



ESTUDIO SOBRE EPIDEMIOLOGÍA Y PROTECCIÓN SOCIAL EN **IBEROAMÉRICA**

Determinantes sociales de la propagación
y gravedad de la pandemia por COVID-19
en los países Iberoamericanos

Con el apoyo de:



Créditos

Autores: Maylen Rojas Botero, Ángela Caro Rojas y Leonardo Arregocés.

Edición: Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

Coordinación de edición: Nancy Leonardo, Holman Jiménez Ardila

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Madrid, noviembre de 2025.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en la obra incumbe exclusivamente a sus autores y autoras y su publicación, en ningún caso, puede considerarse como reflejo de la opinión de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) ni de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Prohibido el uso de esta obra con fines comerciales.

Este estudio se publica como contribución a los gobiernos nacionales de los países iberoamericanos, al sistema de cooperación Internacional y a la sociedad civil en general. Por lo tanto, se autoriza su reproducción siempre que se cite la fuente y se realice sin ánimo de lucro.

En este documento se procuró evitar el lenguaje sexista. Sin embargo, a fin de facilitar la lectura no se incluyen recursos como «@», «x», «-a/as». En aquellos casos en que no se pudo evitar el genérico masculino, se agradece tener en cuenta la presente aclaración.

Esta publicación debe citarse como: Rojas, M., Caro, A., Arregocés, L. (2025). Estudio sobre Epidemiología y Protección Social en Iberoamérica: Determinantes sociales de la propagación y gravedad de la pandemia por COVID-19 en los países Iberoamericanos. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Madrid.

Para cualquier consulta, se puede poner en contacto con la secretaría general de OISS:

Teléfono: (34) 91 561 17 47

Direcciones corporativas de contacto: www.oiss.org

Secretaría General: sec.general@oiss.org

Con el apoyo de



Presentación

La pandemia de la COVID-19 ha producido la crisis económica, social y de salud más grave del último siglo. En la región Iberoamericana ha tenido un impacto importante, siendo América Latina y Caribe la región más afectada por la pandemia del COVID-19 en proporción de muertes. El 30% del total de muertes en el mundo, se produjo en esta región, que posee solo el 8% de la población mundial, siendo una de las regiones con mayores tasas de mortalidad. En esta región se produjo el 30% del total de muertes en el mundo, a pesar de que posee solo el 8% de la población mundial, por lo cual es una de las regiones con mayores tasas de mortalidad.

Ante tales cifras, y conociendo la heterogeneidad de la región, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), como organismo internacional de carácter técnico y especializado en seguridad social y protección social, se pregunta cuáles determinantes sociales y factores institucionales pueden ser útiles para comprender mejor los efectos de la pandemia y mejorar así la preparación y capacidad de respuesta de los países de la región ante futuros eventos similares.

Con la intención de traer luz ante este cuestionamiento, la OISS se complace en presentar este Estudio sobre Epidemiología y Protección Social en Iberoamérica, cuyo objetivo es profundizar en la reflexión y el análisis sobre los determinantes sociales de la propagación y gravedad de la pandemia por COVID-19 en los países Iberoamericanos, con el fin de generar recomendaciones y conclusiones capaces de contribuir al fortalecimiento de los sistemas sociosanitarios en los países Iberoamericanos ante futuras crisis.

En la actualidad, cinco años después del inicio de la pandemia, contamos con datos para reflexionar sobre lo acontecido y extraer lecciones que nos permitan prepararnos mejor y tomar decisiones basadas en evidencia.

El presente estudio sobre epidemiología y protección social, realizado por un equipo interdisciplinario con vasta experiencia y altamente capacitado, liderado además por personas expertas en farmacovigilancia, epidemiología, y protección social, recoge y analiza a profundidad los determinantes sociales de los países de la región en un ejercicio de reflexión complejo y enriquecedor.

Determinantes como el género, los niveles de informalidad laboral, la robustez o debilidad de los sistemas democráticos y los niveles de transparencia jugaron un papel clave en el exceso de mortalidad por COVID-19, lo que apunta a la necesidad latente de fortalecer los sistemas sociosanitarios y de protección social de la región, tal como se indica en la Declaración de Santo Domingo adoptada en el XVII Congreso de la OISS, celebrado del 13 al 16 de diciembre de 2021.

Al promover el fortalecimiento de los sistemas sociosanitarios y de protección social, la OISS busca contribuir a los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Fin de la pobreza (ODS 1), Salud y bienestar (ODS 3), Trabajo decente y crecimiento económico (ODS 8), Reducción de las desigualdades (ODS 10) y Paz, justicia e instituciones sólidas (ODS 16), mediante la generación de evidencia que ayude a diseñar políticas públicas más equitativas, resilientes y sostenibles en salud y protección social, especialmente al enfrentar crisis como la pandemia.

Este documento es un reflejo más del compromiso de la OISS de trabajar por niveles de calidad de vida más dignos para la población iberoamericana. Estamos convencidos de que, a través del conocimiento y la creación de políticas públicas basadas en evidencia, podremos construir sistemas de protección social más justos y sostenibles para todas las personas.

Gina Magnolia Riaño Barón

Secretaria General

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS)

Contenidos

Resumen ejecutivo	11
Introducción	14
Objetivos del estudio	15
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
Metodología	16
Enfoque metodológico	16
Tipo de estudio	16
Población de referencia	16
Población de estudio	16
Unidad de análisis	16
Criterios de elegibilidad	16
Descripción y operacionalización de las variables	17
Variables dependientes	17
Variables independientes	17
Fuentes de información	18
Análisis estadístico	21
Consideraciones éticas	22
Cumplimiento de los reglamentos de protección de datos de los países y de derechos de autor	22
Resultados	23
Determinantes sociales de la salud de los países Iberoamericanos	23
Estructura demográfica y territorial	23
Determinantes políticos	24
Determinantes sociales y económicos estructurales	26
Sistema de salud como determinante social	35
Sistemas de protección social	37
Evolución de la pandemia en los países iberoamericanos	60
Detección del primer caso confirmado de COVID-19	60
Vacunación masiva contra el COVID-19	62

Contenidos

Respuesta institucional ante la pandemia por COVID-19 en Iberoamérica	65
Gasto en salud	65
Gasto público nacional en salud como porcentaje del gasto público total	66
Gasto de bolsillo en salud	68
Impacto observado	69
Morbimortalidad	69
Mortalidad	71
Exceso de mortalidad	72
Análisis de componentes principales y agrupamiento por clústeres (2020–2021)	75
Determinantes sociales de la salud y magnitud de la pandemia por COVID-19 en los países iberoamericanos	77
Discusión	87
1. Composición demográfica	87
Edad	87
2. Características socioeconómicas	88
a. Confianza en las instituciones – nivel de democracia en el país	88
b. Índice de democracia y adherencia de la población a las medidas:	88
c. Ingresos per cápita	89
3. Protección social	89
a. Programas de transferencias monetarias	89
b. Formalidad en el empleo	90
4. Capacidad y resiliencia de los sistemas de salud	90
a. Sistemas de vigilancia epidemiológica	90
b. Capacidades instaladas en los recursos humanos en las autoridades nacionales y locales:	91
c. Capacidad para la ampliación de servicios de salud para atender la demanda:	92
a. Fortalecer los sistemas de protección social	95
b. Abordar desigualdades territoriales	95

Contenidos

a. Institucionalizar mecanismos de transparencia en tiempo real	96
b. Gobernanza basada en evidencia	96
c. Comunicación pública clara y coherente	96
d. Promover modelos de gobernanza más inclusivos y colaborativos	97
Fortalezas y limitaciones de la investigación	106
Fortalezas	106
Limitaciones	106
Destacado	107
Referencias bibliográficas	108
<i>Executive summary</i>	112
Anexo. Fuentes de información específicas.	115

Lista de tablas

Tabla 1. Fuentes de información utilizadas en el estudio	18
Tabla 2. Cronología del inicio de la vacunación contra el COVID-19 y criterios de priorización en la primera fase en países iberoamericanos	63
Tabla 3. Comparación del exceso de mortalidad en Iberoamérica durante 2020 y 2021: valores absolutos, tasas ajustadas por población y ranking anual	74
Tabla 4. Modelo de regresión lineal múltiple para la tasa de exceso de mortalidad por todas las causas por cien mil habitantes en Iberoamérica, 2021	86

Lista de figuras

Figura 1. Evolución del índice de transparencia y democracia entre 2020 y 2022 en los países iberoamericanos	26
Figura 2. Evolución del producto interno bruto (PIB) per cápita entre 2019 y 2022 en los países iberoamericanos	28
Figura 3. Evolución del índice de desarrollo humano (IDH) entre 2020 y 2022 en los países iberoamericanos	29
Figura 4. Desigualdad en la distribución del ingreso en los países iberoamericanos según el coeficiente de Gini. 2021-2022	30
Figura 5. Distribución del índice de pobreza multidimensional (último año disponible) en los países iberoamericanos. 2011-2022	32
Figura 6. Evolución de la tasa de desempleo en los países iberoamericanos durante la pandemia por COVID-19. 2020-2022	33
Figura 7. Evolución de la tasa de empleo informal en los países iberoamericanos durante la pandemia por COVID-19. 2020-2022	34
Figura 8. Evolución del Global Health Security Index en los países iberoamericanos antes y durante la pandemia por COVID-19. 2019-2021	36
Figura 9. Cronología de la detección del primer caso de COVID-19 en los países iberoamericanos	61
Figura 10. Cronología del inicio de la vacunación contra el COVID-19 en los países iberoamericanos	62
Figura 11. Evolución del gasto público nacional en salud per cápita ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPA) en países iberoamericanos, 2019–2022	66
Figura 12. Evolución del gasto público nacional en salud como porcentaje del gasto público total en países iberoamericanos, 2019–2022	67
Figura 13. Evolución del gasto de bolsillo durante la pandemia por COVID-19 en países iberoamericanos, 2019–2022	69
Figura 14. Evolución del número de casos de COVID-19 confirmados en países iberoamericanos, 2019–2022	70
Figura 15. Evolución del número de defunciones confirmadas por COVID-19 en países iberoamericanos, 2019–2022	71
Figura 16. Tasa cruda de mortalidad por COVID-19 en Iberoamérica (escala logarítmica) 2020-2022	72
Figura 17. Tasa de exceso de mortalidad en Iberoamérica, 2020 - 2021	73

Lista de figuras

Figura 18. Agrupamiento de los países Iberoamericanos por clústers, 2020-2021	76
Figura 19. Asociación entre determinantes demográficos, políticos, socioeconómicos y del sistema de salud y el exceso de mortalidad por todas las causas durante la pandemia de COVID-19 en países iberoamericanos, 2020-2021.	79
Figura 20. Efecto del nivel de transparencia sobre el exceso de mortalidad por todas las causas durante la pandemia de COVID-19 según el nivel de democracia en países iberoamericanos, 2021.	86

Resumen ejecutivo

El estudio analiza cómo los determinantes sociales, económicos, institucionales y sanitarios influyeron en la gravedad de la pandemia por COVID-19 en los países iberoamericanos. Utilizando datos comparables para 22 países y un enfoque de epidemiología social, se identifica que las desigualdades estructurales, la informalidad laboral, la fragilidad institucional y las debilidades en los sistemas de salud explican gran parte de las diferencias en el exceso de mortalidad observado durante 2020 y 2021.

El estudio empleó un diseño analítico de tipo ecológico, basado exclusivamente en fuentes secundarias de acceso público para los 22 países iberoamericanos. Se integraron datos demográficos, socioeconómicos, políticos, sanitarios y de protección social provenientes de fuentes abiertas como Our World in Data, Banco Mundial, ONU-PNUD, OMS, OIT, Transparency International, The Economist Intelligence Unit y bases especializadas sobre pobreza multidimensional, gasto en salud y coberturas de vacunación. El análisis incluyó estadísticas descriptivas, comparaciones entre países, estimación de exceso de mortalidad, análisis bivariados y modelos multivariados, además de técnicas de reducción dimensional (ACP) y agrupamiento (clusters) para identificar patrones regionales y su relación con la gravedad de la pandemia. Este enfoque permitió caracterizar las diferencias estructurales entre países y evaluar cómo los determinantes sociales e institucionales influyeron en los resultados sanitarios observados.

Principales hallazgos

1. Desigualdades estructurales profundas

Los países presentan grandes diferencias en ingresos, desarrollo humano, urbanización, educación y pobreza multidimensional. Estas desigualdades condicionaron la capacidad de los gobiernos para implementar restricciones, proteger los ingresos y garantizar el acceso a servicios esenciales. La alta informalidad laboral en Centroamérica y partes de Sudamérica limitó la efectividad de las medidas de aislamiento, obligando a millones a mantener actividades económicas presenciales.

2. Fragilidad institucional y pérdida de confianza

Entre 2020 y 2022, los índices de democracia y transparencia se deterioraron en la mayoría de los países. Las instituciones con menor credibilidad enfrentaron mayores dificultades para comunicar con claridad las medidas sanitarias y generar adherencia social a ellas. La combinación de baja transparencia y escasa fortaleza democrática se asoció con mayor exceso de mortalidad.

3. Sistemas de salud con capacidad limitada

El financiamiento sanitario, la infraestructura y el talento humano variaron ampliamente entre países. El gasto público en salud no aumentó de manera sostenida durante la pandemia y el gasto de bolsillo se mantuvo alto. El índice de preparación ante emergencias (GHSI) disminuyó en la mayoría de los países, lo que indica que, pese a la experiencia adquirida durante la pandemia, las capacidades estructurales no mejoraron suficientemente.

4. Protección social desigual

Los programas de transferencias económicas implementados para mitigar el impacto de la pandemia tuvieron coberturas muy distintas: desde más del 70% de los hogares en Perú o Guatemala, hasta menos del 2% en México y Portugal. Esta heterogeneidad condicionó la posibilidad real de que las familias cumplieran medidas de distanciamiento sin perder ingresos esenciales.

5. Diferencias marcadas en la evolución epidemiológica y la vacunación

El inicio de la vacunación y la disponibilidad inicial de dosis mostraron asimetrías importantes. Los países con acceso temprano a grandes volúmenes lograron disminuir más rápidamente la morbilidad y normalizar la actividad social.

El estudio demuestra que la pandemia no actuó sobre una “tabla rasa”, sino sobre sociedades desiguales y sistemas sanitarios con capacidades dispares. La mortalidad observada es el reflejo de múltiples capas de vulnerabilidad acumulada: desigualdad de ingresos, informalidad, debilidad institucional, financiamiento sanitario insuficiente y limitaciones estructurales en protección social.

Recomendaciones centrales

1. Fortalecer la protección social

- Ampliar cobertura y montos de las transferencias monetarias a los máximos valores posibles.
- Impulsar la formalización laboral y protección de ingresos como forma de preparación y de respuesta.
- Reducir brechas territoriales en acceso a servicios y apoyos económicos.

2. Reforzar la gobernanza sanitaria

- Institucionalizar mecanismos de transparencia en tiempo real.
- Establecer comunicación pública clara, coherente y basada en evidencia.
- Fortalecer la toma de decisiones informada por datos.

3. Consolidar sistemas de salud resilientes

- Incrementar el financiamiento público en salud de manera sostenida.
- Mejorar capacidad de vigilancia epidemiológica, diagnóstico y respuesta.
- Expandir infraestructura, talento humano y servicios críticos.

