lo han mostrado estudios sobre la mortalidad infantil (CEPAL, 2017a y 2017b). Del mismo modo, existen factores que las vuelven más susceptibles a enfermedades, lo que aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad. Un ejemplo es la obesidad, que constituye una comorbilidad para el COVID-19, está muy relacionada con la malnutrición y afecta cada vez más a los grupos más vulnerables. En el Brasil, la obesidad es más prevalente entre las personas

con nivel educacional bajo y entre las mujeres afrodescendientes (Ferreira, Szwarcwald y Damacena, 2019). Con relación a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, los censos mostraron que el porcentaje de adolescentes de entre 15 y 19 años que han sido madres es más elevado entre las afrodescendientes en 10 países de la región (Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Perú, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de)). Entre los países con datos correspondientes a los censos de la ronda de 2010, el rango iba de un 14% de adolescentes afrodescendientes que han sido madres en el Brasil a un 25% en el Ecuador; en el caso de los países con censos más recientes, el rango iba de un 13% a un 15% (UNFPA/CEPAL, 2022). Frente a las restricciones impuestas por la pandemia en la atención de la salud sexual y reproductiva, se deberá prestar particular atención a los posibles efectos diferenciados en desmedro de la niñez, la adolescencia y la juventud afrodescendiente y de las mujeres afrodescendientes, quienes han visto afectado su acceso a servicios esenciales para su salud sexual y reproductiva.

En el ámbito educativo, estudios anteriores al inicio de la pandemia también mostraron brechas étnico-raciales tanto en términos del acceso como de la culminación de los niveles secundario y terciario o universitario (CEPAL/UNFPA, 2020). Si además de ello se consideran las desigualdades étnico-raciales en el acceso a Internet²⁶, es de suponer que tras el inicio de la pandemia muchos jóvenes afrodescendientes vieron seriamente comprometidas las posibilidades de continuar sus estudios o bien se vieron obligados a continuarlos en condiciones desfavorables para el aprendizaje. Por ejemplo, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021a), en el Brasil la dificultad de acceso a Internet o la baja calidad de las conexiones para asistir a clases de forma virtual afectaba más a los estudiantes afrodescendientes: el 42% de ellos enfrentaban este tipo de dificultades, frente a un porcentaje de alrededor de la mitad (23%) de los estudiantes no afrodescendientes. En cuanto a los equipos, el 48% de los alumnos afrodescendientes disponían solamente de un teléfono celular para las actividades remotas, mientras que entre los no afrodescendientes el porcentaje era del 29%.

Por último, en América Latina la situación laboral de muchos grupos poblacionales es muy desigual según la condición étnico-racial, el sexo o la edad, entre otros atributos, lo que contribuye a las situaciones de exclusión, desigualdad y discriminación. Por ejemplo, en el Uruguay el porcentaje de los trabajadores por cuenta propia no afrodescendientes que se encuentran afiliados o cotizan en los sistemas de pensiones (36%) es más del doble del porcentaje correspondiente de los trabajadores afrodescendientes (14%) (CEPAL, 2021c). El desempleo, por su parte, es proporcionalmente más alto entre las personas jóvenes y entre las mujeres afrodescendientes (Del Popolo y Rangel, 2011; CEPAL, 2013c y 2016a; CEPAL/UNFPA, 2020). En efecto, en 2018 las tasas de desocupación de las jóvenes afrodescendientes eran aproximadamente el doble de las correspondientes a los jóvenes no afrodescendientes en cuatro países (Brasil, Colombia, Panamá y Uruguay) y equivalían a 3,5 veces en el Ecuador (CEPAL/UNFPA, 2020)²⁷.

La intersección del género y la pertenencia étnico-racial, a su vez, permite observar que el avance educacional de las mujeres afrodescendientes no se refleja proporcionalmente en el mercado laboral (véase el gráfico II.17): a las brechas de género, relacionadas con la división sexual del trabajo y la mayor responsabilidad asignada a las mujeres en el cuidado no remunerado, se agregan aquellas causadas por la discriminación étnico-racial. Esta interseccionalidad tiene como resultado que las mujeres afrodescendientes presenten las menores tasas de ocupación y los menores niveles de ingresos en comparación con las mujeres y los hombres no afrodescendientes (CEPAL, 2016a, 2016b y 2017a; CEPAL/UNFPA, 2020).

2. El impacto diferenciado de la pandemia

La invisibilidad estadística derivada de la insuficiencia de datos desagregados por condición étnico-racial es una expresión más de discriminación y racismo, y dificulta la exigibilidad de los derechos de las poblaciones más rezagadas. En el marco de la pandemia, el Secretario General de las Naciones Unidas afirmó que es fundamental recopilar datos desglosados para medir los efectos de la pandemia en las poblaciones afrodescendientes, a

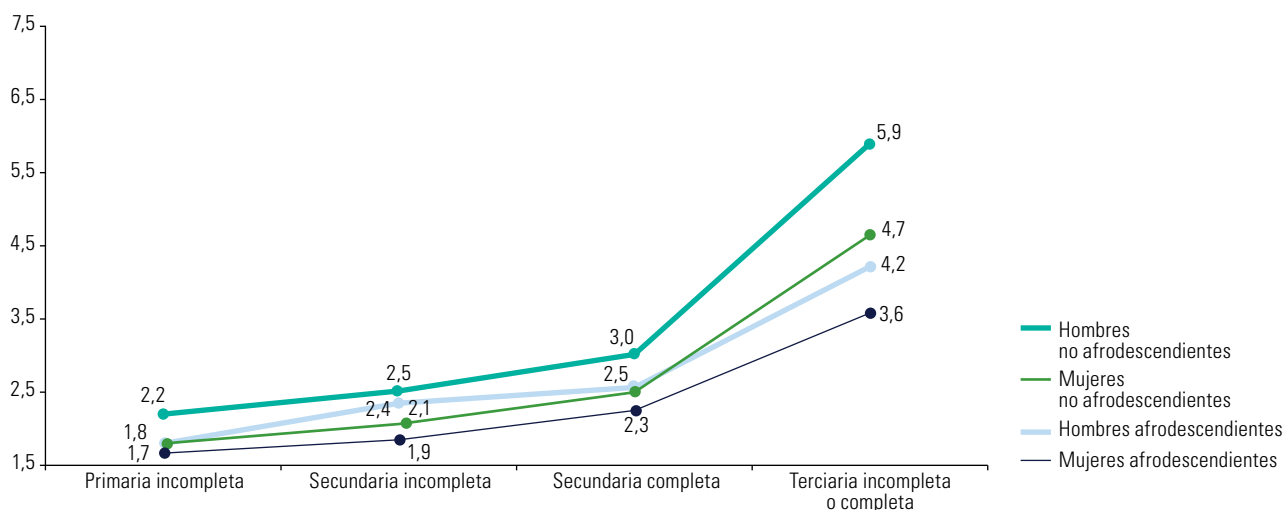
²⁶ De acuerdo con censos recientes, en Colombia (2018) solo un 26% de la población afrodescendiente tenía acceso a Internet en el hogar, en comparación con un 47% de los no afrodescendientes; en Guatemala (2018), tenían acceso un 22% de los afrodescendientes y un 24% de los no afrodescendientes, y en el Perú (2017) un 26% de los afrodescendientes y un 37% de los no afrodescendientes (CEPAL/UNFPA, 2020).

²⁷ En el caso del Ecuador, el dato corresponde a 2017.

fin de adoptar políticas específicas encaminadas a reducir las desigualdades y la discriminación estructural contra ellas (Naciones Unidas, 2020j). Sin embargo, fueron pocos los países que acogieron este llamado y las principales limitaciones fueron la insuficiente cobertura de los registros de salud y una débil voluntad política. En el Perú, por ejemplo, el Gobierno estableció un decreto para la inclusión de la variable étnica en los registros de las entidades públicas, con miras a la desagregación de los datos sobre el COVID-19, y, aun cuando dicha variable considera a la población afrodescendiente, su alcance la excluye, al indicar que la aplicación de los lineamientos emitidos es obligatoria en las áreas geográficas en que se ubican los pueblos indígenas²⁸. No obstante, es posible mostrar algunos ejemplos puntuales del impacto diferenciado de la pandemia.

Gráfico II.17

América Latina (promedio ponderado de 6 países): ingresos laborales medios por hora de la población ocupada de 15 años y más, según condición étnico-racial, sexo y escolaridad, alrededor de 2019
(En múltiplos de la línea de pobreza)



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

Nota: Los países considerados son: Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá, Perú y Uruguay. En la población no afrodescendiente no está incluida la población que se autoidentifica como indígena ni los casos en que se ignora la condición étnico-racial.

a) Brechas en el empleo

La pandemia afectó fuertemente las actividades productivas, con efectos que pueden ser irreversibles (CEPAL, 2020h). El retroceso de la participación laboral de las mujeres, debido a que asumieron responsabilidades adicionales en el trabajo de cuidado (CEPAL/OIT, 2020b), dejó en evidencia la importancia de este tipo de trabajo y la doble carga femenina. En el Brasil, la mitad de las mujeres asumieron mayores responsabilidades de cuidado durante la etapa de aislamiento social; de estas, un 80,6% fueron mujeres que tuvieron a su cargo el cuidado de familiares; un 54% de ellas eran afrodescendientes, que realizaban dichos trabajos con menos apoyo externo (Prates y otros, 2021).

Las ocupaciones más perjudicadas por la pandemia de COVID-19 fueron aquellas que no pueden realizarse a distancia. En el caso de América Latina, se estimó en el primer año de la pandemia (2020) que solo un 21,3% de los trabajadores podían hacer teletrabajo desde sus hogares (CEPAL/OEI, 2020). En el Brasil, el porcentaje de personas no afrodescendientes ocupadas que estaban realizando teletrabajo duplicaba el porcentaje de personas afrodescendientes en esa condición (17,6% y 9%, respectivamente) (IBGE, 2020). En este sentido,

²⁸ Decreto Supremo núm. 005-2020-MC de 29 de mayo de 2020 que aprueba los lineamientos para la incorporación de la variable étnica en los registros administrativos de las entidades públicas, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19. Véase [en línea] www.gob.pe/institucion/cultura/normas-legales/633316-005-2020-mc.

una ocupación muy perjudicada fue el empleo doméstico²⁹, en el que existe una amplia participación de mujeres afrodescendientes. Según la OIT, entre el último trimestre de 2019 y el segundo trimestre de 2020 el número de trabajadores domésticos cayó a la mitad en América Latina y el Caribe (en el Perú, disminuyó un 70%) (OIT, 2021). En el Ecuador (en las provincias de Imbabura y Carchi), muchas trabajadoras del servicio doméstico, a fin de evitar el desempleo, empezaron a cultivar y producir hierbas medicinales (destinadas al autoconsumo, la comercialización o intercambios no monetarios) para la prevención y sanación del COVID-19 (CONAMUNE, 2021).

Las juventudes afrodescendientes ya se encontraban en desventaja antes de la pandemia, cuando alrededor de un 20% de los jóvenes afrodescendientes de las zonas urbanas no estaban estudiando ni estaban ocupados en el mercado laboral, en tanto que en las zonas rurales el porcentaje llegaba al 40% (UNFPA/CEPAL, 2022). Las desigualdades por género y territoriales son contundentes en este indicador y, sin duda, se potencian con las étnico-raciales; en 9 de 14 países de la región analizados, el grupo de las jóvenes afrodescendientes de zonas urbanas presentaba el mayor porcentaje personas que no estudiaban ni estaban ocupadas en el mercado laboral (UNFPA/CEPAL, 2022).

En cuanto al desempleo, en el Brasil la población afrodescendiente desempleada pasó del 11,5% al 16,6% entre mayo y noviembre de 2020, mientras que la no afrodescendiente se incrementó del 9,2% al 11,6%; esto significa que la primera presentó un aumento de casi 2,8 millones de personas y la segunda uno de 1,1 millones (Prates y otros, 2021). En Colombia, la distribución territorial del desempleo afectó más a los municipios con presencia importante de personas afrodescendientes (Quibdó, Riohacha y Valledupar) (iIMMAP/USAID, 2021)³⁰. Asimismo, las ciudades de Riohacha y Quibdó, que se encuentran entre las siete ciudades del país con mayor disminución del empleo femenino, presentaron caídas de ese empleo superiores al 32% en el tercer trimestre de 2020, en comparación con el mismo período de 2019 (Isaza, 2021). En el Uruguay, algunos de los sectores económicos más golpeados por la pandemia, con el consecuente aumento del desempleo, fueron aquellos que emplean a personas afrodescendientes, como los negocios minoristas, el servicio doméstico, la construcción y los transportes, que emplean al 59% de los hombres y el 46% de las mujeres afrodescendientes (Banco Mundial, 2020).

Finalmente, la población afrodescendiente —en especial las mujeres— ha sido una de las más afectadas durante la pandemia también por estar sobrerrepresentada en las ocupaciones consideradas “esenciales”. A pesar de la declaración de este carácter esencial, no se previeron políticas que facilitaran el desempeño de los trabajadores en estas ocupaciones, especialmente en el caso de que se tratara de trabajadores en situación irregular o sin autorización emitida por el empleador para desplazarse, por lo que corrían el riesgo de ser detenidos durante las cuarentenas³¹.

b) Desigualdades en materia de contagios, mortalidad y letalidad

En el Brasil, las desigualdades étnico-raciales en los indicadores de contagio y mortalidad por COVID-19 son atribuidas, en parte, a las diferencias en la expectativa de vida de las poblaciones no afrodescendientes y afrodescendientes³². En los primeros meses de la pandemia las personas afrodescendientes presentaban un 10% más de mortalidad que las no afrodescendientes y morían más rápidamente cuando estaban internadas en unidades de cuidados intensivos (a los 6 días, en comparación con 7,9 días en el caso de las personas no afrodescendientes). Esto ocurría a causa de sus antecedentes de salud y también porque llegaban a las mencionadas unidades un día y medio más tarde que las personas no afrodescendientes (11 días después del primer síntoma, en comparación con 9,4 días en el caso de las personas no afrodescendientes)

²⁹ En 2019, en América Latina y el Caribe había alrededor de 13 millones de personas en el empleo doméstico (el 91,5% eran mujeres, muchas de ellas afrodescendientes). En el Brasil y el Uruguay, más del 16% de las mujeres afrodescendientes ocupadas eran trabajadoras domésticas remuneradas, un porcentaje que es alrededor del doble del porcentaje de las no afrodescendientes en esa misma situación. En la región, solo el 9,8% de estas trabajadoras estaban cubiertas legalmente por la seguridad social (OIT, 2021).

³⁰ El 87,5% de la población de Quibdó es afrodescendiente, en tanto que en Valledupar el 12,2% de las personas se autodenominan raizales, negras, palenqueras, mulatas o afroamericanas, porcentaje que se repite en Riohacha (iIMMAP/USAID, 2021).

³¹ Se estima que aproximadamente un 30% de los trabajadores domésticos fueron multados u hostigados por desplazarse sin autorización (CEPAL, 2020f).

³² En 2019, por ejemplo, más del 31,7% de las personas mayores afrodescendientes que fallecieron tenían menos de 69 años (en comparación con alrededor del 20,0% en el caso de los no afrodescendientes) (Ministerio de Salud del Brasil, 2022).

(Muniz y otros, 2021). El 9 de abril de 2020, las personas afrodescendientes representaban el 45,2% de las muertes por COVID-19 registradas en ese país, aunque eran solamente el 37,4% de las hospitalizaciones³³.

En Colombia, las personas afrodescendientes tenían un 21% más de probabilidades de ser hospitalizadas, un 88% más de probabilidades de llegar a una unidad de cuidados intensivos y un 24% más de probabilidades de morir a causa del COVID-19, en comparación con la población no afrodescendiente (Sinisterra, 2021). Las tasas de letalidad del país y de la población afrodescendiente eran similares (2,5 por cada 100 contagiados). Sin embargo, según datos de inicios de 2022, en el caso de la población afrodescendiente dichas tasas pueden llegar al 6,5% y el 5,1% en los departamentos de Amazonas y Antioquia, respectivamente, y en varios otros departamentos, incluidos Nariño, Cauca y Valle del Cauca, donde se concentra parte importante de la población afrocolombiana, las tasas de letalidad superaban el 4,0%³⁴.

En Costa Rica, al 31 de enero de 2022, las provincias con más casos de COVID-19 eran en orden decreciente: San José, Alajuela, Heredia, Puntarenas, Cartago y Limón³⁵. Coincidentemente, San José concentra el 30% de la población afrocostarricense, Alajuela el 16%, Limón el 15% y Puntarenas el 11% (CEPAL, 2017a). Es decir, el 72% de la población afrodescendiente del país se encontraba en cuatro de las seis provincias con mayor cantidad de casos de COVID-19. Asimismo, de manera general los municipios urbanos que tienen una mayor proporción de personas afrodescendientes tienden a presentar mayores niveles en el exceso de mortalidad, según cifras de 2020 (CEPAL, 2022b). Sin embargo, la ausencia de registros epidemiológicos con datos desagregados por condición étnico-racial y género no permitió determinar el porcentaje de población afrodescendiente afectada por la enfermedad.

Se debe destacar también la situación particular de las comunidades afrodescendientes que en muchos países se ubican en lugares de difícil acceso. En el caso de las comunidades quilombolas del Brasil, que suman un total de 1.331.106 personas, hasta el 12 de enero de 2022 se habían registrado 301 muertes y 5.666 casos confirmados de COVID-19³⁶, lo que implica una tasa de letalidad del 5,3%. Esta tasa casi duplica la tasa del país, que era del 2,8% al 31 de enero de 2022³⁷. Estas comunidades tienen escaso acceso a políticas de salud, viviendas adecuadas, servicios básicos y regularización de la propiedad de sus tierras comunitarias, lo que obliga a que parte de sus habitantes tengan que salir en búsqueda de trabajo³⁸. Además, al inicio de la pandemia, muchas personas infectadas quedaron sin orientación médica o medicinas y terminaron por utilizar sus conocimientos tradicionales para el tratamiento del COVID-19. Otro problema fue la insuficiencia de acceso a servicios como Internet, energía eléctrica y teléfonos celulares, que dificultó el envío de las solicitudes en línea para recibir las transferencias monetarias de emergencia. En el caso del Ecuador, en actividades mineras consideradas esenciales durante la pandemia no se tomaron las medidas de seguridad necesarias para evitar o disminuir los contagios (CEPAL/UNFPA, 2020).

c) Acceso a la vacuna

Si bien algunos países han hecho esfuerzos por registrar la aplicación de vacunas contra el COVID-19 según grupos étnicos, la información disponible no es suficiente, lo que deja de manifiesto la necesidad de fortalecer los sistemas de información. En el caso de Colombia, por ejemplo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha emprendido diversas acciones de diálogo y concertación con las comunidades afrodescendientes, dada la importancia de avanzar con el plan de vacunación en los territorios; asimismo, ha publicado alguna información sobre avances de la vacunación en grupos étnicos, pero no de manera sistemática y detallada³⁹.

³³ Ministerio de Salud del Brasil, citado en CEPAL (2020d).

³⁴ Información al 17 de enero de 2022, sobre la base de los datos abiertos de Gobierno de Colombia (2022).

³⁵ Véase [en línea] <https://www.ministeriodosalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/41-lineamientos-coronavirus/527-situacion-nacional-covid-19>.

³⁶ Véase Coordinación Nacional de Articulación de Comunidades Negras Rurales Quilombolas (CONAQ), "Observatorio Covid-19 en Quilombos" [en línea] <https://quilombosemcovid19.org/>.

³⁷ A esa fecha se registraba un total acumulado de 22.196.442 casos de la enfermedad y 627.138 decesos. Véase [en línea] <https://covid.saude.gov.br/>.

³⁸ Lamentablemente, en los últimos años ha habido un desmantelamiento de las políticas de promoción y apoyo a estas comunidades. Por ejemplo, los recursos destinados a la titulación de sus territorios disminuyeron más de un 97% entre 2013 y 2018, lo que ha redundado en una reducción considerable de este proceso. En 2019 se emitieron 56 documentos de propiedad y hasta octubre de 2020 solo 21, en comparación con más de 200 en 2018 (Gualberto, 2021).

³⁹ Véanse más detalles en [en línea] <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Asi-va-la-vacunacion-contra-el-covid-19-en-grupos-etnicos.aspx> y [en línea] <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-narp.pdf>.

En el caso del Brasil, el Ministerio de Salud dispone de un sistema de información interactivo para el seguimiento de la vacunación, que permite desagregar los datos según grupos étnico-raciales. De acuerdo con las cifras oficiales, al 21 de marzo de 2022 se habían aplicado más de 391 millones de dosis (391.293.789), de las cuales un 25,6% correspondía a población afrodescendiente y un 49,8% a población no afrodescendiente (“blancos” más “amarillos”), en tanto que en un 24,8% no se había informado el grupo étnico-racial. Aun cuando estos datos reflejan los problemas de calidad en el registro, la distribución asimétrica de las personas vacunadas de las que existe declaración de la condición étnico-racial no se condice con la distribución de la población nacional, en la que los afrodescendientes representan algo más de la mitad (un 50,9% de acuerdo con los datos presentados en el cuadro II.5), de lo que se infiere que el acceso ha sido desigual, en desmedro de las personas afrodescendientes. Cuando se revisan las cifras considerando las dosis de refuerzo, ocurre algo similar: de las 63,5 millones de dosis de refuerzo aplicadas, un 22,8% corresponde a población afrodescendiente y un 51,4% a población no afrodescendiente, en tanto que en un 25,6% se ignora la condición étnico-racial de las personas; si bien este último porcentaje aumenta, al considerar a quienes declaran la condición étnico-racial se puede inferir que las personas afrodescendientes también acceden en menor medida al plan completo de vacunación⁴⁰. Por otra parte, puesto que no se explicitó totalmente cuáles eran los grupos prioritarios en el proceso de vacunación, algunos municipios vacunaron primero a médicos y enfermeros, mientras que otros incluyeron en sus campañas a técnicos de enfermería y personal de aseo (en estas dos últimas categorías las personas afrodescendientes son mayoritarias). En las cifras de vacunación de los médicos, se registra el triple de personas blancas vacunadas (67%) en comparación con las afrodescendientes (22%) (Muniz y otros, 2021). Otro factor importante que afecta la vacunación de personas afrodescendientes ha sido la escasa o nula información acerca de las estrategias relacionadas con los procesos de vacunación, prevención y atención frente al COVID-19 que son implementados en algunas comunidades afrodescendientes y en los territorios que habitan, lo que pone en evidencia la necesidad de mejorar con urgencia los modelos de atención a la salud en estos pueblos y comunidades.

3. Respuestas a la pandemia

a) Respuestas de los Estados

En el marco de la pandemia, muchos Gobiernos implementaron políticas dirigidas a la población más vulnerable a la crisis sanitaria, pero fueron muy pocos aquellos que implementaron políticas enfocadas en la población afrodescendiente. Inicialmente hubo países como Colombia, Costa Rica, el Ecuador, México y el Perú que publicaron recomendaciones sobre cómo enfrentar mejor la pandemia en el caso de los grupos étnicos. En Colombia, el Gobierno señaló incluso la necesidad de garantizar la autodeterminación y la interculturalidad y de dejar en manos de las comunidades el control de la movilidad, las actividades y el aislamiento en sus territorios, según su cosmovisión, usos y costumbres (Ministerio de Salud de Colombia, 2020).

El Gobierno de Costa Rica, a su vez, recomendó que los comités de emergencia consideraran los aspectos socioculturales y garantizaran la utilización del marco conceptual de la interseccionalidad, y se publicaron directrices para la atención y prevención del COVID-19 en el caso de las personas afrodescendientes (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2020). En el Ecuador, el Gobierno lanzó un protocolo sobre la pertinencia intercultural para la prevención y atención del COVID-19 en los pueblos indígenas, afrodescendientes y montubios, lo que incluía articulaciones interinstitucionales, intersectoriales y entre actores sociales en los territorios (Gobierno del Ecuador, 2020). En el caso de México, el Gobierno señaló la necesidad de que en la implementación de medidas se tomara en cuenta la pertinencia cultural, la libre determinación, la autonomía de los pueblos indígenas y afromexicanos y el diálogo para la toma de decisiones; declaró prioritaria la atención a los grupos vulnerables y prohibió denegar asistencia sanitaria sobre la base de criterios como la situación migratoria o

⁴⁰ Si se calcula la distribución del total de vacunados según condición étnico-racial asumiendo que los que no registran ese dato se distribuyen igual que los que sí lo hacen, se obtiene que del total de dosis aplicadas un 34,1% corresponde a afrodescendientes y un 65,9% a no afrodescendientes. Siguiendo el mismo procedimiento para las dosis de refuerzo, se tiene que un 30,8% de los vacunados serían afrodescendientes y un 69,2% no afrodescendientes. Véase [en línea] https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html.

la nacionalidad, entre otros (CEPAL, 2021e; Naciones Unidas, 2020g). Finalmente, en el caso del Perú, se elaboró material informativo y se realizaron campañas de prevención en las regiones de mayor concentración de población afrodescendiente con la participación de sus líderes (CEPAL, 2021e); asimismo, se publicó un documento con orientaciones para la conformación y el funcionamiento de Comandos COVID-19 indígenas o afrodescendientes, que debían incluir a representantes de sus organizaciones (Gobierno del Perú, 2021).

También hubo países, como el Ecuador y Honduras, cuyos planes incluyeron la entrega de alimentos y de apoyo pedagógico para enfrentar el cierre de las escuelas; la promoción de la autonomía económica y de la participación en la toma de decisiones, y la revalorización de la cultura afrodescendiente y de los conocimientos ancestrales con apoyo a modelos de negocios sostenibles económica y ambientalmente (Naciones Unidas, 2020c y 2020d). En materia económica, el Brasil estableció una ley de apoyo especial para las comunidades afrodescendientes (quilombolas)⁴¹.

b) Respuestas autónomas de la población afrodescendiente

La población afrodescendiente, a través de sus organizaciones y comunidades, se movilizó para enfrentar la pandemia, en muchos casos con sus propios medios, dado el limitado apoyo estatal. Las prácticas desarrolladas fueron diversas y entre las más frecuentes se incluyen la entrega de información sobre la enfermedad y la distribución de víveres, artículos de higiene y medicinas.

Un primer e importante resultado de la movilización de la población afrodescendiente fue la entrega de recomendaciones para enfrentar en forma comunitaria la pandemia, junto con la visibilización de la necesidad de que el trabajo gubernamental se diera de manera coordinada con las comunidades. Se observaron ejemplos de ello en el Brasil, Colombia, Honduras, Panamá y Nicaragua. En el Brasil se conformó un activo movimiento de favelas, que buscaba responder a la necesidad de producir información y concentrar aquella que estuviera dispersa⁴²; en Colombia, la Conferencia Nacional de Organizaciones Afrocolombianas (CNOA) reivindicó un trabajo coordinado con las autoridades territoriales y nacionales, así como la conformación de redes comunitarias⁴³; en Honduras, la Organización Fraternal Negra Hondureña (OFRANEH) y la Organización de Desarrollo Étnico Comunitario (ODECO), las dos principales organizaciones garífunas del país, trabajaron en la difusión de información sobre prevención, cuidados e impacto. En Nicaragua, se realizaron campañas radiales en lenguas nativas de la población afrodescendiente (CEPAL, 2021e; CNOA, 2020; Agudelo, 2021; Joseph, 2020).

Otra acción muy frecuente fue la entrega de alimentos y de artículos de higiene y médicos⁴⁴, además de la provisión de locales para el cumplimiento de las cuarentenas. Ejemplos importantes se pueden encontrar en la Argentina, el Brasil, Chile, el Ecuador, Nicaragua, Panamá, el Perú y el Uruguay⁴⁵, donde las organizaciones afrodescendientes en algunos casos se articularon con instituciones gubernamentales para realizar estas actividades (CEPAL/UNFPA, 2020; Joseph, 2020).

También fue parte de las respuestas autónomas el control territorial y el uso de sus propios sistemas de salud en el tratamiento de los síntomas del COVID-19. Respecto a lo primero, en Nicaragua, cuatro comunidades indígenas y afrodescendientes de la Región Autónoma de la Costa Caribe Sur, amparadas en la Ley núm. 28 (Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Caribe de Nicaragua), resolvieron iniciar una cuarentena y tomar medidas necesarias de prevención en sus comunidades, controlando las entradas y

⁴¹ Véase la Ley núm. 14021, de 7 de julio de 2020 [en línea] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L14021.htm.

⁴² Lo hizo mediante un sitio web (Wikifavelas), que reunía información sobre autocuidado y cuidado comunitario, fondos concursables, noticias y material audiovisual producido por las propias favelas, además de análisis y propuestas sobre cómo solucionar sus problemas. Asimismo, a través del sitio web se pedía apoyo para la promoción de productos y servicios propios, y se rendía cuenta de lo recaudado en las campañas de recolección de dinero y de productos recibidos. Véase [en línea] https://wikifavelas.com.br/index.php?title=Coronav%C3%ADrus_nas_favelas.

⁴³ Se vinculó a alcaldías (4), secretarías (15), organizaciones de base y consejos comunitarios (20), instituciones educativas (15), universidades (2 privadas y 1 pública) y bibliotecas comunitarias a nivel territorial, poniendo en marcha un programa de atención integral en materia de alimentación, salud, educación, comunidad e inteligencia epidemiológica con el objetivo de terminar con las brechas étnico-raciales y generando capacidades (Perini y Lara, 2021).

⁴⁴ Al inicio de la pandemia, dada la falta de mascarillas en el comercio, muchas comunidades, por ejemplo en el Brasil, comenzaron a producirlas. Uno de los proyectos llegó a reunir a varias organizaciones de la sociedad civil y bancos para producir y entregar mascarillas a instituciones de salud y comunidades vulnerables (CEPAL/UNFPA, 2020).

⁴⁵ En Rivera (Uruguay) se entregaron productos a familias afrodescendientes que habían sido indicadas previamente por las organizaciones, y el modelo utilizado ha servido de apoyo al comercio local.

salidas (Villena, 2021). En el Brasil, la favela Paraisópolis⁴⁶ logró un mejor control de la pandemia que otros barrios vulnerables de la ciudad⁴⁷, a lo que contribuyó el hecho de que, desde su primer caso de infección y con un cierto control del territorio, diseñaran un plan en el que cada calle tenía una persona encargada de monitorear, orientar, distribuir las canastas básicas y combatir las informaciones falsas⁴⁸.

Con relación a la aplicación de sistemas de salud propios, en Colombia las comunidades afrodescendientes desplazadas (que representan alrededor del 12% de todas las personas desplazadas internas del país) recurrieron a sus conocimientos ancestrales y a las hierbas medicinales. A medida que estas personas se reasentaban, compartían sus conocimientos sobre estas plantas. Aunque no exista información científica concluyente de que ellas sean efectivas, son una herramienta en el intento por aliviar los síntomas del COVID-19 o prevenir las infecciones. Las comunidades desplazadas destacan la necesidad de utilizar la medicina ancestral y reivindican su reconocimiento por parte de los servicios de salud (Olaya, 2021). Asimismo, en Imbabura y Carchi, territorios ancestrales afroecuatorianos, el mayor desempleo femenino llevó a muchas mujeres a cultivar hierbas medicinales (CONAMUNE, 2021).