Palabras clave: COVID-19, pandemias, determinantes sociales de la salud, inequidades en salud, mortalidad, exceso de mortalidad, política de salud, protección social, salud pública, Iberoamérica

Introducción

La pandemia por COVID-19 desencadenó la mayor crisis sanitaria global de la historia reciente. Este fenómeno mundial dejó en evidencia, una vez más, la profunda interrelación que existe entre las condiciones sociales, económicas, políticas y de protección social y los impactos en salud en las poblaciones. Iberoamérica, una región caracterizada por marcadas desigualdades estructurales, fue escenario de impactos diferenciados tanto en la propagación como en la gravedad de la pandemia. Esto reflejó la histórica fragilidad de sus sistemas sociosanitarios, las brechas en protección social y las condiciones de vida desiguales en sus poblaciones.

A pesar de que la producción de literatura sobre los efectos de la pandemia en la región es amplia, buena parte de los análisis ha privilegiado una mirada centrada en los indicadores epidemiológicos convencionales, sin profundizar en el papel de los determinantes sociales de la salud ni en las capacidades de respuesta de los sistemas de protección social. Este vacío es especialmente relevante para la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), dado su mandato de fortalecer los sistemas sociosanitarios en la región y promover la equidad, la protección social universal, la no discriminación y el enfoque de género e interculturalidad.

A partir de este contexto, el presente estudio propone un análisis desde la epidemiología social, que busca comprender cómo los determinantes sociales de la salud y las capacidades de protección social se relacionaron con la trayectoria y el impacto diferencial de la pandemia por COVID-19 en los países iberoamericanos. A partir de un enfoque ecológico de múltiples grupos, se exploran relaciones entre la gravedad de la pandemia –medida por medio del exceso de mortalidad– y distintos determinantes estructurales e intermedios, y se integran dimensiones demográficas, políticas, socioeconómicas, sanitarias y de protección social.

Este informe tiene como propósito comprender el papel de los determinantes sociales estructurales de la salud en el exceso de mortalidad, y aportar evidencia que permita orientar políticas públicas y estrategias regionales hacia sistemas sociosanitarios más resilientes, capaces de anticiparse, prevenir y responder con mayor equidad y eficacia a futuras emergencias sanitarias, en línea con el compromiso de la OISS y de los países miembros hacia la protección social integral.

Objetivos del estudio

Objetivo general

Analizar los determinantes sociales y sociosanitarios que influyeron en la propagación y gravedad de la pandemia por COVID-19 en Iberoamérica, con el propósito de generar recomendaciones de política pública orientadas a fortalecer los sistemas sociosanitarios de la región y mejorar su capacidad de prevención, control y respuesta ante futuras crisis.

Objetivos específicos

- Describir los determinantes sociales de la salud de los países iberoamericanos, incorporando información contextual sobre la estructura demográfica y territorial, determinantes políticos, socioeconómicos, de protección social y del sistema de salud.
- Describir la evolución de la pandemia por COVID-19 en los países iberoamericanos, la cronología de la respuesta institucional y los principales resultados en términos de morbimortalidad.
- Analizar los determinantes sociales de la salud y su relación con la propagación y gravedad de la pandemia en Iberoamérica, considerando aspectos como la distribución por edad, género, ubicación geográfica, grado de urbanización, condiciones de vivienda, nivel educativo y acceso a la protección social a nivel nacional.
- Formular recomendaciones de política pública orientadas a fortalecer los sistemas sociosanitarios y de protección social en Iberoamérica, para aportar a la preparación ante futuras pandemias y prevenir con mayor resiliencia efectos similares.

Metodología

Enfoque metodológico

Se utilizaron métodos y técnicas cuantitativas.

Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio analítico, de tipo ecológico, de múltiples grupos, con fuentes secundarias de información.

Población de referencia

22 países iberoamericanos, a saber: Andorra, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Población de estudio

Países iberoamericanos que contaban con información disponible (datos abiertos) tanto para los resultados en salud de la pandemia por COVID-19, como de los determinantes sociales de la salud que fueron analizados.

Unidad de análisis

Agregado ecológico correspondiente al país.

Criterios de elegibilidad

Se presentan a continuación los criterios de inclusión y exclusión de los países iberoamericanos:

Criterios de inclusión:

Se incluyeron los 22 países de Iberoamérica, tal como estaban constituidos en el año 2020.

Criterios de exclusión:

Para cada análisis específico, se excluyeron aquellos países para los cuales no se identificó información oficial disponible sobre los determinantes sociales de la salud evaluados. Adicionalmente, en el análisis descriptivo inicial de los resultados sanitarios de la pandemia –incluyendo la cobertura de vacunación completa, el número de muertes registradas por COVID-19 y el exceso de mortalidad por todas

las causas durante la pandemia– se incorporaron los datos tal como fueron reportados por las fuentes consultadas. No obstante, debido a limitaciones en la calidad de la información (que comprometen la confiabilidad de los datos) o a la ausencia de resultados disponibles, algunos países, entre ellos Cuba, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana y Venezuela, fueron excluidos de determinados análisis. En cada sección se detalla expresamente el conjunto de países incluidos, de acuerdo con la disponibilidad y calidad de la información utilizada.

Descripción y operacionalización de las variables

Variables dependientes

Se realizaron análisis considerando como variable dependiente principal la tasa estimada del exceso de mortalidad por todas las causas durante la pandemia por COVID-19 para 2020 y 2021.

Variables independientes

Para cada país se incorporó la información más actualizada disponible sobre determinantes sociales de la salud, siguiendo el marco conceptual propuesto por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1), entre estos:

- ***Estructura poblacional***

Población del país según edad, sexo, población rural, población indígena, población afrodescendiente y grado de urbanización.

- ***Determinantes socioeconómicos***

Índice de Desarrollo Humano, Índice de GINI de desigualdad de ingresos, PIB per cápita, pobreza multidimensional, tasa de desempleo, empleo informal y analfabetismo en personas de 15 años y más.

- ***Determinantes del sector sanitario y del sistema de salud***

Global Health Security Index, cobertura universal en salud.

- ***Determinantes políticos***

Índice de transparencia, Índice de democracia.

- ***Protección social***

Cobertura del programa de protección social de mayor alcance en el país durante la pandemia (transferencias monetarias).

- ***Respuesta a la pandemia por COVID-19***

Fecha de inicio de los programas de vacunación contra el COVID-19, coberturas de vacunación contra el COVID-19, gasto público nacional en salud por persona, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPA) y expresado en dólares internacionales corrientes a 2015, gasto público nacional como porcentaje del gasto público total, gasto de bolsillo en salud.

Fuentes de información

Se utilizaron fuentes secundarias de información de acceso público y reconocidas internacionalmente por su rigor y confiabilidad. Entre estas, se incluyeron bases de datos de organismos multilaterales, agencias especializadas y observatorios temáticos que proveen indicadores específicos para los países de Iberoamérica, considerando los diversos dominios definidos para este estudio. A continuación, se presentan las fuentes para cada uno de los dominios considerados (Tabla 1).

Tabla 1. Fuentes de información utilizadas en el estudio

Dominio	Fuentes de información
Resultados COVID-19	
Número de casos confirmados de COVID-19	Casos confirmados de COVID-19 para 2020, 2021 y 2022 recolectados y dispuestos en Our World In Data (2).
Número de muertes por COVID-19	Muertes confirmadas por COVID-19 para 2020, 2021 recolectadas y dispuestas en Our World In Data (3).
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	Cálculos propios a partir de muertes confirmadas (OWID) y población total anual por país (Banco Mundial).
Número de muertes en exceso	Exceso de mortalidad durante la pandemia por COVID-19 (2020 y 2021). Publicado en Our World In Data (4).
Tasa de exceso de mortalidad	Cálculos propios a partir del número de muertes en exceso (OWID) y la población total anual por país (Banco Mundial).
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	Cálculos propios. Se utilizaron datos sobre muertes confirmadas por COVID-19 para 2020-2022 (OWID), y estimaciones de población total y por grupos de edad (0–14 años y 65 años o más, del Banco Mundial). Se estimó un modelo de regresión binomial negativa con offset logarítmico de la población total para predecir el número esperado de muertes por COVID-19 en cada país/año ajustado por estructura demográfica. Con base en las predicciones del modelo, se calcularon tasas ajustadas de mortalidad por millón de habitantes y la razón estandarizada de mortalidad (REM), definida como el cociente entre las muertes observadas y las esperadas.
Razón estandarizada de mortalidad por COVID-19 (REM)	

Dominio	Fuentes de información
Estructura poblacional	
Proyecciones de población	The World Bank Group. Database: Population estimates and projections (5)
Población indígena	Anexo
Población afrodescendiente	Anexo
Determinantes socioeconómicos	
Índice de Desarrollo Humano	UNDP, Human Development Report. Datos dispuestos en Our World In Data. (6)
PIB per cápita	PIB per cápita en dólares estadounidenses constantes de 2015. Banco Mundial. Datos dispuestos en OWID. (7)
Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)	Índice de Pobreza Multidimensional. Akaire, Kanagaratnam y Suppa. Datos dispuestos en OWID. (8)
Gini de ingresos	Índice de Gini de desigualdad de ingresos. Banco Mundial. Datos dispuestos en OWID. (9)
Tasa de desempleo	OIT. Tasa de desempleo. Datos dispuestos en OWID. (10)
Tasa de empleo informal	OIT. Tasa de empleo informal. Datos dispuestos en OWID. (10)
Tasa de analfabetismo en personas mayores de 15 años	UNESCO. Tasa de alfabetismo en adultos. Datos dispuestos en OWID. (11)
Determinantes del sector sanitario y del sistema de salud	
Global Health Security Index	Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis (12)
Índice de Cobertura Universal en Salud	Tracking Universal Health Coverage: Global monitoring report (13)
Determinantes políticos	
Índice de transparencia (corrupción)	Transparency International. Corruption perceptions Index (14)

Dominio		Fuentes de información	
Índice de democracia		The Economist Intelligence Unit. Democracy Index (15)	
Protección Social			
Programas de transferencias monetarias		World Bank - COVID-19 Social Protection. Cash transfers in pandemic times: evidence, practices, and implications from the largest scale up in history (16)	
Respuesta a la pandemia por COVID-19			
Gasto público nacional en salud per cápita ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPA)		Gasto mundial en salud de la Organización Mundial de la Salud, dispuestos en la colección del Banco Mundial sobre indicadores del desarrollo. (17)	
Gasto público nacional en salud como porcentaje del gasto público total		Gasto mundial en salud de la Organización Mundial de la Salud, dispuestos en la colección del Banco Mundial sobre indicadores del desarrollo. (17)	
Gasto de bolsillo en salud durante la pandemia por COVID-19		Gasto mundial en salud de la Organización Mundial de la Salud, dispuestos en la colección del Banco Mundial sobre indicadores del desarrollo. (17)	
Personas completamente vacunadas		Cobertura de vacunación completa contra el COVID-19 al 31 de diciembre de 2021 y de 2022. Cuando no estuvo disponible para el día exacto, se tomó la cobertura reportada a la fecha más cercana al 31 de diciembre de cada año (18)	
Fecha de introducción de la vacuna contra el COVID-19		Anexo	
Fecha de primer caso confirmado de COVID-19		Anexo	
Gráficas comparativas cobertura de vacunación dosis completa acumulada y número de muertes diarias por COVID-19 reportadas		Institute for Health Metrics and Evaluation (IHMI). COVID-19 projections. Daily deaths y Vaccine coverage (19)	
Índice de transparencia (corrupción)		Transparency International. Corruption perceptions Index (14)	

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico se analizaron tendencias y, en algunas ocasiones, se analizó sólo el valor registrado para el 2021.

Inicialmente, se llevó a cabo un análisis descriptivo a partir de textos, tablas y gráficas para caracterizar a los países de Iberoamérica en términos de su estructura poblacional, determinantes socioeconómicos, determinantes del sector sanitario y del sistema de salud, determinantes políticos, medidas de protección social y respuesta a la pandemia por COVID-19. Así mismo, se describieron los resultados en la propagación y gravedad de la pandemia a partir del análisis de la incidencia y mortalidad por COVID-19, y el exceso de mortalidad durante la pandemia.

Posteriormente, se seleccionaron indicadores representativos de cada dominio (social, económico, político, sanitario y de protección social) para explorar la asociación bivariada con la tasa de exceso de mortalidad, considerado el principal indicador de la gravedad de la pandemia. Esta elección se justifica porque el exceso de mortalidad no solo captura los impactos directos e indirectos de la COVID-19, sino que también presenta menos subregistro en comparación con otras variables dependientes, cuya calidad puede estar influenciada por la cobertura y efectividad de la vigilancia epidemiológica, la disponibilidad y acceso a pruebas diagnósticas, y la calidad de las estadísticas vitales en cada país.

También se identificaron patrones entre los países iberoamericanos que permiten orientar estrategias de preparación y respuesta ante futuras pandemias. Para ello, se utilizó un enfoque basado en técnicas multivariadas, iniciando con el análisis de componentes principales (ACP), que permite reducir la dimensionalidad de los datos y sintetizar la información en un conjunto de factores clave que explican las principales diferencias entre los países. Este análisis incluyó indicadores representativos de cada dominio (social, económico, político, sanitario y de protección social), así como resultados relacionados con la gravedad de la pandemia.

Luego, con base en los componentes principales obtenidos, se aplicaron técnicas de agrupamiento (análisis de clúster) para clasificar los países en perfiles según sus similitudes en los determinantes analizados y en sus resultados ante la pandemia. Este procedimiento facilitó la identificación de grupos de países con características compartidas, lo que permitió un enfoque más específico en las necesidades y fortalezas de cada perfil.

Los resultados de estos análisis fueron representados gráficamente para facilitar la visualización de los patrones identificados, destacando las principales diferencias entre los grupos de países y los determinantes clave asociados a su desempeño durante la pandemia. Estos hallazgos sirvieron de base para la priorización de áreas de intervención y la formulación de recomendaciones de política pública orientadas a fortalecer los sistemas sociosanitarios y de protección social en la región.

Consideraciones éticas

Esta consultoría fue realizada siguiendo los parámetros para las investigaciones en seres humanos establecidos por la legislación colombiana (país sede de los consultores), la cual, a su vez, se rige por la normatividad global. Se clasifica como una investigación sin riesgo, en la medida que no se tiene interacción con seres humanos, utilizando en todos los casos datos dispuestos en repositorios institucionales debidamente anonimizados, con lo que se evita la identificación de cualquier sujeto, y se protege su identidad y sus datos sensibles.

En todo momento se garantizó la protección de los participantes, incluyendo los investigadores, así como de la información analizada.

Cumplimiento de los reglamentos de protección de datos de los países y de derechos de autor

Para asegurar el cumplimiento de los reglamentos de protección de datos, en todo momento se garantizó que el contenido de las fuentes de información no incluyera información personal identificable sin el debido consentimiento, cumpliendo con normativas internacionales como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) en Europa, así como las legislaciones específicas de protección de datos de los países iberoamericanos. Además, se garantizó que las imágenes, tablas y gráficos producidos no violasen los principios de confidencialidad, pues provienen exclusivamente de fuentes públicas o bases de datos autorizadas.

En cuanto a los derechos de autor, se verificó que todos los elementos gráficos, tipográficos y visuales, como imágenes, íconos y mapas utilizados en el diseño fueran de uso libre o contaran con las licencias correspondientes -como Creative Commons-, licencias compradas o elementos creados específicamente para el proyecto. Asimismo, se citaron correctamente todas las fuentes y se otorgaron los créditos correspondientes siguiendo los estándares internacionales.

Resultados

Determinantes sociales de la salud de los países iberoamericanos

Estructura demográfica y territorial

La región iberoamericana está constituida por un importante número de países con diferencias estructurales en sus contextos políticos y culturales, sus dinámicas demográficas, sus condiciones socioeconómicas y sus sistemas de salud, entre otros. Estas diferencias se relacionan tanto con el riesgo y evolución de las emergencias y crisis, como con la capacidad de respuesta organizada e impactos derivados.

La heterogeneidad demográfica entre los países iberoamericanos se manifiesta en diferencias notables en el tamaño de la población, la distribución por sexo y grupos etarios, así como en su organización territorial. Mientras países como Brasil (209,6 millones en 2021) y México (127,6 millones) concentran grandes poblaciones, otros como Panamá (4,3 millones), Uruguay (3,4 millones) y Andorra (78 mil habitantes) presentan tamaños poblacionales considerablemente menores, lo que implica desafíos diferenciados en términos de planificación sanitaria y respuesta ante emergencias.

En la mayoría de los países iberoamericanos, las mujeres representan una proporción mayor que los hombres dentro de la estructura poblacional. En promedio, ellas constituían el 50,6% de la población en los 22 países analizados en 2021 ($DE^1 = 0,8\%$; $CV^2 = 1,6\%$). Las proporciones más altas de población femenina se observaron en El Salvador (52,5%), Portugal (52,4%) y México (51,4%). En contraste, cuatro países presentaron una mayoría relativa de hombres: Andorra (51,1%), Honduras (50,4%), Bolivia (50,2%) y Paraguay (50,2%). Esta característica demográfica es relevante considerando que, durante la pandemia, los hombres presentaron un mayor riesgo de muerte por COVID-19, de acuerdo con lo reportado en diversos informes a nivel global y regional (20; 21).

Otro determinante estrechamente vinculado al mayor riesgo de muerte por COVID-19 fue la edad, dado que la probabilidad de fallecimiento aumentaba significativamente en las personas adultas mayores (22). En promedio, el 10,2% de la población de los países iberoamericanos tenía 65 años o más en 2021 ($DE = 5,0\%$; $CV = 48,8\%$), con una marcada heterogeneidad en los grupos etarios en la región. Países como Portugal y España presentaban estructuras demográficas altamente envejecidas, con proporciones de personas de 65 años o más que alcanzaban el 23,3% y 19,8% respectivamente. En contraste, países como Honduras, Guatemala, Nicaragua y Bolivia mantenían aún estructuras demográficas jóvenes o en fases iniciales de envejecimiento, con porcentajes de población adulta mayor entre el 4,1% y el 5,5%.

¹ DE = Desviación estándar

² CV = Coeficiente de variación

No obstante, cabe señalar que, si bien el riesgo de muerte por COVID-19 aumenta con la edad a nivel individual, las diferencias en la estructura etaria entre países podrían dar lugar a patrones de impacto poblacional distintos.

Al tratarse de una enfermedad con un patrón predominantemente urbano, el contexto territorial también desempeñó un papel clave en la propagación del COVID-19; sin embargo, sus efectos sobre la mortalidad fueron menos claros. En este sentido, el porcentaje de población que reside en áreas urbanas –conocido demográficamente como índice de urbanización– constituye un indicador relevante para comprender la dinámica de transmisión en cada país. En promedio, el 76,4 % de la población de Iberoamérica residía en áreas urbanas en 2021 (DE = 11,9%; CV = 15,6%), aunque este promedio oculta una gran heterogeneidad regional. Países como Uruguay (95,6%) y Argentina (92,2%) presentaban niveles muy elevados de urbanización, mientras que en Guatemala (52,2%), Honduras (59,0%) y Nicaragua (59,3%) todavía predominaban patrones territoriales más rurales. Esta variabilidad ocasionaba desafíos importantes y diferenciales para el diseño y focalización de medidas de control, dado que los entornos urbanos densos no solo favorecían una mayor transmisión, sino que también requerían intervenciones diferenciadas en términos de vigilancia epidemiológica, control del contacto y gestión del espacio público. No obstante, es importante mencionar que al inicio de la pandemia esta característica no era conocida.

Determinantes políticos

El contexto político-institucional influye de manera decisiva en la capacidad de los países para diseñar e implementar respuestas eficaces ante emergencias sanitarias como la pandemia por COVID-19. En este análisis se incluyen dos indicadores clave: el Índice de Percepción de la Corrupción (utilizado aquí como proxy de transparencia institucional), publicado por Transparency International (14), y el Índice de Democracia, elaborado por The Economist Intelligence Unit (15). El primero evalúa la percepción de corrupción en el sector público en una escala de 0 a 100, donde valores más altos indican menor percepción de corrupción (mayor transparencia). El segundo clasifica los regímenes políticos en función de sus niveles de pluralismo, procesos electorales, funcionamiento del gobierno, participación política y libertades civiles, con puntuaciones de 0 a 10, donde valores más altos reflejan democracias más sólidas.

En 2021, los países iberoamericanos mostraron una alta heterogeneidad en estos indicadores. En términos de transparencia, los puntajes oscilaron entre 14 (Venezuela) y 73 (Uruguay), con un promedio regional cercano a los 39 puntos (DE = 16,1 puntos, CV = 40,8%). Uruguay (73), Chile (67) y Portugal (62) se posicionaron como los países con mayor percepción de integridad pública, mientras que Venezuela (14), Nicaragua (20) y Honduras (23) registraron los valores más bajos.

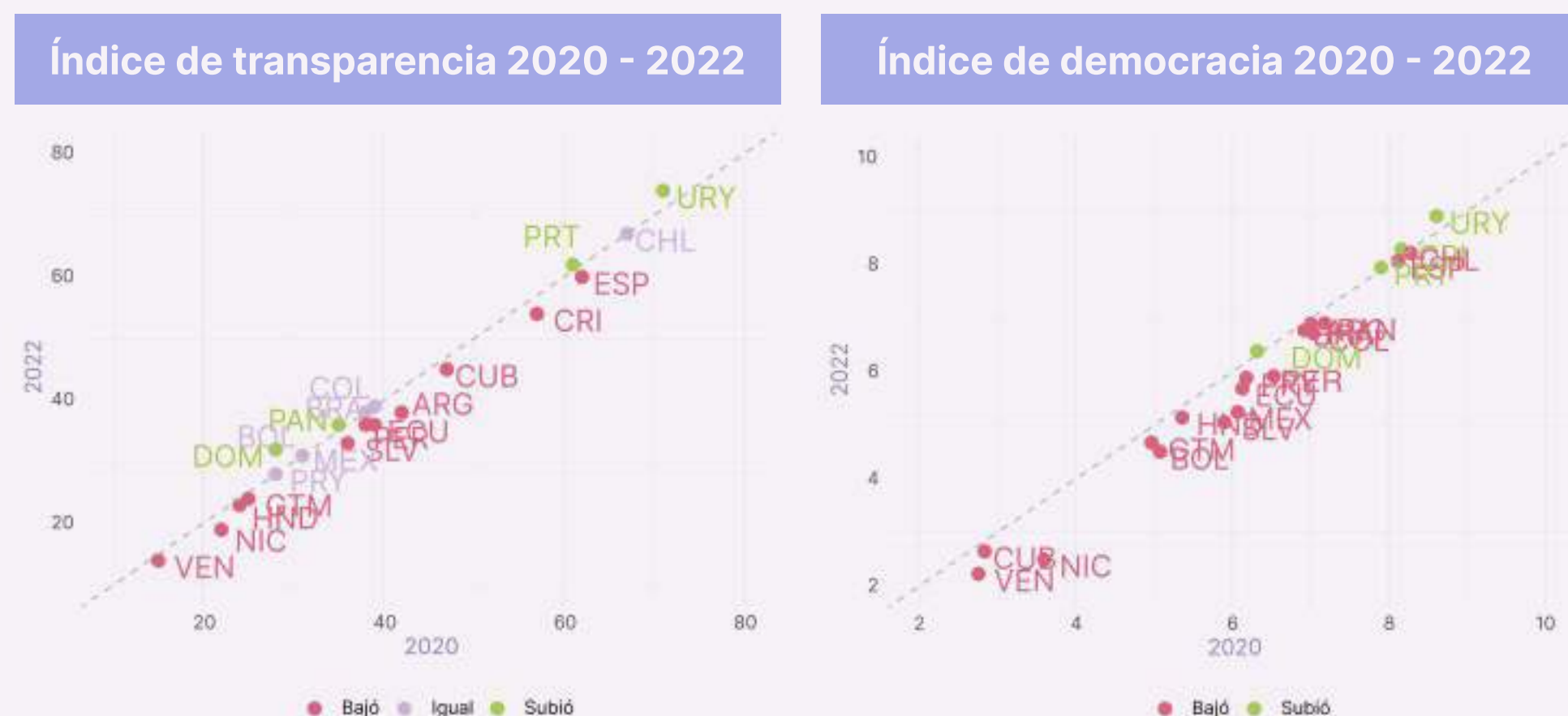
Entre 2020 y 2022, la mayoría de los países iberoamericanos experimentó una reducción en su puntaje de transparencia institucional, lo que sugiere un posible deterioro en la percepción de integridad pública durante el periodo crítico de la pandemia. En total, 11 de los 21 países con datos disponibles mostraron una caída en el índice. Entre ellos, disminuyó especialmente en Argentina (pasando de 42 a 38, con una reducción de 4 puntos), le siguieron Costa Rica, El Salvador, Ecuador y Nicaragua, con disminución de 3 puntos en cada caso. Solo cuatro países registraron un aumento, destacándose República Dominicana (pasando de 28 a 32, para un incremento de 4 puntos), seguido por Uruguay (aumento de 3 puntos), Panamá y Portugal (cada uno con un punto adicional en 2022). Los restantes países no registraron cambios en el índice entre 2020 y 2022. Esta tendencia descendente, visualizada en la Figura 1, podría estar asociada a la opacidad en la toma de decisiones, la flexibilización de controles institucionales durante la emergencia, o el uso discrecional de recursos públicos, factores que pueden debilitar la gobernanza en contextos de crisis.

En cuanto a la calidad democrática, los resultados también fueron dispares. Con un promedio regional de 5,9 puntos ($DE = 1,8$; $CV = 31,1\%$), Uruguay (8,85), Costa Rica (8,07) y España (7,94) se destacaron como democracias plenas o en transición hacia esa categoría, mientras que Venezuela (2,11), Cuba (2,59) y Nicaragua (2,70) se ubicaron en la franja de regímenes autoritarios.

De manera similar, el índice de democracia también mostró un retroceso en la mayoría de los países entre 2020 y 2022, en un contexto en que las restricciones impuestas por la emergencia sanitaria generaron tensiones sobre las libertades civiles y el equilibrio institucional. En total, 17 países presentaron una disminución en su puntaje, principalmente Nicaragua (de 3,60 a 2,50), El Salvador (de 5,90 a 5,06) y México (de 6,07 a 5,25). Solo cuatro países –Uruguay, Costa Rica, República Dominicana y Portugal– lograron incrementos leves o estabilidad en el mismo periodo.

Estos indicadores permiten caracterizar el entorno institucional previo y durante la pandemia, que pudo incidir en la formulación y ejecución de políticas de salud pública, el acceso a la información, la confianza ciudadana para adherirse a las recomendaciones institucionales y la legitimidad de las medidas adoptadas. Cabe señalar que Andorra no fue incluido en este análisis debido a la ausencia de datos disponibles para el país.

Figura 1. Evolución del índice de transparencia y democracia entre 2020 y 2022 en los países iberoamericanos.



Cada punto representa el valor del indicador en 2020 (eje X) y en 2022 (eje Y) para cada país. La línea diagonal indica estabilidad (sin cambio). Los puntos por debajo de la línea corresponden a países que registraron una disminución en el indicador, mientras que los que se ubican por encima experimentaron un aumento. El color del punto indica la dirección del cambio.

Fuente: Elaboración propia con datos de Transparency International (14) y de The Economist Intelligence Unit (15).

Determinantes sociales y económicos estructurales

El nivel de desarrollo económico y social de un país condiciona significativamente su capacidad de respuesta ante emergencias sanitarias como la pandemia por COVID-19. En este análisis se consideran dos indicadores estructurales: el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, como aproximación al ingreso nacional disponible por persona, y el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que resume logros en salud, educación e ingresos, y permite evaluar el bienestar general de las poblaciones.

En 2021, el PIB per cápita entre los países iberoamericanos mostró una amplia dispersión, con valores que variaron (en dólares constantes de 2015, según el Banco Mundial) entre USD 2.136 en Nicaragua y USD 36.929 en Andorra. El promedio regional fue de aproximadamente USD 11.032, con una elevada variabilidad ($DE = 8.675$ USD; $CV = 78,6 \%$), lo que evidencia profundas desigualdades estructurales en las capacidades económicas nacionales. Andorra, España, Portugal, Uruguay y Panamá se ubicaron entre los países con mayores niveles de ingreso per cápita,

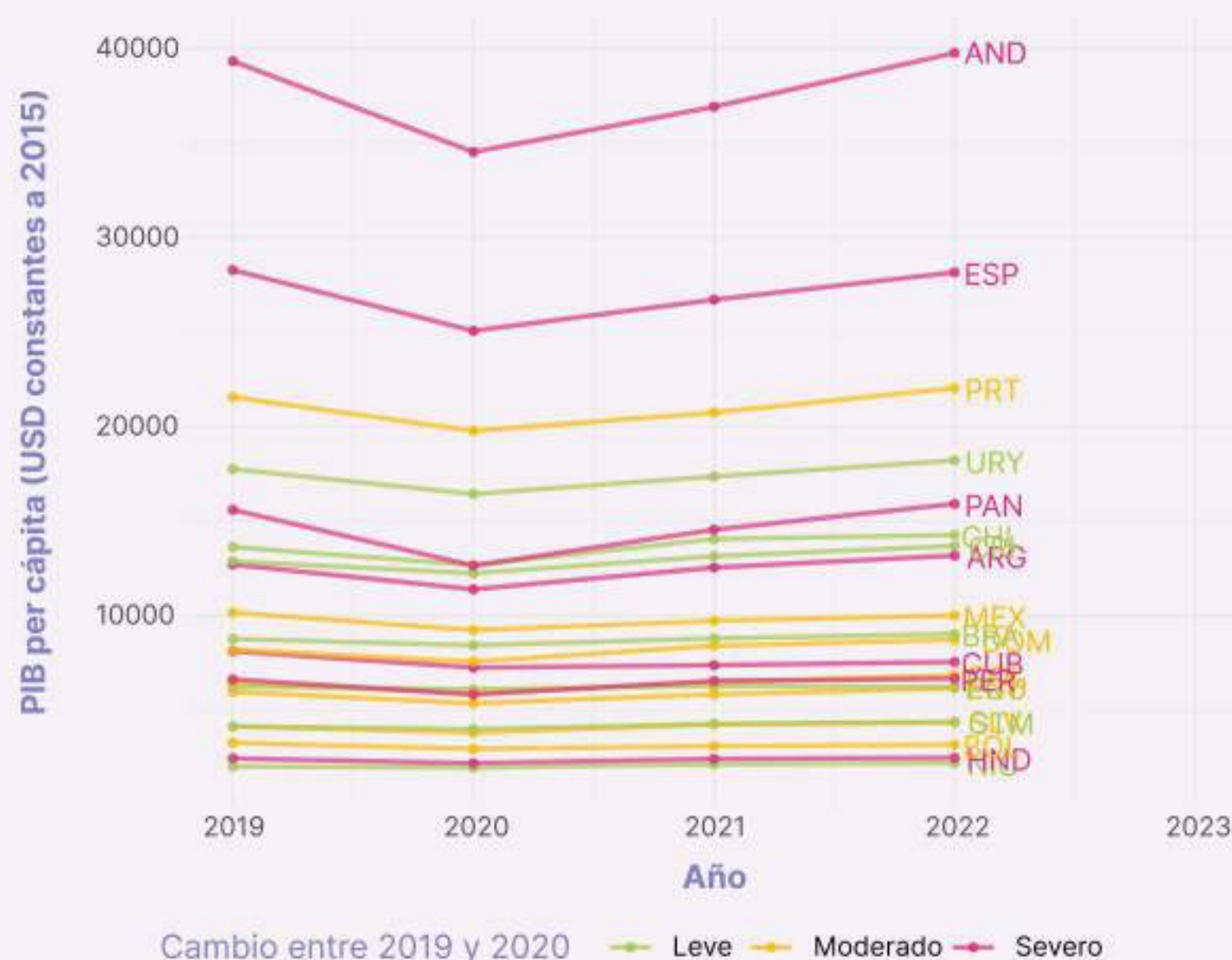
mientras que varios países centroamericanos y andinos –incluyendo Nicaragua, Honduras, Bolivia, El Salvador y Guatemala– registraron los valores más bajos, lo que condiciona su margen fiscal y operativo para enfrentar crisis sanitarias de gran escala como la pandemia por COVID-19.