Importa mencionar también que, en el marco de la crisis sanitaria, las juventudes afrodescendientes, especialmente los estudiantes de educación terciaria, se involucraron en trabajos voluntarios relacionados con el apoyo psicosocial, el empaque de alimentos, la preparación de documentos y la realización de actividades culturales y de entretenimiento, entre otros (Grupo de Trabajo sobre Juventud de la Plataforma de Colaboración Regional para América Latina y el Caribe, 2021). Las juventudes también han demostrado preocupación por el aumento del desempleo juvenil en la población afrodescendiente y el incremento de la brecha digital y de la violencia doméstica a causa de la pandemia. Para enfrentar problemas como estos, realizaron diálogos virtuales, enfatizando la importancia de la lucha por la igualdad (UNFPA, 2020b). A su vez, el Secretario General de las Naciones Unidas destacó la necesidad de empoderar a los jóvenes afrodescendientes y garantizar su participación en la toma de decisiones, especialmente en la crisis provocada por la pandemia (Naciones Unidas, 2020j).

Cabe mencionar, al mismo tiempo, el uso de la violencia por parte de agentes del orden y la militarización de algunos territorios durante la pandemia⁴⁹. En el Brasil, por ejemplo, se denunció que se realizaban operaciones policiales en los horarios de distribución de las canastas básicas, las que terminaban muchas veces con la muerte de moradores jóvenes, en su gran mayoría afrodescendientes (Pires, 2020). Entre mayo y agosto de 2020, hubo un incremento del 36% en el número de personas fallecidas a manos de la policía en las favelas (Naciones Unidas, 2020f). En algunos otros casos, las organizaciones afrodescendientes también informaron sobre el uso excesivo de la fuerza hacia jóvenes afrodescendientes a causa de las medidas de aislamiento impuestas debido a la pandemia, y la existencia de un perfilamiento racial en la detención y actuación frente a jóvenes, afrodescendientes en su mayoría (UNFPA/CEPAL, 2022).

G. Personas con discapacidad

En América Latina y el Caribe se ha estimado que hay alrededor de 70 millones de personas con discapacidad (CEPAL, 2014a). Ellas constituyen uno de los grupos más excluidos de la sociedad y se encuentran entre las personas más afectadas por la pandemia. Antes de la crisis sanitaria, económica y social provocada por la pandemia de COVID-19, las personas con discapacidad ya tenían menos probabilidades de participar en la comunidad y de acceder a la atención sanitaria, la educación y el empleo. Una proporción importante de

⁴⁶ Se trata de una favela ubicada en la ciudad de São Paulo, que cuenta con más de 70.000 habitantes y una densidad demográfica de 61.000 hab/km² (CEPAL/UNFPA, 2020).

⁴⁷ Al 18 de mayo de 2020, la tasa de mortalidad por COVID-19 era de 21,7 personas por cada 100.000 habitantes, mientras que el promedio municipal era de 56,2 personas por cada 100.000 habitantes (CEPAL/UNFPA, 2020). Véase más información sobre la estrategia empleada en [en línea] <https://outride.rs/es/favela-vs-covid-19/paraisopolis/>.

⁴⁸ Se contrataron ambulancias, médicos y enfermeros, y se capacitó a 240 residentes para apoyar las 60 bases creadas, que incluían a bomberos, junta de vecinos y dos escuelas públicas transformadas en centros de aislamiento de enfermos.

⁴⁹ La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha mencionado la necesidad de poner fin a la impunidad por las violaciones de los derechos humanos cometidas por los agentes del orden (Naciones Unidas, 2021b), en tanto que el Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes ha señalado que las restricciones impuestas durante la pandemia se han utilizado a veces como pretexto para la aplicación desproporcionada de la ley contra la población afrodescendiente (Naciones Unidas, 2020f).

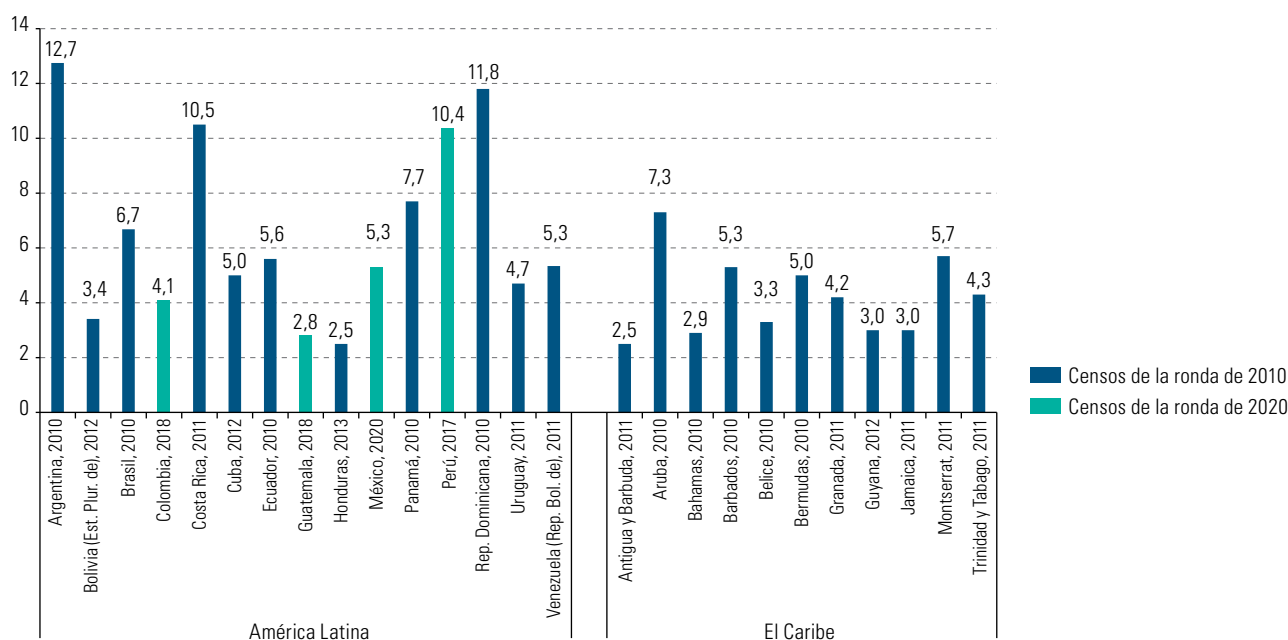
ellas viven en la pobreza, están expuestas a la violencia, el abandono y el abuso en tasas más elevadas que el resto de la población y se encuentran entre los grupos más marginados de las comunidades cuando estas se enfrentan a una crisis (CEPAL, 2021b y 2020a).

1. La situación sociodemográfica de las personas con discapacidad en América Latina y el Caribe antes de la pandemia

Según los datos de 26 países y territorios de la región que realizaron sus censos de las rondas de 2010 y 2020, alrededor del 6,5% de la población latinoamericana y caribeña tiene algún tipo de discapacidad, lo que representa un grupo importante de la población regional. Los porcentajes más altos se observan en cuatro países —Argentina, República Dominicana, Costa Rica y Perú—, donde la población con discapacidad supera el 10%; en Antigua y Barbuda y Honduras, por su parte, se observan los porcentajes más bajos (véase el gráfico II.18)⁵⁰. Es necesario indagar también sobre las características sociodemográficas de estas personas, puesto que enfrentan enormes desafíos en términos de la accesibilidad a los espacios y el acceso a oportunidades de educación, salud y trabajo decente, entre otros ámbitos, más aún en la situación de crisis provocada por la pandemia.

Gráfico II.18

América Latina y el Caribe (26 países y territorios): proporción de personas con discapacidad, censos de las rondas de 2010 y 2020
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos censales de los países y territorios correspondientes procesados con REDATAM y F. Jones y L. Serieux-Lubin, "Disability, human rights and public policy in the Caribbean: a situation analysis", *serie Estudios y Perspectivas—Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe*, N° 64 (LC/CAR/TS.2017/12; LC/TS.2017/151), Santiago, CEPAL, enero de 2018.

⁵⁰ Los porcentajes de personas con discapacidad en los países pueden estar subestimados, ya que varios de ellos no incorporaron en los censos las preguntas recomendadas internacionalmente; en algunos casos, se usaron respuestas dicotómicas o se combinaron preguntas de distintos enfoques metodológicos. Por ello es importante tener cautela al agregar estos datos censales a nivel regional, pues los enfoques metodológicos que se utilizan en los países difieren entre sí, y solo en algunos casos se considera la gradualidad de la discapacidad. Véase más información sobre las recomendaciones internacionales respecto de la inclusión de preguntas para medir la discapacidad en los censos en CEPAL (2019a); Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad (2017) y CDC (2009).

a) La importancia de la medición: proporción de personas con discapacidad, estructura por edad y sexo, y tipos de discapacidad

Si bien se cuenta con una cifra agregada de personas con discapacidad en la región, esta información no es la más actualizada, ya que los censos se han realizado en momentos distintos, principalmente de la década de 2010, y además en ellos no se utiliza el mismo enfoque para la medición de la discapacidad. Cuando se inició la pandemia en América Latina y el Caribe, no se contaba en todos los países de la región con la información más reciente respecto al número de personas con discapacidad, así como sus características sociodemográficas y socioeconómicas.

Con la información de cuatro países que llevaron a cabo censos en años recientes (Colombia, Guatemala, México y Perú) se constata que la proporción de personas con discapacidad en las zonas urbanas y rurales varía según los países. En Guatemala y el Perú hay una mayor proporción de personas con discapacidad en las zonas urbanas que en las rurales, mientras que en Colombia y México se presenta una situación inversa: la proporción es levemente mayor en el campo (véase el cuadro II.6).

Cuadro II.6

América Latina (4 países): proporción de personas con discapacidad, según zona de residencia, censos de la ronda de 2020
(En porcentajes)

	Colombia, 2018	Guatemala, 2018	México, 2020	Perú, 2017
Total nacional	4,1	2,8	5,3	10,4
Zonas urbanas	3,8	3,0	5,2	10,7
Zonas rurales	4,9	2,5	6,4	8,8

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos censales de los países correspondientes procesados con REDATAM.

Asimismo, la estructura por edad de las personas con discapacidad tiende a estar más envejecida que la de las personas sin discapacidad, dado que hay una mayor proporción de personas con discapacidad en las edades centrales y superiores (véase el cuadro II.7) (CEPAL, 2021b). Junto con esto, se observa una mayor prevalencia de la discapacidad entre las mujeres: la relación de masculinidad es sistemáticamente menor a 90 hombres por cada 100 mujeres (CEPAL, 2021b), lo que se torna más evidente a partir de los 60 años, principalmente debido a que “la mayor esperanza de vida de las mujeres aumentaría la posibilidad de tener una discapacidad asociada a una enfermedad crónica o a un accidente en etapas avanzadas de la vida” (González y Stang, 2014, pág. 83).

El hecho de que las personas con discapacidad tengan una estructura demográfica más envejecida incide en que este grupo poblacional presente comorbilidades propias de las edades más avanzadas, que podrían o no tener relación con el tipo de discapacidad que presentan, pero que ocasionan casos más graves de COVID-19, ya que el virus exacerba los problemas de salud existentes y aumenta la probabilidad de morir en las edades mayores de 60 años (OMS, 2020b; Meresman y Ullmann, 2020). Si bien no existen antecedentes sistemáticos en la región, hay información en Europa y los Estados Unidos que evidencia una mayor mortalidad de las personas con discapacidad, particularmente con discapacidad mental y psicosocial (Ayoubkhani y Bosworth, 2021; Gleason y otros, 2021).

En cuanto al tipo de discapacidad que presentan las personas, en los cuatro países en estudio, que cuentan con censos realizados entre 2017 y 2020⁵¹, la mayor proporción de la población con discapacidad declara tener limitaciones para ver, incluso si usa anteojos (los valores se ubican entre un 24% en Colombia y un 48% en el Perú), mientras que las limitaciones para moverse y caminar están en segundo lugar (con porcentajes que van de un 20% en el Perú a un 30% en México). En tercer lugar se ubica la dificultad para oír, incluso si usa un dispositivo auditivo (los valores se sitúan entre un 10% en Colombia y un 15% en Guatemala). Las personas con discapacidad también declaran limitaciones para entender o comprender, en porcentajes que van de un 8% en el Perú a un 15% en México, así como limitaciones para realizar tareas de cuidado personal⁵², en porcentajes que se ubican entre un 3% en México y un 8% en Guatemala.

⁵¹ Cabe destacar que, con matices, los cuatro países siguen (en parte) las recomendaciones del set corto de preguntas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad.

⁵² Este dominio, que se refiere a las tareas de cuidado personal, es relevante de considerar, ya que permite tener una aproximación al número y proporción de personas que demandan apoyos para realizar las actividades cotidianas y que, por ende, requieren de cuidados diarios (CEPAL, 2021b).

Cuadro II.7

América Latina (4 países): estructura por edad de las personas con y sin discapacidad e índice de masculinidad por grupos de edad, censos de la ronda de 2020
(En porcentajes y valor del índice de masculinidad)

	Colombia, 2018				Guatemala, 2018				México, 2020				Perú, 2017			
	Personas con discapacidad		Personas sin discapacidad		Personas con discapacidad		Personas sin discapacidad		Personas con discapacidad		Personas sin discapacidad		Personas con discapacidad		Personas sin discapacidad	
	Porcentaje	Índice de masculinidad	Porcentaje	Índice de masculinidad	Porcentaje	Índice de masculinidad	Porcentaje	Índice de masculinidad	Porcentaje	Índice de masculinidad	Porcentaje	Índice de masculinidad	Porcentaje	Índice de masculinidad	Porcentaje	Índice de masculinidad
Menores de 18 años	10,6	124,9	28,5	104,3	14,6	114,0	34,7	101,4	14,2	134,6	31,5	102,2	14,3	102,7	33,3	103,0
De 18 a 29 años	9,5	116,1	21,3	98,6	12,4	109,2	25,5	92,2	8,7	112,9	20,2	96,5	10,4	81,5	21,1	97,2
De 30 a 59 años	34,0	86,6	38,4	90,7	29,2	89,4	31,9	86,8	30,0	91,8	38,1	90,9	34,7	63,0	37,0	98,3
60 años y más	45,9	74,9	11,9	82,7	43,9	83,5	7,9	90,7	47,0	76,2	10,2	88,7	40,5	77,1	8,6	98,2
Total	100,0	86,7	100,0	95,0	100,0	92,2	100,0	93,3	100,0	90,4	100,0	95,2	100,0	75,5	100,0	99,6

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos censales de los países correspondientes procesados con REDATAM.

Existen diferencias significativas en el tipo de limitaciones según el sexo de las personas. Por ejemplo, en el caso de las mujeres hay una mayor prevalencia de las limitaciones para ver y para moverse y caminar, mientras que los hombres tienen en mayor proporción dificultades para oír y en segundo lugar para moverse y caminar (CEPAL, 2021b). Desde el inicio de la pandemia, la OMS consideró que las personas con discapacidad podían tener un mayor riesgo de contraer el COVID-19 debido a diferentes factores, que se intensificarían si la prevalencia de cierta limitación fuera mayor (CEPAL, 2021b), por ejemplo, la discapacidad mental y psicosocial. Entre las personas con discapacidad, algunas tienen comorbilidades o trastornos de salud subyacentes y, en esos casos, corren más riesgo de presentar casos más graves de COVID-19 si se contagian (OMS, 2020b).

Al contrario de lo que ocurre en algunos países desarrollados, en la región no se cuenta con datos desagregados de número de contagios y defunciones según situación de discapacidad de las personas, de modo que la información que se tiene es limitada⁵³. Cuando dicha información existe, se trata de situaciones puntuales como resultado de la gestión de organizaciones de la sociedad civil de personas con discapacidad. Estas organizaciones también han puesto de relieve que las personas con discapacidad en los momentos más complejos han enfrentado obstáculos para acceder a atención de salud, medicinas, atención ambulatoria y rehabilitación, así como para recibir atención en salud mental con modalidades accesibles (CEPAL, 2021b; Meresman y Ullmann, 2020). Con respecto a las dificultades de acceso a servicios de salud esenciales que afectan a las personas con discapacidad, la OPS (2021b) indicó que durante la pandemia en América Latina y el Caribe la interrupción del acceso a servicios de salud para personas con discapacidad llegó al 31 %.

Desde que se inició la pandemia, y particularmente cuando esta se intensificó en algunos países de la región, tanto el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad como la Enviada Especial del Secretario General sobre la Discapacidad y la Accesibilidad han emitido diversos comunicados en que se exhorta a los Estados a tomar todas las medidas apropiadas para garantizar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud y para proporcionarles la misma variedad, calidad y nivel de atención médica que se brinda a otras personas, incluidos los servicios de salud mental, principalmente porque el coronavirus redefinió muchas áreas de atención, generó temores y exacerbó barreras actitudinales y comunicacionales.

Las personas con discapacidad que contraen la enfermedad por coronavirus tienen derecho a ser tratadas con dignidad, a tomar decisiones con autonomía, a que se respeten su voluntad y sus preferencias, a que se solicite su consentimiento libre e informado, y a que se proteja la privacidad de sus datos personales. Esto se debe hacer teniendo en cuenta especialmente los artículos 10, 25 y 28 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 3, sobre salud y bienestar, y varias medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, en particular las medidas prioritarias 26, 33 y 77, que se refieren a la promoción, protección y garantía de la salud, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como al desarrollo y el bienestar de las personas en todos los territorios, sin ningún tipo de discriminación.

b) Hogares y familias con personas con discapacidad: espacios de cuidado y apoyo sometidos a una mayor presión durante la pandemia

Las personas con discapacidad residen en familias nucleares y extendidas, pero estas últimas tienen una mayor representación entre ellas, debido al apoyo y la asistencia personal que necesitan en las actividades de la vida diaria, y porque la comunidad, la sociedad y el Estado, al concebir la discapacidad como un asunto meramente privado, no brindan los apoyos necesarios.

⁵³ Un estudio en Inglaterra, por ejemplo, mostró que el riesgo de muerte por COVID-19 fue 3,1 veces mayor para los hombres con discapacidad que para los hombres sin discapacidad; entre las mujeres, el riesgo de muerte fue 3,5 veces mayor para las mujeres con discapacidad que para aquellas sin discapacidad. En cuanto al tipo de discapacidad, las personas con discapacidad intelectual o psicosocial, tanto hombres como mujeres, presentaron un riesgo de muerte debido a la enfermedad por coronavirus 3,7 veces mayor que el de las personas que no tenían ese tipo de discapacidad. El estudio también concluyó que ningún factor por sí solo explica el riesgo considerablemente elevado de muerte por COVID-19 entre las personas con discapacidad. Si bien el tipo de residencia, la geografía, los factores demográficos y socioeconómicos y las condiciones de salud preexistentes cumplen un papel relevante, una parte importante del riesgo elevado se debe a que las personas con discapacidad están más expuestas a diversas situaciones de desventaja que las personas sin discapacidad (Ayoubkhani y Bosworth, 2021).

En todos los países, el porcentaje de hogares con al menos un miembro con algún tipo de discapacidad supera ampliamente el porcentaje de personas con discapacidad. Considerando los cuatro países que disponen de información censal más reciente, de 2017 a 2020, se puede afirmar que en el Perú 1 de cada 4 hogares tiene uno o más miembros con algún tipo de discapacidad; en Guatemala y México alrededor del 15% de los hogares tienen una persona con discapacidad, mientras que en Colombia 1 de cada 10 hogares está en esa situación (CEPAL, 2021b). Sin embargo, destaca también que alrededor del 10% de las personas con discapacidad viven en hogares unipersonales (CEPAL, 2021b).

En el contexto de la crisis sanitaria y de las medidas de confinamiento físico que los países implementaron principalmente en los primeros 12 meses de la pandemia para frenar la transmisión del virus, las personas con discapacidad, y en particular las que viven solas, se vieron enfrentadas a situaciones de vulneración de derechos (CEPAL, 2020a)⁵⁴. El acceso a bienes y servicios esenciales para mantener su bienestar se vio interrumpido; esto es especialmente crítico en el caso de los servicios de salud, rehabilitación y cuidados, pero también en el acceso a medicamentos, dispositivos de asistencia y alimentos especiales, entre otros insumos (CEPAL, 2020k). Además, las relaciones de apoyo y la continuidad de los cuidados se suspendieron en algunos momentos, y las redes de apoyo fueron debilitadas o truncadas por las cuarentenas totales. En este sentido, a mediados de 2020 varios países de la región comenzaron a flexibilizar las medidas de confinamiento para los cuidadores de personas con discapacidad o para que los niños, niñas y adolescentes con trastorno del espectro autista (TEA) pudieran salir de sus casas en una franja horaria determinada (Meresman y Ullmann, 2020). Si bien en la actualidad estas restricciones han sido eliminadas en los países de la región, las personas con discapacidad todavía deben seguir manteniendo algunas por razones de autocuidado, a fin de disminuir la probabilidad de contagiarse.

Las mujeres son las principales proveedoras de cuidados, especialmente en el caso de los hogares donde hay una persona con discapacidad que demanda apoyos diarios. Estos cuidados se distribuyen entre arreglos formales (centros educativos y de cuidados, y trabajo doméstico remunerado, entre otros) e informales (apoyo de familiares y vecinas o vecinos, entre otros). Durante los confinamientos más estrictos, estos arreglos se redujeron o se prescindió de ellos, lo que generó una mayor presión sobre las mujeres que ejercen cuidados, incrementado exponencialmente este trabajo, con una desigual distribución de la carga, que recae principalmente sobre ellas (CEPAL, 2020c).

En términos económicos, los hogares en que existen personas con discapacidad enfrentan mayores presiones. En estos hogares hay mayores gastos en salud, rehabilitación, educación, compra y mantención de dispositivos de asistencia, así como medicamentos y transporte (CEPAL, 2020a). Además, cubrir las necesidades de cuidado puede obligar a algún miembro del hogar a abandonar su trabajo remunerado y, en general, quienes se retiran del mercado laboral son las mujeres. Esto afecta los ingresos de los hogares, que ya sufren las consecuencias de la crisis económica que viven los países de la región, lo que puede agravar situaciones de pobreza si los Estados no implementan mecanismos de apoyo para cubrir o subvencionar costos y necesidades de estos hogares (CEPAL, 2020a).

c) Desigualdades socioterritoriales que inciden en un mayor riesgo de contagio

Varias de las medidas prioritarias del capítulo G “Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad” del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo instan a promover el desarrollo y el bienestar de las personas de todos los territorios. A su vez, tanto la medida prioritaria 77 del Consenso de Montevideo como el artículo 28 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad abordan el nivel de vida adecuado y la protección social. En la Convención se indica que los Estados deben asegurar los servicios básicos esenciales, que deben ser accesibles para las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás personas.

⁵⁴ En el estudio de González (2021) se menciona que en el Uruguay las restricciones impuestas durante la emergencia afectaron el procedimiento de solicitud de la prestación del Programa de Asistentes Personales, lo que tuvo consecuencias negativas para las personas que ya habían iniciado el trámite y para los nuevos solicitantes. En cuanto a Colombia, se afirma que pese a que las medidas tomadas por el Gobierno nacional para atender la emergencia ocasionada por el COVID-19 han sido numerosas, “son muy reducidas las relativas a la protección de las personas con discapacidad durante la época de pandemia” (Camargo y López-Zamora, 2021).

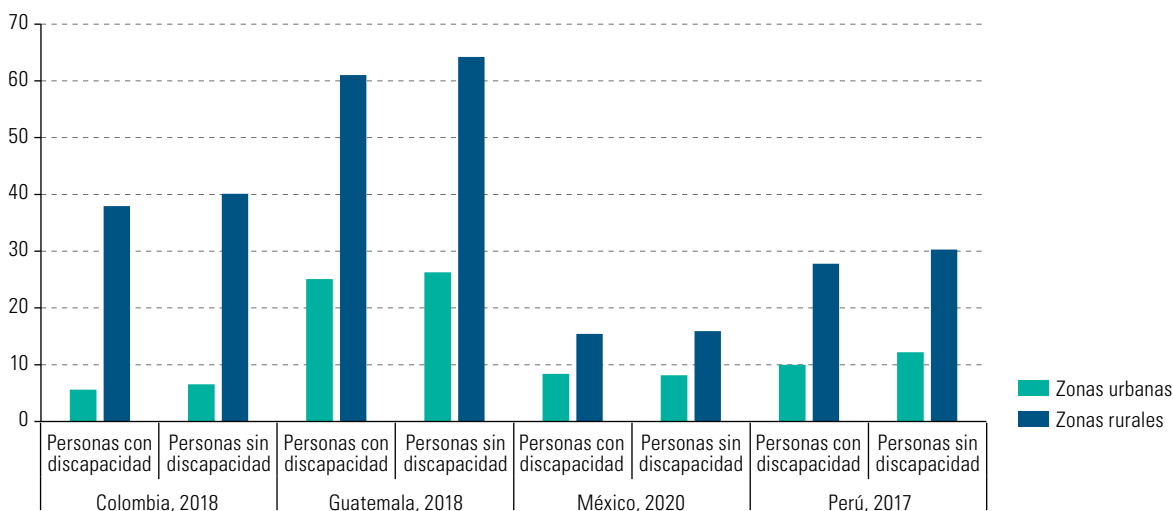
i) Agua y saneamiento

En concordancia con el ODS 6 (agua limpia y saneamiento), las Naciones Unidas han afirmado que “la disponibilidad y el acceso a los servicios de agua, saneamiento e higiene (WASH) es fundamental para luchar contra el virus y preservar la salud y el bienestar de millones de personas” (Naciones Unidas, 2020h). Por ello, las personas con discapacidad deben contar siempre con acceso a agua potable dentro de sus viviendas para cumplir con las medidas de prevención, y el baño o el lavamanos no deben presentar barreras físicas de accesibilidad.

En dos informes regionales anteriores a la pandemia se indicaba que el acceso a agua potable había aumentado en la mayoría de los países, pero que, sin embargo, continuaban existiendo brechas entre zonas urbanas y rurales (CEPAL, 2019b y 2019c). En los cuatro países analizados se advierte que no existen prácticamente diferencias de acceso entre las personas con y sin discapacidad. No obstante, entre las personas con discapacidad, aquellas que viven en zonas rurales presentan un menor acceso a agua potable que las que viven en zonas urbanas (véase el gráfico II.19).

Gráfico II.19

América Latina (4 países): proporción de población sin acceso a agua potable dentro de la vivienda, según condición de discapacidad y zona de residencia, censos de la ronda de 2020 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos censales de los países correspondientes procesados con REDATAM.

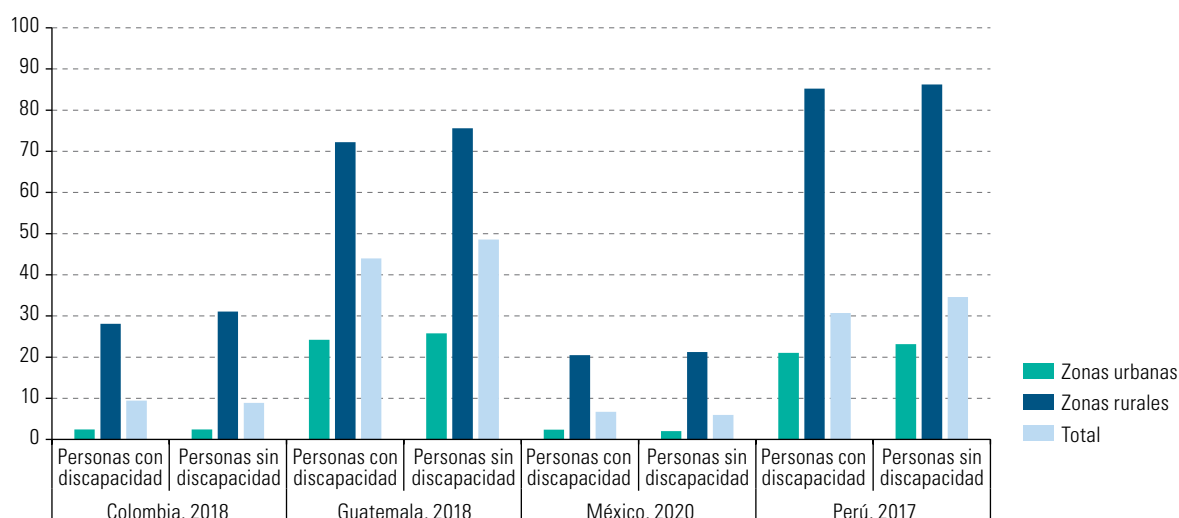
Respecto del acceso a saneamiento dentro de la vivienda, las tendencias son similares en los cuatro países en el sentido de que prácticamente no existen brechas de acceso entre las personas con y sin discapacidad, si bien se observan brechas muy notorias entre las zonas urbanas y las rurales (véase el gráfico II.20). Colombia y México presentan las menores proporciones de población sin acceso a este servicio: menos del 10% de las personas se encuentran en esta situación. En Guatemala, por su parte, esta proporción aumenta al 48% y en el Perú es de alrededor del 33%.

ii) Hacinamiento

El nivel de hacinamiento que existe en los hogares es otra variable que completa la tríada de factores sociodemográficos que aumentan la probabilidad de que el coronavirus se contagie y se propague. En los hogares que tienen personas con discapacidad, el hacinamiento es una barrera particularmente alta a la hora de aplicar las medidas de prevención que se deben tomar para evitar el contagio del COVID-19. Para las personas con discapacidad no es fácil mantener el distanciamiento físico, puesto que en muchos casos necesitan de personas que les brinden apoyo. Además, existen ocasiones en que, dada su situación de pobreza, deben compartir habitación con varios otros miembros del hogar. Asimismo, en las instancias de cuarentena y confinamiento obligatorio, no hay espacios para la privacidad y los momentos de descanso de las personas que brindan apoyo a las personas con discapacidad.

Gráfico II.20

América Latina (4 países): proporción de población sin acceso a saneamiento dentro de la vivienda, según condición de discapacidad y zona de residencia, censos de la ronda de 2020 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos censales de los países correspondientes procesados con REDATAM.

La información sobre la situación de hacinamiento de los hogares que tienen y que no tienen personas con discapacidad indica que hay un mayor porcentaje de hogares con hacinamiento entre las personas con discapacidad. En Guatemala, la mitad de los hogares que tienen personas con discapacidad presentan hacinamiento (51%); en México y el Perú, el porcentaje es de alrededor del 20%, y en Colombia del 16%. Si bien el hacinamiento es mayor en las zonas rurales, la proporción de hogares que tienen personas con discapacidad y presentan hacinamiento en las zonas urbanas es elevada, sobre todo si esto se analiza a la luz de la situación de crisis sanitaria que se vive actualmente (CEPAL, 2021b).