La evolución del PIB per cápita entre 2019 y 2022 en los países iberoamericanos muestra un patrón compartido de contracción en el 2020, primer año de la pandemia, como consecuencia directa del impacto económico de este año, seguido por una fase de recuperación que se intensificó a partir de 2021. Sin embargo, esta trayectoria no fue uniforme, pues tanto la magnitud de la caída inicial como la velocidad de recuperación posterior variaron considerablemente entre países.

Con el fin de ilustrar estas diferencias, los países fueron agrupados según la magnitud de la caída de su PIB per cápita entre 2019 y 2020, clasificándolos en tres categorías: leve, cuando la contracción fue igual o inferior a 7,6%; moderada, entre 7,7% y 10,3%; y severa, superior al 10,4% (Figura 2). Esta categorización permite visualizar claramente cómo algunos países sufrieron impactos económicos más fuertes durante el primer año de la pandemia, mientras que otros lograron contener en mayor medida las pérdidas derivadas de la crisis sanitaria, posiblemente debido a diferencias en la estructura económica, las medidas adoptadas o el grado de exposición externa. En particular, Panamá, Andorra, Perú y España registraron las mayores caídas, superiores al 11,0%. Contrario a lo observado en otros contextos, la mayoría de estos países no logró en 2021 recuperar sus niveles de PIB per cápita prepandémicos, sino que solo alcanzaron o superaron dichos niveles en 2022, evidenciando trayectorias de recuperación más prolongadas y posiblemente más complejas.

En el grupo con caídas moderadas se encuentran países como República Dominicana, El Salvador y Portugal. Aunque también enfrentaron una reducción considerable del PIB per cápita, su comportamiento durante el periodo de recuperación fue más estable y sostenido. Finalmente, en el grupo de países con caídas leves, como Paraguay, Brasil y Costa Rica, el impacto económico inicial fue más contenido. En estos casos, las trayectorias de recuperación fueron más planas, reflejando una mayor estabilidad relativa durante el periodo analizado.

Figura 2. Evolución del producto interno bruto (PIB) per cápita entre 2019 y 2022 en los países iberoamericanos



PIB per cápita en dólares estadounidenses constantes de 2015. Agrupación de países según la magnitud de la caída del PIB per cápita entre 2019 y 2020, definida por terciles de la distribución observada: leve ($\leq 7,6\%$), moderado ($7,7\% - 10,3\%$) y severo ($> 10,4\%$). *No se tuvo información de Venezuela para este indicador.

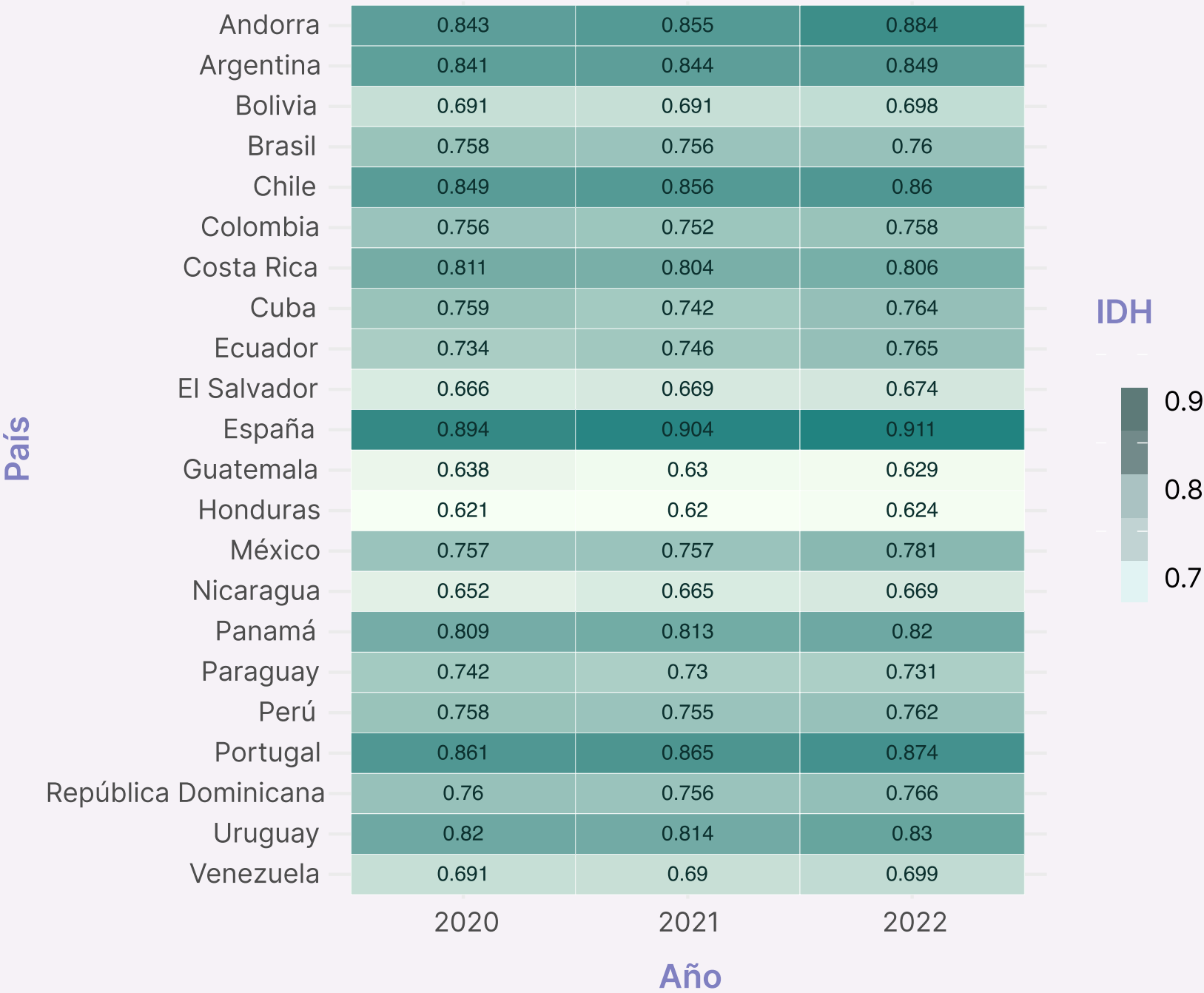
Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial, disponibles a través de Our World in Data.

Por su parte, el índice de desarrollo humano (IDH) también evidenció una marcada heterogeneidad. En 2021, los valores oscilaron entre 0,620 en Honduras y 0,904 en España, con un promedio regional de 0,760 (DE = 0,08; CV = 10,3%). España, Portugal, Chile, Andorra y Argentina se ubicaron en el grupo de países con desarrollo humano muy alto, mientras que Honduras, Guatemala, Nicaragua, El Salvador y Venezuela presentaron los niveles más bajos, indicando brechas persistentes en la esperanza de vida, en el acceso a educación y en los ingresos nacionales.

Entre 2020 y 2022, la evolución del IDH en los países iberoamericanos permite observar tanto los efectos inmediatos de la pandemia como los ritmos diferenciales de recuperación (Figura 3). En varios países se observó una leve disminución del IDH en 2021 con respecto a 2020, particularmente en Cuba, Paraguay, Guatemala y Costa Rica, lo cual puede estar relacionado con retrocesos temporales en los

indicadores trazadores del desarrollo humano durante el periodo de mayor disrupción social y económica. Cabe destacar que tres de estos cuatro países – Paraguay, Guatemala y Costa Rica– fueron los únicos que no recuperaron en 2022 sus niveles prepandémicos. En contraste, países como Nicaragua, Ecuador, Andorra y España mostraron una mejora sostenida del IDH a lo largo del trienio. Por su parte, otros países como Colombia, Perú, Brasil y Panamá presentaron una leve contracción en 2021, pero lograron recuperar o superar sus niveles anteriores a la pandemia en el año siguiente.

Figura 3. Evolución del índice de desarrollo humano (IDH) entre 2020 y 2022 en los países iberoamericanos



El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medida sintética de dimensiones clave del desarrollo humano: una vida larga y saludable, una buena educación y un nivel de vida digno. Los valores más altos indican un mayor desarrollo humano.

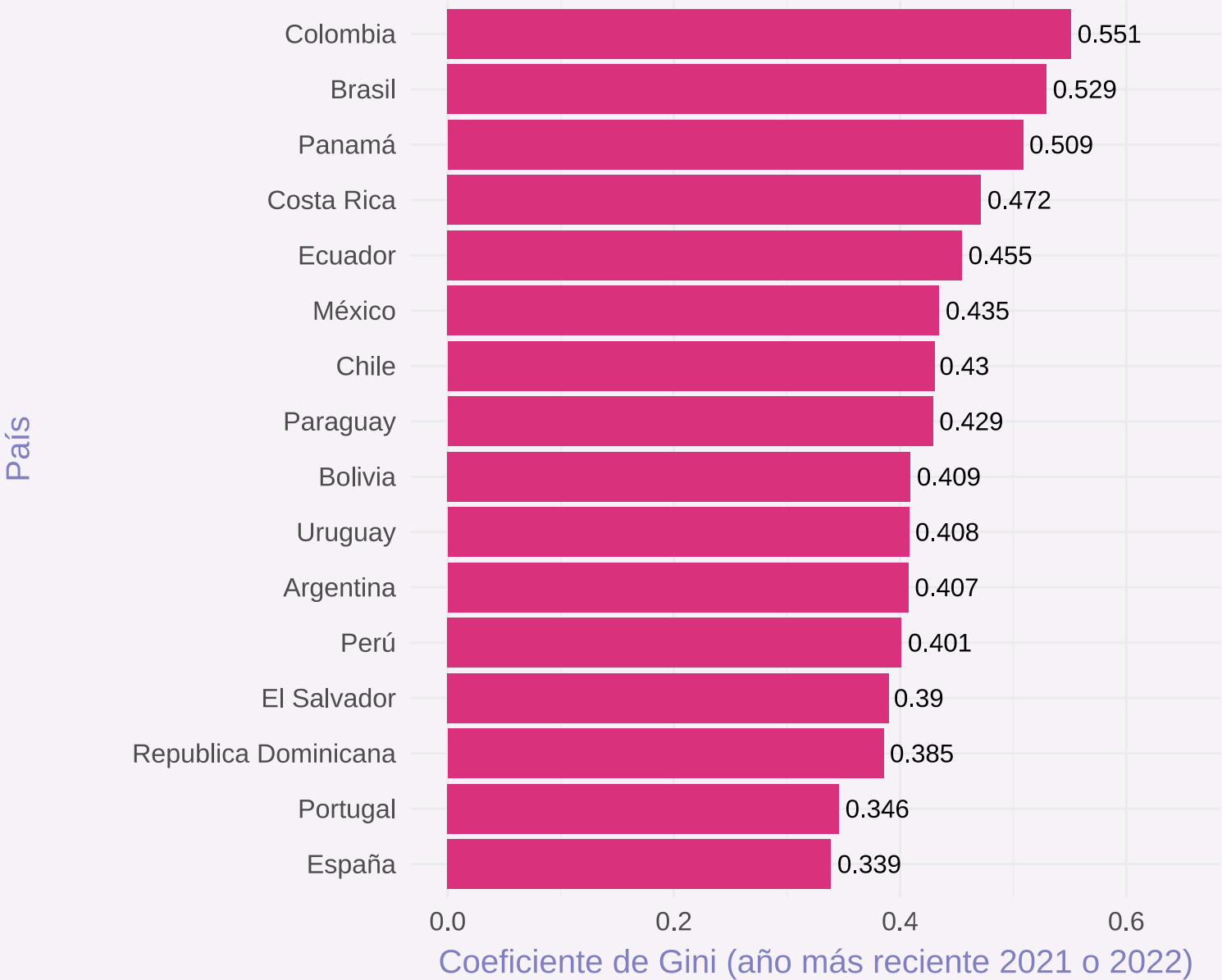
Fuente: Elaboración propia con datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Informes sobre Desarrollo Humano, disponibles a través de Our World in Data.

El coeficiente de Gini se utilizó como indicador de desigualdad en la distribución de los ingresos. Para este análisis se seleccionó el dato más reciente disponible por país, dando prioridad al año 2021; en los casos en que no se contó con este dato se utilizó el valor correspondiente a 2022. Se logró obtener información para 16 de los 22 países iberoamericanos considerados, lo que representa una cobertura del 72,7%. No se encontraron datos actualizados para seis países (Andorra, Cuba, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Venezuela³), por lo cual fueron excluidos de este análisis específico.

Los valores del coeficiente de Gini mostraron una alta heterogeneidad entre países (Figura 4), con un rango que osciló entre 0,339 en España (el menor nivel de desigualdad reportado) y 0,551 en Colombia (el más alto). El valor promedio fue de 0,431, con una desviación estándar de aproximadamente 0,063. La mediana fue de 0,419, y el coeficiente de variación de 14,6 %, evidencia de una heterogeneidad importante en los niveles de desigualdad de ingresos al interior de los países.

Colombia (0,551), Brasil (0,529) y Panamá (0,509) se ubicaron entre los países de mayor desigualdad relativa, mientras que España (0,339), Portugal (0,346) y República Dominicana (0,385) presentaron valores considerablemente más bajos.

Figura 4. Desigualdad en la distribución del ingreso en los países iberoamericanos según el coeficiente de Gini. 2021-2022



Fuente: Elaboración propia con base en Banco Mundial, Plataforma sobre Pobreza y Desigualdad. Datos dispuestos en la colección del Banco Mundial (23).