Es muy relevante, por lo tanto, que los organismos de salud y los encargados de tomar medidas para detener el avance del COVID-19 en los países de la región consideren la situación de hacinamiento que viven las personas con discapacidad.

d) Acceso y uso de tecnologías de la información y las comunicaciones

Existe una brecha entre las personas con y sin discapacidad en lo que respecta al acceso y el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). En el cuadro II.8 se observa que en los tres países analizados una mayor proporción de las personas sin discapacidad tienen acceso a Internet, a un computador o a un celular en el hogar, en comparación con las personas con discapacidad, y que la brecha es mucho más evidente en México.

Cuadro II.8

Guatemala, México y Perú: proporción de población sin acceso a Internet, a un computador o un teléfono celular en el hogar, según condición de discapacidad, censos de la ronda de 2020 (En porcentajes)

	Personas con discapacidad			Personas sin discapacidad		
	Guatemala, 2018	México, 2020	Perú, 2017	Guatemala, 2018	México, 2020	Perú, 2017
Sin acceso a Internet en el hogar	85,0	55,1	70,4	83,8	44,4	69,5
Sin acceso a un computador en el hogar	82,0	72,3	65,3	79,4	59,6	63,6
Sin acceso a teléfono celular en el hogar	56,3	19,2	18,4	38,6	10,5	13,9

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos censales de los países correspondientes procesados con REDATAM.

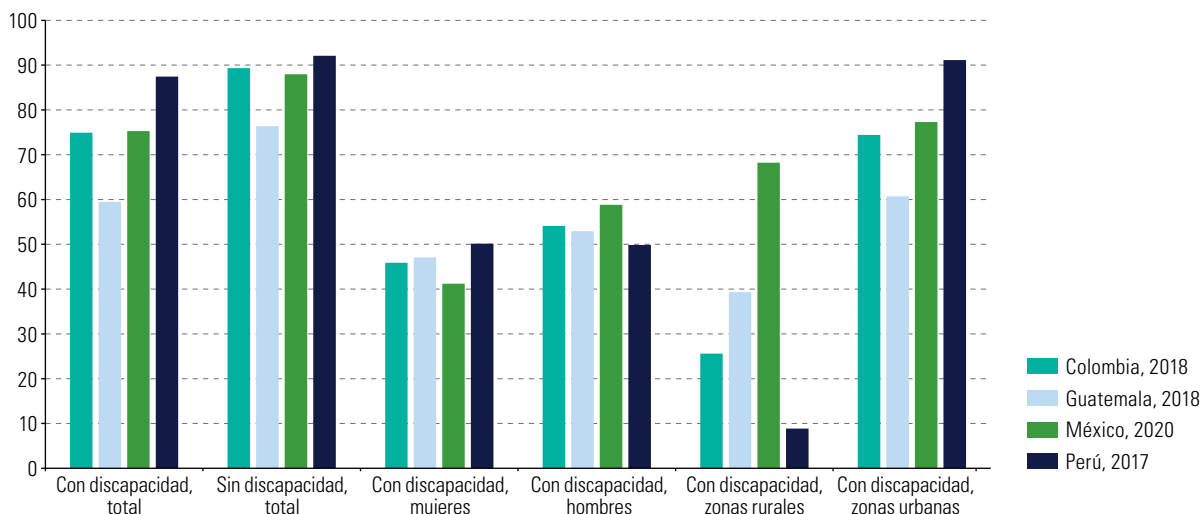
Se debe considerar asimismo que las personas con discapacidad enfrentan barreras específicas respecto al uso de las TIC, según el tipo de discapacidad. Esto significa que los porcentajes de acceso que se han presentado no muestran las brechas reales que afectan a las personas con discapacidad en el uso de estas tecnologías (CEPAL, 2021b). Por tanto, no basta con apoyar el acceso a las TIC solo en términos económicos, sino que se deben crear aplicaciones que permitan un acceso inclusivo a ellas, considerando los distintos tipos de discapacidad que pueden presentar las personas (CEPAL, 2021b).

e) Nivel de instrucción y asistencia escolar

El acceso de las personas con discapacidad a la enseñanza formal antes de la pandemia era menor que el de las personas sin discapacidad, según se puede observar en el caso de los cuatro países que cuentan con datos censales de la ronda de 2020. Las brechas entre las personas con y sin discapacidad varían entre los 5 puntos porcentuales (en el Perú) y los 17 puntos porcentuales (en Guatemala). Estas brechas son particularmente grandes entre las zonas rurales y las urbanas (véase el gráfico II.21). Por otra parte, se constata que el acceso a los espacios formativos de los niños y adolescentes varones con discapacidad es muy similar al de las niñas y adolescentes mujeres en esa situación.

Gráfico II.21

América Latina (4 países): proporción de niños, niñas y adolescentes que asisten a la escuela, según situación de discapacidad, sexo y zona de residencia, censos de la ronda de 2020 (En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de microdatos censales de los países correspondientes procesados con REDATAM.

Tras el inicio de la pandemia, una de las primeras medidas que se tomaron en la mayoría de los países fue la suspensión de las clases presenciales en todos los niveles (CEPAL, 2021b). En el *Panorama Social de América Latina, 2021* se afirma que América Latina y el Caribe es, a causa del COVID-19, “una de las regiones del mundo que lleva más tiempo de interrupción de clases presenciales: en promedio, cerca de 56 semanas de interrupción total o parcial” (CEPAL, 2022a, pág. 129). Se estima que alrededor de 167 millones de estudiantes fueron afectados en la región (Meresman y Ullmann, 2020; CEPAL/UNESCO, 2020; CEPAL/UNICEF, 2021).

Los países de la región de manera bastante heterogénea iniciaron modalidades de aprendizaje a distancia, con diversidad de formatos y plataformas (CEPAL/UNESCO, 2020). En general, no existieron las condiciones adecuadas para implementar la educación en línea de manera expedita para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad (Meresman y Ullmann, 2020), ya que hay factores específicos complejos en el caso de estudiantes en esa situación. Por ejemplo, no se cuenta con el apoyo de equipos multidisciplinares para guiar sus actividades escolares y además en el hogar no es fácil implementar rutinas de trabajo, que son esenciales para tener buenos resultados de enseñanza (CEPAL, 2020a).

Si bien a nivel regional no existen datos acerca de la cantidad de niños, niñas y adolescentes con discapacidad afectados por el cierre de escuelas, la información censal de los cuatro países que ya realizaron censos de la ronda de 2020 (Colombia, Guatemala, México y Perú) muestra claramente brechas en el acceso a la educación formal, que se acentuaron durante la pandemia (Meresman y Ullmann, 2020; CEPAL, 2021b). De esta manera, es muy probable que la medida prioritaria 9 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, referente a “invertir en la juventud, a través de políticas públicas específicas y condiciones diferenciales de acceso, especialmente en la educación pública, universal, laica, intercultural, libre de discriminación, gratuita y de calidad”, haya presentado importantes retrocesos en lo que respecta a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

Dadas las barreras que pueden enfrentar los y las estudiantes con discapacidad en el acceso a la enseñanza virtual, puede haber existido un riesgo de desvinculación educativa y deserción escolar tras el inicio de la pandemia, particularmente en el caso de quienes se ubican en los grupos más vulnerables (CEPAL/UNESCO, 2020). A inicios de 2022, la mayoría de los países de la región han decidido que el estudiantado retorne a clases presenciales. En este contexto, es importante monitorear el regreso de los estudiantes con discapacidad, ya que no deben ser excluidos de este retorno por considerarse que constituyan un grupo de riesgo o por falta de recursos para brindar apoyos a su reincorporación.

f) Inclusión laboral

Antes de la crisis provocada por la pandemia, en la región los datos indicaban que las tasas de desempleo eran más altas entre las personas con discapacidad y que estas tenían más probabilidades que las personas sin discapacidad de no ser económicamente activas. Si tenían trabajo, era más probable que se tratara de empleos mal remunerados, informales e inestables, con limitadas perspectivas profesionales (CEPAL, 2019d y 2021b). En el informe “Personas con discapacidad ante la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe: situación y orientaciones” (CEPAL, 2020a), se afirma que en la región el vínculo de las personas con discapacidad con el mercado laboral es tenue y que cuando estas personas participan en el mercado laboral, lo hacen sobre todo en el sector de los servicios y en el empleo informal. Asimismo, en el informe “Personas con discapacidad y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19: que nadie se quede atrás” (CEPAL, 2021b) se indica que la proporción de personas con discapacidad que trabajan es pequeña y que menos de un tercio de ellas se desempeñan en alguna actividad remunerada. Respecto de la categoría ocupacional, se constata que, independientemente de la edad, las personas con discapacidad se desempeñan sobre todo en las categorías de trabajo por cuenta propia y de empleado u obrero. También existen diferencias entre las zonas urbanas y las rurales, pues hay un mayor porcentaje de personas con discapacidad que trabajan como empleados u obreros en las zonas urbanas, mientras que en las zonas rurales se desempeñan mayoritariamente como trabajadores por cuenta propia (CEPAL, 2021b).

Por tanto, es previsible que las personas con discapacidad se vean especialmente afectadas por el escenario desfavorable del mercado laboral durante la crisis y el período de recuperación (CEPAL, 2020a). Sin embargo, no existen datos sistemáticos sobre la pérdida de empleo y de ingresos de las personas con discapacidad. Fuentes mencionadas por la OIT dan como ejemplo un 39% de pérdida de ingresos entre la población con discapacidad en el Paraguay (Meresman y Ullmann, 2020, pág. 40). En el Ecuador, por otra parte, el seguimiento a la inclusión laboral que realiza el Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) “permite observar que más de 2.700 personas con discapacidad han sido desvinculadas laboralmente como efecto de la crisis económica en los primeros meses de la pandemia” (Meresman y Ullmann, 2020).

Esta información, junto con la que proporcionan las organizaciones de la sociedad civil vinculadas a las personas con discapacidad, muestra que los problemas de acceso al trabajo, participación en la actividad económica y precarización laboral de las personas con discapacidad, que ya eran considerables, se han acentuado frente a la crisis provocada por el COVID-19 (CEPAL, 2021b).

2. Acciones de política pública implementadas por los Gobiernos a la luz del Consenso de Montevideo y otros instrumentos internacionales

En diferentes foros, así como en varios documentos regionales sobre el COVID-19 (Meresman y Ullmann, 2020; CEPAL, 2020a, 2021b y 2022a), se ha afirmado que las personas con discapacidad no están siendo plenamente consideradas en las estrategias que se están llevando adelante para responder a la pandemia en los distintos países. En el contexto actual, se debe fortalecer la protección de los derechos de las personas con discapacidad, más aún cuando existe un instrumento internacional vinculante y otros instrumentos mundiales y regionales en que se aboga en el mismo sentido. En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo se sitúa a las personas con discapacidad en el centro y, por tanto, se señala que ellas deben participar en todo el proceso de diseño y ejecución de las políticas públicas, así como en la rendición de cuentas. En estos instrumentos se pone de relieve la importancia de que, en situaciones de emergencia, los Estados se preocupen de forma especial por las personas con discapacidad.

a) Acciones en el ámbito de la salud

En el artículo 11 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se señala que los Estados partes deberán adoptar “todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales” (Naciones Unidas, 2006). Por tanto, los Estados deben garantizar que se adopten todas las medidas necesarias para evitar que las personas con discapacidad contraigan el COVID-19 y, si ya se han contagiado, que cuenten con acceso expedito a los sistemas de salud necesarios para su atención.

En este contexto, tanto en CEPAL (2022a y 2021b) como en Meresman y Ullmann (2020) se afirma que la mayoría de los países implementaron dos medidas básicas de accesibilidad. Una de ellas fue asegurar que la información relevante, particularmente en los informes epidemiológicos oficiales, se proporcionara en formatos accesibles, considerando la utilización de intérpretes de lengua de señas y subtulado o versiones simplificadas y con componentes iconográficos. Así la información esencial estuvo disponible para las personas con discapacidad y sus familias, aunque la rapidez con que esto se implementó no fue igual en todos los países. La segunda hace referencia a que las campañas que aportaron información sobre la forma de prevenir la transmisión del COVID-19 y promovieron las medidas básicas para el cuidado se realizaron en casi todos los casos utilizando diversos medios (televisión, radio, Internet y prensa escrita) y modalidades accesibles para personas con determinada discapacidad (principalmente, lengua de señas). Asimismo, los centros de salud familiar a escala local han distribuido información sintética y clara dirigida a las personas con discapacidad psicosocial. Por otra parte, diversas organizaciones sociales en Colombia, Costa Rica, el Ecuador, El Salvador, México, el Paraguay y el Uruguay han puesto en práctica medidas de precaución atendiendo a la particularidad de las discapacidades; por ejemplo, han fabricado mascarillas en que aparece un texto para avisar que la persona tiene una discapacidad, y han elaborado y difundido material especialmente destinado a la población con discapacidad, en formatos accesibles, que contiene instrucciones para la prevención, contención y mitigación del COVID-19.

En el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que se refiere al derecho a la salud, así como en el artículo 28, sobre el nivel de vida adecuado y la protección social, se refuerza la importancia de que los Estados redoblen las medidas y acciones para asegurar un acceso en condiciones de igualdad a los programas de protección social y para que las personas puedan gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad (Naciones Unidas, 2006). El Objetivo 3 de los ODS (salud y bienestar) va en esta misma línea, pues se refiere a “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”. En este sentido, entre las acciones que han implementado los países en materia de salud, se incluyen, en el caso de la Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, México, Panamá y

el Uruguay, servicios de interpretación en lengua de señas para entregar apoyo a quienes necesitaban garantizar la continuidad de prestaciones básicas, requerían aclarar dudas o buscaban información sobre los servicios disponibles y las modalidades de acceso (CEPAL, 2021b; Meresman y Ullmann, 2020)⁵⁵. A las personas que prestan apoyo se las ha eximido de cumplir las restricciones referentes a desplazamiento y distanciamiento físico para que puedan asistir a las personas con discapacidad (CEPAL, 2021b). Se han creado redes de apoyo comunitario y se han reclutado voluntarios que apoyan a las personas con discapacidad y a las personas mayores en sus compras de alimentos y de otros productos. La sociedad civil llevó adelante iniciativas de apoyo para ofrecer alternativas de cuidado y atención a personas con discapacidad que lo necesitaban para mantener sus rutinas diarias, en la Argentina, Colombia, Cuba, el Ecuador y el Uruguay, entre otros países (CEPAL, 2021b; Meresman y Ullmann, 2020). Por otra parte, varios países de la región implementaron mecanismos parciales o graduales de excepción para las personas con discapacidad y sus familias. De esta manera, en la Argentina, Chile, Costa Rica, el Ecuador, Panamá y el Uruguay se pusieron en práctica medidas para flexibilizar las restricciones, permitiendo que los asistentes de personas con discapacidad pudieran continuar realizando sus tareas. Durante los períodos largos de confinamiento y cuarentena se facilitó que las familias que tuvieran hijos o hijas con trastorno del espectro autista y otras discapacidades psicosociales pudieran realizar paseos breves y otras actividades al aire libre para favorecer el bienestar de quienes a menudo son extremadamente dependientes de sus rutinas diarias (CEPAL, 2021b; Meresman y Ullmann, 2020).

Con respecto al proceso de vacunación contra el COVID-19, las personas con discapacidad han estado en los grupos prioritarios y en la mayoría de los países se les ha considerado en las primeras fases de vacunación (CEPAL, 2022a). Sigue siendo fundamental que se garantice que la implementación de los planes de vacunación sea inclusiva, que se consideren las diferencias y se diseñen protocolos ajustados a la población con discapacidad (CEPAL, 2022a). Se debe asegurar la participación de las personas con discapacidad durante todo el proceso de vacunación y en la toma de decisiones para evitar situaciones de discriminación o exclusión. Es necesario garantizar que la información sobre las vacunas sea accesible, considerando los diversos tipos de discapacidad, así como también la adecuación y los ajustes razonables necesarios para la accesibilidad de los centros de vacunación (CEPAL, 2022a). Finalmente, se debe avanzar en los registros estadísticos y de seguimiento de las vacunas desagregados por tipo de discapacidad, a fin de que en el futuro se conozca tanto la aceptación como la cobertura del proceso de vacunación de esta población (CEPAL, 2022a).

b) Acciones en el ámbito de la protección social

Respecto de las medidas de protección social, es necesario tener en cuenta el artículo 28 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que trata del nivel de vida adecuado y la protección social, así como las medidas prioritarias 1 y 77 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo y el Objetivo 1 de los ODS (fin de la pobreza), particularmente la meta 1.3, que se refiere a la implementación de sistemas y medidas apropiados de protección social para todos. Meresman y Ullmann (2020) señalan que un número importante de países de la región anunciaron transferencias monetarias de emergencia; sin embargo, no fue posible reconocer en qué medida la población con discapacidad había sido efectivamente considerada y tampoco se observan sistemáticamente adaptaciones y ajustes para que dicha población pudiera acceder a la información sobre estos beneficios.

Con todo, en la Argentina, las Bahamas, Barbados, Bolivia (Estado Plurinacional de), el Brasil, Chile, Colombia, el Ecuador, México, el Paraguay, el Perú, Saint Kitts y Nevis y Suriname se implementaron mecanismos de transferencias monetarias tanto por medio de aumentos, anticipos y ampliación de los beneficios preexistentes como a través de bonos, vales de alimentación, productos de higiene y partidas para otros gastos extraordinarios, que en algunos casos se aplicaron por única vez, mientras que en otros se entregaron de manera reiterada por varios meses. Estas medidas fueron acompañadas por acciones dirigidas a brindar a la población con discapacidad acceso a consultas e información a través de mensajes de WhatsApp y mediante Internet (CEPAL, 2022a;

⁵⁵ Si bien se destaca la lengua de señas como medida principal de accesibilidad, es necesario considerar que la accesibilidad implica otras facetas además de la lengua de señas; por ejemplo, medidas para mejorar los formatos visuales y la información táctil. Es necesario considerar también el contenido, que debe entregar información sintética y conceptos clave destacados y diferenciados.

Meresman y Ullmann, 2020; Knox-Vydmanov, Cote y Wodsak, 2021). Se registró también la entrega de productos de primera necesidad (alimentos, medicamentos y artículos de higiene) a las personas con discapacidad en Chile, Costa Rica, Guatemala y el Uruguay por medio de campañas de cooperación con empresas privadas que se sumaron a la respuesta ante la emergencia (Meresman y Ullmann, 2020).

c) Acciones en el ámbito del empleo

En el artículo 27 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se aborda el tema del trabajo y el empleo, y se reconoce el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; se afirma que “ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad” (Naciones Unidas, 2006). Por tanto, los Estados deben crear las condiciones para que las personas con discapacidad que trabajan puedan seguir realizando estas actividades con los mayores resguardos posibles. Durante 2020 y 2021, algunos países implementaron algunas medidas de respuesta a la crítica situación que enfrentaba la población a causa de la pérdida de fuentes de empleo y la caída de las actividades económicas. Sin embargo, en estas medidas no siempre se incluyó a las personas con discapacidad. Meresman y Ullmann (2020, pág. 44) mencionan que “en la Argentina, el Ecuador y México se ha buscado incluir a la población con discapacidad en las respuestas implementadas y hacer accesibles las herramientas disponibles para no empeorar su situación.” En estos países las medidas estuvieron dirigidas a incorporar a los trabajadores con discapacidad aportando ayudas económicas mensuales para subsidiar su salario, emitir directrices para que las personas con discapacidad pudieran continuar realizando teletrabajo y exhortar a las empresas e instituciones a implementar el teletrabajo como modalidad para las personas con discapacidad. Se incluyó a los trabajadores con discapacidad en las medidas tomadas para todas las personas trabajadoras en caso de quedar desempleadas, manteniendo el acceso a salud, el ahorro previsional, el subsidio familiar y el acceso a servicios de intermediación y capacitación laboral.

d) Acciones en el ámbito educativo

En el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que se refiere a la educación, se establece que se debe asegurar “un sistema de educación inclusivo a todos los niveles” y se dice que una de las razones para ello es “hacer posible que las personas con discapacidad participen de manera efectiva en una sociedad libre” (Naciones Unidas, 2006, pág. 15). Por otra parte, en el Objetivo 4 de los ODS (educación de calidad), que se refiere a “garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos”, se establecen diversas metas en las que se considera a las personas con discapacidad y se destaca el acceso a espacios físicos escolares inclusivos y la elaboración de materiales educativos para todos y todas. Una preocupación en este sentido es que los estudiantes con discapacidad no se queden atrás ni fuera de los sistemas educativos debido a la pandemia, pues esto podría poner en peligro los avances que tanto ha costado conseguir en materia de educación inclusiva e integral. En directa relación con lo ya mencionado está la medida prioritaria 9 del Consenso de Montevideo, que se refiere a la necesidad de invertir en “políticas públicas específicas y condiciones diferenciales de acceso, especialmente en la educación pública, universal, laica, intercultural, libre de discriminación, gratuita y de calidad”.

Desde el inicio de la pandemia las recomendaciones internacionales han promovido la continuidad del vínculo educativo con los niños, niñas y adolescentes que tienen más probabilidades de desvincularse, y agotar los medios posibles para favorecer la continuidad del aprendizaje (CEPAL/UNESCO, 2020). Esto adquiere mayor relevancia en el caso de estudiantes con discapacidad, en el que es necesario reducir al máximo las barreras que pueden encontrar, intentando evaluar caso a caso la necesidad de apoyo para dar continuidad a los estudios y realizar las adaptaciones necesarias. Es muy importante que estos estudiantes no pierdan el vínculo con sus ámbitos educativos formales, para que no queden excluidos debido a la ausencia de apoyos técnicos y ajustes razonables (CEPAL/UNESCO, 2020). A mediano y largo plazo también surge otro desafío: evitar que, con el objetivo de simplificar la accesibilidad, se deje a los estudiantes con discapacidad recluidos en sus casas recibiendo solo educación a distancia. La mayor riqueza de los lugares educativos inclusivos son las relaciones

que se generan entre todos los estudiantes, y los vínculos entre ellos, sus profesores y la comunidad educativa: esto no solo mejora la condición del estudiante con discapacidad, sino que enriquece las relaciones de todos. En las medidas y acciones que se implementen a corto y mediano plazo se deben considerar la protección y la garantía de los derechos de la infancia, así como los derechos de los niños y las niñas con discapacidad y los de protección social de las familias que tienen hijos con discapacidad (CEPAL, 2021b).

Entre las medidas de ajustes razonables implementadas en algunos países, se registra la participación de intérpretes de lengua de señas en las propuestas educativas a distancia, muchas veces a través de teleconsultas. Si bien no es posible cuantificar su disponibilidad o valorar el número de consultas realizadas, se trata de prácticas importantes y relativamente frecuentes. En la Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, el Brasil, México, Guatemala y el Perú se emprendieron acciones de capacitación docente relacionadas con los estudiantes con discapacidad (Meresman y Ullmann, 2020). Por otra parte, en la Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, el Ecuador, El Salvador, México y el Perú, la televisión y la radio fueron incorporadas como herramientas en la educación a distancia, integrando modalidades accesibles y en algunos casos adaptaciones curriculares de sus propuestas pedagógicas.

Bibliografía

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2021), "Los pueblos indígenas y la recuperación de la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Informe del Relator Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas, José Francisco Calí Tzay" (A/HRC/48/54), Nueva York, agosto [en línea] <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G21/217/15/PDF/G2121715.pdf?OpenElement>.
- ____ (2020a), "COVID-19 y los derechos de las personas con discapacidad: directrices," Ginebra, abril [en línea] https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities_SP.pdf.
- ____ (2020b), "Declaración Conjunta: Personas con Discapacidad y COVID-19 por el Presidente del Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en representación del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Enviada Especial del Secretario General de Naciones Unidas sobre Discapacidad y Accesibilidad" [en línea] <https://www.ohchr.org/es/statements/2020/04/joint-statement-persons-disabilities-and-covid-19-chair-united-nations-committee>.
- ____ (2020c), "La discriminación racial en el contexto de la crisis del COVID-19" [en línea] https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Racism/COVID-19_and_Racial_Discrimination_ES.pdf.
- ACNUR (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados) (s/fa), "Coronavirus: vacunación," ACNUR Brasil [en línea] <https://help.unhcr.org/brazil/es/coronavirus-3/coronavirus-vacunacion-2/> [fecha de consulta 17 de diciembre de 2021].
- ____ (s/fb), "Coronavirus: ayuda financiera de emergencia," ACNUR Brasil [en línea] <https://help.unhcr.org/brazil/es/coronavirus-3/coronavirus-auxilio-financiero-emergencial/> [fecha de consulta: 17 de diciembre de 2021].
- Agudelo, C. (2021), "Afrodescendientes, de la crisis estructural a la pandemia de COVID-19," *Revista Controversia*, N° 216 [en línea] <https://doi.org/10.54118/controver.vi216.1223>.
- Alva de la Selva, R. (2015), "Los nuevos rostros de la desigualdad en el siglo XXI: la brecha digital," *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, vol. 60, N° 223 [en línea] [http://dx.doi.org/10.1016/S0185-1918\(15\)72138-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0185-1918(15)72138-0).
- APIB (Articulación de los Pueblos Indígenas de Brasil) (2022), "Panorama general de COVID-19 dentro de la población indígena" [en línea] <http://emergenciaindigena.apiboficial.org/es/dados-covid-19/>.
- Araujo Guimarães, N. (2019), "Os circuitos do cuidado. Reflexões a partir do caso brasileiro," Universidad de São Paulo.
- Araujo, N. A. y P. P. F. Vieira (2020), "As 'ajudas': o cuidado que não diz seu nome," *Estudos Avançados*, vol. 34, N° 98.
- Araujo, R. y E. Sarmiento (2021), "Latin America, COVID-19 and forced migration: perspectives on movements, epidemiological walls, and gloomy images," *Estudos Históricos*, vol. 34, N° 73.
- Arellano, O., J. Escudero y L. Moreno (2008), "Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES," *Medicina Social*, vol. 3, N° 4.
- Arenas de Mesa, A. (2020), "Los sistemas de pensiones en América Latina: institucionalidad, gasto público y sostenibilidad financiera en tiempos del COVID-19," *serie Macroeconomía del Desarrollo*, N° 212 (LC/TS.2020/99), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ayoubkhani, D. y M. Bosworth (2021), "Updated estimates of coronavirus (COVID-19) related deaths by disability status, England: 24 January to 20 November 2020" [en línea] <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/coronaviruscovid19relateddeathsbydisabilitystatusenglandandwales/24januaryto20november2020>.

- Azevedo, J. y otros (2020), "Simulating the potential impacts of COVID-19 school closures on schooling and learning outcomes: a set of global estimates," *Policy Research Working Paper*, N° 9284, Washington, D. C., Banco Mundial, junio [en línea] <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33945>.
- Banco Mundial (2020), *Inclusión social en Uruguay*, Washington, D. C. [en línea] <https://www.gub.uy/agencia-uruguay-cooperacion-internacional/comunicacion/publicaciones/inclusion-social-uruguay-2020>.
- Batthyány, K. (2010), "Envejecimiento, cuidados y género en América Latina", documento presentado en el Seminario Internacional "Experiencias internacionales y propuestas para consolidar la red nacional de cuidado de las personas adultas mayores en Costa Rica" San José, 22 y 23 de noviembre.
- Bautista, J. (2013), "El derecho humano al agua y al saneamiento frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)", *Documentos de Proyectos* (LC/W.536), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- Bello, L. (2021), "Venezuela: indígenas aislados, grupos ilegales y COVID-19", *Debates Indígenas*, 1 de julio [en línea] <https://debatesindigenas.org/notas/119-venezuela-indigenas-aislados-grupos-ilegales.html>.
- Blumenshine, P. y otros (2008), "Pandemic influenza planning in the United States from a health disparities perspective," *Emerging Infectious Diseases*, vol. 14, N° 5.
- Cabieses, B. (2020), "Encuesta sobre COVID-19 a poblaciones migrantes internacionales en Chile: informe de resultados completo", Santiago, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM), Universidad del Desarrollo [en línea] <http://repositorio.udd.cl/handle/11447/3267>.
- Cabieses, B., M. Bernal y A. McIntyre (2017), *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*, Santiago, Universidad del Desarrollo [en línea] https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf.
- Calvo, R. y otros (2021), "Desarrollo de indicadores de pobreza energética en América Latina y el Caribe", *serie Recursos Naturales y Desarrollo*, N° 207 (LC/TS.2021/104), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Camargo, D. y S. López-Zamora (2021), "La persona con discapacidad y su protección jurídica en época de pandemia en Colombia", *Opinión Jurídica*, vol. 20, N° 42, mayo [en línea] <https://doi.org/10.22395/ojum.v20n42a8>.
- Casalí, P., O. Cetrángolo y A. Pino (2021), "Protección social en América Latina y el Caribe en tiempos de pandemia", *Nota Técnica Regional. Panorama Laboral en tiempos de la COVID-19*, Organización Internacional del Trabajo (OIT), octubre [en línea] https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-americas/-ro-lima/documents/publication/wcms_759164.pdf.
- Del Castillo, B. (2021), "Las trabas de los migrantes para acceder a la vacuna contra el COVID-19", *La Tercera*, 30 de abril.
- CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) (s/f), "Personas con discapacidad" [en línea] <https://www.cdc.gov/ncbddd/humandevlopment/covid-19/people-with-disabilities-sp.html>.
- ____ (2009), "Understanding and interpreting disability as measured using the WG short set of questions", 20 de abril [en línea] http://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/meeting8/interpreting_disability.pdf.
- Cecchini, S. (comp.) (2019), *Protección social universal en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2006-2019* (LC/M.2019/5), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago.
- Centro de Estudios MINEDUC (2021), "Efectos de la suspensión de clases presenciales en contexto de pandemia por COVID-19", *Evidencias*, vol. 52 [en línea] <https://bibliotecadigital.mineduc.cl/handle/20.500.12365/17238>.
- ____ (2020), *Impacto del COVID-19 en los resultados de aprendizaje y escolaridad en Chile: análisis con base en herramienta de simulación proporcionada por el banco mundial*, Ministerio de Educación [en línea] https://www.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/19/2020/08/EstudioMineduc_bancomundial.pdf.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022a), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago.
- ____ (2022b), *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe, 2021* (LC/PUB.2022/1-P), Santiago.
- ____ (2021a), "Los matrimonios y uniones infantiles, tempranos y forzados: prácticas nocivas profundizadoras de la desigualdad de género en América Latina y el Caribe", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2021/186), Santiago, diciembre.
- ____ (2021b), "Personas con discapacidad y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19: que nadie se quede atrás", *Informes COVID-19*, Santiago, enero.
- ____ (2021c), *Panorama Social de América Latina, 2020* (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago.
- ____ (2021d), *Observatorio Demográfico, 2020* (LC/PUB.2020/20-P), Santiago.
- ____ (2021e), "Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina", *Informes COVID-19*, Santiago.
- ____ (2021f), "La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad", *Informe Especial COVID-19*, N° 9, Santiago.
- ____ (2020a), "Personas con discapacidad ante la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en América Latina y el Caribe: situación y orientaciones", *Informes COVID-19*, Santiago, abril.
- ____ (2020b), "Dimensionar los efectos del COVID-19 para pensar en la reactivación", *Informe Especial COVID-19*, N° 2, Santiago, abril.

- ___(2020c), “La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe”, *Informes COVID-19*, Santiago, abril.
- ___(2020d), “El desafío social en tiempos del COVID-19”, *Informe Especial COVID-19*, N° 3, Santiago, mayo.
- ___(2020e), “Los efectos del COVID 19: una oportunidad para reafirmar la centralidad de los derechos humanos de las personas migrantes en el desarrollo sostenible”, *Informes COVID-19*, Santiago, noviembre.
- ___(2020f), *Los pueblos indígenas de América Latina – Abya Yala y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: tensiones y desafíos desde una perspectiva territorial* (LC/TS.2020/47), Santiago.
- ___(2020g), “El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/171), Santiago.
- ___(2020h), *Informe sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)* (LC/TS.2020/45), Santiago.
- ___(2020i), “América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: efectos económicos y sociales”, *Informe Especial COVID-19*, N° 1, Santiago, abril.
- ___(2020j), “Desafíos para la protección de las personas mayores y sus derechos frente a la pandemia de COVID-19”, *Informes COVID-19*, Santiago, diciembre.
- ___(2020k), *Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres*, Santiago, diciembre.
- ___(2020l), *Enfrentar la violencia contra las mujeres y las niñas durante y después de la pandemia de COVID-19 requiere financiamiento, respuesta, prevención y recopilación de datos*, Santiago, noviembre.
- ___(2019a), “Aspectos conceptuales de los censos de población y vivienda: desafíos para la definición de contenidos incluyentes en la ronda 2020”, *serie Seminarios y Conferencias*, N° 94 (LC/TS.2019/67), Santiago.
- ___(2019b), *Primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (LC/CRPD.3/6), Santiago.
- ___(2019c), *Informe de avance cuatrienal sobre el progreso y los desafíos regionales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe* (LC/FDS.3/3/Rev.1), Santiago.
- ___(2019d), *Panorama Social de América Latina, 2018* (LC/PUB.2019/3-P), Santiago.
- ___(2019e), “Tendencias recientes de la población de América Latina y el Caribe”, Santiago, julio [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/dia_mundial_de_la_poblacion_2019.pdf.
- ___(2019f), *Panorama Social de América Latina, 2019* (LC/PUB.2019/22-P/Re v.1), Santiago.
- ___(2018a), *Panorama Social de América Latina, 2017* (LC/PUB.2018/1-P), Santiago.
- ___(2018b), *Hacia una agenda regional de desarrollo social inclusivo: bases y propuesta inicial* (LC/MDS.2/2), Santiago.
- ___(2017a), “Situación de las personas afrodescendientes en América Latina y desafíos de políticas para la garantía de sus derechos”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2017/121) Santiago.
- ___(2017b), *Panorama Social de América Latina, 2016* (LC/PUB.2017/12-P), Santiago.
- ___(2017c), *Informe de la Cuarta Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento y Derechos de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, Asunción, 27 a 30 de junio de 2017* (LC/CRE.4/4), Santiago.
- ___(2016a), *La matriz de la desigualdad social en América Latina* (LC/G.2690(MDS.1/2)), Santiago.
- ___(2016b), *Desarrollo social inclusivo: una nueva generación de políticas para superar la pobreza y reducir la desigualdad en América Latina y el Caribe* (LC/L/4056/Rev.1), Santiago.
- ___(2014a), *Informe regional sobre la medición de la discapacidad: una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe* (LC/L.3860(CE.13/3)), Santiago.
- ___(2014b), *Los pueblos indígenas en América Latina: avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos* (LC/L.3902), Santiago, noviembre.
- ___(2013a), *Panorama Social de América Latina, 2012* (LC/G.2557-P), Santiago.
- ___(2013b), *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (LC/L.3697), Santiago.
- ___(2013c), “Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos”, *Documentos de Proyectos* (LC/N.558), Santiago.
- ___(2012a), *Población, territorio y desarrollo sostenible* (LC/L.3474(CER.2/3), Santiago.
- ___(2012b), *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe* (LC/G.2537), Santiago, mayo.
- ___(2010), *La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir* (LC/G.2432 (SES.33/3)), Santiago.
- CEPAL/OEI (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2020), “Educación, juventud y trabajo: habilidades y competencias necesarias en un contexto cambiante”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/116), Santiago.
- CEPAL/OIT (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo) (2020a), “La pandemia por COVID-19 podría incrementar el trabajo infantil en América Latina”, *Nota Técnica*, N°1, Santiago.

- ____ (2020b), "La dinámica laboral en una crisis de características inéditas: desafíos de política," *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 23 (LC/TS.2020/128), Santiago.
- ____ (2020c), "El trabajo en tiempos de pandemia: desafíos frente a la enfermedad por coronavirus (COVID-19)," *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 22 (LC/TS.2020/46), Santiago.
- CEPAL/ONU-Mujeres (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres) (2020), *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*, Santiago, agosto.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (2021), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social," *Informe COVID-19 CEPAL-OPS*, Santiago, octubre.
- ____ (2020), "Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe," *Informe COVID-19 CEPAL-OPS*, Santiago, julio.
- CEPAL/UNESCO (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2020), "La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19," *Informe COVID-19 CEPAL-UNESCO*, Santiago, agosto.
- CEPAL/UNFPA (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2020), *Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión* (LC/PUB.2020/14), Santiago.
- CEPAL/UNICEF (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2020), *Protección social para familias con niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: un imperativo frente a los impactos del COVID-19*, Santiago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y otros (2020), "El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva," *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2020/171), Santiago, diciembre.
- Chávez, V. (2021), "México inicia vacunación contra COVID a migrantes que cruzan por el país," *El Financiero*, 20 de septiembre [en línea] <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/2021/09/20/mexico-inicia-vacunacion-contra-covid-a-migrantes-que-cruzan-por-el-pais/>.
- CIDH (Comisión Interamericana de Derechos Humanos) (2021), *Situación de derechos humanos en Brasil*, Washington, D. C.
- ____ (2020), "Pandemia y derechos humanos en las Américas," *Resolución*, N° 1/2020, Washington, D.C., abril [en línea] <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>.
- ____ (2019), *Situación de los derechos humanos de los pueblos indígenas y tribales de la Panamazonía*, Washington, D. C.
- ____ (2017), *Hacia una política integral de protección a personas defensoras de derechos humanos*, Washington, D. C., diciembre.
- ____ (2015), *Criminalización de defensoras y defensores de derechos humanos*, Washington, D. C., diciembre.
- ____ (2011), *Segundo informe sobre la situación de las defensoras y defensores de los derechos humanos en las Américas*, Washington, D. C.
- ____ (2006), *Informe sobre la situación de las defensoras y defensores de los derechos humanos en las Américas* [en línea] <http://www.cidh.org/countryrep/Defensores/defensoresindice.htm>.
- CIIR (Centro de Estudios Interculturales e Indígenas) (2021), "Incidencia del COVID-19 en pueblos indígenas y afrodescendiente de Chile," *Boletín*, N° 7 de octubre [en línea] <http://www.ciir.cl/ciir/wp-content/uploads/2021/04/Boletin-covid-octubre-2021-1.pdf>.
- CIM (Comisión Interamericana de Mujeres) (2020), *COVID-19 en la vida de las mujeres: razones para reconocer los impactos diferenciados*, Documentos oficiales (OEA/Ser.L/II.6.25), Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos (SG/OEA).
- CIMI (Consejo Indigenista Misionero) (2021), *Relatório. Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil: Dados de 2020* [en línea] <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2021/11/relatorio-violencia-povos-indigenas-2020-cimi.pdf>.
- CLSS (Coordinadora de Lucha Sur Sur) (2021), *Informe de agresiones y violaciones a los Derechos Humanos contra los pueblos originarios en la Zona Sur de Costa Rica*, enero-diciembre 2020 [en línea] <https://ia801008.us.archive.org/13/items/informe-CLSS/informe-CLSS.pdf>.
- CNOA (Conferencia Nacional de Organizaciones Afrocolombianas) (2020), "Directrices para responder al COVID 19 para el pueblo y comunidades afrodescendientes en Colombia" [en línea] <https://convergenciagnoa.org/directrices-para-responder-alcovid-19-para-el-pueblo-y-comunidades-afrodescendientes-en-colombia/>.
- COICA (Coordinadora de las Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica) (2020), "Crisis multidimensional de la pandemia COVID 19 para los Pueblos Indígenas Amazónicos Transfronterizos en Colombia, Ecuador y Perú" [en línea], <https://www.amazonfrontlines.org/chronicles/crisis-multidimensional-de-la-pandemia-covid-19-para-los-pueblos-indigenas-amazonicos-transfronterizos-en-colombia-ecuador-y-peru/#sdfootnote6sym>.
- Comité/Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP y AEPap (2021), *COVID -19 en Pediatría: valoración crítica de la evidencia*, 31 de marzo.

- CONAMUNE (Coordinadora Nacional de Mujeres Negras) (2021), *Diagnóstico de la situación socioeconómica de las mujeres afroecuatorianas en el territorio ancestral de Imbabura y Carchi*, Quito, marzo [en línea] <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/quito/17548.pdf>.
- Crouse Quinn, S. y otros (2011), "Racial disparities in exposure, susceptibility, and access to health care in the US H1N1 influenza pandemic," *American Journal of Public Health*, vol. 101, N° 2.
- Cultural Survival (2020), "COVID-19 y las radios comunitarias indígenas," Cambridge, 27 de mayo [en línea] <https://www.culturalsurvival.org/news/covid-19-y-las-radios-comunitarias-indigenas>.
- D'Angelo, C. (2021), "Situación del embarazo adolescente en Chile: cifras e impacto de la pandemia. Semana Andina de Prevención del Embarazo Adolescente," 22 de septiembre [en línea] <https://diprece.minsal.cl/minsal-a-traves-de-su-programa-nacional-de-salud-integral-de-adolescentes-y-jovenes-conmemora-la-semana-andina-y-latinoamericana-para-la-prevencion-del-embarazo-adolescente-2021/>.
- Del Popolo, F. (ed.) (2017), *Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): desafíos para la igualdad en la diversidad*, Libros de la CEPAL, N° 151 (LC/PUB.2017/26), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Del Popolo, F. y M. Rangel (2011), *Juventud afrodescendiente en América Latina: realidades diversas y derechos (in)cumplidos*, Ciudad de Panamá, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- De Souza, E. B. (2021), "Territórios quilombolas e identidade," *Kwanissa: Revista de Estudos Africanos e Afro-Brasileiros*, vol. 4, N° 10 [en línea] <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/kwanissa/article/view/17407>.
- EFE (2021a), "VACUNAS para migrantes indocumentados y otras claves de la COVID en América" [en línea] <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/vacunas-para-migrantes-indocumentados-y-otras-claves-de-la-covid-en-america/20000013-4648461>.
- _____(2021b), "Corte IDH ordena a Panamá incluir a migrantes en la vacunación contra la COVID," SWI swissinfo.ch [en línea] https://www.swissinfo.ch/spa/panam%C3%A1-d-humanos_corteidh-ordena-a-panam%C3%A1-incluir-a-migrantes-en-la-vacunaci%C3%B3n-contra-la-covid/46822142.
- Espelt, A. y otros (2016), "La vigilancia de los determinantes sociales de la salud," *Gaceta Sanitaria*, vol. 30.
- Estarque, M. (2020), "Medios indígenas en América Latina intensifican los esfuerzos para llevar información sobre COVID-19 a comunidades y salvar vidas," Austin, Universidad de Texas en Austin, 9 de julio [en línea] <https://latamjournalismreview.org/es/articulos/medios-indigenas-en-america-latina-intensifican-los-esfuerzos-para-llevar-informacion-sobre-covid-19-a-comunidades-y-salvar-vidas/>.
- Faur, E. (2014), *El cuidado infantil en el siglo XXI: mujeres malabaristas en una sociedad desigual*, Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- Fernandes, D. y otros (2021), "Migración y vulnerabilidad: efectos del COVID-19 en la inserción laboral de los inmigrantes internacionales en el Brasil en 2020," *Notas de Población* N° 112 (LC/PUB.2021/7-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ferraro, K. F. y T. P. Shippee (2009), "Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin?," *The Gerontologist*, vol. 49, N° 3.
- Ferreira, A. P. de S., C. L. Szwarcwald y G. N. Damascena (2019), "Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013," *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol. 22.
- FILAC/FIAY (Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe/Foro Indígena de Abya Yala) (2021), *Pueblos indígenas y vacunación contra COVID-19* [en línea] <https://www.filac.org/wp-content/uploads/2021/06/informe-acceso-a-vacunasTP.pdf>.
- Filmer, D. y otros (2020), "Deon Filmer, Halsey Rogers, Noam Angrist, Shwetlena Sabarwal, Learning-adjusted years of schooling (LAYS): Defining a new macro measure of education," *Economics of Education Review*, vol. 77 [en línea] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272775719300263>.
- FITH (Federación Internacional de Trabajadores del Hogar) (2021), *Fuertes y unidas enfrentando la pandemia: impacto del COVID-19 en las trabajadoras del hogar en América Latina*, marzo.
- FJEDD (Fundación para la Justicia y el Estado Democrático de Derecho) y otros (2020), *Informe sobre los efectos de la pandemia de covid-19 en las personas migrantes y refugiadas: violaciones a derechos humanos documentadas por organizaciones defensoras y albergues en México*, Ciudad de México.
- Flecha, X. (2020), "Escenarios de migración interna de pueblos indígenas en tiempos de pandemia: la coyuntura del COVID-19 en Chiapas, México" [en línea] <https://migracion.nexos.com.mx/2020/05/escenarios-de-migracion-interna-de-pueblos-indigenas-en-tiempos-de-pandemia-la-coyuntura-del-covid-19-en-chiapas-mexico/>.
- García, S. (2020), "COVID-19 y educación primaria y secundaria: repercusiones de la crisis e implicaciones de política pública para América Latina y el Caribe," *COVID-19 Serie de Documentos de Política Pública* [en línea] <https://www.unicef.org/lac/media/16851/file/CD19-PDS-Number19-UNICEF-Educacion-ES.pdf>.
- Gleason, J. y otros (2021), "The Devastating Impact of Covid-19 on Individuals with Intellectual Disabilities in the United States," NEJM Group, Massachusetts Medical Society.

- Global Witness (2020), *Defender el mañana: crisis climática y amenazas contra las personas defensoras de la tierra y del medio ambiente* [en línea] <https://www.globalwitness.org/en/campaigns/environmental-activists/defending-tomorrow/>.
- ____ (2019), *¿Enemigos del Estado? De cómo los gobiernos y las empresas silencian a las personas defensoras de la tierra y del medio ambiente*, Londres, julio.
- ____ (2017), *Defender la tierra: asesinatos globales de defensores/as de la tierra y el medio ambiente en 2016*, Londres.
- ____ (2015), *En terreno peligroso*, Londres.
- Gobierno de Colombia (2022), “Casos positivos de COVID-19 en Colombia” [en línea] <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Casos-positivos-de-COVID-19-en-Colombia/gt2j-8ykr/data>.
- Gobierno de Costa Rica (2021), “Organizaciones indígenas de Talamanca venden con éxito su producción de plátano a través del PAI” [en línea] <https://www.presidencia.go.cr/comunicados/2021/08/organizaciones-indigenas-de-talamanca-venden-con-exito-su-produccion-de-platano-a-traves-del-pai/>.
- Gobierno del Ecuador (2020), *Protocolo con pertinencia intercultural para la prevención y atención de la COVID-19 en pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubios del Ecuador*, agosto.
- Gobierno de México (2021), *Política nacional rectora de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Documento rector* [en línea], http://vacunacovid.gob.mx/wordpress/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.28-PNVx_COVID-1.pdf.
- Gobierno de México y otros (s/f), *Estimaciones del Impacto de la Pandemia de la COVID-19 en la salud sexual y reproductiva en México. UNFPA MÉXICO, UNFPA LACRO y SGCONAPO* [en línea] <https://lac.unfpa.org/es/resources/estimaciones-del-impacto-de-la-pandemia-de-la-covid-19-en-la-salud-sexual-y-reproductiva>.
- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2021), “La población extranjera podrá inscribirse en la campaña de vacunación bonaerense”; 11 de mayo [en línea] https://www.gba.gob.ar/jefatura/noticias/la_poblaci%C3%B3n_extranjera_podr%C3%A1_inscribirse_en_la_campa%C3%B1a_de_vacunaci%C3%B3n_bonaerense.
- Gobierno del Perú (2021), “Directiva administrativa N° 313 – MINSA/2021/DGIESP orientaciones para la conformación y funcionamiento de los comandos COVID-19 indígena o afrodescendiente” [en línea] <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1815587/Directiva%20Administrativa%20N%C2%B0313-MINSA-2021-DGIESP%20.pdf>.
- González, A. (2021), “Integración de los derechos humanos de las personas con discapacidad en los planes de recuperación COVID-19. Análisis de situación” [en línea] <https://uruguay.un.org/sites/default/files/2021-05/Derechos%20PcD%20pandemia%20AGonzalez%20R1P3%2030Abr21.pdf>.
- González, D. y M. Stang (2014), “Las personas con discapacidad en América Latina a 20 años de los consensos de El Cairo: la necesidad de información para políticas y programas”; *Notas de Población*, vol. 41, N° 99 (LC/G.2628-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Gornick, J. C. y M. K. Meyers (2009), “Institutions that support gender equality in parenthood and employment”; *Gender Equality: Transforming Family Divisions of Labor*, The Real Utopias Project.
- Grupo de Trabajo sobre Juventud de la Plataforma de Colaboración Regional para América Latina y el Caribe (2021), *Encuesta de las Naciones Unidas sobre Juventudes de América Latina y el Caribe dentro del Contexto de la Pandemia del COVID-19* (LC/TS.2021/68), Santiago, Naciones Unidas.
- Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas (2021), “Women’s and girls’ sexual and reproductive health rights in crisis” (A/HRC/47/38), abril.
- Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad (2017), *The Washington Group Short Set on Functioning: Question Specifications*, Washington, D.C., 23 de octubre [en línea] <https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Documents/Events/17/WG-Document-4-The-Washington-Group-Short-Set-on-Functioning-Question-Specifications.pdf>.
- GTI PIACI (Grupo de Trabajo Internacional sobre Pueblos Indígenas en Situación de Aislamiento y Contacto Inicial en la Amazonía y en el Gran Chaco) (2020), “Recomendaciones urgentes de COVID-19 con respecto a los pueblos indígenas que viven en aislamiento voluntario” [en línea] <https://www.landslife.org/recomendaciones-urgentes-de-covid-19-con-respecto-a-los-pueblos-indigenas-que-viven-en-aislamiento-voluntario-510/>.
- Gualberto, A. (2021), “Comunidades remanescientes de quilombo no Brasil: Resistência continua a ser a palavra!”, Fundação Heinrich Böll Stiftung [en línea] <https://br.boell.org/pt-br/2021/03/01/comunidades-remanescientes-de-quilombo-no-brasil-resistencia-continua-ser-palavra>.
- Guijarro, C. y otros (2021), “Differential risk for COVID-19 in the first wave of the disease among Spaniards and migrants from different areas of the world living in Spain”, *Revista Clínica Española*, vol. 221, N° 5.
- Guimarães, N. A. (2019), “Os circuitos do cuidado. Reflexões a partir do caso brasileiro”, documento presentado en el Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA), Boston, 24 al 27 de mayo.
- Guimarães, N. A. y P. Vieira (2020), “As ‘ajudas’: o cuidado que não diz seu nome”, *Estudos Avançados*, vol. 34, N° 98.
- Hansson, E. y otros (2020), “Stora skillnader i överdödlighet våren 2020 utifrån födelseland”, *Lakartidningen*, vol. 117.
- Hillis, S. y otros (2021), “Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modelling study”, *The Lancet*, vol. 398, N° 10298.

- Huancollo, M. (2020), “400 mujeres explican en aymara y quechua los riesgos y medidas por COVID-19”, *La Razón*, La Paz, 10 de abril.
- Huenchuan, S. (2020), *El derecho a la vida y la salud de las personas mayores en el marco de la pandemia por COVID-19* (LC/MEX/TS.2020/9), Ciudad de México, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (ed.) (2018), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos*, Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- HRW (Human Rights Watch) (2021), *Líderes desprotegidos y comunidades indefensas Asesinatos de defensores de derechos humanos en zonas remotas de Colombia* [en línea] https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2021/02/colombia0221sp_web.pdf.
- IBGE (Instituto Brasileño de Geografía y Estadística) (2020), *Educação 2019. PNAD Contínua*, Río de Janeiro.
- Ikotun, O., A. Akhigbe y S. Okunade (2021), “Sustainability of borders in a post-COVID-19 world”, *Politikon*, vol. 48, N° 2.
- iMMAP/USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) (2021), *COVID-19. Análisis de situación tipo de crisis: epidemia. Colombia* [en línea] https://immap.org/wp-content/uploads/20210629_SitAn_COVID_Colombia_May.pdf.
- Indseth, T. y otros (2021), “COVID-19 among immigrants in Norway, notified infections, related hospitalizations and associated mortality: A register-based study”, *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 49, N° 1.
- Isaza, J. (2021), *El impacto de la COVID-19 en las mujeres trabajadoras de Colombia*, Bogotá, Organización Internacional del Trabajo (OIT)/Oficina de la OIT para los Países Andinos.
- IWGIA (Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas) (2021), “El Mundo Indígena 2021: Brasil” [en línea] <https://www.iwgia.org/es/brasil/4121-mi-2021-brasil.html>.
- IWGIA/OIT (Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas/Organización Internacional del Trabajo) (2020), *Efectos de la COVID-19 en las comunidades indígenas: una mirada desde el Navegador Indígena* [en línea] https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-gender/documents/publication/wcms_757582.pdf.
- Joseph, G. (2020), “Evaluación social y consulta rápida sobre los impactos y prioridades de la población afro-panameña, en relación con COVID-19”, inédito.
- Knox-Vydmanov, C., A. Cote and V. Wodsak (2021), *Social Protection Responses to the COVID-19 Crisis for Persons with Disabilities. Synthesis Paper*, Organización Internacional del Trabajo (OIT)/ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)/Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNPRPD).
- Kumar, S. y otros (2012), “The impact of workplace policies and other social factors on self-reported influenza-like illness incidence during the 2009 H1N1 pandemic”, *American Journal of Public Health*, vol. 102, N° 1, enero.
- Lado B (2020), “Radios comunitarias: información COVID-19 en lenguas indígenas”, Ciudad de México, 27 de julio [en línea] <https://www.ladobe.com.mx/2020/07/radios-comunitarias-informacion-covid-19-enlenguas-indigenas/>.
- MAAP (Proyecto Monitoreo de la Amazonía Andina) (2021), “MAAP #136: deforestación en la Amazonía 2020” [en línea] <https://maaproject.org/2021/amazon-2020/>.
- Martínez Pizarro, J. (2020), “El Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular: ¿hacia dónde vamos?” *Revista Migración y Desarrollo*, vol. 18, N° 35.
- McCabe, L. y otros (2021), *Supporting social connectedness for older people during the pandemic – what role can technology play?*, Stirling University.
- Meléndez, R. (2019), “Las políticas públicas en materia de discapacidad en América Latina y su garantía de acceso a una educación inclusiva de calidad”, *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, vol. 19, N° 2, San José, Universidad de Costa Rica (UCR).
- Meresman, S. y H. Ullmann (2020), “COVID-19 y las personas con discapacidad en América Latina: mitigar el impacto y proteger derechos para asegurar la inclusión hoy y mañana”, *serie Políticas Sociales*, N° 237 (LC/TS.2020/122), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ministerio de Agricultura, Ganadería y Pesca de la Argentina (2020), “Resolución 138/2020. RESOL-2020-138-APN-MAGYP que crea el Programa de Asistencia Crítica y Directa para la Agricultura Familiar, Campesina e Indígena” [en línea] <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/230907/20200619>.
- Ministerio de Salud de la Argentina (2020), *Plan Estratégico para la vacunación contra la COVID-19 en la República Argentina* [en línea] <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/coronavirus-vacuna-plan-estrategico-vacunacion-covid-19-diciembre-2020.pdf>.
- Ministerio de Salud del Brasil (2022), “Mortalidade de idosos no Brasil em 2000, 2009 e 2019”, *Boletim Epidemiológico*, vol. 53, N° 02.
- (2021a), “Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19- PNO” [en línea] <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19/view>.
- (2021b), “Informe Epidemiológico. Doença por Coronavírus (COVID-19) em populações indígenas”, *Semana Epidemiológica (SE)*, vol. 51, 12 a 25 de diciembre.

- Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia (2021), *Plan Nacional para la Vacunación contra el Coronavirus COVID-19* [en línea] <https://oiss.org/wp-content/uploads/2021/04/PLAN-DE-VACUNA-COVID19.pdf>.
- Ministerio de Salud de Chile (2021), *Plan de vacunación contra Sars-Cov-2* [en línea] http://www.sociedad-iih.cl/COVID_19/Plan_vacunacion_SARS_CoV2.pdf.
- Ministerio de Salud de Colombia (2021), *Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19* [en línea] <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/pnv-contra-covid-19.pdf>.
- ____ (2020), “Lineamientos para la prevención, detección y manejo de casos de coronavirus (COVID-19) para población étnica en Colombia” [en línea] <https://www.minsalud.gov.co/RID/asif13-poblacion-etnica-covid-19-t.pdf>.
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2021), *LS-SS-013. Lineamientos sobre la vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19* [en línea] https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/ls_ss_013_lineamientos_vacunacion_contra_SARS_CoV2_05072021.pdf.
- ____ (2020), *Recomendaciones para la prevención del COVID-19 en población afrodescendiente*, San José, 13 de abril.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2021), *Plan Nacional de Vacunación e Inmunización contra el COVID-19. “Plan Vacunarse”* [en línea] <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/05/01-Plan-nacional-de-vacunacion-e-inmunicizacion-contra-el-COVID-19-Ecuador-2021-1.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2021), *Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. República de Guatemala* [en línea] <https://guatemala.gob.gt/wp-content/uploads/2021/02/Plan-Nacional-de-Vacunacio%CC%81n-COVID-19-y-Anexos-r.pdf>.
- Ministerio de la Presidencia de Panamá (2021), “Gobierno Nacional presenta Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19” [en línea] <https://www.presidencia.gob.pa/Noticias/Gobierno-Nacional-presenta-Plan-Nacional-de-Vacunacion-contra-el-COVID-19>.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay (2021), *Lineamientos técnicos y operativos de Vacunación contra COVID-19* [en línea] <https://www.vacunate.gov.py/public/xdocumentos/LineamientotcnicyoperativodeVacunacincontraelCOVID-19.pdf>.
- Ministerio de Salud del Perú (2021), *Documento técnico. Plan Nacional actualizado de vacunación contra la COVID-19* [en línea] <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1805113/Plan%20Nacional%20Actualizado%20contra%20la%20COVID-19.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2021), *Plan Estratégico de Vacunación contra COVID-19* [en línea] <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/plan-estrategico-vacunacion-contra-covid-19>.
- Ministerio del Poder Popular para la Educación de la República Bolivariana de Venezuela (2020), *Plan Pedagógico y de Protección “Una Familia una Escuela”* [en línea] https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/default/files/ressources/venezuela_planpedagogicomppe15mar.pdf.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela (2021), *Plan Nacional para la introducción y despliegue de la vacuna contra COVID-19. República Bolivariana de Venezuela* [en línea] <https://www.comezu.com/wp-content/uploads/2021/05/Plan-Nacional-Vacunacio%CC%81n-COVID-19.pdf>.
- Ministerio del Trabajo de Colombia (2021), *Resolución conjunta N° 01447 del 14 de julio 2021* [en línea] https://santarosadecabalrisaralda.micolombiadigital.gov.co/sites/santarosadecabalrisaralda/content/files/000706/35293_res-01447-de-2021-indigenas-2172021.pdf.
- Ministerio de Salud/Ministerio de Educación/Ministerio de Desarrollo Social (2020a), *Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. Informe Bimestral de Monitoreo, abril-mayo 2020* [en línea] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_enia_-_informe_bimestral_abril-mayo_-_monitoreo.pdf.
- ____ (2020b), *Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia. Informe Anual de Monitoreo año 2020* [en línea] <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-anual-de-monitoreo-ano-2020>.
- Mukumbang, F. C. (2021), “Pervasive systemic drivers underpin COVID-19 vulnerabilities in migrants,” *International Journal for Equity in Health*, vol. 20, N° 1 [en línea] <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01487-2>.
- Muniz, B. y otros (2021), “Brasil registra duas vezes mais pessoas brancas vacinadas que negras,” *Publica* [en línea] <https://apublica.org/2021/03/brasil-registra-duas-vezes-mais-pessoas-brancas-vacinadas-que-negras/#Link3>.
- Naciones Unidas (2021a), “Derechos de los pueblos indígenas en América Latina y el Caribe en el marco de las medidas excepcionales adoptadas durante la pandemia: Nota de la Secretaría” (E/C.19/2021/9), Nueva York.
- ____ (2021b), *Promoción y protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los africanos y los afrodescendientes frente al uso excesivo de la fuerza y otras violaciones de los derechos humanos por agentes del orden. Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (A/HRC/47/53)*, Nueva York.
- ____ (2020a), “Derechos de los pueblos indígenas: Nota del Secretario General” (A/75/185), Nueva York.
- ____ (2020b), *Informe: el impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe*, julio [en línea] https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_covid_lac_spanish.pdf.
- ____ (2020c), *Plan de Respuesta Humanitaria COVID-19 Honduras*, mayo.
- ____ (2020d), *Plan de Respuesta Humanitaria COVID-19 Ecuador*, abril.
- ____ (2020e), *Informe de políticas: los efectos de la COVID-19 en las personas de edad* [en línea] https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_spanish.pdf.
- ____ (2020f), *COVID-19, racismo sistémico y protestas mundiales. Informe del Grupo de Trabajo de Expertos sobre los Afrodescendientes (A/HRC/45/44)*, Nueva York.