³El Banco Mundial no reporta el coeficiente de Gini de ingresos para Andorra ni Cuba. Para el resto de los países, si bien se dispone de información, las cifras disponibles corresponden a periodos previos a la pandemia (entre 2006 y 2019), específicamente: Guatemala: 0,483 en 2014, Honduras: 0,482 en 2019, Nicaragua: 0,462 en 2014, y Venezuela: 0,446 en 2006.

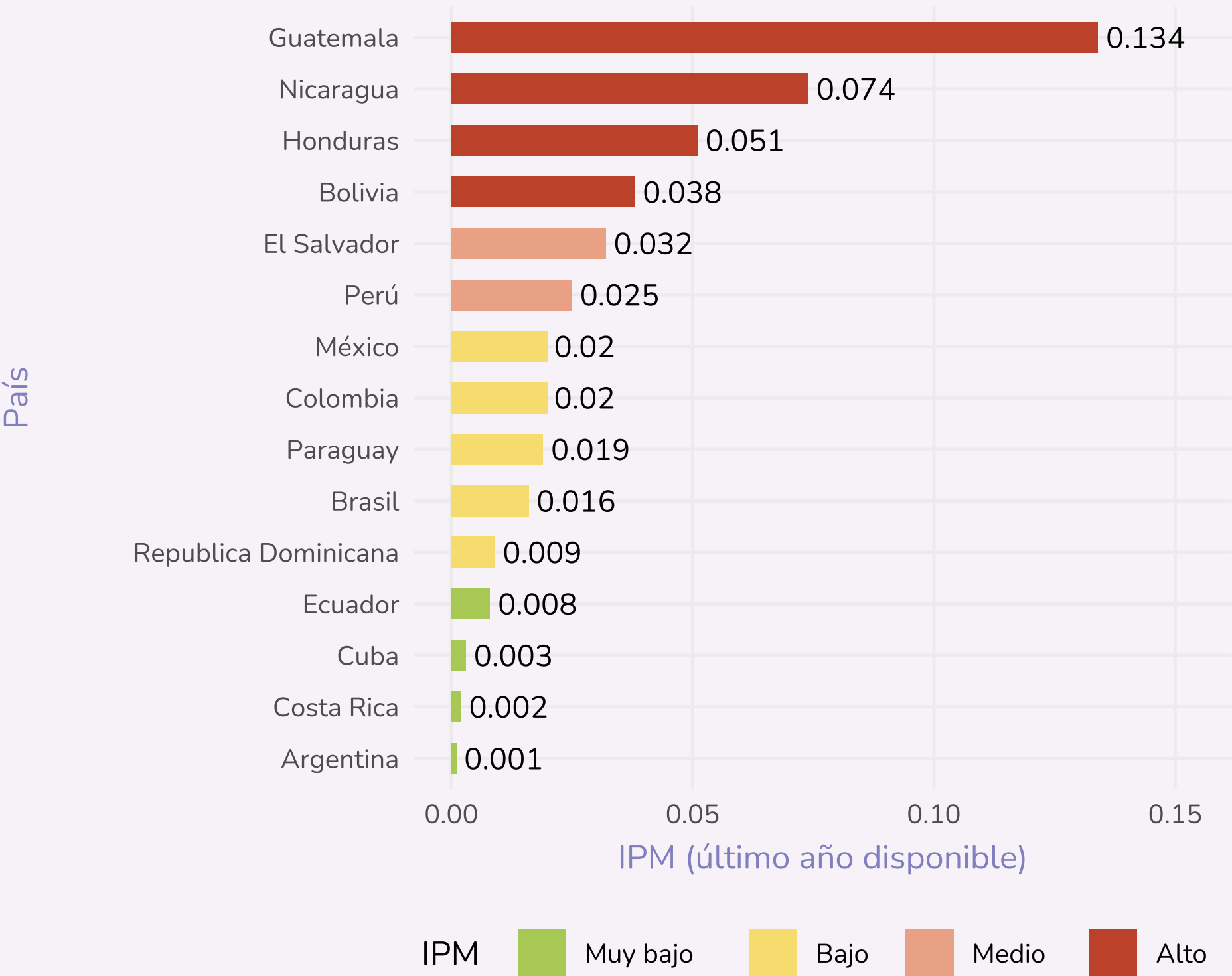
Siguiendo una metodología similar, se identificó la tasa de analfabetismo en personas mayores de 15 años utilizando el último dato disponible para cada país. Esta estrategia permite maximizar la cobertura, aunque implica que los valores no corresponden al mismo año. En total, se obtuvieron datos para 19 países, mientras que no se encontró información reciente para Andorra ni para Argentina⁴. La tasa de analfabetismo observada varió entre 0,33% en Cuba (2021) y 17,4% en Nicaragua (2015), con una mediana de 4,3% (promedio de 5,6%, DE = 4,8; CV = 85,4%), lo cual refleja una distribución desigual de esta condición en la región.

El análisis del Índice de Pobreza Multidimensional se basó también en el valor más reciente disponible para cada país, correspondiente a años entre 2011 y 2022. Se obtuvo información para 15 países, mientras que en 7 (Andorra, Chile, España, Panamá, Portugal, Uruguay y Venezuela) no se hallaron datos disponibles. En varios de estos casos, el indicador no se calcula al no tratarse de países clasificados como de ingresos bajos o medianos. Entre los países con información, los valores del IPM variaron considerablemente: desde 0,001 en Argentina (2019), indicador de una pobreza multidimensional muy baja, hasta 0,134 en Guatemala (2014), valor que refleja una pobreza multidimensional alta. La mitad de los países reportaron índices iguales o inferiores a 0,020 (promedio = 0,030, DE = 0,035 y CV = de 115,9%), lo que evidencia una alta dispersión relativa. Si bien la mayoría de los países presentan niveles bajos de privación, algunos casos extremos revelan condiciones persistentes de pobreza multidimensional estructuralmente arraigada.

Se categorizó el IPM en cuatro niveles relativos: muy bajo, bajo, medio y alto con base en los cuartiles observados en la distribución de los valores del índice. En particular, se categorizaron en muy bajo los valores iguales o inferiores a 0,0085, en bajo aquellos entre 0,0086 y 0,0200, en medio aquellos entre 0,0201 y 0,0350, y en alto los valores superiores a 0,0350. A continuación, se presenta la distribución del IPM en la Figura 5.

⁴Los datos más recientes para los países corresponden a 0,0% para Andorra en 2016, y 3,0% para Argentina en 2001.

Figura 5. Distribución del índice de pobreza multidimensional (último año disponible) en los países iberoamericanos. 2011-2022



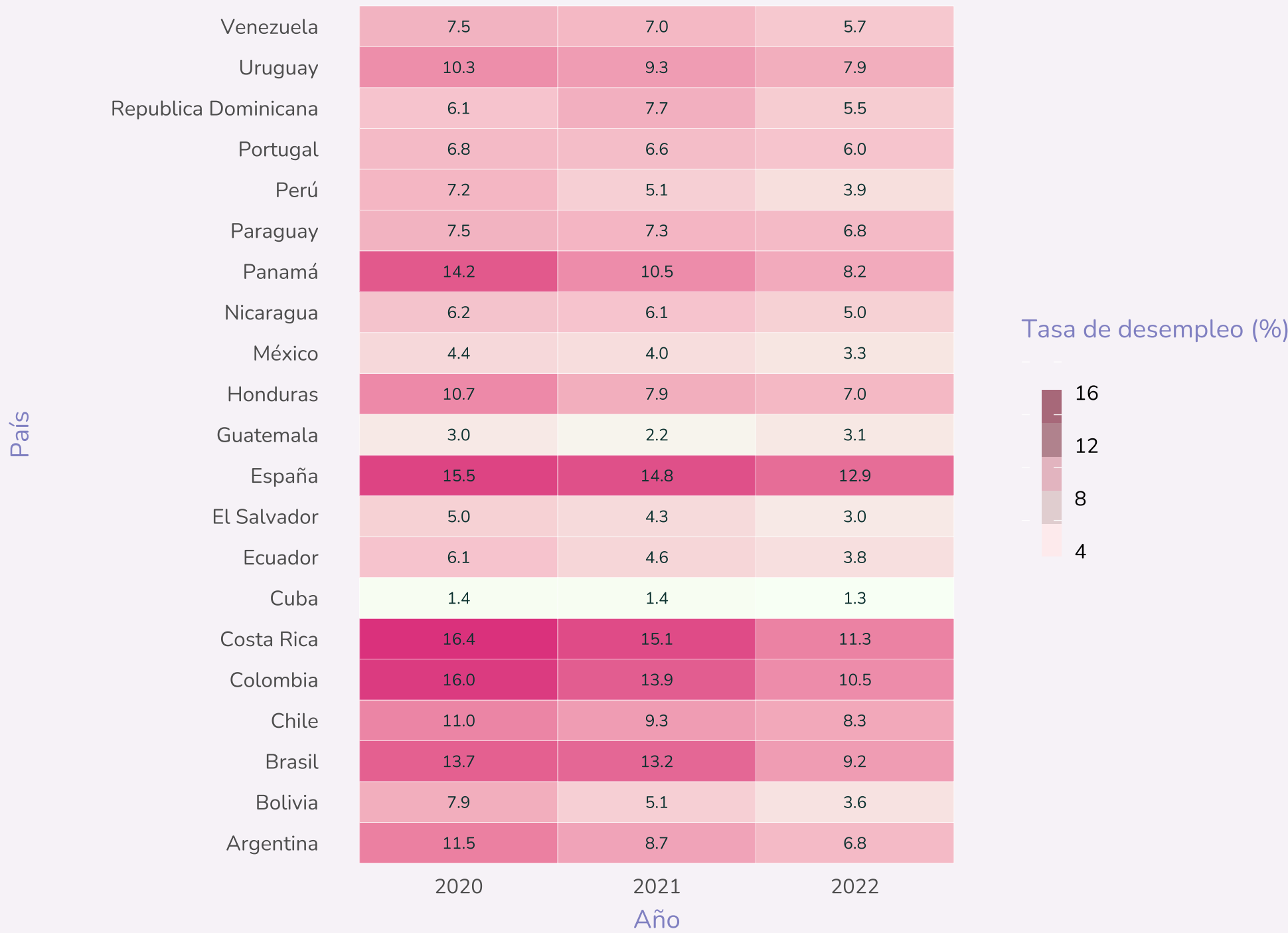
Las estimaciones se basan en los datos más recientes disponibles de encuestas de hogares entre 2011 y 2023. Se utiliza una base de datos específica para el seguimiento de tendencias a lo largo del tiempo.

Fuente: Elaboración propia con datos de Alkire, Kanagaratnam y Suppa (2024), Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2024, disponibles a través de Our World in Data.

Por otro lado, la tasa de desempleo en los países iberoamericanos en 2021 también mostró diferencias importantes, reflejo de las distintas formas en que los mercados laborales fueron afectados por la pandemia. Los niveles más altos se registraron en España y Costa Rica, con un desempleo superior al 14,0%. En contraste, Cuba y Guatemala reportaron las tasas más bajas (inferiores a 2,5%). El promedio regional en 2021 fue de aproximadamente 7,7% (DE = 3,9, CV= 50,7%) con una importante heterogeneidad.

Entre 2020 y 2022, la evolución de la tasa de desempleo en la región dio cuenta del impacto inicial de la pandemia y de los ritmos diferenciados de recuperación laboral. La mayoría de los países logró una reducción en la tasa de desempleo en 2022 (Figura 6), aunque en varios casos sin retornar a los niveles anteriores a la crisis sanitaria; se resaltan países como Panamá, Colombia y Costa Rica donde se observó una disminución marcada y sostenida del desempleo luego del pico de 2020, lo que sugiere una reactivación progresiva del empleo formal. Por otro lado, Cuba mantuvo niveles de desempleo estables, mientras que Guatemala fue el único país que experimentó una tasa de desempleo ligeramente mayor en 2022 en comparación 2020 cuando inició la pandemia.

Figura 6. Evolución de la tasa de desempleo en los países iberoamericanos durante la pandemia por COVID-19. 2020-2022

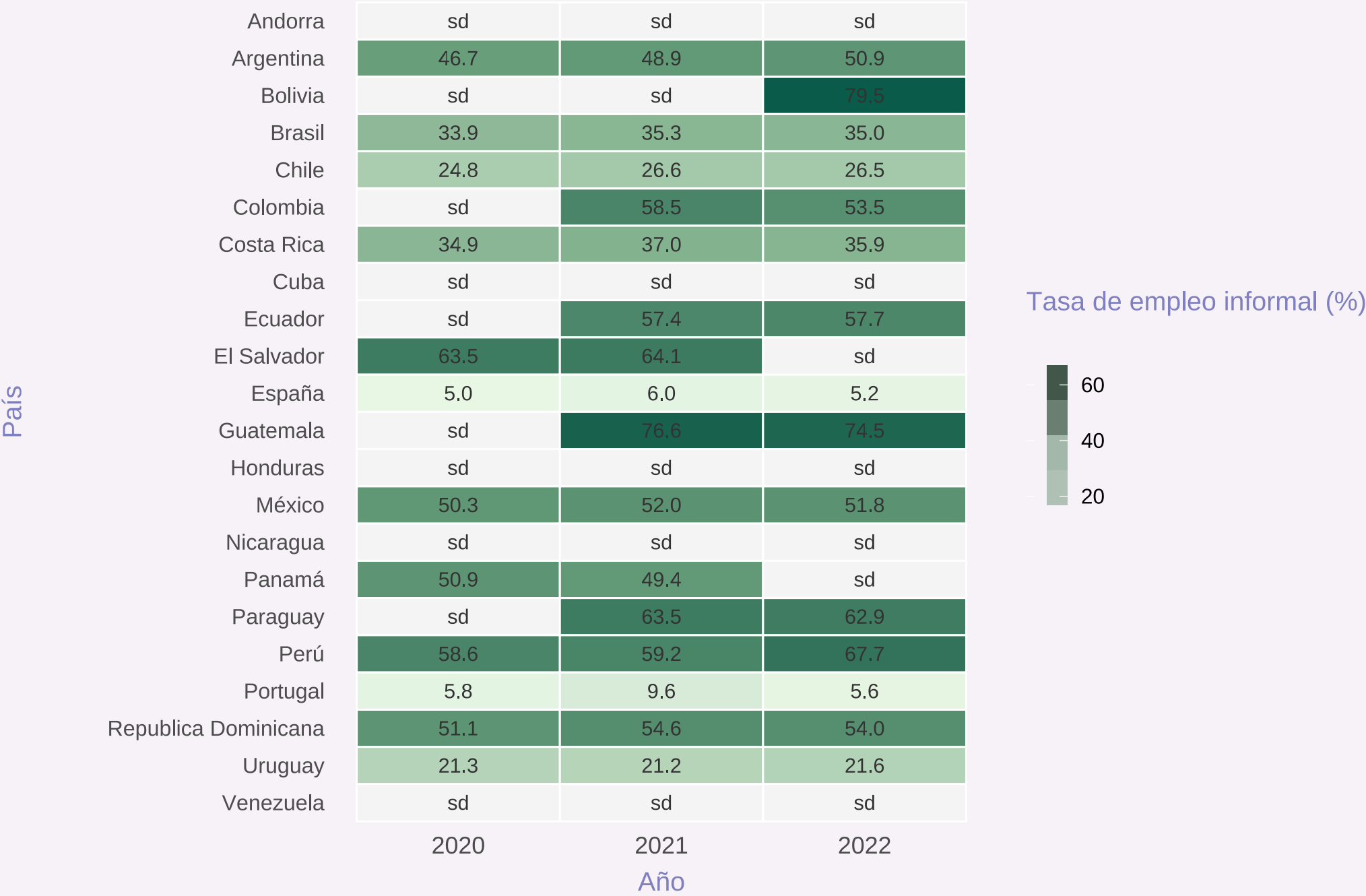


El desempleo se refiere a la proporción de la fuerza laboral que no tiene trabajo pero está disponible y buscando empleo activamente.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), disponibles a través del Banco Mundial (2025), recopilados por Our World in Data.