- ___ (2020g), *Formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia. Nota de la Secretaría (A/75/329)*, Nueva York.
- ___ (2020h), "17 Objetivos para transformar nuestro mundo", Nueva York [en línea] <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>.
- ___ (2020i), *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women*, 9 abril.
- ___ (2020j), "Programa de actividades del Decenio Internacional para los Afrodescendientes. Informe del Secretario General", Nueva York [en línea] <https://undocs.org/es/A/75/363>.
- ___ (2019a), *Situación de las defensoras de derechos humanos: informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos de derechos humanos (A/HRC/40/60)*, Nueva York, enero.
- ___ (2019b), "World Population Prospects 2019" [base de datos en línea] <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population>.
- ___ (2019c), "Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular" (A/RES/73/195), enero.
- ___ (2018), *Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de los pueblos indígenas (A/HRC/39/17)*, Nueva York, agosto.
- ___ (2015), *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (A/RES/70/1)*, Nueva York.
- ___ (2009), *Realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para las personas con discapacidad mediante la aplicación del Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Informe del Secretario General (A/64/180)*, Nueva York.
- ___ (2006), "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad" (A/RES/61/106), Nueva York.
- ___ (2003), *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, New York.
- Nugroho, D. y otros (2021), "It's not too late to act on early learning: understanding and recovering from the impact of pre-primary education closures during COVID-19", *Innocenti Research Briefs* [en línea] <https://www.unicef-irc.org/publications/1213-its-not-too-late-to-act-on-early-learning.html>.
- OCHA (Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios) (2020), *Plan de Acción Triple Frontera: Colombia, Brasil y Perú*, agosto [en línea] https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/plan_de_accion_triple_frontera.pdf.
- OEA (Organización de los Estados Americanos) (2020), *Guía práctica de respuestas inclusivas y con enfoque de derechos ante el COVID-19 en las Américas*, Washington, D.C.
- ___ (2015), *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* [en línea] http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2021), *Hacer del trabajo doméstico un trabajo decente. Avances y perspectivas una década después de la adopción del Convenio sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos, 2011 (núm. 189)* [en línea] https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/-protrav/-travail/documents/publication/wcms_802556.pdf.
- ___ (2020a), "La COVID-19 y el mundo del trabajo: un enfoque en los pueblos indígenas y tribales", *Nota Informativa de la OIT*, Ginebra, mayo [en línea] https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/documents/publication/wcms_746902.pdf.
- ___ (2020b), "Nadie se queda atrás, ni ahora, ni nunca: personas con discapacidad en la réplica al COVID-19", Ginebra, abril [en línea] https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_emp/-ifp_skills/documents/publication/wcms_741305.pdf.
- ___ (2020c), "La COVID-19 y los trabajadores de los cuidados a domicilio y en instituciones", *Nota informativa sectorial de la OIT*, Ginebra, octubre [en línea] https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_dialogue/-sector/documents/briefingnote/wcms_762077.pdf.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) y otros (2020), "Respuesta inclusiva de protección social a la crisis del COVID-19: para las personas con discapacidad", Ginebra [en línea] <https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?id=56039>.
- Olaya, A. (2021), "El papel de la medicina tradicional y las estrategias comunitarias en la lucha contra la COVID19", *Salud Pública y WASH* [en línea] https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/117860/1/RMF_67_06.pdf.
- OMCT/FIDH (Organización Mundial Contra la Tortura/Federación Internacional por los Derechos Humanos) (2021), *Perú: Socavando derechos. La defensa de los derechos humanos obstaculizada por los intereses económicos* [en línea] <https://www.fidh.org/IMG/pdf/obs-peru-socavandoderechos-esp-250221-vf.pdf>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2021), *Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018: estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres: resumen* [en línea] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349589>.
- ___ (2020a), *Fortalecimiento de la preparación para la COVID-19 en las ciudades y otros entornos urbanos: orientaciones provisionales para las autoridades locales*, Ginebra.
- ___ (2020b), *Hoja de ruta del SAGE de la OMS para el establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la covid-19 en un contexto de suministros limitados* [en línea] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349807/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Prioritization-2021.1-spa.pdf>.

- ____ (2015), *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*, Ginebra.
- ____ (2011), *Informe Mundial sobre la Discapacidad. Resumen*, Ginebra.
- OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud) (2021), “Vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas” [en línea] https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion-es.asp.
- ____ (2020a), *Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19*, Ginebra.
- ____ (2020b), “Directora de la OPS advierte sobre interrupciones en servicios de salud esenciales debido a la COVID-19” [en línea] <https://www.paho.org/es/noticias/4-8-2020-directora-ops-advierte-sobre-interrupciones-servicios-salud-esenciales-debido>.
- ____ (2019), *Documento de orientación sobre migración y salud* <https://www.paho.org/es/documentos/documento-orientacion-sobre-migracion-salud>.
- ONIC (Organización Nacional Indígena de Colombia) (2021), *Segundo informe de seguimiento al Examen Periódico Universal EPU* [en línea] https://www.onic.org.co/images/pdf/EPU_-_%C3%9Altima_versi%C3%B3n.pdf.
- ONU-Mujeres (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres) (2020), “Mujeres en la política: 2020” [en línea] <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Women-in-politics-map-2020-es.pdf>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2021a), *El impacto de la COVID-19 en los pueblos indígenas de la Región de las Américas: perspectivas y oportunidades. Informe de la reunión regional de alto nivel*, 30 de octubre [en línea] https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53361/OPSEGCCOVID-19210001_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.
- ____ (2021b), “Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas” <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55557>.
- ____ (2020a), “Líderes mujeres llaman a integrar la salud mental en la respuesta al COVID-19” [en línea] <https://www.paho.org/es/noticias/17-7-2020-lideres-mujeres-llaman-integrar-salud-mental-respuesta-al-covid-19>.
- ____ (2020b), “Directora de la OPS advierte sobre interrupciones en servicios de salud esenciales debido a la COVID-19” [en línea] <https://www.paho.org/es/noticias/4-8-2020-directora-ops-advierte-sobre-interrupciones-servicios-salud-esenciales-debido>.
- Pautassi, L. (2011), “Educación, cuidado y derechos: propuestas de políticas públicas”, *Ser Social*, vol. 13, N° 29.
- Pautassi, L. y C. Zibecchi (2013), *Las fronteras del cuidado*, Buenos Aires, Biblos.
- Pérez, A. (2016), *Impacto de la discapacidad en el núcleo familiar*, Navarra, Universidad Pública de Navarra (UPNA).
- Perini, A. e I. Lara (eds.) (2021), “Acciones colaborativas ante el COVID-19 en América Latina”, *Experiencias de colaboración en primera voz. Gestión del COVID-19 en América Latina* [en línea] <https://colabora.lat/wp-content/uploads/2021/10/Colabora.Lat-Experiencias-de-colaboracio%CC%81n-en-primera-voz.-Gestio%CC%81n-del-covid-19-en-Ame%CC%81rica-Latina.pdf>.
- Pires, J. (2020), “Nota Pública Movimento Favelas na Luta”; GGN [en línea] <https://jornalggn.com.br/a-grande-crise/nota-publica-movimento-favelas-na-luta/>.
- PMA (Programa Mundial de Alimentos), (2021), *Respuestas de los programas de alimentación escolar al COVID-19 en América Latina y el Caribe*, Panamá, octubre.
- Prates, I. y otros (2021), “Desigualdades raciales e de género no mercado de trabalho em meio à pandemia”, *Afro Informativo Desigualdades raciais e COVID-19*, N° 7, Centro Brasileño de Análisis y Planificación (CEBRAP), febrero.
- Ramírez, J. A. G. y C. V. Álvarez (2013), “América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas”. *Revista de Salud Pública*, vol. 15, N° 5.
- Ramírez, T., V. Montes de Oca y J. C. Mendoza (2021), “Las personas LGBT+ durante la pandemia por COVID-19 en México”, *Revista Mexicana de Sociología*.
- Redondo, N. y otros (2020), “Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos”, *La implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe: avances y desafíos*, Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)/Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).
- Rico, M. N. (2011), “Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora”, *Las familias latinoamericanas interrogadas: hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*, serie Seminarios y Conferencias, N° 61 (LC/L.3296), M. N. Rico y C. Maldonado (eds.), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rico, M. y C. Robles (2016), “Políticas de cuidado en América Latina: forjando la igualdad”, *serie Asuntos de Género*, N° 140 (LC/L.4226), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), septiembre.
- Rodríguez, L. (2021), “Los retos y oportunidades de la educación secundaria en América Latina y el Caribe durante y después de la pandemia”, *Boletín Desafíos*, N° 24, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Secretaría de Educación Pública de México (2021), “Inicia Aprende en Casa III, Estrategia Radiofónica para Comunidades y Pueblos Indígenas” [en línea] <https://www.gob.mx/inea/es/articulos/inicia-aprende-en-casa-iii-estrategia-radiofonica-para-comunidades-y-pueblos-indigenas?idiom=es>.
- Secretaría de Salud de Honduras (2021), “Plan de Introducción de la Vacuna COVID-19 Honduras 2020-29-01-2021” [en línea] <http://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/plan-de-introduccion-de-la-vacuna-covid-19-honduras-2020-29-01-2021>.
- Secretaría Técnica Indígena de la Comisión Nacional de Territorios Indígenas (2021), *Etnocidio del liderazgo indígena en Colombia: efectos letales de la pandemia y el fracaso de la implementación del Acuerdo de Paz*, Bogotá.

- ___ (2020), *Impactos del COVID-19 en los derechos territoriales de los pueblos indígenas en Colombia*, Bogotá.
- Seusan, L. y R. Maradiegue (2020), *Educación en pausa: una generación de niños y niñas en América Latina y el Caribe está perdiendo la escolarización debido al COVID-19*, Panamá, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).
- Sinisterra, L. (2021), "Pacífico Task Force: un ecosistema de trabajo colaborativo ante la pandemia del COVID-19", *Experiencias de colaboración en primera voz. Gestión del COVID-19 en América Latina* [en línea] <https://colabora.lat/wp-content/uploads/2021/10/Colabora.Lat-Experiencias-de-colaboracio%CC%81n-en-primera-voz.-Gestio%CC%81n-del-covid-19-en-Ame%CC%81rica-Latina.pdf>.
- Stang, M. (2011), "Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real", *serie Población y Desarrollo*, N° 103 (LC/L.3315-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- Sunkel, G. y H. Ullmann (2019), "Las personas mayores en América Latina en la era digital: superación de la brecha digital", *Revista CEPAL*, N° 127 (LC/PUB.2019/6-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.
- SWI (2021), "Costa Rica abre la vacunación contra COVID-19 a migrantes irregulares", SWI swissinfo.ch, 18 de septiembre [en línea] https://www.swissinfo.ch/spa/coronavirus-costa-rica_costa-rica-abre-la-vacunaci%C3%B3n-contra-covid-19-a-migrantes-irregulares/46958414.
- Tirupathi, R. y otros (2020), "COVID-19 disparity among racial and ethnic minorities in the US: A cross sectional analysis", *Travel Medicine and Infectious Disease*, vol. 38, N° 101904 [en línea] <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101904>.
- Ullmann, H. y otros (2018), "Information and communications technologies for the inclusion and empowerment of persons with disabilities in Latin America and the Caribbean", *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2018/48), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), octubre.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) (2021a), "Interrupción y respuesta educativa" [en línea] <https://es.unesco.org/covid19/educationresponse>.
- ___ (2021b), *COVID-19 y vacunación en América Latina y el Caribe: desafíos, necesidades y oportunidades* [en línea] <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000378377>.
- ___ (2021c), *Regreso seguro a la escuela: una guía para la práctica* [en línea] <https://en.unesco.org/sites/default/files/regreso-seguro-a-la-escuela-guia-para-la-practica.pdf>.
- ___ (2021d), "Cien millones más de niños sin las competencias mínimas de lectura debido a la COVID-19 – La UNESCO reúne a los ministros de educación" [en línea] <https://es.unesco.org/news/cien-millones-mas-ninos-competencias-minimas-lectura-debido-covid-19-unesco-reune-ministros>.
- ___ (2020), *UNESCO COVID-19 education response: how many students are at risk of not returning to school? Advocacy paper*, París [en línea] <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373992>.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2021), "Impact of COVID-19 on Family Planning: What we know one year into the pandemic" [en línea] <https://www.unfpa.org/resources/impact-covid-19-family-planning-what-we-know-one-year-pandemic>.
- ___ (2020a), "Comunidades indígenas y afrohondureñas se unen para combatir la pandemia", Tegucigalpa, 11 de mayo [en línea] <https://www.unfpa.org/es/news/comunidades-ind%C3%ADgenas-y-afrohondure%C3%B1as-se-unen-para-combatir-lapandemia>.
- ___ (2020b), *Mapeo de Organizaciones Juveniles Afrodescendientes de América Latina y el Caribe*, agosto.
- UNFPA/CEPAL (Fondo de Población de las Naciones Unidas/Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022), *Las juventudes afrodescendientes en América Latina y la matriz de la desigualdad social: derechos, desigualdades y políticas*, Panamá.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2021a), *Impactos Primários e Secundários da COVID-19 em Crianças e Adolescentes Relatório de análise 3ª Rodada* [en línea] https://www.unicef.org/brazil/media/15136/file/relatorio_analise_impactos-primarios-e-secundarios-da-covid-19-em-criancas-e-adolescentes_terceira-rodada.pdf.
- ___ (2021b), *Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, Nueva York, octubre [en línea] <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>.
- ___ (2021c), *LACRO COVID-19. Respuesta educativa: update 31. Resumen 2021 anual: logros, desafíos & próximos pasos* [en línea] <https://www.unicef.org/lac/media/30461/file>.
- Valenzuela, M. E., M. L. Scuro e I. Vaca Trigo (2020), "Desigualdad, crisis de los cuidados y migración del trabajo doméstico remunerado en América Latina", *serie Asuntos de Género*, N° 158 (LC/TS.2020/179), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Villena, S. (2021), "COVID-19 en Costa Rica. "¡Cuidemos el Pura Vida!" Nacionalismo en escena, neoliberalismo tras bambalinas", *COVID-19 nuevas enfermedades, antiguos problemas en Centroamérica*, A. Arévalo, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO) [en línea] <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Nuevas-enfermedades-viejos-problemas.pdf>.
- Zapata, G. P. y V. Prieto Rosas (2020), "Structural and contingent inequalities: the impact of COVID-19 on migrant and refugee populations in South America", *Bulletin of Latin American Research*, vol. 39, N° S1.



CAPÍTULO



El impacto sociodemográfico del COVID-19 en el Caribe

- A. Personas mayores y personas que tienen enfermedades no transmisibles
- B. Niñas, niños, adolescentes y jóvenes
- C. Mujeres
- Bibliografía

En el Caribe se han observado muchas de las mismas repercusiones sanitarias, sociales y económicas que se han visto en América Latina como consecuencia de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19): ha habido olas de casos y muertes; la actividad empresarial y los viajes se han reducido; las escuelas han cerrado durante algunos períodos, y se ha restringido la interacción social. En esta sección del documento, se examinan algunos efectos sociodemográficos que ha habido en el Caribe y se hace hincapié en los que han incidido con más intensidad o de forma particularmente distinta al compararlos con lo que ha ocurrido en América Latina.

La incidencia del COVID-19 y la mortalidad relacionada han tenido una trayectoria bastante diferente en el Caribe. En el primer año de la pandemia, mientras que América Latina fue una de las regiones más afectadas del mundo, el número de casos per cápita y las tasas de mortalidad del Caribe se mantuvieron en general más bajos, más cercanos a la media mundial. Durante ese período, las medidas que adoptaron los Gobiernos caribeños, entre ellas los controles fronterizos —que se tradujeron en una disminución del turismo y otros viajes—, permitieron controlar la propagación del virus.

En 2021, no obstante, la incidencia del COVID-19 y el número de muertes causadas por la enfermedad empezaron a aumentar en el Caribe y, en agosto de ese año, las tasas de infección superaron las de América Latina. Durante la mayor parte del resto del año, las tasas de casos y de mortalidad en el Caribe fueron mucho más altas que las de América Latina (y estuvieron muy por encima de la media mundial). En la última parte del año, el COVID-19 causó de cuatro a siete muertes diarias por millón de habitantes en el Caribe (una tasa similar a la de América del Norte en ese período). En América Latina, por su parte, en diciembre de 2021 el número de muertes diarias había descendido hasta alcanzar un mínimo inferior a una muerte diaria por millón de habitantes.

Desde finales de 2021 hasta enero de 2022, la ola de casos de la variante ómicron hizo aumentar con rapidez la incidencia del virus en todo el mundo y se alcanzaron niveles que no tenían precedentes. En el Caribe, los casos superaron ampliamente el máximo que se había observado en septiembre de 2021, cuando había unos 320 casos diarios por millón de habitantes: a mediados de enero de 2022 se alcanzaron los 1.000. En América Latina, por su parte, durante la ola de la variante ómicron, la tasa fue de 700 casos diarios por millón de habitantes, y la media mundial, de unos 430. Debido a esta ola de infecciones, las tasas de mortalidad siguieron siendo altas en el Caribe en enero y la mayor parte de febrero de 2022. Sin embargo, el pico de casos transcurrió con relativa rapidez y la tasa de mortalidad descendió hasta llegar a ser inferior a 2 a principios de marzo de 2022, tanto en el Caribe como en América Latina (véase el subgráfico III.1A).

Gráfico III.1

Regiones y países seleccionados: muertes por COVID-19 y tasas de vacunación, 1 de marzo de 2020 a 10 de marzo de 2022

A. Muertes diarias por COVID-19 (por millón de habitantes)

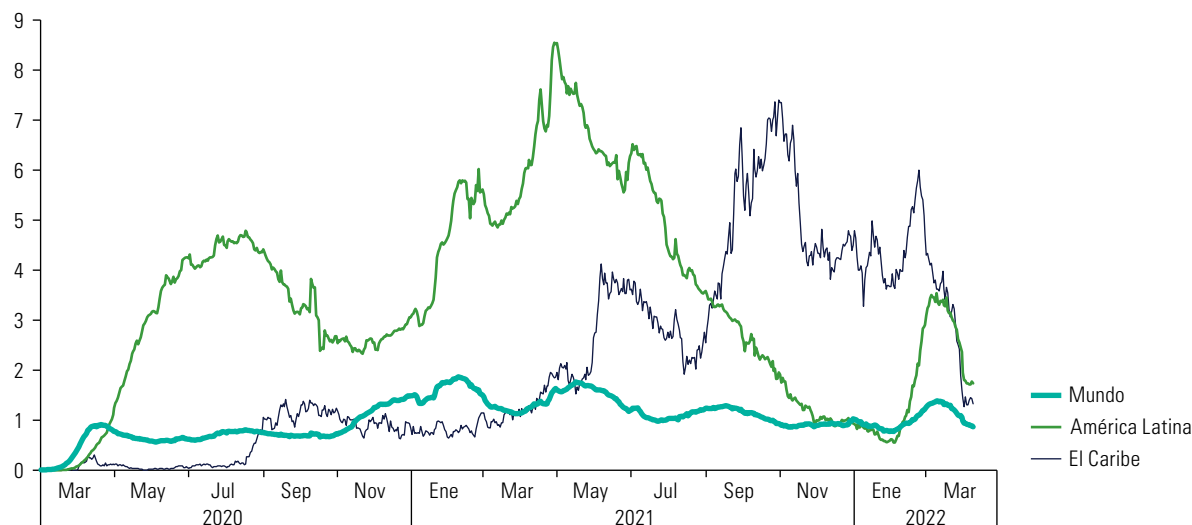
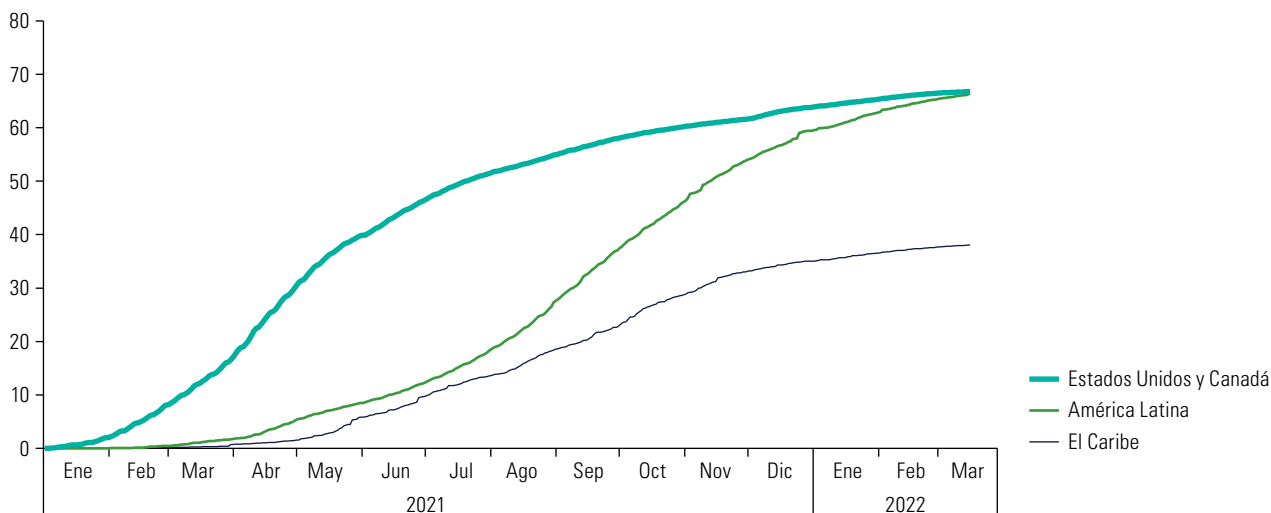


Gráfico III.1 (conclusión)

B. Población totalmente vacunada
(en porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de H. Ritchie y otros, “Coronavirus Pandemic (COVID-19)”, 2020 [en línea] <https://ourworldindata.org/coronavirus> y datos de la Universidad Johns Hopkins.

Nota: La estimación diaria de las muertes por COVID-19 en el Caribe (A) está basada en los datos de 21 países y territorios de dicha subregión (Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Curaçao, Dominica, Granada, Guyana, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, y Trinidad y Tabago), mientras que la estimación diaria del porcentaje de población totalmente vacunada (esquemas completos por cada 100 personas) (B) está basada en los datos de 22 países (los 21 países y territorios mencionados y San Martín).

El número de muertes causadas por el COVID-19 varía considerablemente de un país a otro. Los países y territorios del Caribe donde ha habido más cantidad de muertes han sido Trinidad y Tabago, Martinica, Guadalupe, Suriname y las Islas Vírgenes Británicas, todos ellos con más de 200 muertes por cada 100.000 habitantes (véase el subgráfico III.2A). Los territorios en que ha habido menos cantidad de muertes han sido Dominica, Saint Kitts y Nevis, Anguila, Montserrat y las Islas Caimán, todos ellos con menos de 90 muertes por cada 100.000 habitantes¹.

La vacunación ha sido más lenta en el Caribe que en América Latina y América del Norte. La tasa global de vacunación del Caribe es del 38%, frente al 66% de América Latina, el 67% de los Estados Unidos y el Canadá, y el 57% del mundo en general (véase el subgráfico III.1B)². Entre los países del Caribe, las tasas de vacunación van del 92% en las Islas Caimán al 22% en Jamaica (véase el subgráfico III.2B). La escasa vacunación ha contribuido a que desde septiembre de 2021 el número de muertes de la subregión sea alto en términos relativos. La tasa de mortalidad del Caribe, por ejemplo, fue similar a la de los Estados Unidos y el Canadá en la última parte de 2021, aunque la tasa de casos de COVID-19 era significativamente mayor en América del Norte.

Durante el primer semestre de 2021, tanto en los países del Caribe como en los de América Latina hubo dificultades para obtener una cantidad suficiente de vacunas contra el COVID-19. En la región se depende en gran medida de la importación de medicamentos y de las materias primas necesarias para diseñar tecnologías de salud, y en los países de ingresos altos se acaparó la oferta de vacunas, que era relativamente escasa (CEPAL/OPS, 2021). En la pugna por un suministro finito, a los pequeños Estados insulares en desarrollo les resultó particularmente difícil conseguir dosis de vacunas. En algunos territorios de ultramar se pudo poner en marcha el programa de vacunación con mayor rapidez porque se consiguieron vacunas con la ayuda de los Países Bajos, el Reino Unido o los Estados Unidos.

¹ Al 21 de marzo de 2022.

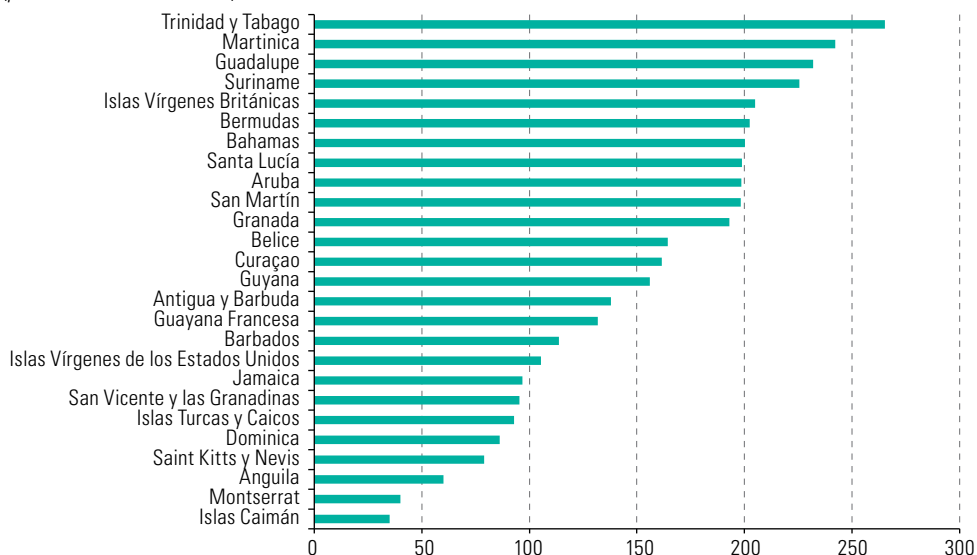
² Al 10 de marzo de 2022.

Gráfico III.2

El Caribe (26 países y territorios): muertes por COVID-19 y tasas de vacunación, hasta el 21 de marzo de 2022

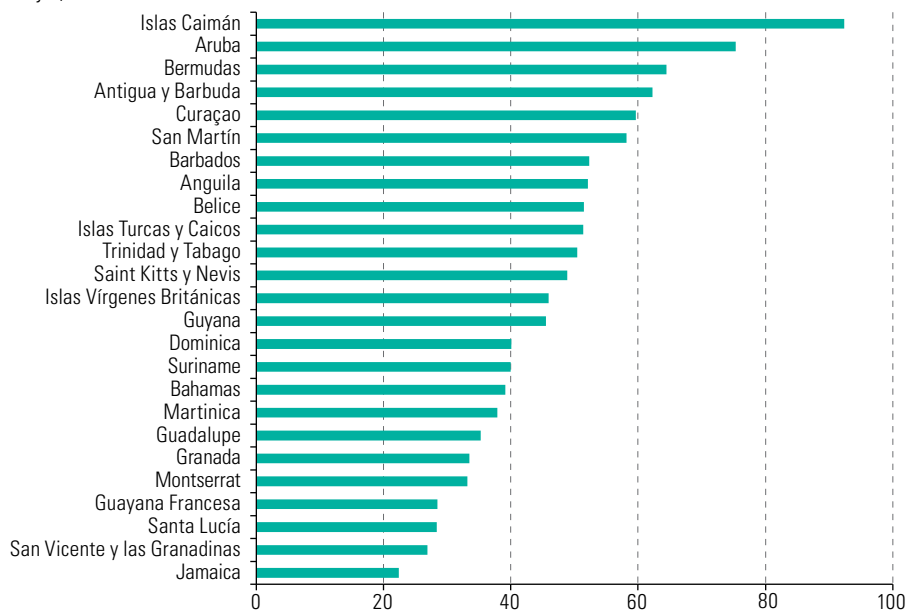
A. Número total de muertes por COVID-19

(por cada 100.000 habitantes)



B. Personas totalmente vacunadas

(en porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), “WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard” [en línea] <https://COVID-19.who.int/> y Organización Panamericana de la Salud (OPS), “Vacunación contra el COVID-19 en la región de las Américas” [en línea] https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion-es.asp [fecha de consulta: 22 de marzo de 2022].

Durante el segundo semestre de 2021, se hizo más patente que el hecho de que las personas fueran reneue a vacunarse estaba socavando los esfuerzos por inocular a la población. Cuando los gobiernos se plantearon imponer la vacunación, o cuando lo hicieron, como ocurrió en algunos casos en los que se estableció que la vacunación era obligatoria para determinados grupos de trabajadores, como los de la salud, esto provocó protestas, sobre todo en Guadalupe, Martinica, y San Vicente y las Granadinas. En varias ocasiones, en los países del Caribe se obtuvieron vacunas, pero luego estas no se pudieron utilizar en su totalidad debido a que una minoría considerable de la población no deseaba vacunarse. Cuando esto ocurrió, los países del Caribe se

donaron dosis de vacunas entre sí para tratar de minimizar el desperdicio. En Trinidad y Tabago, por ejemplo, en 2021 se recibieron vacunas donadas de Barbados, las Bermudas, Granada, y San Vicente y las Granadinas. A su vez, el país donó vacunas a las Bahamas, Dominica, Granada, y Saint Kitts y Nevis. A pesar de estos esfuerzos, entre agosto y octubre de 2021, hubo decenas de miles de dosis que caducaron antes de que pudieran administrarse (Naciones Unidas, 2021a).

En octubre y noviembre de 2021, se realizó un estudio para entender mejor los motivos por los que las personas eran renuentes a vacunarse (CADRES/USAID/UNICEF, 2021). Los resultados confirmaron que aproximadamente un 38% de la población de los seis países caribeños donde se llevó a cabo la encuesta había optado por no vacunarse. Los encuestados dieron varios motivos para no hacerlo, como la preocupación por la seguridad de las vacunas, la posibilidad de que hubiera efectos secundarios a largo plazo, la falta de confianza en el gobierno o en las autoridades médicas, o el hecho de tener enfermedades preexistentes. Solo el 17% de los que habían optado por no vacunarse habían tomado esa decisión tras consultar a un médico. Cabe destacar que muchos de los que habían decidido no vacunarse estaban a favor de que se siguieran aplicando restricciones para controlar la pandemia, por lo que quienes son escépticos respecto de las vacunas no necesariamente desdeñan la amenaza que supone el virus. Esto proporciona al menos una base común y un punto de partida para abordar a quienes aún no han sido persuadidos de vacunarse. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) también llevó a cabo una encuesta sobre la renuencia frente a las vacunas contra el COVID-19 entre los trabajadores de la salud de 14 países del Caribe. Se halló que el 23% de esos trabajadores eran renuentes a vacunarse contra el COVID-19³, mientras que el 4% pretendía rechazar la vacuna por completo (OPS, 2021a)⁴.

Los funcionarios de salud pública deben conocer las actitudes del público frente a la vacunación, en particular los mensajes contra esta que circulan en las redes sociales, y responder con estrategias de comunicación que permitan contrarrestar la falta de confianza. Hay datos de algunos países desarrollados que indican que la renuencia a vacunarse ha disminuido durante la pandemia (ONS, 2021; Melbourne Institute, 2021), presumiblemente porque la gente ha podido ver con claridad la protección que estas proporcionan contra el COVID-19, lo que demuestra que las actitudes contrarias a las vacunas no son inmutables.

A. Personas mayores y personas que tienen enfermedades no transmisibles

Cuando el COVID-19 se propagó en los primeros meses de 2020, pronto se puso de manifiesto que las personas mayores y las que tenían enfermedades no transmisibles corrían un riesgo considerablemente mayor de enfermar de gravedad y morir. Para quienes contraen el virus, las enfermedades preexistentes y la edad son los principales factores que determinan la gravedad de la enfermedad y la mortalidad. La población del Caribe es un poco mayor que la de América Latina en lo que atañe a la edad: en la primera subregión, un 10,5% de las personas son mayores de 65 años, y en la segunda, un 8,9% (Naciones Unidas, 2019). En el Caribe también hay una carga de morbilidad relativamente elevada atribuible a las enfermedades no transmisibles, carga que es un 17% superior a la de América Latina (después de normalizar por edad)⁵. La diferencia es más clara cuando se trata de las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades renales, y, en menor medida, las neoplasias (véase el gráfico III.3).

³ Se consideró que el encuestado aceptaba la vacuna si indicaba que estaba de acuerdo con la siguiente afirmación: "Si se ofrece una vacuna contra el COVID-19, pretendo vacunarme lo antes posible". Se consideró que quienes estaban en desacuerdo o muy en desacuerdo con esa afirmación eran renuentes a vacunarse contra el COVID-19.

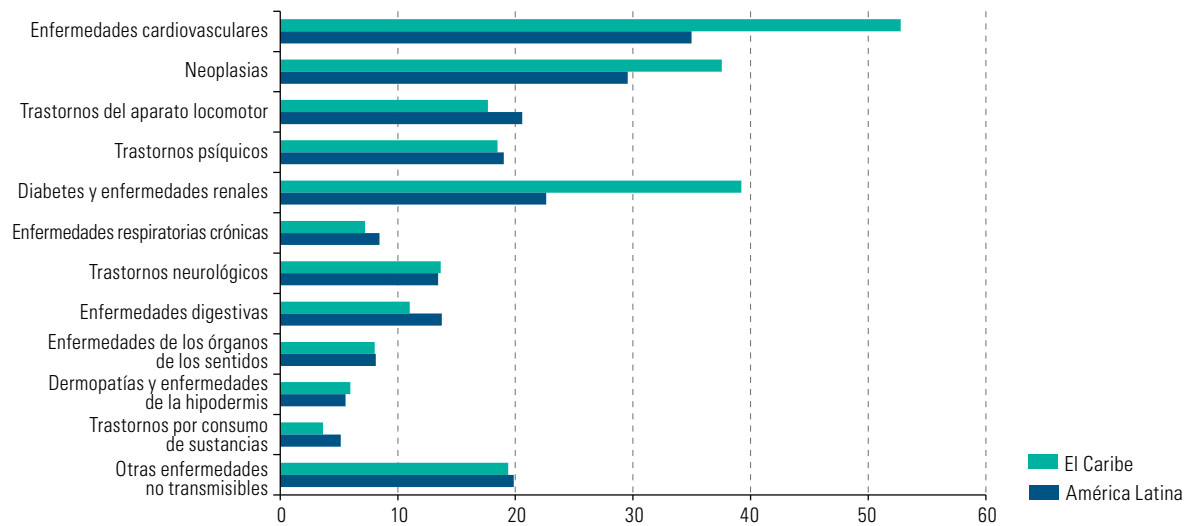
⁴ La renuencia a la vacunación suele estar relacionada con la falta de confianza en los gobiernos y se alimenta de la desinformación que circula en las redes sociales. Las encuestas de opinión indican que la confianza en las instituciones públicas ha disminuido en las últimas décadas, mientras que la confianza en todas las fuentes de noticias, incluidas las autoridades científicas, parece estar en su punto más bajo (Naciones Unidas, 2021b). Algunos estudios han demostrado la existencia de un vínculo entre las acciones de los activistas antivacunas (pocos de los cuales tienen formación médica) y las dudas de los ciudadanos sobre la seguridad de las vacunas (Lloyd Wilson y Wiysonge, 2020; Hernandez y otros, 2021).

⁵ La carga de morbilidad se midió empleando los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), una medida que se usa mucho con ese fin. Los AVAD se calculan como la suma de los años de vida perdidos (AVP) y los años vividos en condiciones de discapacidad (AVP), por lo que se puede considerar que representan un año perdido de vida sana. La medida se normaliza por edad.

Gráfico III.3

América Latina y el Caribe: años de vida ajustados en función de la discapacidad, por tipo de enfermedad no transmisible y subregión, 2019

(Tasa normalizada por edad cada 1.000 habitantes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de T. Vos y otros, *Global Burden of Disease Study 2019, The Lancet*, vol. 396, octubre de 2020.

Existen pruebas abrumadoras de que, una vez infectados por el virus, los pacientes que padecen ciertas enfermedades crónicas —como la diabetes, la hipertensión (y otras enfermedades cardiovasculares), y las afecciones respiratorias, renales o hepáticas— tienen una probabilidad mucho mayor que un paciente medio de que el desenlace clínico sea peor (es decir, de enfermar gravemente o morir) (Nikoloski y otros, 2021). Los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como la obesidad, el consumo de tabaco y alcohol, y la inactividad física, también están relacionados con un peor desenlace en los pacientes que contraen COVID-19 (OMS/PNUD, 2020; Bello, 2021). La obesidad, en particular, está estrechamente vinculada con la enfermedad grave y la mortalidad por COVID-19; en un estudio se halló que las personas cuyo índice de masa corporal era superior a 35 tenían una probabilidad siete veces mayor de enfermedad de gravedad (Simonnet y otros, 2020). El tabaquismo, por su parte, aumenta directamente la vulnerabilidad frente a las enfermedades infecciosas respiratorias (OMS/PNUD, 2020).

Se ha argumentado que los vínculos entre el COVID-19 y las enfermedades no transmisibles son tan estrechos que, en lugar de considerar que este es una pandemia, se debería considerar que es una “epidemia sinérgica” o “sindemia” (Horton, 2020). Una sindemia es un conjunto de afecciones de salud vinculadas, que interactúan sinérgicamente tanto en el plano biológico como en el social, y que son importantes a los efectos del pronóstico, el tratamiento y las políticas de salud (Singer y otros, 2017). El COVID-19 interactúa con una serie de enfermedades no transmisibles, así como con las desigualdades socioeconómicas, y ello conduce a diferentes niveles de susceptibilidad ante el virus. En la perspectiva sindémica se hace hincapié en la necesidad de tratar no solo el COVID-19, sino también las enfermedades no transmisibles preexistentes y los factores socioeconómicos.

En un estudio reciente de la CEPAL (Abdulkadri y otros, 2021) y en otro de la Healthy Caribbean Coalition (HCC, 2021), se ha subrayado la necesidad de renovar los esfuerzos por reducir la carga de enfermedades no transmisibles. En el informe de la CEPAL, se indica que el Caribe no está en camino de alcanzar la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que supone, de aquí a 2030, “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.” La HCC, por su parte, instó a que se estableciera una nueva agenda transformadora relativa a las enfermedades no transmisibles, y recomendó basarse en las intervenciones y programas existentes que se centran en la prevención durante toda la vida y en la atención sanitaria universal, así como en una mayor participación de la sociedad civil y en la mejora de los sistemas de información y comunicaciones.

Al igual que ocurrió con los sistemas de salud pública de América Latina, los del Caribe carecían de los recursos necesarios para responder a la crisis del COVID-19 (CEPAL, 2021 y 2022a). Los sistemas de salud pública están infrafinanciados y, en la mayoría de los países del Caribe, el gasto público en salud ha caído por debajo del umbral que se había acordado en la región (6% del PIB). Ese infrafinanciamiento impide que los sistemas de salud pública ofrezcan una atención primaria y secundaria integral a toda la población, y la atención terciaria se complica aún más por los retos que supone tratar enfermedades poco frecuentes y complejas en poblaciones insulares pequeñas. Estas limitaciones han afectado la respuesta de la salud pública a la pandemia. En Santa Lucía, cuando aumentaron las hospitalizaciones por COVID-19 en el transcurso de 2021, los hospitales informaron que había escasez de personal y de oxígeno; en Dominica, Granada, y San Vicente y las Granadinas hubo una escasez similar de materiales sanitarios que dificultó la prestación de servicios de salud (OPS, 2021b).

El escaso gasto público en salud está íntimamente relacionado con el hecho de que en los países de la región las personas deban abonar un gasto directo elevado, y esta es una importante fuente de desigualdad estructural en cuanto al acceso a los servicios de salud (CEPAL/OPS, 2020). La necesidad de abonar gastos directos para recibir tratamiento médico y obtener medicamentos aumenta el riesgo de empobrecimiento, sobre todo en el caso de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, que, en promedio, tienen peor salud y por ello más necesidad de recibir atención sanitaria.

Además, los sistemas de salud están desviando recursos para hacer frente a la pandemia, lo que inevitablemente incide en los servicios de prevención, atención y tratamiento de otras enfermedades, entre ellas las no transmisibles. El retraso en el diagnóstico y el tratamiento conlleva un peor desenlace clínico, y el hecho de que los ingresos de los pacientes se hayan reducido también los disuade de acudir a los servicios para recibir tratamiento. Por lo tanto, controlar la pandemia para minimizar su impacto en la salud significa no solo preocuparse por la enfermedad y la muerte que son directamente atribuibles al COVID-19, sino también procurar que la atención que se pone en la pandemia no conduzca a un aumento de la morbilidad y la mortalidad debidas a otras afecciones que no se detectan o no se tratan.

Debido a la fuerte presión a la que han estado sometidos los servicios públicos de salud, que carecen de recursos suficientes, las personas mayores podrían tener dificultades para acceder a tratamientos, ya sea en relación con el COVID-19 o con otras afecciones, y podrían ser objeto de discriminación por motivos de edad. Para quienes residen en centros de larga estancia, como las residencias de ancianos, las normas de prevención y control de contagios son una cuestión de vida o muerte. Si bien es cierto que la salud de las personas mayores depende de las políticas que restringen la circulación y el contacto físico, no se puede ignorar el impacto perjudicial que el aislamiento y la soledad tienen sobre ella y sobre el bienestar de estas personas. Ese impacto se debe mitigar siempre que sea posible, por ejemplo, mediante la tecnología. A más largo plazo, se deben resolver las debilidades estructurales que la pandemia de COVID-19 ha sacado a la luz, y para ello hay que universalizar los servicios de salud, brindar protección social y fortalecer los marcos jurídicos destinados a proteger los derechos humanos de las personas mayores. La pandemia de COVID-19 debe servir como una llamada de atención para volver a centrarse en la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles a los efectos de reducir la vulnerabilidad de la población a las enfermedades infecciosas, y mejorar la salud y el bienestar a largo plazo.

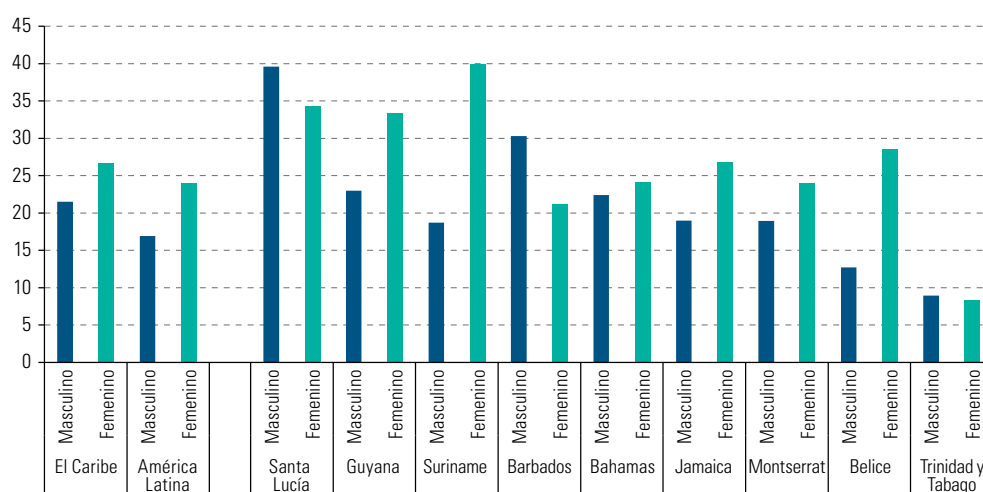
B. Niñas, niños, adolescentes y jóvenes

El trastorno social y económico producido por la pandemia ha tenido un impacto perjudicial en los jóvenes. Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en febrero de 2022 las escuelas estaban cerradas por completo en 7 de los 17 países del Caribe, parcialmente cerradas en 6 y totalmente abiertas en 4 (UNICEF, 2022). La mayoría de las escuelas del Caribe estuvieron cerradas durante los primeros meses de la pandemia. Desde septiembre de 2020, las escuelas han vuelto a abrir y a cerrar (de forma parcial o total) siempre que esto se ha considerado necesario para controlar las olas de contagios.

La transición de los jóvenes desde la educación o la formación hacia el trabajo, la pareja y la maternidad o paternidad se está viendo perjudicada por la perturbación de los sistemas educativos y otras redes de apoyo, y por la falta de oportunidades de trabajo decente. Estas perturbaciones inciden, a su vez, de forma negativa en el desarrollo del capital humano, la salud mental y el bienestar. Incluso antes de la pandemia, el desempleo juvenil era elevado en muchos países del Caribe y rondaba el 25% desde 2010 (Jones, Camarinhas y Gény, 2019). Esta tasa es elevada en comparación con las tasas internacionales y es alrededor de tres veces superior a la de los adultos. El desempleo juvenil es especialmente elevado en Guyana, Santa Lucía y Suriname (véase el gráfico III.4).

Gráfico III.4

América Latina (17 países) y el Caribe (9 países): tasas estimadas de desempleo juvenil (de 15 a 24 años), por sexo, 2016-2021
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Organización Internacional del Trabajo (OIT), ILOSTAT [base de datos en línea] <https://ilostat.ilo.org/es/>.

Nota: Las estimaciones relativas al Caribe son la media aritmética de los nueve países que aparecen en el gráfico. Las estimaciones correspondientes a América Latina son la media aritmética de 17 países, a saber: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, la República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

La tasa de desempleo es más alta entre los jóvenes de 15 a 19 años. La mayor parte de este grupo de edad está cursando algún tipo de educación o formación (ni empleado ni desempleado), pero la elevada tasa de desempleo entre los jóvenes que están en el mercado laboral es una razón más para animar a quienes integran ese grupo de edad, en particular a los varones, a continuar su educación. La tasa de desempleo entre los jóvenes de 20 a 24 años también es elevada, aunque no tanto como la de los de 15 a 19. En general, hay más desempleados del primer grupo que del segundo (porque es mucho más probable que los que pertenecen al primero participen en el mercado laboral). En un estudio de los países de la Organización de Estados del Caribe Oriental (OECS), por ejemplo, se halló que la tasa media de desempleo entre los jóvenes de 15 a 19 años era del 40% y, entre los de 20 a 24 años, del 22% (Comisión de la OECO/UNICEF, 2021). En el mismo estudio también se mostró que, entre todas las personas de 15 a 24 años, incluidas las que no participaban en el mercado laboral, una media del 14% estaban desempleadas, pero que, si se consideraba la categoría más amplia que abarca a las personas sin estudios, trabajo ni formación (ninis) (que no depende de si la persona está buscando trabajo), entonces el 22% de los jóvenes de 15 a 24 años entraban en esa categoría.

El surgimiento de la pandemia de COVID-19 ha dificultado aún más la incorporación de los jóvenes al mercado laboral. Las economías caribeñas se vieron gravemente afectadas, incluso más que las latinoamericanas, debido sobre todo a que dependen del sector turístico, donde se observó una pérdida generalizada de puestos de trabajo y medios de vida. En medio del declive económico, los empresarios son menos propensos a contratar personal nuevo y los jóvenes que buscan empleo se enfrentan a una gran escasez de oportunidades de trabajo decente.

Las encuestas de población activa que se han llevado a cabo desde el comienzo de la pandemia han mostrado que el desempleo juvenil aumentó desde que esta se inició en marzo de 2020. Sobre la base de las estimaciones nacionales, el desempleo juvenil en Jamaica aumentó del 20,2% en julio de 2019 al 30,4% en julio de 2020 (aunque en julio de 2021 había disminuido al 23,9%); en Belice, la tasa aumentó del 21,4% en septiembre de 2019 al 23,0% en septiembre de 2020; en Santa Lucía, por su parte, tras haber disminuido del 41,0% al 31,6% entre 2015 y 2019, la tasa aumentó al 34,4% en el segundo trimestre de 2020 y al 42,0% en el segundo trimestre de 2021⁶.

El elevado desempleo juvenil y la falta de trabajo decente dificultan la plena independencia de los jóvenes y lleva a que muchos de ellos dependan de sus familiares durante un largo período. Las oportunidades de empleo para los jóvenes caribeños se encuentran sobre todo en trabajos que requieren escasa cualificación. Los costos sociales y económicos de esta situación son elevados: marginación, exclusión, migración, privaciones y una gran incidencia de delitos. Para ayudar a los jóvenes a encontrar caminos que les permitan superar la pandemia, hay que adoptar medidas destinadas a mejorar la calidad del aprendizaje y la formación (ya sea presencial o a distancia), ofrecerles oportunidades de trabajo decente, y proteger la salud mental y el bienestar.

La pandemia también está afectando al acceso de los jóvenes a los servicios de salud sexual y reproductiva. En los países del Caribe, la tasa de necesidades insatisfechas de anticoncepción suele ser relativamente elevada⁷. Sobre la base de las estimaciones y previsiones correspondientes a 2019, los países del Caribe en que esa tasa es más alta son Guyana y Suriname, donde la tasa asciende al 26,1% y al 23,4%, respectivamente, frente a un promedio del 9,7% en América Latina y el Caribe en su conjunto (Naciones Unidas, 2020)⁸. La tasa de necesidades insatisfechas es especialmente alta entre los jóvenes, debido a las barreras sociales y jurídicas que les impiden acceder a los servicios, como el requisito de contar con el consentimiento de los padres. En Guyana y Suriname, la tasa de necesidades insatisfechas es de alrededor del 60% entre las personas de 15 a 19 años, mientras que, entre las de 35 a 39 años, es de alrededor del 20% (BoS/Ministerio de Salud Pública/UNICEF, 2015; Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda Pública, 2019).

La prestación de servicios de salud sexual y reproductiva se está viendo afectada por las presiones que la pandemia está ejerciendo sobre unos sistemas de atención de salud que ya estaban sobrecargados, lo que está socavando los avances encaminados a acabar con las necesidades insatisfechas de servicios de planificación familiar para 2030. Se han puesto de manifiesto deficiencias en las cadenas de suministro de productos de salud reproductiva y en los sistemas de información de gestión logística, y dichas deficiencias contribuyen a la escasa disponibilidad de anticonceptivos modernos y, a menudo, a que se agoten las existencias de estos (UNFPA, 2021a). El UNFPA estimó que, en 13 países del Caribe, esta interrupción de las cadenas de suministro equivalió a la pérdida de 89.121 años de protección para las parejas, a 75.830 embarazos no deseados, a 11.898 abortos, a 45 muertes maternas y a 595 muertes neonatales entre noviembre de 2020 y julio de 2021 (UNFPA, 2021b)⁹.

Los prestadores han tratado de adaptar los servicios y los programas de divulgación al contexto del COVID-19. Han puesto en marcha procedimientos destinados a que las interacciones en persona sean lo más seguras posible para los usuarios y los prestadores de los servicios, al tiempo que han recurrido en mayor medida a las consultas y sesiones de asesoramiento y educación sanitaria que se realizan a distancia. Las medidas como estas, que tienen por objeto mantener la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, junto con la mayor prioridad otorgada a la superación de los obstáculos de larga data, son esenciales a los efectos de lograr el acceso universal para 2030.

⁶ Las estimaciones nacionales se calcularon sobre la base de diferentes grupos de edad: Jamaica, de 15 a 24 años; Belice, de 14 a 24 años, y Santa Lucía, de 15 a 29 años. Para obtener más información, véase Instituto de Estadística de Jamaica (2021 y 2022), Instituto de Estadística de Belice (2020) y Oficina Central de Estadística de Santa Lucía (2020 y 2021).

⁷ Véase, por ejemplo, CEPAL (2022b) o UNFPA (2010).

⁸ La tasa se refiere a las necesidades insatisfechas de planificación familiar (proporción de mujeres casadas o unidas de 15 a 49 años que quieren dejar de tener hijos o retrasar la maternidad, pero no utilizan ningún método anticonceptivo), y se construye en función de estimaciones basadas en modelos.

⁹ Los años de protección para las parejas representan la protección que se estima que los métodos de planificación familiar proporcionan durante un año.

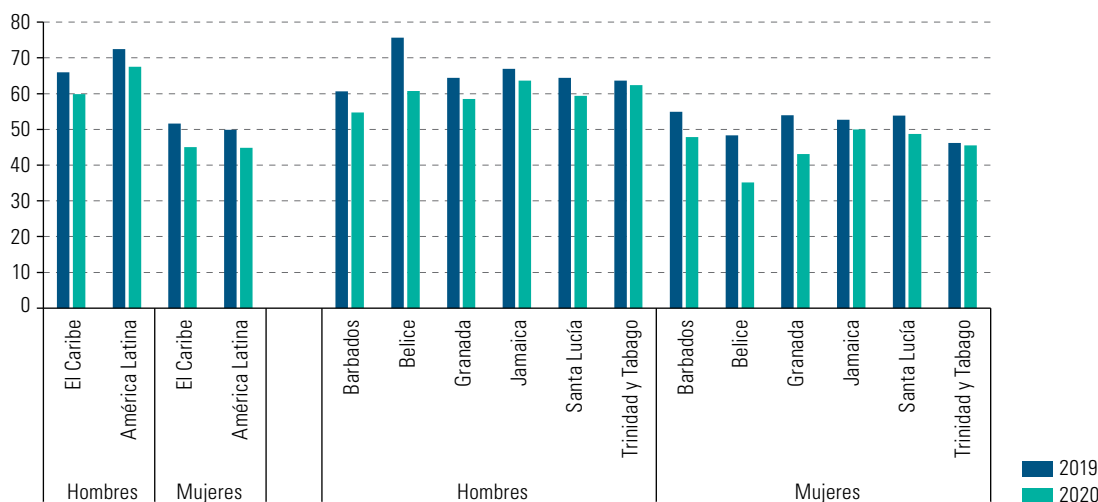
C. Mujeres

La pandemia ha afectado de forma desproporcionada a las mujeres caribeñas. Sus ingresos se han reducido, y ellas han debido afrontar una mayor carga de trabajo de cuidado no remunerado y han corrido un mayor riesgo de sufrir violencia de pareja.

En el Caribe, el empleo femenino en general se ha concentrado en determinados sectores —por ejemplo, el turismo (hoteles y restaurantes) y el comercio minorista o los servicios personales (Padmore, 2021)—, que se vieron muy afectados por el derrumbe del turismo y las restricciones relacionadas con el COVID-19. Los trabajadores fueron despedidos o se les redujo el horario, y los trabajadores informales que dependían del comercio turístico también perdieron sus medios de subsistencia. Entre 2019 y 2020, la tasa media de ocupación en seis países del Caribe se redujo 6 puntos porcentuales en el caso de los hombres y 7 puntos porcentuales en el de las mujeres (véase el gráfico III.5). En América Latina, por su parte, la reducción media fue de 5 puntos porcentuales tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres. Además de reducirse la ocupación, aumentaron el desempleo y la inactividad. En una encuesta que el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) realizó en julio de 2020 a casi 14.000 hogares de seis países del Caribe, se constató que, entre los hogares de ingresos bajos, medios y altos, los primeros eran los que tenían más probabilidades de verse afectados por la pérdida de empleo, y los últimos los que tenían menos probabilidades (Arteaga Garavito, Beuermann y Giles Álvarez, 2020). En la misma encuesta, más del 70% de los hogares declararon que sus ingresos se habían reducido la semana anterior (Arteaga Garavito, Beuermann y Giles Álvarez, 2020).

Gráfico III.5

América Latina (17 países) y el Caribe (6 países): tasas de ocupación por sexo, 2019-2020
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Internacional del Trabajo (CEPAL/OIT), "Políticas de protección de la relación laboral y de subsidios a la contratación durante la pandemia de COVID-19", *Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe*, N° 25 (LC/TS.2021/163), Santiago, 2021.

Nota: Las estimaciones relativas al Caribe son la media aritmética de los seis países que aparecen en el gráfico. Las estimaciones correspondientes a América Latina son la media aritmética de 17 países, a saber: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

En 2020, los gobiernos trataron de proporcionar ayuda de emergencia mediante paquetes de estímulo que contenían apoyo para las empresas a fin de ayudarlas a retener a los trabajadores, prestaciones temporales de desempleo, ampliación de los programas de asistencia pública, y postergación del pago de los préstamos y las facturas de los servicios públicos. Las respuestas relacionadas con el mercado laboral y la protección social continuaron en una escala considerable en 2021, aunque algunas medidas de emergencia vinculadas con el COVID-19 se dejaron de aplicar o pasaron a formar parte de programas preexistentes (y no se presentaron

necesariamente como parte de la respuesta frente al COVID-19 (OIT, 2021). Esas medidas permitieron a muchas empresas y hogares mantenerse a flote, aunque no a todos. Las mujeres que trabajan en el sector informal han tenido más probabilidades de perder ingresos que las que tienen un empleo formal. Cuando pierden ingresos, las trabajadoras del sector informal solo pueden recurrir a los programas de asistencia pública, que conforman una red de seguridad mucho menos segura que la seguridad social contributiva y que, en el mejor de los casos, proporciona un ingreso de subsistencia.

Las medidas de permanencia en casa, el cierre de los colegios y las restricciones relacionadas con los confinamientos han provocado un notable aumento del trabajo de cuidado no remunerado, cuya carga recae en gran medida sobre las mujeres. Según un análisis de los datos de seis países del Caribe, el número de mujeres que declararon hacer más tareas de limpieza, cocina y enseñanza de los hijos en el hogar es el doble que el de los hombres, y el de las que dijeron dedicar más tiempo a entretener a los hijos fue casi el doble (Padmore, 2021).

Las restricciones de la circulación y las dificultades asociadas con la pandemia han provocado un aumento de la violencia de pareja y, al mismo tiempo, han limitado el acceso de las víctimas a los servicios y redes de apoyo. Antes de la pandemia, en cinco Estados del Caribe se habían realizado encuestas para medir la prevalencia de la violencia contra las mujeres¹⁰. La tasa más alta de prevalencia de la violencia de pareja era la de Guyana, donde ascendía a un 38% (a lo largo de la vida) y a un 11% (en los últimos 12 meses); en Granada, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tabago, la tasa se acercaba al 30% (a lo largo de la vida) y al 6% (en los últimos 12 meses)¹¹. Esas tasas son similares a las de América Latina. Tras el inicio de la pandemia, en muchos servicios policiales y líneas telefónicas de atención a la violencia doméstica se observó un aumento del número de casos de violencia denunciados, incluida la violencia de pareja.

Las mujeres embarazadas son uno de los grupos más vulnerables al COVID-19, porque las modificaciones de su sistema inmunitario pueden ponerlas en riesgo de enfermar de gravedad (OPS, 2022). Esos riesgos se ven acentuados por la interrupción de la atención prenatal y la escasa aceptación de las vacunas: en conjunto, esos factores están provocando un aumento del número de muertes maternas. En Trinidad y Tabago, por ejemplo, hubo cinco muertes maternas relacionadas con el COVID-19 en 2021 (Loop News, 2022), lo que representa un aumento considerable respecto a las últimas cifras de mortalidad materna. En un estudio reciente de la OPS se halló que una de cada tres mujeres embarazadas que habían contraído COVID-19 y necesitaban cuidados intensivos no accedieron a ellos a tiempo, y que muchas ya tenían síntomas potencialmente mortales cuando ingresaron al hospital (OPS, 2022).

Para resolver estas y otras cuestiones, es necesario que las mujeres estén representadas de forma igualitaria en la toma de decisiones relacionadas con la respuesta a la pandemia de COVID-19 y en la elaboración de políticas públicas en general. La Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) analizó la composición de género del comité principal responsable de la respuesta nacional al COVID-19 en cada país, y halló que, en general, la proporción de mujeres era minoritaria y que, en algunos casos, estas constituían una minoría pequeña: en Barbados, 3 de los 8 miembros del comité eran mujeres, en Jamaica, 6 de los 27; en Santa Lucía, 20 de los 44, y en Trinidad y Tabago, 3 de los 22 (Padmore, 2021). El progreso hacia la igualdad de género en la toma de decisiones políticas ha sido algo más lento en el Caribe que en América Latina. En 2000, la proporción media de mujeres parlamentarias en el Caribe era la misma que en América Latina (13%). En 2022, sin embargo, la proporción media de escaños parlamentarios ocupados por mujeres en América Latina había aumentado hasta el 31%, mientras que, en el Caribe, el porcentaje solo había aumentado hasta el 22% (véase el gráfico III.6)¹². Se necesitan medidas específicas, como objetivos con plazos y cuotas, para superar la infrarrepresentación de las mujeres en el gobierno.

¹⁰ Se trataba de las encuestas de salud de la mujer (o de salud y experiencias vitales de la mujer) de Jamaica (2016), Granada (2018), Guyana (2018), Suriname (2018) y Trinidad y Tabago (2017).

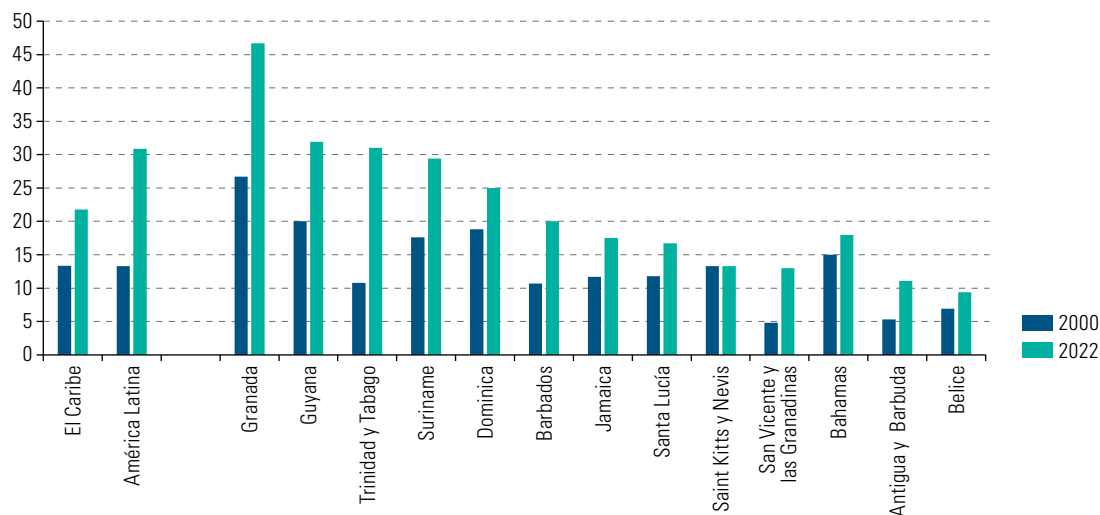
¹¹ La tasa de prevalencia de la violencia de pareja es el porcentaje de mujeres de 15 a 64 años que alguna vez ha estado en pareja y ha sufrido violencia física o sexual.