También la tasa de empleo informal en 2021 mostró una fuerte heterogeneidad entre los países iberoamericanos. En el extremo superior se ubicaron Guatemala (76,6%), Paraguay (63,5%) y El Salvador (64,1%), lo que evidencia una alta dependencia del trabajo no regulado y con baja cobertura de protección social. En contraste, solo España (6,0%) y Portugal (9,6%) registraron niveles de informalidad inferiores al 10,0%, lo que indica sistemas laborales más institucionalizados. Para este año el promedio regional disponible se situó alrededor del 45,0% (DE = 20,4; CV = 45,4%), aunque debe interpretarse con cautela debido a la ausencia de datos en países como Andorra, Bolivia, Cuba, Honduras, Nicaragua y Venezuela. En la Figura 7 se presenta la evolución de la informalidad laboral entre 2020 y 2022.

Figura 7. Evolución de la tasa de empleo informal en los países iberoamericanos durante la pandemia por COVID-19. 2020-2022



Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), disponibles a través de Our World in Data

Sistema de salud como determinante social

Los sistemas de salud, en tanto instituciones sociales, desempeñan un papel central en las condiciones de salud de las poblaciones, no solo por su función asistencial, sino también por su capacidad de incidir –positiva o negativamente– en las desigualdades sociales en salud. Las características de su diseño, como el modelo de acceso, cobertura, financiamiento, organización del cuidado, calidad de los servicios, distribución del talento humano, infraestructura y sistemas de información, entre otros, pueden actuar como catalizadores que mitigan o, por el contrario, reproducen las inequidades originadas en determinantes estructurales como la clase social, el territorio, el grupo étnico, el género, la discapacidad o la condición migratoria.

En este contexto, diversos organismos internacionales y estudiosos de los sistemas sanitarios han subrayado la importancia de fortalecer las capacidades estructurales y funcionales de los sistemas de salud, así como su resiliencia para responder a crisis sanitarias de gran escala. La necesidad de sistemas más robustos y adaptativos se hizo particularmente evidente durante la pandemia por COVID-19, y ha sido incorporada como un eje prioritario en las agendas globales de preparación ante futuras emergencias de salud pública.

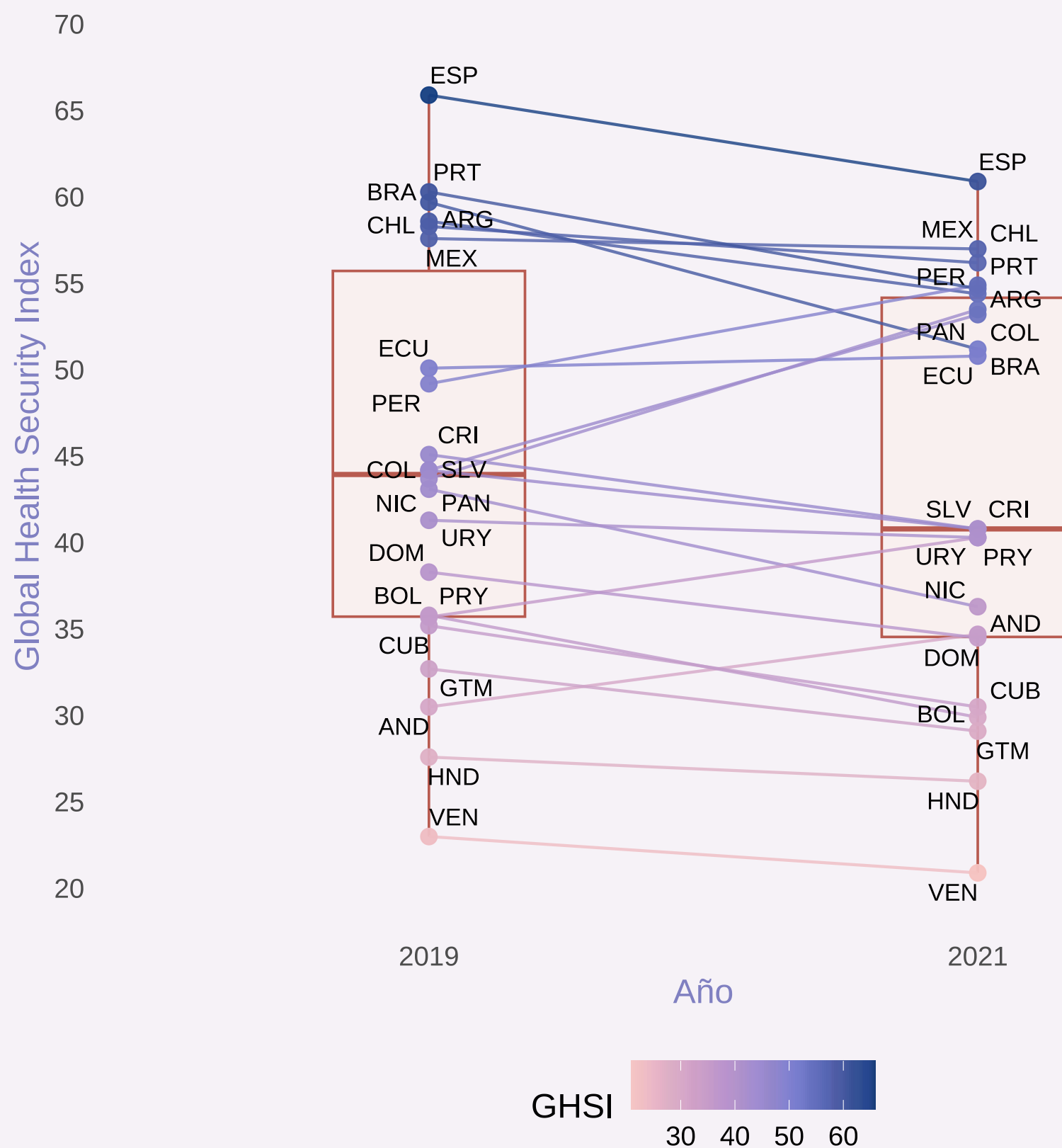
Uno de los indicadores más utilizados a nivel internacional para evaluar la capacidad de preparación de los países frente a amenazas sanitarias es el Global Health Security Index (GHSI), que mide seis dimensiones críticas (prevención, detección, respuesta, sistema de salud, cumplimiento de normas internacionales y riesgo sociopolítico) en 195 países. Según sus ediciones de 2019 y 2021, el GHSI concluye que “todos los países permanecen peligrosamente poco preparados ante futuras amenazas epidémicas y pandémicas, incluidas aquellas potencialmente más devastadoras que la COVID-19” (12).

La Figura 8 presenta la evolución del GHSI en los países iberoamericanos entre 2019 y 2021. En términos generales, se observa una ligera tendencia descendente en los puntajes de preparación para la mayoría de los países (reducción en 16 de los 22 países), lo cual resulta preocupante considerando que la edición de 2021 recoge información posterior a la experiencia de la pandemia. En ese sentido, lejos de fortalecerse, las capacidades declaradas por los países muestran retrocesos o estancamientos.

En 2019, los países con mayores puntajes fueron España, Portugal, Brasil, Argentina y Chile, todos con valores por encima de 58 puntos. Para 2021, solo España mantuvo un puntaje superior a dicho límite, ubicándose de nuevo como el mejor posicionado, seguido de México, Chile y Perú, mientras que países como Bolivia, Nicaragua, Brasil, Cuba y Guatemala registraron los descensos porcentuales más pronunciados (entre el 11,0% y el 16,5%). Por el contrario, países como Panamá y Colombia mostraron las mayores mejoras en sus niveles de preparación, con incremento en el puntaje del 22,4% y el 20,3%, respectivamente. Llama la atención países como Venezuela,

Honduras, Guatemala y Andorra, que se ubicaron consistentemente entre los de menor puntuación, reflejando debilidades estructurales persistentes.

Figura 8. Evolución del Global Health Security Index en los países iberoamericanos antes y durante la pandemia por COVID-19. 2019-2021



Fuente: Elaboración propia con base en el Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global (12)

Adicionalmente, en relación con el sistema de salud como determinante estructural de la salud, se analizó el índice de cobertura universal en salud de la organización mundial de la salud. Este indicador, disponible para todos los países para el año 2019 (año previo a la pandemia), presentó un valor promedio de 73,6% (DE = 6,9% y CV= 9,4%), siendo Guatemala, Paraguay y Honduras los países con las coberturas más

bajas (inferiores a 63,0%), en contraste con Chile, Cuba, Ecuador, España y Portugal, en donde la cobertura fue del 80,0%.

Sistemas de protección social

Como parte de las respuestas de protección social frente a la pandemia por COVID-19, la mayoría de los países iberoamericanos implementaron o ampliaron programas de transferencias monetarias con el objetivo de mitigar el impacto socioeconómico en los grupos más vulnerables. Estos programas constituyeron uno de los pilares centrales de las estrategias de contención de los efectos indirectos de la pandemia, especialmente en contextos de alta informalidad y desigualdad preexistentes. De acuerdo con el informe del Banco Mundial *Cash transfers in pandemic times: evidence, practices, and implications from the largest scale up in history* (16), la magnitud y alcance de estas intervenciones fueron altamente heterogéneos entre países.

En términos de cobertura poblacional, algunos países alcanzaron coberturas sustanciales con su programa de transferencias monetarias de mayor alcance durante la pandemia. En Perú, por ejemplo, el Bono Familiar Universal benefició al 88,2% de los hogares; en Guatemala, el Bono Familia cubrió al 76,7%; y El Salvador, con el Bono de Compensación Económica alcanzó al 77,2% de los hogares. En contraste, en países como México y Portugal, el programa de transferencias monetarias más grande durante la pandemia tuvo una cobertura considerablemente más limitada, llegando al 0,6% de la población en México, focalizada exclusivamente en personas con discapacidad, y al 1,5% en Portugal, dirigida a trabajadores independientes y personas en empleo informal (16).

Respecto a los montos otorgados, también se observaron diferencias significativas, con transferencias mensuales que oscilaron entre 36 dólares en Paraguay y 572 dólares en España, lo cual refleja no solo las capacidades fiscales de cada país, sino también diferencias en los costos de vida y estrategias de diseño de los programas. Si bien las unidades beneficiarias predominantes fueron los individuos, en los casos de Colombia, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Perú y República Dominicana las transferencias monetarias se dirigieron a los hogares. Cabe resaltar que no se encontró información de programas de transferencias monetarias condicionadas o no condicionadas para el caso de Andorra, Cuba, Nicaragua y Venezuela.

A continuación, se presentan las características demográficas, sociales, políticas, económicas y del sistema de salud para cada uno de los países.

ANDORRA



Datos básicos

Nombre oficial: Principado de Andorra
Capital: Andorra la Vieja
Superficie: 468 km2
División administrativa: Siete parroquias



Características demográficas



Población (millones)

2020	2021	2022
77.380	78.364	79.705

Proporción de población (%) 2021:

Mujeres	48,9%
Hombres	51,1%
Mayor de 64 años	14,6%
Indígena (2022)	na
Afrodescendiente (2022)	sd
Residente en área urbana	87,9%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	34.537	36.929	39.780
Gini (de ingresos - urbano)	sd	sd	sd
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,843	0,885	0,884
Tasa de desempleo	sd	sd	sd
Tasa de empleo informal	sd	sd	sd
Tasa de analfabetismo (<15 años)	sd	sd	sd

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	sd	sd	sd
Índice de democracia	sd	sd	sd



Índice de pobreza multidimensional:

sd

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	sd
Número de beneficiarios	sd
Unidad beneficiaria	sd
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	sd
Transferencias monetarias (USD mensuales)	sd

Características del sistema de salud

	2020	2021
Global Health Security Index	30,5	34,7
Índice de cobertura universal en salud	77	

COVID-19

Recursos en salud durante el COVID-19

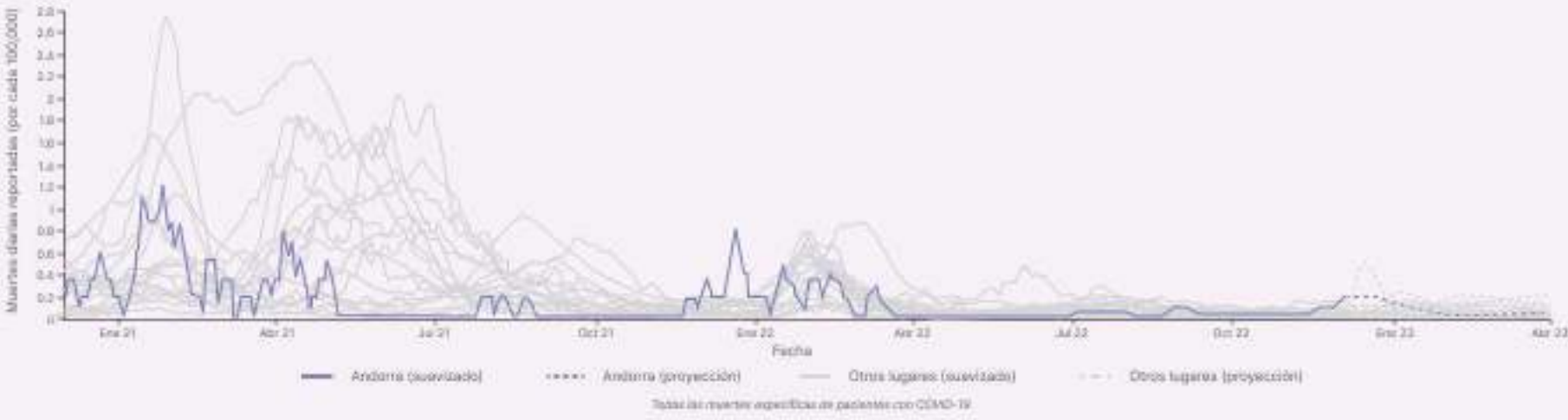
Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	20 de enero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	64,4	67,0		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	2.918	3.370	3.645	3.774
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	14,6	15,1	15,8	15,9
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	12,7	11,2	11,7	8,8

Recursos en salud durante el COVID-19

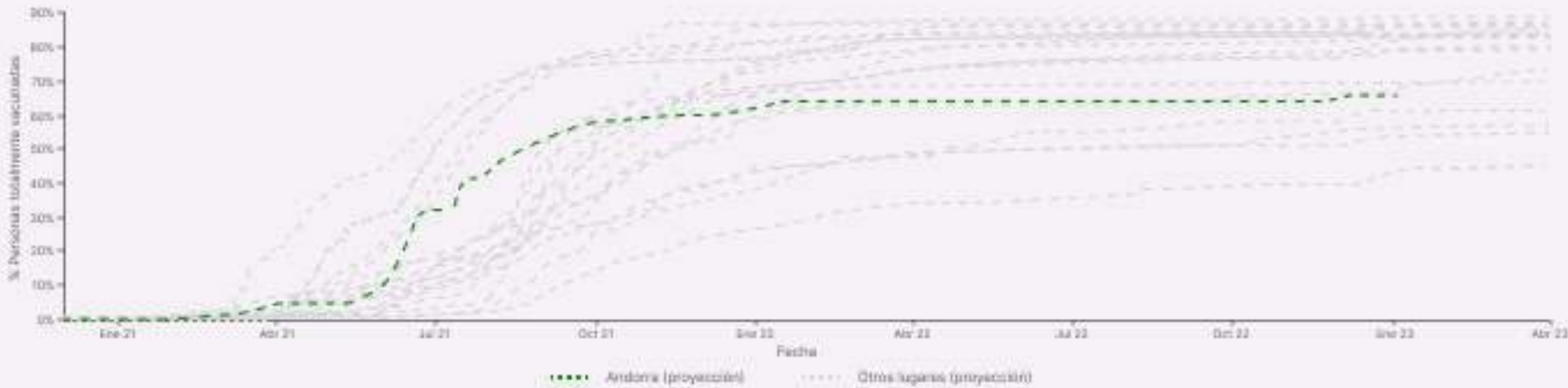
Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	2 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	7.983	15.139	24.629	47.751
Número de muertes confirmadas por COVID-19	84	56	18	158
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	1.085,6	714,6	225,8	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	698,0	1.116,9	338,2	
Razón estandarizada de mortalidad	1,56	0,64	0,67	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	171	94		
Exceso de mortalidad por cien mil	221,0	120,5		



Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



ARGENTINA



Datos básicos

Nombre oficial: República Argentina
Capital: Buenos Aires
Superficie: 2.780.400 km2
División administrativa: 23 provincias y una ciudad autónoma

Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	
45.191.965	45.312.281	45.407.904	Hombres	50,4%
			Mayor de 64 años	49,6%
			Indígena (2022)	11,9%
			Afrodescendiente (2022)	2,1%
			Residente en área urbana	0,7%
				92%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	11.393	12.549	13.183
Gini (de ingresos - urbano)	0,424	0,407	sd
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,841	0,844	0,849
Tasa de desempleo	11,5	8,7	6,8
Tasa de empleo informal	46,7	48,9	50,9
Tasa de analfabetismo (<15 años)	sd	sd	sd

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	42	38	38
Índice de democracia	7,0	6,8	6,9

Índice de pobreza multidimensional (2019): 0,001

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Emergency Family Income (IFE)
Número de beneficiarios	9.000.000
Unidad beneficiaria	Individuos
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	19,8%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	61

Características del sistema de salud

	2020	2021
Global Health Security Index	42	38
Índice de cobertura universal en salud	7,0	6,8

COVID-19

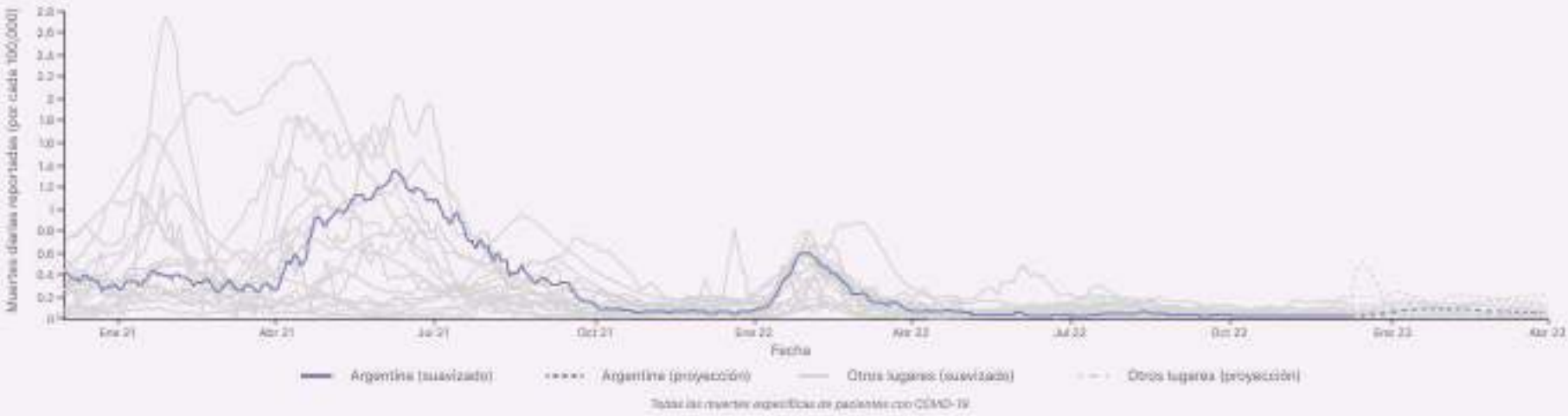
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	29 de diciembre de 2020			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	67,6	76,5		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	1.414	1.396	1.479	1.479
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	16,1	15,7	16,2	16,2
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	23,9	21,8	24,9	24,9

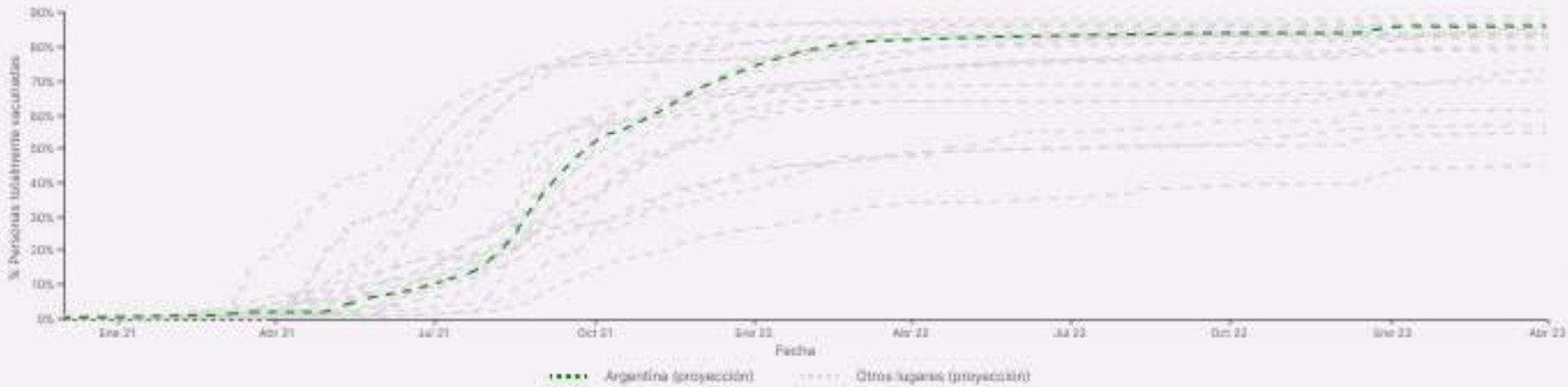
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	2 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	1.674.319	41.06.203	4.110.617	9.891.139
Número de muertes confirmadas por COVID-19	48.271	69.905	11.948	130.124
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	1.068,1	1.542,7	263,1	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	874,9	1.283,0	372,1	
Razón estandarizada de mortalidad	1,22	1,20	0,71	
Número de muertes en exceso	35.841	90.819		
Exceso de mortalidad por cien mil	79,3	200,4		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



BOLIVIA



Datos básicos

Nombre oficial: Estado Plurinacional de Bolivia
Capital: Sucre
Superficie: 1.098.580 km2
División administrativa: 9 departamentos, 113 provincias

Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	
11.816.299	11.937.360	12.077.154	Hombres	49,8%
			Mayor de 64 años	50,2%
			Indígena (2012)	5,5%
			Afrodescendiente (2012)	41,5%
			Residente en área urbana	0,2%
				70,5%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	2.950	3.098	3.173
Gini (de ingresos - urbano)	sd	0,409	sd
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,691	0,691	0,698
Tasa de desempleo	7,9	5,1	3,6
Tasa de empleo informal	sd	sd	79,5
Tasa de analfabetismo (<15 años)	3,0		

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Bono Contra el Hambre
Número de beneficiarios	3.991.179
Unidad beneficiaria	Individuos
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	34,2%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	145

COVID-19

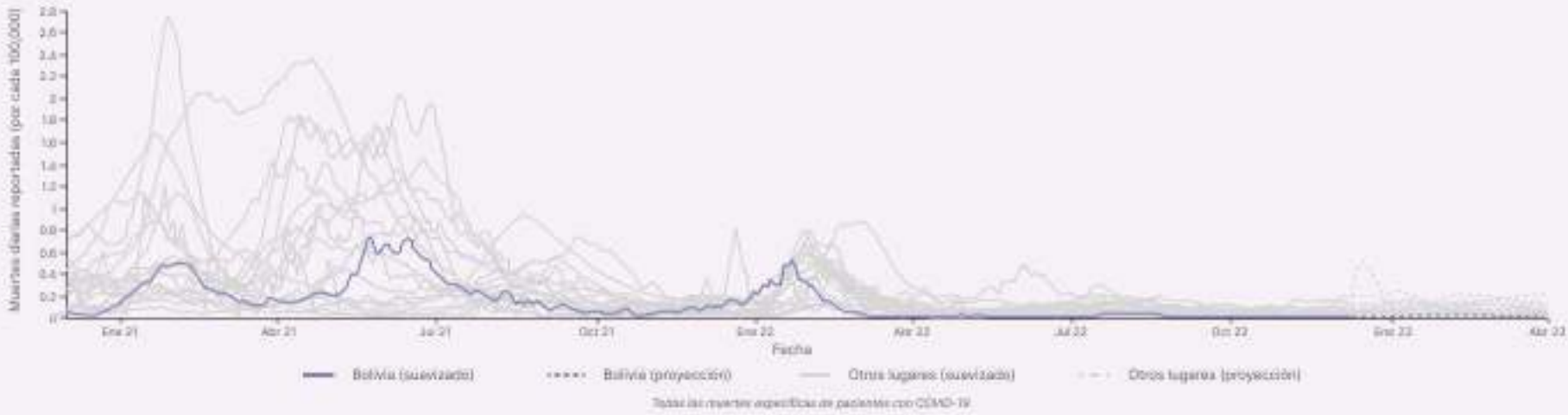
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	30 de enero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	37,6	50,4		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	439	475	529	580
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	13,6	15,3	17,1	16,4
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	24,0	20,9	22,7	21,9

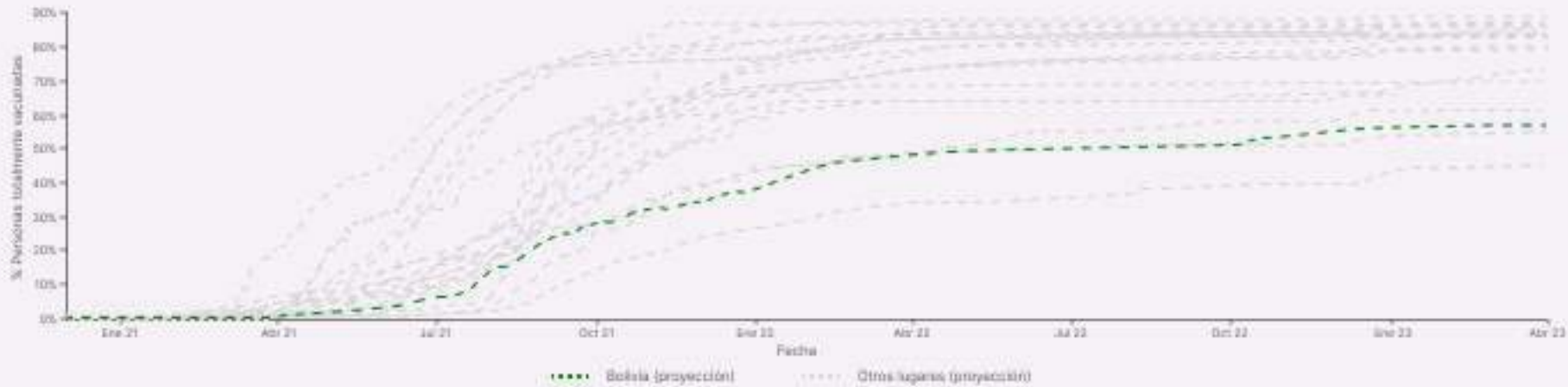
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	2 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	156.887	434.886	564.384	1.156.157
Número de muertes confirmadas por COVID-19	9135	10.515	2.641	22.291
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	773,1	880,8	218,7	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	720,0	1195,5	290,6	
Razón estandarizada de mortalidad	1,07	0,74	0,75	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	33.889	47.021		
Exceso de mortalidad por cien mil	286,8	393,9		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



BRASIL



Datos básicos

Nombre oficial: República Federativa de Brasil
Capital: Brasília
Superficie: 8.515.770 km2
División administrativa: 26 estados y 1 distrito federal

Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	Hombres
208.660.842	209.550.294	210.306.415	50,7%	49,3%
			Mayor de 64 años	9,9%
			Indígena (2023)	0,8%
			Afrodescendiente (2023)	55,4%
			Residente en área urbana	87,3%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	8.435	8.799	9.032
Gini (de ingresos - urbano)	sd	0,529	0,520
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,758	0,756	0,760
Tasa de desempleo	13,7	13,2	9,2
Tasa de empleo informal	33,93	35,33	34,99
Tasa de analfabetismo (<15 años)	5,3		

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Auxilio Emergencial 1 (AE1)
Número de beneficiarios	68.300.000
Unidad beneficiaria	Individuos
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	32,1%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	117

COVID-19

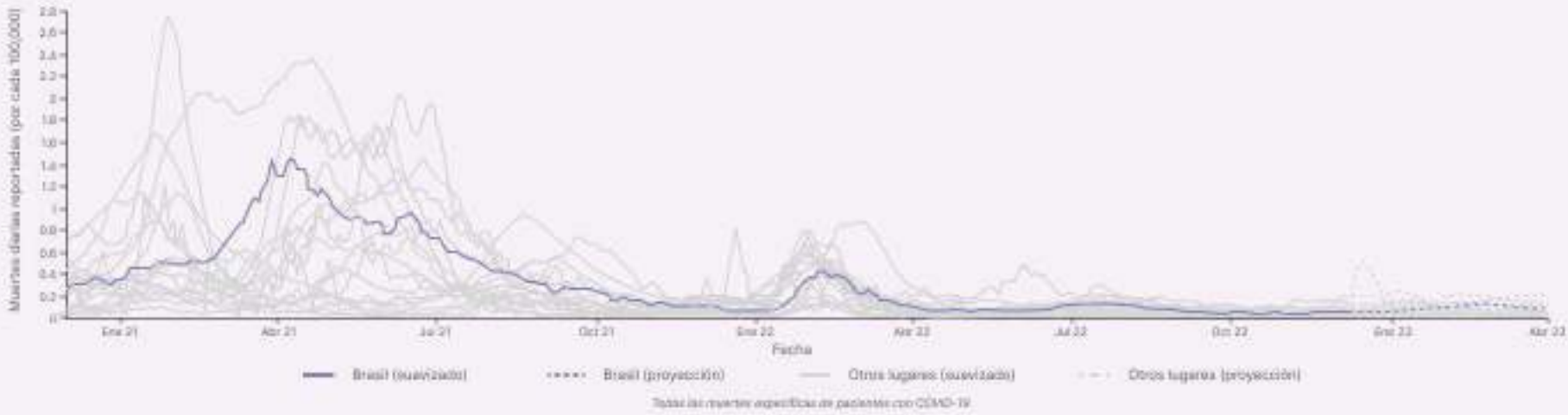
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	17 de enero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	66,6	81,2		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	612	635	725	762
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	8,4	8,4	10,0	9,0
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	24,9	26,1	25,3	27,4