¹² Los porcentajes se refieren a los escaños de las cámaras bajas y los parlamentos unicamerales.

Gráfico III.6

América Latina (19 países) y el Caribe (13 países): mujeres parlamentarias, 2000 y 2022

(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos de la Unión Interparlamentaria (UIP).

Nota: Las estimaciones relativas al Caribe son la media aritmética de los 13 países que aparecen en el gráfico. Las estimaciones correspondientes a América Latina son la media aritmética de 19 países, a saber: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Bibliografía

- Abdulkadri, A. y otros (2021), "Addressing the adverse impacts of non-communicable diseases on the sustainable development of Caribbean countries", *serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe*, N° 100 (LC/TS.2021/4-LC/CAR/TS.2021/2), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Arteaga Garavito, M., D. Beuermann y L. Giles Álvarez (eds.) (2020), *COVID-19. The Caribbean Crisis: Results from an Online Socioeconomic Survey*, Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Bello, B. (2021), "COVID-19: are non-communicable diseases risk factors for its severity?," *American Journal of Health Promotion*, vol. 35, N° 5, febrero.
- BoS/Ministerio de Salud Pública/UNICEF (Oficina de Estadística/Ministerio de Salud Pública/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2015), *Guyana Multiple Indicator Cluster Survey 2014, Final Report*, Georgetown.
- CADRES/USAID/UNICEF (Caribbean Development Research Services/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2021), *COVID-19 Vaccine Hesitancy Survey Report 2021* [en línea] <https://www.unicef.org/easterncaribbean/media/2996/file/COVID%20vaccine%20hesitancy%20rep.pdf>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022a), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago, enero.
- _____(2022b), Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe [en línea] <https://oig.cepal.org/es>.
- _____(2021), *Panorama Social de América Latina, 2020* (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago, marzo.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (2021), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social," *Informe COVID-19*, Santiago, octubre.
- Comisión de la OECS/UNICEF (Comisión de la Organización de Estados del Caribe Oriental/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2021), *Youth Unemployment in Barbados and the OECS Area: A Statistical Compendium*, Castries.
- HCC (Healthy Caribbean Coalition) (2021), *NCDs and COVID-19 in the Caribbean: A Call to Action, The Case for a Transformative New NCD Agenda*, enero.
- Hernandez, R. y otros (2021), "The COVID-19 vaccine social media infodemic: healthcare providers' missed dose in addressing misinformation and vaccine hesitancy," *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 17, N° 9, abril.
- Horton, R. (2020), "COVID-19 is not a pandemic," *The Lancet*, vol. 396, N° 10255, septiembre.
- Instituto de Estadística de Belice (2020), *Belize Labour Force Survey Report: September 2020* [en línea] http://sib.org.bz/wp-content/uploads/LFS_Report_2020-09.pdf.

- Instituto de Estadística de Jamaica (2022), “Main Labour Force Indicators” [en línea] <https://statinja.gov.jm/LabourForce/NewLFS.aspx>.
- (2021), *Jamaican Labour Market: Impact of COVID-19. July 2020*, Kingston.
- Jones, F., C. Camarinhas y L. R. Gény (2019), “Implementation of the Montevideo Consensus on Population and Development in the Caribbean: a review of the period 2013–2018”, *serie Estudios y Perspectivas-Sede Subregional de la CEPAL para el Caribe*, N° 76 (LC/TS.2019/8; LC/CAR/TS.2018/4), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Lloyd Wilson, S. y C. Wiysonge (2020) “Social media and vaccine hesitancy”, *BMJ Global Health*, vol. 5, N° 10.
- Loop News (2022), “COVID-19 killed five moms in 2021”, 8 de enero [en línea] <https://tt.loopnews.com/content/after-giving-birth-covid-19-killed-five-moms-2021>.
- Melbourne Institute (2021), “Vaccine Hesitancy Tracker” [en línea] <https://melbourneinstitute.unimelb.edu.au/publications/research-insights/ttpr/vaccination-report> [fecha de consulta: 20 de octubre de 2021].
- Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda Pública (2019), *Suriname Multiple Indicator Cluster Survey 2018: Survey Findings Report*, Paramaribo.
- Naciones Unidas (2021a) “UN Launches initiative to tackle vaccine hesitancy and increase COVID-19 vaccine uptake”, 25 November [en línea] <https://easterncaribbean.un.org/en/160374-un-launches-initiative-tackle-vaccine-hesitancy-and-increase-covid-19-vaccine-uptake>.
- (2021b), “Trust in public institutions: trends and implications for economic security”, *Policy Brief*, N° 108, Nueva York, junio, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES).
- (2020), *Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020*, Nueva York, División de Población.
- (2019), *World Population Prospects 2019: Online Edition. Rev. 1*, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES) [en línea] <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Interpolated>.
- Nikoloski, Z. y otros (2021), “COVID-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review”, *BMC Public Health*, vol. 21, N° 1.
- Oficina Central de Estadística de Santa Lucía (2021), *Labour Force Survey 2nd Quarter 2021 Statistical Snapshot* [en línea] https://www.stats.gov.lc/wp-content/uploads/2021/10/LFS-QTR-2-2021-Snapshot_Dissemination.pdf.
- (2020), *Labour Force Survey 2019 Annual Statistical Report* [en línea] https://www.stats.gov.lc/wp-content/uploads/2020/08/Labour_Force_Survey_Dissemination_Annual_2019.pdf.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2021), *COVID-19 crisis and policy response in the English- and Dutch-speaking Caribbean. One year after: labour market and social protection responses from January through October 2021*, Puerto España.
- OMS/PNUD (Organización Mundial de la Salud/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2020), *Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic. State of the evidence on COVID-19 and non-communicable diseases: a rapid review*, Ginebra, septiembre.
- ONS (Oficina Nacional de Estadística) (2021), “Coronavirus vaccine hesitancy falling across the regions and countries of Great Britain”, 9 de agosto [en línea] <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandwellbeing/articles/coronavirusvaccinehesitancyfallingacrosstheregionsandcountriesofgreatbritain/2021-08-09>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2022), “Un tercio de las embarazadas con COVID-19 no pudo acceder a tiempo a cuidados críticos que salvan vidas”, 2 de marzo [en línea] <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-tercio-embarazadas-con-covid-19-no-pudo-acceder-tiempo-cuidados-criticos-que>.
- (2021a), *Concerns, Attitudes, and Intended Practices of Healthcare Workers to COVID-19 Vaccination in the Caribbean*, Washington, D.C.
- (2021b), “Hospitals and isolation facilities in the Eastern Caribbean Countries are overwhelmed with the increase of COVID-19 cases combined by shortage of health workforce and clinical supplies”, 27 de septiembre [en línea] <https://www.paho.org/en/news/27-9-2021-hospitals-and-isolation-facilities-eastern-caribbean-countries-are-overwhelmed>.
- Padmore, T. (2021), *Summary Status of Women and Men Report – The Impacts of COVID-19*, Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres).
- Simonnet, A. y otros (2020), “High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation”, *Obesity*, vol. 28, N° 7, julio.
- Singer, M. y otros (2017), “Syndemics and the biosocial conception of health”, *The Lancet*, vol. 389, N° 10072, marzo.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2021a), “Documento del programa subregional para la región del Caribe de habla inglesa y holandesa” (DP/FPA/CPD/CAR/7), 1 de diciembre.
- (2021b), *Continuation of sexual & reproductive health and gender-based violence services during COVID-19: 2020 COVID-19 Annual Report* [en línea] <https://easterncaribbean.un.org/en/129024-continuation-sexual-reproductive-health-and-gender-based-violence-services-during-covid-19>.
- (2010), *How Universal is Access to Reproductive Health? A review of the evidence* [en línea] https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/universal_rh.pdf.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2022), “LACRO COVID-19. Respuesta educativa: update 32. Estado de reapertura de las escuelas”, 15 de febrero [en línea] <https://www.unicef.org/lac/media/31616/file>.



CAPÍTULO

IV

Conclusiones y recomendaciones para la acción a la luz de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo

- A. Impacto de la pandemia en las fuentes de información
 - B. Niñas, niños, adolescentes y jóvenes
 - C. Personas mayores
 - D. Mujeres
 - E. Personas migrantes
 - F. Pueblos indígenas
 - G. Personas y comunidades afrodescendientes
 - H. Personas con discapacidad
 - I. Prioridades emergentes en el Caribe
- Bibliografía

Se presentan a continuación una serie de conclusiones y recomendaciones para la acción que contribuyan a dar respuesta al devastador impacto que ha tenido la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en los diferentes grupos de población en la región, con miras a la recuperación y la transformación social y económica a la luz de las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

La pandemia ha exacerbado los problemas estructurales que venían aquejando a los países de América Latina y el Caribe, y la crisis ha afectado de manera desproporcionada a los grupos de población en situación de mayor vulnerabilidad, si bien sus alcances son aún objeto de análisis y evaluación. Asimismo, es ampliamente reconocido que dicha crisis ha excedido la esfera estrictamente sanitaria para extenderse también con inusitada dureza a otras dimensiones, tales como la social y la económica, agudizando los riesgos y las desventajas que previamente ya enfrentaban aquellos colectivos.

En este contexto, el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo —junto con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible— es una herramienta de relevancia estratégica para orientar los esfuerzos nacionales y regionales dirigidos a superar los estragos de la crisis sanitaria y sus efectos en el logro del desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. En particular, resulta indispensable situar la protección de los derechos y la promoción del bienestar de las personas, las familias y las comunidades en el centro de los esfuerzos de respuesta de las políticas públicas, incorporando la visión y los compromisos que emanan de dicho Consenso y de la Agenda 2030, entre otros instrumentos multilaterales de naturaleza regional y global.

Las recomendaciones que se presentan a continuación tienen como fundamento y denominador común el enfoque de derechos humanos con perspectiva de género e intercultural que emana del Consenso de Montevideo¹ y consideran la interseccionalidad de los impactos de la pandemia, que se ven agravados en distintos grupos de población en función del nivel socioeconómico, la edad, el territorio de residencia, el género, el origen étnico y racial, la orientación sexual, la condición migratoria, la discapacidad y el origen social, entre otras dimensiones².

Es indispensable entonces que los Estados hagan el mayor esfuerzo por resguardar y fortalecer los derechos de todas las personas en el escenario de reconstrucción pospandemia, así como por atender y dar respuesta a las diversas —y muchas veces superpuestas— situaciones de desventaja y vulnerabilidad que afectan su salud, su bienestar y su calidad de vida.

A. Impacto de la pandemia en las fuentes de información

Las medidas prioritarias 102, 103 y 104 del Consenso de Montevideo se refieren al mejoramiento de las fuentes de datos, en particular los censos de población, los registros administrativos y las encuestas especializadas; al desarrollo de sistemas de información con enfoque interseccional, y a la coordinación interinstitucional para la producción y el mejoramiento de las estadísticas. La información es una herramienta clave para diseñar políticas públicas con base empírica y, al mismo tiempo, para evaluar los avances y retrocesos respecto de las condiciones de vida de la población y del ejercicio de derechos, especialmente del derecho a la salud.

Sin duda la pandemia puso de relieve la importancia de las estadísticas oficiales para el monitoreo del avance de la enfermedad y sus variados impactos, entre ellos el incremento de la mortalidad, así como para el seguimiento de las medidas de contención, especialmente la vacunación, y para orientar las medidas de mitigación en diversos ámbitos sociales y económicos. A pesar de ser tan necesarias, la mayoría de las operaciones estadísticas se suspendieron en un primer momento debido a la emergencia sanitaria, y luego se llevaron a cabo una serie de innovaciones que permitieron dar continuidad a las tareas de producción de información, aunque con disparidades entre países y particularidades relacionadas con las diferentes fuentes de datos.

¹ En la medida prioritaria número 2 del Consenso de Montevideo, los países de la región acordaron “aplicar un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género e intercultural en el tratamiento de los asuntos de población y desarrollo, e incrementar los esfuerzos tendientes a su reconocimiento, promoción y protección, con el fin de eliminar las desigualdades y fomentar la inclusión social”. Véase [en línea] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf.

² En la medida prioritaria número 50 del Consenso de Montevideo, los países de la región acordaron “cumplir con el compromiso de promover y asegurar la aplicación de la perspectiva de género y su intersección con la raza, la etnia, la edad, la clase social y la condición de discapacidad en todas las políticas públicas, especialmente aquellas de orden económico y cultural, y la articulación entre los poderes del Estado y los actores sociales, organizaciones de mujeres afrodescendientes, indígenas y jóvenes para garantizar la igualdad de género”.

Desde el inicio de la pandemia, el sistema de las Naciones Unidas, en conjunto con otros organismos multilaterales, ha venido dando seguimiento a los efectos de la crisis en la producción estadística, identificando las dificultades que debieron afrontar —y que aún enfrentan— los institutos nacionales de estadística, pero también las oportunidades que se van materializando en avances tecnológicos y metodológicos, aun cuando los desafíos siguen siendo significativos en la región³.

Otro aspecto que se hizo evidente fue la relevancia de contar con datos oportunos y de calidad del sector de la salud. En general, los sistemas de información de salud, y en particular los de estadísticas vitales, sufrieron los embates de la crisis, lo que produjo rezagos en los registros y en la producción de cifras oportunas y suficientemente desagregadas, sobre todo respecto de las variables étnico-raciales. La severidad de este rezago está asociada a las condiciones de infraestructura y de recursos humanos y financieros anteriores a la pandemia, un ámbito en que la digitalización —es decir, la transformación de procesos analógicos a digitales— sigue siendo uno de los principales desafíos. En la región, son pocos los países que poseen sistemas de información de salud sólidos, que sean accesibles a través de datos abiertos y que brinden posibilidades de realizar diversas desagregaciones territoriales y sociales de la morbilidad y la mortalidad, en particular de los contagios y las muertes por COVID-19. Sin embargo, los países de la región realizaron esfuerzos significativos para generar datos diarios de contagios, hospitalizaciones y defunciones, y la necesidad imperiosa de informar estos casos aceleró la implementación de mejoras tecnológicas, metodológicas y de coordinación interinstitucional, que se espera se aprovechen para fortalecer las estadísticas vitales y de salud, fundamentales para dar seguimiento a varias medidas prioritarias del Consenso de Montevideo⁴.

En el caso de las encuestas de hogares, después del período de suspensión, los institutos nacionales de estadística emprendieron la realización de dichas encuestas por teléfono o Internet con el fin de poder continuar con la producción de estadísticas sobre empleo, pobreza y otros indicadores socioeconómicos. Así, las cifras han permitido constatar el aumento de la pobreza y la pobreza extrema, el incremento del desempleo, los enormes retrocesos en lo referente a la inserción laboral de las mujeres y la profundización de las brechas en el acceso a la educación. Sin embargo, debido a los cambios en los métodos de captura, algunas alteraciones en las composiciones muestrales y el hecho de haber recogido información en un contexto de crisis (lo que puede afectar la comparabilidad con las cifras previas), existen ciertos sesgos en la información que requieren evaluaciones pormenorizadas y eventuales ajustes⁵. Además de ello, es necesario analizar ciertos cambios que podrían adoptarse con carácter más permanente (como la aplicación de métodos de entrevista mixtos, por ejemplo, “cara a cara” y telefónica) y sus desafíos inherentes (por ejemplo, garantizar información de calidad independientemente del método de entrevista).

Los censos de población y vivienda se encontraban en plena ronda de la década de 2020 cuando irrumpió la pandemia y, con las excepciones de tres países que realizaron sus censos en años anteriores (el Perú en 2017 y Colombia y Guatemala en 2018), las postergaciones en el levantamiento fueron generalizadas. Solo México y Aruba alcanzaron a levantar su censo en 2020 y cuatro países o territorios lo hicieron en 2021 (Barbados, Dominica, Islas Caimán y Venezuela (República Bolivariana de))⁶. Si bien las actividades preparatorias en general siguieron su curso, se vieron muy afectadas por la crisis sanitaria y se observaron diversos problemas, entre ellos los financieros y la imposibilidad de cumplir con procesos que necesariamente requieren ir a terreno (como la actualización cartográfica o la realización de pruebas piloto y censos experimentales). Algunos países pospusieron sus censos en primera instancia para 2021 y finalmente para 2022 o 2023; incluso algunos aún no tienen fechas confirmadas. Con todo, se espera que

³ Al respecto, la División de Estadística de las Naciones Unidas, en conjunto con el Banco Mundial y en coordinación con las cinco comisiones regionales, llevó a cabo una encuesta dirigida a las oficinas nacionales de estadística para el monitoreo de la pandemia a nivel mundial, en mayo, julio y diciembre de 2020, cuyos resultados pueden verse en [en línea] <https://covid-19-response.unstats.un.org/posts/survey-of-national-statistical-offices-during-covid-19/>. Asimismo, la CEPAL complementó el seguimiento en los países de la región a través de una serie de actividades virtuales con los institutos nacionales de estadística; véase más información en [en línea] <https://rtc-cea.cepal.org/> y [en línea] <https://www.cepal.org/es/temas/censos-poblacion-vivienda/impactos-covid-19-censos-poblacion-vivienda>.

⁴ Véase información sobre los efectos de la pandemia en los sistemas de estadísticas vitales de los países de América Latina en [en línea] <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/meetings/2020/webinar-crvs-Latin/> y de los países del Caribe en [en línea] <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/meetings/2020/webinar-crvs-caricom/>.

⁵ La CEPAL realizó en marzo de 2022 un seminario sobre los efectos de la pandemia en las encuestas de hogares (véase [en línea] <https://www.cepal.org/fr/node/55727>).

⁶ En el caso de la República Bolivariana de Venezuela, en 2021 se dio inicio a un autoempadronamiento por medio de Internet de la población residente en el país y está previsto salir a campo para realizar un recorrido completo en cuanto las condiciones sanitarias lo permitan.

en 2022 realicen sus censos 22 países o territorios de América Latina y el Caribe (Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Costa Rica, Curaçao, Ecuador, Granada, Guyana, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, Montserrat, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Santa Lucía, Saint Kitts y Nevis, Suriname y Trinidad y Tabago) y en 2023 los realicen 5 países (Chile, Cuba, Honduras, San Vicente y las Granadinas y Uruguay). En algunos casos estas fechas deben tomarse con cautela porque aún pueden producirse nuevas postergaciones.

En este contexto, los países han emprendido varios cambios metodológicos y tecnológicos, como el paso de censos de hecho a censos de derecho (Argentina, Chile, Ecuador y Panamá), y la mayoría de ellos han definido como método de captura principal el uso de dispositivos móviles de captura de datos (DMC) con la combinación de otros métodos, como el autoempadronamiento por medio de un censo electrónico o virtual y censos telefónicos. Si bien es cierto que el uso de DMC ofrece el gran potencial de mejorar la calidad censal, para su implementación se requiere disponer de infraestructura y equipos humanos idóneos y realizar un número importante de pruebas. Estas nuevas alternativas presentan diversos desafíos que los institutos nacionales de estadística deben afrontar, como la modernización del proceso productivo del censo y cambios en la forma de gestionarlo, los que a su vez generan mayores demandas en términos de presupuestos públicos y también de recursos humanos y técnicos. Por tanto, entre los principales retos se encuentran una asignación presupuestaria adecuada y oportuna, así como la necesidad de evitar que los censos se realicen en calendarios ajustados que no resguarden los tiempos necesarios desde el punto de vista técnico para asegurar la calidad y el cumplimiento de estándares internacionales. Sin duda, por su carácter universal, los censos resultan cruciales para la identificación de prioridades y la asignación de recursos en las políticas sanitarias y de recuperación económica y social, entre muchos otros usos para los cuales no existen otras fuentes de información.

En síntesis, disponer de datos de calidad que consideren las desagregaciones según el nivel socioeconómico, la edad, el sexo, la condición étnico-racial, el territorio, la condición migratoria, la condición de discapacidad u otras pertinentes, como lo establece la meta 17.18 de la Agenda 2030, es imprescindible para dar seguimiento al Consenso de Montevideo y orientar las políticas públicas. Por eso urge redoblar esfuerzos e invertir en el fortalecimiento de la producción estadística, en particular en la implementación exitosa de los censos de población y vivienda, que es esencial para impulsar el desarrollo sostenible con igualdad, puesto que aquello que se visibiliza en las cifras se puede afrontar y mejorar.

B. Niñas, niños, adolescentes y jóvenes

La situación de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe se caracteriza por marcadas vulnerabilidades y por el hecho de que sufren una mayor incidencia de la pobreza en comparación con los demás grupos etarios. En el marco de la pandemia, ellos se han visto afectados por múltiples desigualdades y han sido una de las poblaciones más afectadas en términos socioeconómicos. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) y otros organismos del sistema de las Naciones Unidas (UNICEF, 2020) sostienen, por lo tanto, que hay que actuar de manera decidida para evitar que esta se convierta en una generación perdida debido a la pandemia. Se trata de un llamado a la acción que —para realizar los derechos, satisfacer las necesidades y responder a las demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes— debería estar centrada, al menos, en los siguientes ejes: i) reducir la brecha digital, que profundiza las desigualdades educativas y de aprendizaje; ii) garantizar el acceso universal a la educación, los servicios de salud —con énfasis en la salud sexual y reproductiva—, la nutrición y la vacunación; iii) proteger de forma transversal e igualitaria la salud mental; iv) prevenir el abuso, la violencia de género y el abandono y ofrecer resguardo frente a ellos; v) promover el acceso a los servicios básicos y a un ambiente seguro, limpio y amigable; vi) superar la pobreza, y vii) proveer atención especial en situaciones de conflicto, desastre y desplazamiento.

Uno de los impactos más dramáticos de la pandemia ha sido la condición de orfandad en que ha dejado a miles de niños, niñas y adolescentes en la región, por lo que urge atender esta necesidad apremiante a través de medidas dirigidas a que ningún niño o niña quede solo, incluido algún tipo de aporte material —transferencias monetarias o en especie a las familias o personas cuidadoras— y garantía de acceso a salud, educación y otros servicios sociales, así como apoyo profesional en materia de salud mental.

Por otra parte, es clave no repetir las masivas interrupciones en materia de acceso a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes ya que, en su caso, estas interrupciones tienen más probabilidades de implicar embarazos no deseados y una alteración radical y desfavorable de sus proyectos de vida y oportunidades de todo tipo. Debe considerarse esencial asegurar la continuidad de la atención de la salud sexual y reproductiva para garantizar así el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes.

Es imperiosa asimismo la implementación de programas nacionales de salud mental enfocados en niños, niñas, adolescentes y jóvenes, quienes enfrentaron las mayores privaciones en términos de pérdida de espacios de contacto, socialización e intercambio con pares durante la pandemia. En esta misma línea, la recuperación del espacio escolar presencial como ámbito de convivencia e intercambio enriquecedor puede ser crucial para enfrentar la crisis de salud mental.

Pero tal recuperación no deriva automáticamente del retorno a clases presenciales. Se requerirá aplicar protocolos de autocuidado y debidas protecciones contra el posible contagio y poner en marcha iniciativas de conversación y acompañamiento para compartir experiencias y reforzar la salud mental. Asimismo, será necesario emprender acciones para favorecer un ambiente acogedor, armónico y respetuoso, lo que ya antes de la pandemia era un desafío mayor en numerosos establecimientos educacionales. Por otra parte, ciertamente, todo lo avanzado en materia de aprendizaje virtual no deberá ser desperdiciado, porque puede complementar en muchos sentidos la educación presencial, que en cualquier caso sigue siendo imprescindible.

C. Personas mayores

La pandemia ha afectado de manera desproporcionada a las personas mayores. Además, su impacto ha sido diferenciado, dependiendo de las vulnerabilidades sociodemográficas, la condición de discapacidad y las dificultades en el acceso a servicios básicos, lo que ha obligado a replantearse la necesidad de contar con sistemas de protección social universales en materia de pensiones, salud y servicios de cuidado.

Las consecuencias de la pandemia en las personas mayores ponen nuevamente en el centro los derechos humanos como eje de las políticas de los Gobiernos de la región. En especial, cobra relevancia el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, que en su capítulo C aborda la vinculación entre envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos. En este contexto, resulta necesario:

- Enfocar la mirada en el fortalecimiento de la protección social a través de la búsqueda de la universalización de los servicios de salud, poniendo especial énfasis en la atención médica, los servicios de rehabilitación, la distribución de medicamentos y los servicios de atención primaria a la salud; la protección del ingreso mediante la ampliación de la cobertura de las pensiones contributivas y no contributivas y la creación de servicios integrales de cuidado que permitan una revalorización, redistribución y reorganización social del cuidado, con énfasis en su desfamiliarización, el incremento de infraestructura, la capacitación y el impulso de legislación que desvincule el derecho al cuidado de la situación laboral.
- Impulsar la inclusión del tema del envejecimiento en las agendas públicas y de gobierno, a través de la búsqueda de la armonización legislativa, tomando como eje la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores; el fortalecimiento de las instituciones responsables de la coordinación de políticas nacionales de atención al envejecimiento y la inclusión de los diversos actores, como las organizaciones de la sociedad civil y los sectores académico y privado, en el diseño de estrategias para garantizar la protección de los derechos humanos de las personas mayores.
- Garantizar el acceso de las personas mayores a los servicios básicos, que habían sido relegados de la discusión sobre el desarrollo, pero que con la pandemia cobraron nuevamente importancia. El acceso a servicios básicos como el agua y el saneamiento, a servicios de energía limpia y segura, y a las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) ha sido un elemento protector ante la posibilidad de enfermar y morir.

- Fortalecer los mecanismos de recolección de información sociodemográfica desagregada por edad, sexo, pertenencia étnica, morbilidad y condición de discapacidad, con la finalidad de contar con datos que permitan el diseño de políticas, programas y acciones con base empírica que consideren las diversas realidades de la vejez y las formas de envejecer en la región.

Todo lo anterior debe realizarse a partir de un enfoque de interseccionalidad que permita visibilizar las realidades de las distintas formas en que se vive la vejez en la región. En particular, frente a la pandemia, resulta de vital importancia enfatizar la responsabilidad colectiva para garantizar el pleno acceso a la protección social de las mujeres mayores, con distintas identidades de género, de las personas mayores con discapacidad, de quienes tienen mayor longevidad, de quienes son parte de las poblaciones indígenas y afrodescendientes, de quienes requieren cuidados de largo plazo y de quienes se encuentran, por estas u otras razones, en condiciones de mayor vulnerabilidad. Es necesario asimismo enfrentar las causas estructurales que, desafortunadamente, están dejando atrás a tantas personas mayores en esta crisis.

D. Mujeres

Para las mujeres, la pandemia produjo un retroceso inédito en su autonomía económica, expresada en aumentos de la pobreza de tiempo y monetaria y en la sobrecarga de trabajo de cuidados; persiste además la injusta distribución del poder entre hombres y mujeres. Como ha señalado la CEPAL, los indicios de recuperación de la actividad muestran que la estructura productiva de América Latina y el Caribe descansa sobre una división sexual del trabajo remunerado y no remunerado que reproduce patrones históricos de desigualdad que se profundizan con la condición étnico-racial, de pobreza y migratoria. Asimismo, los efectos de la crisis se combinan con el débil acceso a la protección social y la elevada informalidad laboral, que afectan especialmente a las mujeres, quienes presentan mayores tasas de informalidad, perciben remuneraciones más bajas y están empleadas en sectores más precarizados. Por ello, es imprescindible diseñar e implementar tanto medidas de recuperación en los diferentes sectores como medidas con orientación transformadora, que fomenten la autonomía económica de las mujeres y protejan sus derechos.

El impacto de la pandemia en el ámbito social y económico, más allá de lo estrictamente sanitario, permitió visibilizar la importancia central de los cuidados para la sociedad y ha profundizado el debate acerca de la injusta distribución social de estas responsabilidades. La realidad tangible de la sobrecarga de tareas de cuidado sobre las mujeres durante la crisis hizo patente la urgencia de un cambio hacia la corresponsabilidad. Esta hace referencia tanto a la necesidad de distribuir el trabajo de cuidados entre hombres y mujeres en el ámbito privado, como a su distribución entre el Estado, el mercado, los hogares y la comunidad, considerando su relevancia en el ámbito público (como señala la medida prioritaria 61 del Consenso de Montevideo). Por tanto, es necesario avanzar hacia políticas y servicios universales como parte de sistemas integrales de cuidado (medida prioritaria 53) y hacia el reconocimiento del derecho al cuidado de las personas que lo requieren a lo largo del ciclo de vida, así como de los derechos de las proveedoras de dichos cuidados, ya sea de forma remunerada o no remunerada. El desarrollo de la sociedad del cuidado no solo tiene efectos positivos para las personas que están directamente involucradas, sino que contribuye también al aumento de la participación laboral de las mujeres, la redistribución de ingresos y del tiempo, y el crecimiento de las economías, entre otros beneficios.

Mientras que las mujeres constituyen el grueso del personal a cargo de la implementación de las medidas de respuesta a la pandemia, su participación en las decisiones sobre el diseño de políticas públicas sigue siendo muy baja. Las mujeres estuvieron en la primera línea de defensa, pero no en la primera línea de la toma de decisiones. La falta de una participación paritaria dificulta la aplicación de un enfoque de género y la asignación de recursos destinados a abordar las situaciones de discriminación, invisibilidad y deficiente atención que afectan a mujeres y niñas. Por ello, adquiere particular urgencia la medida prioritaria 48 del Consenso de Montevideo, referida a “incrementar y reforzar los espacios de participación igualitaria de las mujeres en la formulación e implementación de las políticas en todos los ámbitos del poder público y en las tomas de decisiones de alto nivel”.

Durante la etapa más dura de la crisis, los procesos de diagnóstico y toma de decisiones fueron dificultados por el hecho de que no se contaba oportunamente con cifras desagregadas para analizar el impacto de la pandemia con un enfoque interseccional y visibilizar la diversidad de las situaciones que afectaban a distintos grupos de mujeres. El fortalecimiento de las capacidades permanentes de los sistemas estadísticos (en concordancia con la medida 62 del Consenso de Montevideo), así como su vinculación con los procesos de toma de decisiones y monitoreo de los efectos de las medidas adoptadas, es importante para responder con mejores diagnósticos y decisiones más efectivas, tanto en momentos de crisis como en situaciones de normalidad. La visibilidad estadística de las mujeres indígenas, afrodescendientes, migrantes, con discapacidad, entre otras, es un primer paso para responder adecuadamente a la diversidad de las mujeres a lo largo del ciclo de vida y abordar las barreras específicas que enfrentan en el ejercicio de sus derechos.

Problemáticas específicas que aquejaban a las mujeres en contextos previos a la crisis, como la violencia de género y el desigual acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, se agravaron, generando situaciones de riesgo y mayor vulnerabilidad, especialmente en el caso de grupos de mujeres que presentaban un mayor rezago y enfrentaban más obstáculos para el ejercicio de sus derechos. La interrupción brusca o las dificultades en el acceso a servicios como la anticoncepción y la planificación familiar, o los controles de embarazo, entre otros, pueden tener consecuencias graves en la salud y la vida de las mujeres, y conllevan el riesgo de embarazos no deseados, morbilidad y mortalidad materna.

Por otra parte, la persistencia de la violencia de género, a pesar de los esfuerzos de los países por poner en marcha diferentes canales de acceso a servicios y campañas de sensibilización, y de las iniciativas de organizaciones de la sociedad civil, muestra que esta manifestación extrema de discriminación y negación de derechos de las mujeres está enquistada profundamente en nuestras sociedades.

La construcción de una nueva normalidad en la que se apliquen los aprendizajes adquiridos durante esta difícil etapa debe considerar nuevas alianzas y estrategias, y poner en marcha respuestas multisectoriales a las necesidades de las mujeres, que incluyan el abordaje a la violencia de género, requisito mínimo e indispensable para no dejar a nadie atrás.

E. Personas migrantes

Frente al imperativo de la igualdad, existe un enorme desafío de inclusión de las personas migrantes y refugiadas en las políticas públicas de emergencia y recuperación. Los objetivos del Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular, en conjunto con los Objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y las medidas prioritarias del Consenso de Montevideo, proveen a los Estados una guía para incluir a estas personas en sus sociedades y economías, así como para promover la dignidad humana y el bienestar de las personas migrantes en los procesos de salida, entrada, estancia y regreso.

La pandemia ha tenido consecuencias desmedidas para las personas migrantes, especialmente en casos en los que se producen intersecciones de factores que multiplican vulnerabilidades, como el de las mujeres migrantes o el de los niños y las niñas que emprenden la migración no acompañados. En el ámbito laboral, se observa una tensión respecto de la situación de la población migrante: por un lado, muchas personas migrantes han perdido sus empleos o los han visto precarizados; por otro, dicha población se ha vuelto indispensable en la primera línea de ocupaciones para dar respuesta a la pandemia. Las personas migrantes se insertan laboralmente en actividades esenciales, como las siguientes: i) trabajos agrícolas temporales; ii) cadenas de suministro de alimentos; iii) labores de aseo; iv) plataformas de servicios en línea; v) servicios de cuidado, y vi) servicios de salud. En particular, el aumento del número de personas migrantes que se desempeñan en plataformas de servicios en línea va de la mano de legislaciones nacionales que aún no logran formalizar este tipo de trabajo y, por tanto, dichos trabajadores mantienen altos grados de informalidad. En el caso de las profesiones médicas, varios países de la región permitieron, mediante decretos oficiales, el ejercicio médico de profesionales que aún no habían convalidado sus títulos, como una manera de afrontar la presión de la pandemia en los servicios sanitarios.

La pérdida de empleos e ingresos ha afectado fuertemente a la población migrante, como ocurre en el caso de las trabajadoras domésticas remuneradas. Sin embargo, la inclusión de las personas migrantes en las medidas gubernamentales de protección social y apoyo al empleo no ha sido clara (Carella, Frean y Velasco, 2021). La recuperación pospandemia debería transitar por un doble camino: por un lado, incorporar de manera decidida y sin condiciones a las personas migrantes a los servicios sanitarios y sociales del país; por otro, reconocer, incentivar e incrementar su aporte al desarrollo económico nacional. En este sentido, tanto el Consenso de Montevideo como el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular urgen a que los Estados aumenten sus esfuerzos para permitir la regularización de los flujos migratorios como también el acceso de las personas migrantes a servicios sociales que aseguren cobertura sanitaria básica y condiciones habitacionales apropiadas y a oportunidades para la mantención de la escolarización de niñas, niños y adolescentes⁷. En este contexto, es fundamental insistir en la universalidad y gratuidad del proceso de vacunación contra el COVID-19 a nivel nacional, mediante la eliminación de los requisitos que distintas unidades administrativas locales establecen.

En lo referente a la inclusión, una acción fundamental es el reconocimiento explícito de las personas migrantes en las respuestas nacionales a la crisis provocada por el COVID-19, tanto de contención como de recuperación. De igual manera, se destaca la cooperación bilateral entre los países de origen y de destino en lo relativo a la previsión social y el reconocimiento de competencias (Carella, Frean y Velasco, 2021). Todo lo anterior debe llevarse adelante en un espacio de diálogo entre diferentes actores, como son las organizaciones de migrantes, las asociaciones de empleadores, el Gobierno y las organizaciones de la sociedad civil. Esto último se vuelve un pilar fundamental para una integración socioeconómica plena de las personas migrantes y refugiadas en las comunidades de destino.

Así, en el escenario actual de complejidad migratoria, resulta imperioso salvar vidas en zonas de fronteras, combatir la trata de personas y restringir el uso de la detención como medida administrativa. Se vuelve crucial el fortalecimiento de alianzas internacionales y la coordinación entre los Estados para fomentar una migración segura, ordenada y regular, adecuando las políticas nacionales de control migratorio a los acuerdos internacionales, sobre la base del respeto de los derechos humanos de las personas migrantes. En el contexto de la pandemia, constituyen ejemplos de buenas prácticas las excepciones a los cierres fronterizos aplicadas en el caso de los trabajadores que se desempeñan en las actividades agrícolas, consideradas de primera necesidad, como también la posibilidad de tránsito humanitario para migrantes y solicitantes de refugio. Estas experiencias revelan un ánimo de respeto de los derechos de las personas migrantes, así como de las solicitantes de refugio.

Entre las acciones conjuntas y ajustadas a los acuerdos internacionales que es necesario llevar adelante cabe destacar: i) el aumento de fondos dirigidos a las comunidades receptoras y organizaciones que trabajan directamente con migrantes y refugiados; ii) la consideración de medidas alternativas a la detención de migrantes y refugiados, y iii) la interrupción temporal de las deportaciones, como medida para prevenir la dispersión del virus (Brito, 2020). De igual manera, merece ser considerado el papel potencial que pueden cumplir las organizaciones de la sociedad civil, en especial cuando la militarización de las fronteras se ha vuelto *de facto* una forma de gestión migratoria (Brumat y Finn, 2021; SJM, 2021).

F. Pueblos indígenas

La crisis sociosanitaria derivada de la pandemia ha agudizado los problemas estructurales que ya afectaban previamente a la región. Sus efectos sobre los grupos más postergados y cuyos derechos se encuentran más desprotegidos, incluidos los pueblos indígenas, aún no se pueden evaluar completamente. No obstante, es evidente que se requiere redoblar los esfuerzos de la región para superar el estancamiento y el rezago en

⁷ Cabe también mencionar el pacto mundial sobre los refugiados, cuyo objetivo es poner en práctica los principios de distribución de la carga y la responsabilidad para proteger y asistir mejor a las personas refugiadas y apoyar a los países y las comunidades de acogida. Como el pacto migratorio, este pacto mundial se rige por los instrumentos internacionales de derechos humanos pertinentes, el derecho internacional humanitario y otros instrumentos internacionales en la materia.

materia de inclusión de los pueblos indígenas en el desarrollo sostenible, y las medidas prioritarias acordadas por los Estados en el Consenso de Montevideo pueden constituir una importante herramienta para ello. Más que nunca cobra importancia el compromiso de respetar y aplicar las disposiciones de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, así como las del Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (núm. 169) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con particular énfasis en los derechos territoriales y políticos de estos pueblos (medida prioritaria 85). En este contexto, es necesario:

- Evaluar, en conjunto con los pueblos indígenas, los marcos normativos vigentes, identificando las brechas existentes entre estos y los estándares establecidos en los instrumentos internacionales mencionados, así como en la jurisprudencia del sistema interamericano de derechos humanos. Tras ello —cuando sea pertinente— introducir las reformas necesarias para cerrar tales brechas. Asimismo, los Estados deben garantizar las medidas de bioseguridad necesarias en estos procesos de consulta y participación de los pueblos indígenas.
- Fortalecer —o crear, en aquellos países que no cuentan con ellos— los mecanismos permanentes e institucionalizados de participación y representación de los pueblos indígenas en los órganos estatales que lideran la respuesta a la pandemia y en sus aspectos sanitarios y sus efectos socioeconómicos, así como en la definición de las medidas de recuperación económica y social, rescatando los principales aprendizajes de las medidas autónomas que los pueblos indígenas han implementado en el contexto de la emergencia.
- Evaluar la situación de la implementación de los derechos de los pueblos indígenas durante la pandemia; identificar y definir mecanismos de reparación por los derechos vulnerados, y establecer medidas y mecanismos para garantizar su no repetición.
- Destinar partidas presupuestarias específicas para enfrentar la dimensión sanitaria, social y económica de la pandemia y sus efectos, considerando tanto factores demográficos como de vulnerabilidad de cada uno de los pueblos indígenas existentes en las jurisdicciones nacionales.
- Que los Gobiernos se abstengan de dictar normas e implementar cualquier medida administrativa que pueda afectar los derechos de los pueblos indígenas, mientras no se garanticen condiciones de bioseguridad adecuadas para implementar procesos de consulta previa con el propósito de alcanzar el consentimiento libre, previo e informado de los pueblos interesados.

La medida prioritaria 86 del Consenso de Montevideo, referente a la necesidad de prestar atención a las dinámicas demográficas particulares de los pueblos indígenas en el diseño de las políticas públicas, cobra gran relevancia en el diseño, implementación y evaluación de las estrategias de recuperación económica. Para garantizar la debida inclusión de los pueblos indígenas en estos procesos, se requiere:

- Realizar evaluaciones rápidas del impacto socioeconómico de la pandemia en los pueblos indígenas desde una perspectiva de género y generacional, tanto en zonas urbanas como rurales, considerando los efectos diferenciales en los contextos tradicionales y en las grandes ciudades, prestando atención al alcance y la cobertura de las medidas adoptadas por los Estados durante ese período.
- Sobre esa base, establecer en conjunto con los pueblos indígenas, a través de sus organizaciones representativas, medidas especiales de reactivación pertinentes y acordes con las diferentes realidades sociodemográficas, que sean consensuadas, sostenibles y garantes de derechos.

Durante la pandemia se ha evidenciado más que nunca la débil protección del derecho a la salud de los pueblos indígenas y la debilidad de la institucionalidad estatal para responder a sus necesidades en este ámbito. Por ello, es necesario que los Gobiernos realicen más y mejores esfuerzos para garantizar el derecho a la salud de estos pueblos (medida prioritaria 87), incluidas, entre otras medidas, las siguientes⁸:

- El fortalecimiento de la red asistencial pública de salud en los territorios indígenas, considerando la habilitación de nuevos establecimientos de salud, la ampliación de los equipos técnicos y el

⁸ Estas medidas ponen el énfasis en los derechos colectivos de los pueblos indígenas, siguiendo el espíritu del capítulo H del Consenso de Montevideo. Al respecto, como se establece en el artículo 44 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, los derechos se deben garantizar por igual al hombre y a la mujer indígenas.

aseguramiento del equipamiento, así como su necesaria articulación con los sistemas de sanación de los pueblos indígenas, garantizando su autonomía e integridad cultural.

- La implementación de políticas y programas públicos que garanticen un énfasis en intervenciones financiadas para la reducción de la morbilidad y la mortalidad maternas, con un enfoque especial en los pueblos indígenas y acorde a los estándares de derechos de estos pueblos.
- La adopción de medidas legislativas y administrativas para el reconocimiento y la protección efectiva de los sistemas y prácticas de salud de los pueblos indígenas, incluidos mecanismos de protección de los conocimientos, tecnologías y recursos terapéuticos indígenas para salvaguardarlos de su potencial apropiación indebida por parte de terceros no indígenas, considerando mecanismos sui géneris de propiedad intelectual e industrial de carácter colectivo.
- El diseño participativo de estrategias efectivas y culturalmente pertinentes para garantizar el acceso de los pueblos indígenas más rezagados a los programas de vacunación.
- El establecimiento de acuerdos entre países para garantizar a los pueblos indígenas transfronterizos el acceso a servicios de salud culturalmente pertinentes.

La desprotección de los derechos territoriales de los pueblos indígenas continúa siendo una cuestión crítica en la mayoría de los países de la región y se ha agudizado durante la pandemia. Para cumplir con los compromisos contraídos por los Gobiernos en este ámbito (medida prioritaria 88), es necesario:

- Reactivar los mecanismos de demarcación, titulación y saneamiento de las tierras indígenas que se suspendieron durante la pandemia, adoptando —cuando sea necesario— las medidas administrativas y legislativas que posibiliten su implementación efectiva.
- Generar condiciones legislativas y administrativas para asegurar que todo proyecto de inversión, tanto público como privado, que se promueva en los territorios indígenas —indistintamente del estatus jurídico de las tierras— cuente con el consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas.
- Adoptar medidas, incluidas las legislativas, para garantizar el derecho de los pueblos indígenas a la participación en los beneficios generados por esos proyectos.
- Frenar los procesos de criminalización de las personas defensoras de la vida y los territorios de los pueblos indígenas, adoptando medidas, incluidas las legislativas, para proteger su labor, garantizando el acceso a la justicia y el derecho al debido proceso, incluidos el establecimiento de entidades de defensoría penal de los pueblos indígenas, la formación del personal de los sistemas judiciales y la incorporación de traductores.

Finalmente, la disponibilidad de información desglosada sobre los pueblos indígenas sigue siendo un desafío en la región. En este sentido, si bien se reconoce que los países han implementado acciones para dar cumplimiento a la medida prioritaria 90, referente a garantizar el derecho a la información de los pueblos indígenas, los avances se registran principalmente en los censos de población y vivienda, pero aún resta bastante por hacer para lograr que los sistemas estadísticos nacionales en su conjunto brinden información oportuna y de calidad que responda a los requerimientos de los propios pueblos. En este sentido, es preciso redoblar los esfuerzos, atendiendo a los estándares y recomendaciones vigentes, y en particular:

- Fortalecer los procesos de inclusión de la autoidentificación indígena en las diversas fuentes de datos, especialmente en los registros de salud, mediante mecanismos participativos con los pueblos indígenas, aprovechando las acciones emprendidas y la experiencia adquirida por las organizaciones indígenas en el monitoreo de la pandemia.
- Generar conocimiento actualizado sobre las condiciones de vida de los pueblos indígenas, en especial sobre el impacto de la pandemia en la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y en otras dimensiones socioeconómicas, teniendo en cuenta las desigualdades étnicas, de género, generacionales y territoriales.
- Generar información accesible e inclusiva que contribuya a garantizar el acceso oportuno a servicios de salud públicos, con cobertura universal, que sean integrales y de calidad, y tengan pertinencia intercultural.

- Fortalecer los sistemas de información en salud de manera que cuenten con información desagregada según condición étnico-racial acerca del acceso a métodos anticonceptivos modernos, controles prenatales, atención de calidad del parto y el puerperio, muertes maternas y neonatales, e intervenciones de prevención de embarazos no intencionales e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, con el fin de generar información concluyente para el diseño, implementación y seguimiento de políticas tendientes a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de los pueblos indígenas.
- Diseñar e implementar sistemas de información que respondan a los requerimientos de los pueblos indígenas, considerando sus derechos colectivos, y, en particular, avanzar en los desarrollos metodológicos y en la medición de los indicadores acordados por los países de la región para el seguimiento del Consenso de Montevideo relativos al capítulo H, sobre pueblos indígenas.
- Fortalecer las capacidades nacionales para el uso y el análisis de información sobre los pueblos indígenas, tanto de instituciones gubernamentales como de las organizaciones indígenas y otros actores pertinentes.

G. Personas y comunidades afrodescendientes

La población afrodescendiente en América Latina vive en una situación de mayor vulnerabilidad, en comparación con la población no afrodescendiente ni indígena. Después del inicio de la pandemia, los niveles de desigualdad aumentaron y estas poblaciones presentaron tasas de infección y de muertes mayores que las correspondientes a las poblaciones no afrodescendientes en los pocos casos en los que existe esta información desagregada. En este escenario, es crucial acelerar la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, en particular las medidas prioritarias del capítulo I. En este sentido se presentan un conjunto de recomendaciones en diversos ámbitos.

Derecho a la igualdad y la no discriminación:

- Promover la aplicación de los marcos jurídicos internacionales en materia de derechos de las poblaciones y los pueblos afrodescendientes, y reestructurar las instituciones y las políticas nacionales, valorizando sus aportes y la protección de sus derechos para eliminar el racismo y las brechas estructurales que limitan el ejercicio pleno de los derechos humanos de los pueblos y las comunidades afrodescendientes, tomando en cuenta instancias e instrumentos que plantean importantes hojas de ruta, como el Decenio Internacional de los Afrodescendientes, el Foro Permanente de Afrodescendientes de las Naciones Unidas y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- Implementar políticas, planes y programas, incluidas acciones afirmativas, con enfoque intercultural, de género e interseccional, para erradicar las múltiples discriminaciones que enfrentan las mujeres afrodescendientes, los niños, las niñas, los adolescentes y las juventudes.

Datos desagregados e información:

- Visibilizar a la población afrodescendiente en las estadísticas oficiales, incluidas las relativas a la pandemia, mejorando la recolección de datos en concordancia con las recomendaciones internacionales y regionales en esta materia, así como el acceso y la accesibilidad a los mismos. Ello abarca el garantizar la participación de las comunidades afrodescendientes en todas las etapas del proceso estadístico (desde el diseño y la producción hasta el análisis, la evaluación y la difusión) y el desagregar la información por condición étnico-racial, género, edad, territorio y otros factores relevantes, para “no dejar a nadie atrás”.
- Generar un espacio de compilación y sistematización de indicadores sociodemográficos que permitan dar seguimiento a la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, a fin de avanzar en una mejor comprensión de las condiciones de vida de las personas afrodescendientes y el ejercicio de sus derechos, para así fortalecer los mecanismos de monitoreo de las políticas públicas nacionales en seguimiento de los compromisos regionales y los acuerdos internacionales.

Participación:

- Promover y garantizar la participación y la representación activa y efectiva de las personas afrodescendientes, en particular de las mujeres, y de sus organizaciones en todos los espacios públicos (parlamentos, sindicatos e instituciones estatales, entre otras), así como en las empresas privadas.
- Fortalecer los distintos mecanismos de coordinación nacional y regional vinculados permanentemente a la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, y asimismo garantizar que cuenten con un enfoque intercultural participativo.
- Asegurar la implementación efectiva del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, incluidas acciones afirmativas para acelerar los compromisos contraídos por los Estados en relación con las poblaciones afrodescendientes.
- Garantizar que las comunidades y los pueblos afrodescendientes cuenten con la información pertinente acerca de sus derechos, mejorando la accesibilidad cultural e incluyendo información en su lengua materna, en los casos en que corresponda.

Superación de la pobreza:

- Garantizar un piso básico de ingresos a la población afrodescendiente en situación de pobreza y vulnerabilidad, en particular a las mujeres afrodescendientes.
- Garantizar que las medidas económicas y sociales que se ponen en marcha en el marco de la respuesta ante la pandemia de COVID-19 atiendan las necesidades de la población afrodescendiente.

Educación y brecha digital:

- Incrementar el acceso a la educación gratuita y de calidad (incluida la educación integral en materia de sexualidad) para la población afrodescendiente, con atención especial a la culminación del nivel de educación secundaria, la capacitación, la incorporación a la educación superior y la provisión de herramientas para el aprendizaje en línea, con acceso gratuito a Internet y entrega de dispositivos digitales.
- Implementar medidas específicas que mitiguen las dificultades que enfrentan los hogares y las comunidades afrodescendientes en el acceso a servicios tecnológicos.

Empleo:

- Promover la inserción laboral de las poblaciones afrodescendientes en empleos de calidad y en puestos de mayor responsabilidad y prestigio, con atención especial a las juventudes que no están estudiando ni insertadas laboralmente, en especial las jóvenes madres y quienes trabajan de manera informal, como trabajadores autónomos, temporeros y trabajadores domésticos, a fin de garantizar su protección social y su derecho a una vejez digna.

Salud:

- Garantizar a la población afrodescendiente el acceso oportuno y de cobertura universal a servicios de salud públicos e integrales y de calidad, con pertinencia cultural y que proporcionen información accesible e inclusiva.
- Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos, controles prenatales y atención de calidad del parto y el puerperio, para evitar muertes maternas y neonatales; prevenir embarazos no intencionales, en particular en adolescentes, e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida. Para ello, las políticas y los programas deben basarse en información empírica y es fundamental también producir información pertinente para su seguimiento.
- Generar conocimiento actualizado para comprender el funcionamiento de los servicios, los sistemas y las prácticas de salud propias de las comunidades afrodescendientes, en áreas de concentración de estas poblaciones —tanto urbanas como rurales—, con el fin de diseñar y mejorar modelos de atención interculturales y de calidad.

Vacunación:

- Garantizar el acceso igualitario y oportuno a las vacunas y, en el proceso de vacunación, considerar la pertinencia étnico-racial, las particularidades geográficas y a las personas que desempeñan trabajos esenciales en el sector de la salud, incluso si son migrantes en situación irregular.
- Garantizar que los centros de salud y los hospitales situados en zonas con mayor presencia de población afrodescendiente cuenten con los servicios de salud, medicamentos e infraestructura para una debida atención frente a la pandemia.

H. Personas con discapacidad

Los países de la región cuentan con escasa información sobre las personas con discapacidad, lo que en el contexto actual impide estimar el impacto real de la pandemia en la población con discapacidad. Por tanto, es imprescindible fortalecer la recopilación y sistematización de datos sobre las personas con discapacidad en los sistemas estadísticos nacionales, que deberían disponer de instrumentos robustos de recolección y difusión de datos que aseguren el desglose a nivel nacional y subnacional por condición de discapacidad, edad, sexo y causa de muerte. Estos datos deberían reunirse utilizando métodos reconocidos internacionalmente. También es relevante contar con la información necesaria para conocer cuántas personas con discapacidad acceden a las medidas de mitigación de los efectos de la pandemia que se están implementando en las áreas de salud, educación, protección social y trabajo. De esta manera se puede evaluar si están siendo incluidas en todas las fases de la respuesta y la recuperación.

Durante la pandemia ha quedado en evidencia la importancia de fortalecer las acciones universales, garantizando la visibilidad y no discriminación de la población con discapacidad y adoptando un enfoque inclusivo y transversal en todas las políticas y acciones de respuesta a la crisis, como se indica en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Estas acciones de política pública deben contar con las adaptaciones y ajustes que se requieren para proteger el principio de no discriminación por motivo de discapacidad. Las recomendaciones más específicas que se desprenden de este análisis son las siguientes:

- La información y las comunicaciones sobre la salud se deben elaborar y difundir en modos, medios y formatos accesibles, y se debe incorporar activamente a las personas con discapacidad y sus organizaciones en el diseño de una respuesta a la pandemia que se base en los derechos y permita incluir a las personas con discapacidad en toda su diversidad.
- Respecto de las medidas de protección social, es fundamental asegurar los ingresos y el consumo de los hogares donde hay personas con discapacidad, mediante ayuda financiera destinada a esas personas cuando no tengan ingresos suficientes. También se debe garantizar que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad accedan a los servicios básicos, a la vivienda, a una alimentación adecuada y a la educación.
- Se debe asegurar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de apoyo para llevar una vida segura, saludable e independiente. Si las personas dejan de trabajar en el empleo formal para destinar todo su tiempo al apoyo de algún pariente con discapacidad, se deben implementar y mantener programas de asistencia financiera para cubrir la falta de ingresos.
- En el ámbito laboral se recomienda implementar todas las medidas necesarias de protección, ajustes específicos y entornos accesibles para garantizar la seguridad de las personas con discapacidad que siguen trabajando durante la pandemia. En los casos en que sea necesario, los empleadores de personas con discapacidad deben darles prioridad para que trabajen desde el hogar si ellas lo solicitan y garantizar la accesibilidad en sus casas para que puedan trabajar, por ejemplo, mediante la provisión de computadoras que sean accesibles.

- En lo que respecta a educación, es necesario que las medidas universales (adaptaciones curriculares y diseño inclusivo de las plataformas y las propuestas de educación en línea) sean acompañadas de recursos de apoyo para las personas con discapacidad. Con ese fin, se debe garantizar el acceso a Internet y el equipamiento en los hogares, particularmente de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, y asegurar que los programas informáticos sean accesibles para las personas con discapacidad, incluso mediante el suministro de dispositivos de asistencia y la puesta en práctica de ajustes razonables. Es necesario proporcionar orientación, capacitación y apoyo en materia de educación inclusiva mediante el aprendizaje a distancia a las personas que realizan docencia, y diseñar materiales accesibles y adaptados a las necesidades de niños, niñas y jóvenes estudiantes con discapacidad, para apoyar ese tipo de aprendizaje.
- Las personas con discapacidad tienen derecho a participar de forma plena y efectiva en las decisiones que afectan sus vidas. Poniendo en práctica el lema “nada sobre nosotros sin nosotros,” acuñado por quienes impulsaron la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, es necesario garantizar una respuesta inclusiva. En todas las etapas de la respuesta, desde la planificación y el diseño hasta la ejecución y la supervisión, se debe consultar a las personas con discapacidad y sus organizaciones y ellas deben participar activamente. Esto ayudará a lograr la inclusión inmediata, permitirá que todas las medidas relacionadas con el COVID-19 beneficien a las personas con discapacidad, y contribuirá al desarrollo y la recuperación a más largo plazo.

I. Prioridades emergentes en el Caribe

Así como es posible reconocer particularidades en el diagnóstico de los impactos que la pandemia ha tenido en los países del Caribe, también es necesario hacer algunas recomendaciones específicas para la subregión en relación con los posibles cursos de acción con miras a la recuperación y la transformación social y económica a la luz del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.

Lograr altos niveles de vacunación será crucial para permitir la plena reapertura de las escuelas, atraer a los turistas de vuelta al Caribe y hacer posible la recuperación de la economía en general. Dado que las tasas de vacunación en muchos países del Caribe están actualmente bajo los promedios regional y mundial, es urgente ampliar los programas y la cobertura de la vacunación. Las redes de suministro, almacenamiento y distribución deben seguir reforzándose y, al mismo tiempo, las campañas de vacunación deben diseñarse de modo que permitan llegar a los grupos de difícil acceso y a los que se encuentran en zonas remotas. Esto incluye el hacer frente al miedo, la desconfianza y la información engañosa que impiden a tantas personas vacunarse. El informe de una encuesta sobre reticencia a la vacunación publicado recientemente (CADRES/USAID/UNICEF, 2021) proporciona datos muy valiosos sobre las actitudes hacia las vacunas contra el COVID-19 y brinda a los responsables de la formulación de políticas y a los funcionarios de la salud datos nacionales para sustentar el diseño de las campañas de vacunación.

La crisis sanitaria ha puesto de relieve la necesidad de revisar los sistemas de salud de la región y de abordar sus deficiencias estructurales, incluido su subfinanciamiento, que se manifiesta en los bajos niveles de gasto en salud per cápita, la escasez de recursos humanos, los altos gastos de bolsillo y la desigualdad en el acceso a los servicios y en los resultados sanitarios. La interacción entre el COVID-19 y las enfermedades no transmisibles pone de manifiesto que la reducción de la prevalencia de estas últimas es tan importante como la lucha contra la pandemia. Existen una serie de opciones para hacer frente a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y los estilos de vida poco saludables, pero los impuestos específicos —por ejemplo, los impuestos a la compra de bebidas azucaradas— son una opción de política subutilizada y especialmente atractiva, ya que proporcionan una fuente adicional de financiamiento, al mismo tiempo que desincentivan los comportamientos poco saludables que causan tantas enfermedades no transmisibles.

Por último, el COVID-19 también ha puesto de manifiesto dos importantes deficiencias de los sistemas de protección social tanto del Caribe como de América Latina: la existencia de una gran cantidad de trabajadores

del sector informal no asegurados, que no tienen protección contra la pérdida de ingresos, y la ausencia de prestaciones por desempleo, incluso para los trabajadores asegurados, en la mayoría de los países. Estos son precisamente los dos ámbitos en que los Gobiernos tuvieron que poner en marcha medidas de emergencia como parte de sus respuestas al COVID-19. El desarrollo de sistemas permanentes de seguro de desempleo y de protección del ingreso mínimo para todos es un paso fundamental hacia la universalización de los sistemas de protección social pos-COVID-19.

Bibliografía

- Brito, M. O. (2020), "COVID-19 in the Americas: who's looking after refugees and migrants?," *Annals of Global Health*, vol. 86, N° 1 [en línea] <https://doi.org/10.5334/aogh.2915>.
- Brumat, L. y V. Finn (2021), "Mobility and citizenship during pandemics: the multilevel political responses in South America," *Partecipazione e Conflitto*, vol. 14, N° 1 [en línea] <http://siba-ese.unisalento.it/index.php/paco/issue/view/1819>.
- CADRES/USAID/UNICEF (Caribbean Development Research Services/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2021), *COVID-19 Vaccine Hesitancy Survey Report 2021* [en línea] <https://www.unicef.org/easterncaribbean/media/2996/file/COVID%20vaccine%20hesitancy%20rep.pdf>.
- Carella, F., S. Frean y J. J. Velasco (2021), "Panorama laboral en tiempos de la COVID-19: migración laboral, movilidad en el mundo del trabajo ante la pandemia de la COVID-19 en América Latina y el Caribe," *Nota Técnica*, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- SJM (Servicio Jesuita a Migrantes) (2021), "Organizaciones rechazaron militarización de la frontera y expulsión de migrantes," *Migración en Chile* [en línea] <https://www.migracionenchile.cl/organizaciones-rechazaron-militarizacion-de-la-frontera-y-expulsion-de-migrantes/>.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2020), *Evitar una generación perdida a causa de la COVID-19: Un plan de seis puntos para responder, recuperarse y reimaginar un mundo para todos los niños después de la pandemia*, Nueva York, noviembre.

La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha afectado a la población de manera profunda y multidimensional. América Latina y el Caribe, que se caracteriza por altos niveles de desigualdad, informalidad laboral y vulnerabilidad, es una de las regiones más afectadas en términos sanitarios, económicos y sociales.

En este documento se analizan los efectos de la pandemia en la dinámica demográfica y en los procesos sociodemográficos considerados en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, como el envejecimiento, la igualdad de género y la autonomía de las mujeres, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, las desigualdades territoriales y la movilidad. Se evalúan también los impactos en los diferentes grupos de la población identificados como objetivo de las medidas prioritarias de dicho Consenso por su histórica exclusión, discriminación y vulnerabilidad, así como en el cumplimiento de los derechos de los que son titulares.

La elaboración del documento responde al mandato de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe de sistematizar y analizar los impactos sociodemográficos de la pandemia en la región, e incluye recomendaciones de política para una recuperación sostenible con igualdad en el marco del Consenso de Montevideo.