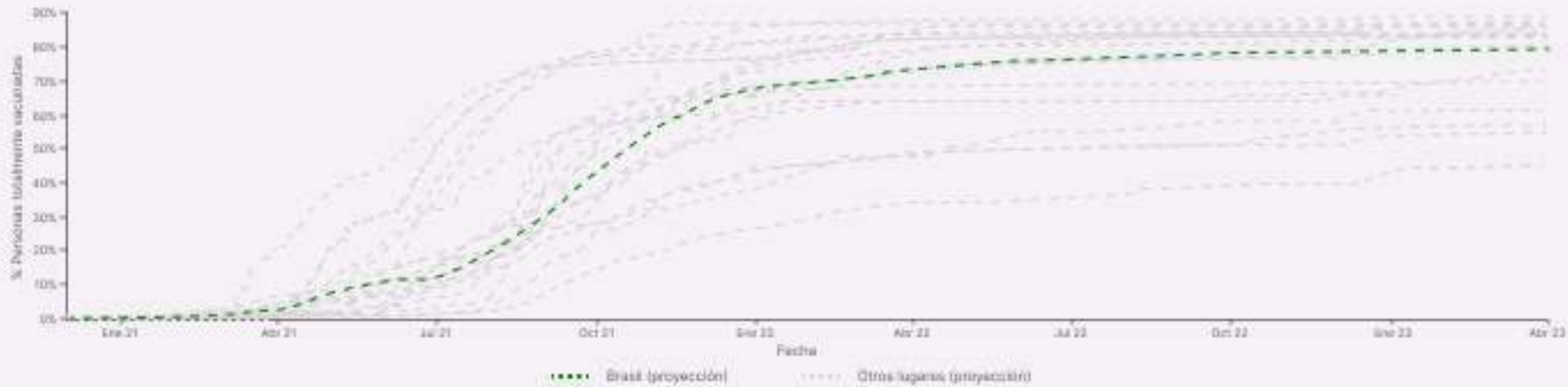
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	26 de febrero de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	7.563.551	14.700.283	564.384	36.302.415
Número de muertes confirmadas por COVID-19	192.681	426.136	74.917	693.734
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	923,4	2.033,6	356,2	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	1.639,6	2.003,9	440,7	
Razón estandarizada de mortalidad	0,56	1,01	0,81	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	189.946	467.480		
Exceso de mortalidad por cien mil	91,0	223,1		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



CHILE



Datos básicos

Nombre oficial: República de Chile
Capital: Santiago de Chile
Superficie: 756.945 km2
División administrativa: 16 regiones, 56 provincias

Características demográficas



Población (millones)

2020	2021	2022
19.370.624	19.456.334	19.553.036

Proporción de población (%) 2021:

Mujeres	50,3%
Hombres	49,7%
Mayor de 64 años	13,0%
Indígena (2017)	12,8%
Afrodescendiente (2017)	0,1%
Residente en área urbana	87,8%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	12.679	14.054	14.272
Gini (de ingresos - urbano)	sd	sd	0,430
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,849	0,856	0,860
Tasa de desempleo	11,0	9,3	8,3
Tasa de empleo informal	24,8	26,6	26,5
Tasa de analfabetismo (<15 años)	2,8		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	67	67	67
Índice de democracia	8,28	7,92	8,22



Índice de pobreza multidimensional:

sd

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Ingreso Familiar de Emergencia
Número de beneficiarios	12.121.438
Unidad beneficiaria	Individuos
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	63,4%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	135

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	58,3	56,2
Índice de cobertura universal en salud	80	

COVID-19

Recursos en salud durante el COVID-19

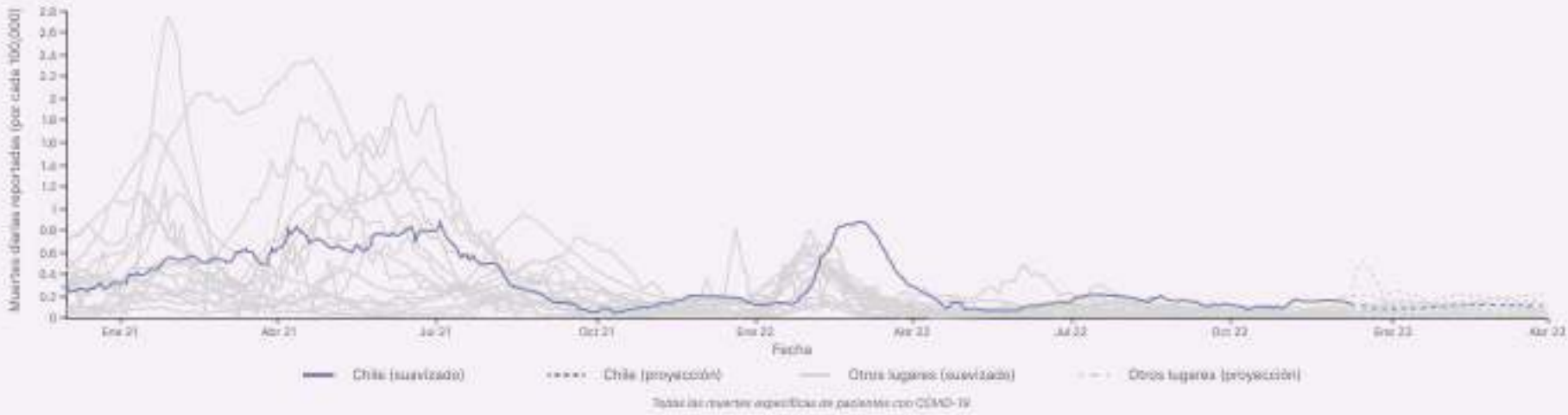
Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	21 de diciembre de 2020			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	66,6	90,3		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	1.222	1.389	1.518	1.599
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	18,0	18,8	15,5	19,0
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	32,3	29,0	32,6	35,5

Recursos nacionales COVID-19

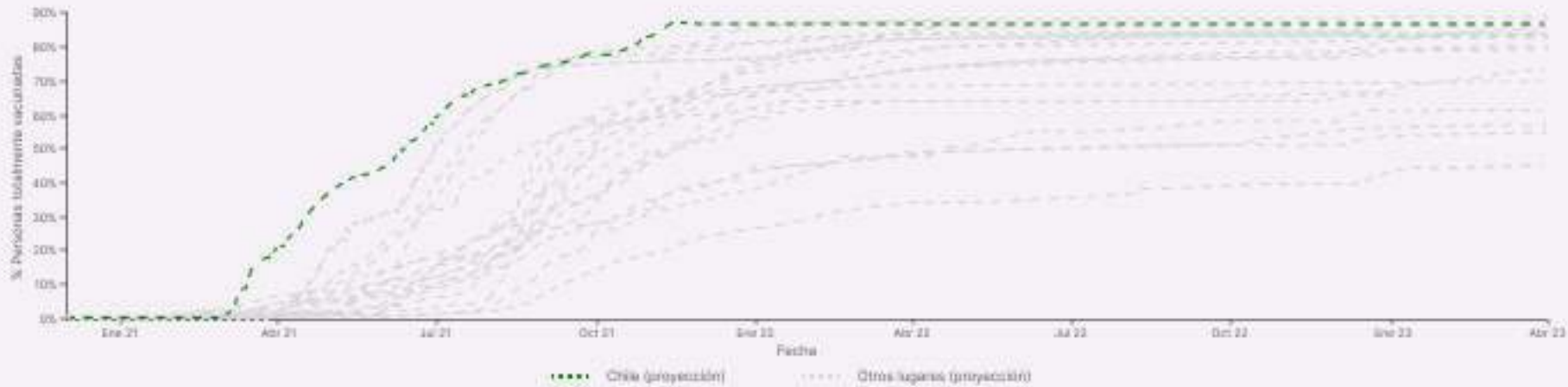
Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	3 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	605.950	1.198.732	3.227.670	5.032.352
Número de muertes confirmadas por COVID-19	16.499	22.597	24.053	63.149
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	851,8	1161,4	1230,1	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	772,6	1156,6	389,5	
Razón estandarizada de mortalidad	1,10	1,00	3,16	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	14.771	23.895		
Exceso de mortalidad por cien mil	76,3	122,8		



Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



COLOMBIA



Datos básicos

Nombre oficial: República de Colombia
Capital: Bogotá
Superficie: 1.138.910 km2
División administrativa: 32 departamentos , 11 distritos especiales (uno capital), 1.123 entidades administrativas locales (1.104 municipios y 19 áreas no municipalizadas).

Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	
50.629.997	51.188.173	51.737.944	Hombres	50,6%
			Mayor de 64 años	49,4%
			Indígena (2023)	8,7%
			Afrodescendiente (2023)	4,4%
			Residente en área urbana	9,3%
				81,7%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	5.892	6.457	6.854
Gini (de ingresos - urbano)	sd	0,551	0,548
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,756	0,752	0,758
Tasa de desempleo	16,0	13,9	10,5
Tasa de empleo informal	sd	58,6	53,5
Tasa de analfabetismo (<15 años)	4,0		

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Ingreso solidario
Número de beneficiarios	30.84.987
Unidad beneficiaria	Hogares
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	21,4%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	46

COVID-19

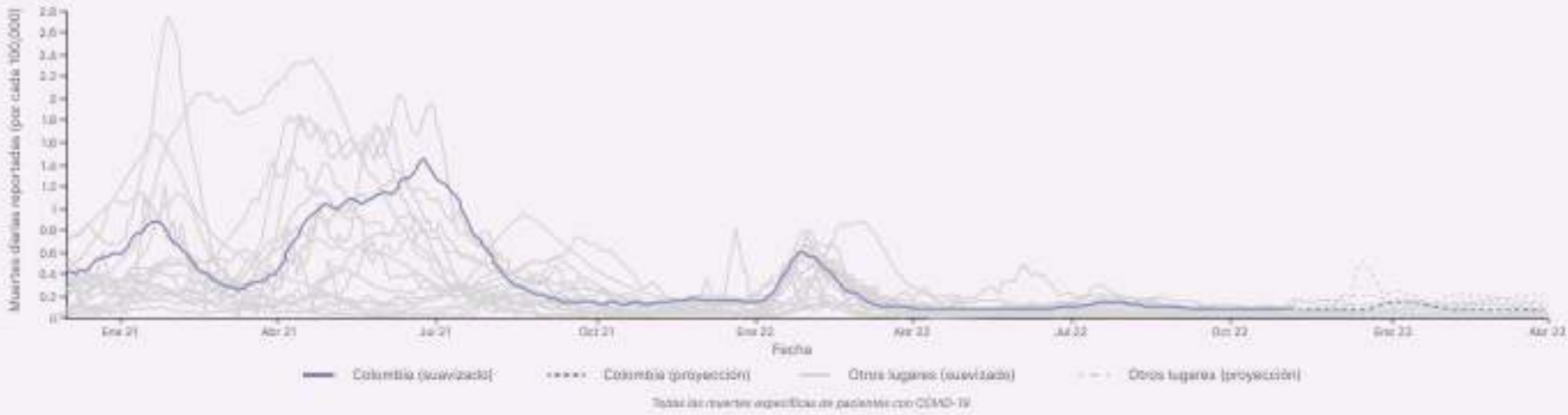
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	17 de febrero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	54,6	71,1		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	880	963	1.159	1.126
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	16,5	18,5	19,1	15,7
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	14,7	14,5	13,7	14,4

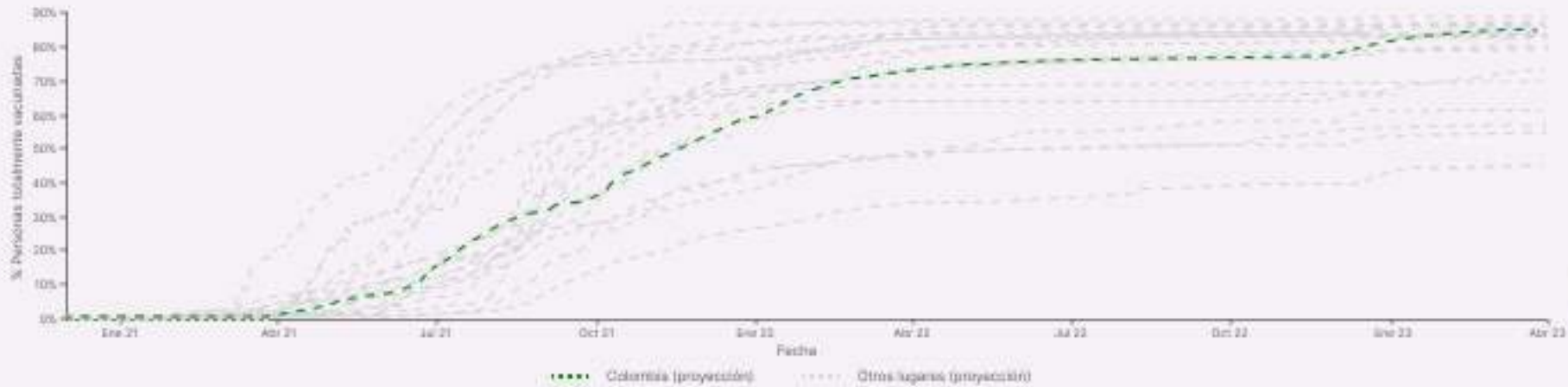
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	6 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	1.614.822	3.523.781	1.206.512	6.345.115
Número de muertes confirmadas por COVID-19	42.620	87.246	12.313	142.179
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	841,8	1704,4	238,0	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	839,5	1312,9	320,3	
Razón estandarizada de mortalidad	1,0	1,3	0,7	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	53.886	108.332		
Exceso de mortalidad por cien mil	106,4	211,6		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



COSTA RICA



Datos básicos

Nombre oficial: República de Costa Rica
Capital: San José
Superficie: 51.100 km2
División administrativa: 7 provincias

Características demográficas



Población (millones)

2020	2021	2022
5.034.320	5.059.988	5.081.765

Proporción de población (%) 2021:

Mujeres	50,5%
Hombres	49,5%
Mayor de 64 años	10,9%
Indígena (2012)	2,4%
Afrodescendiente (2012)	8,0%
Residente en área urbana	81,4%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	12.242	13.147	13.686
Gini (de ingresos - urbano)	0,487	0,472	0,467
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,811	0,856	0,806
Tasa de desempleo	16,4	15,1	11,3
Tasa de empleo informal	34,9	37,0	35,9
Tasa de analfabetismo (<15 años)	2,0		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	57	58	54
Índice de democracia	8,16	8,07	8,29



Índice de pobreza multidimensional (2018):

0,002

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Protect Grant
Número de beneficiarios	723.520
Unidad beneficiaria	Individuos
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	14,2%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	155

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	45,1	40,8
Índice de cobertura universal en salud	78	



COVID-19

Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	24 de diciembre de 2020			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	67,7	82,8		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	1.223	1.242	1.292	1.322
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	24,2	25,2	25,8	25,8
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	22,3	20,3	20,5	22,4

Recursos nacionales COVID-19

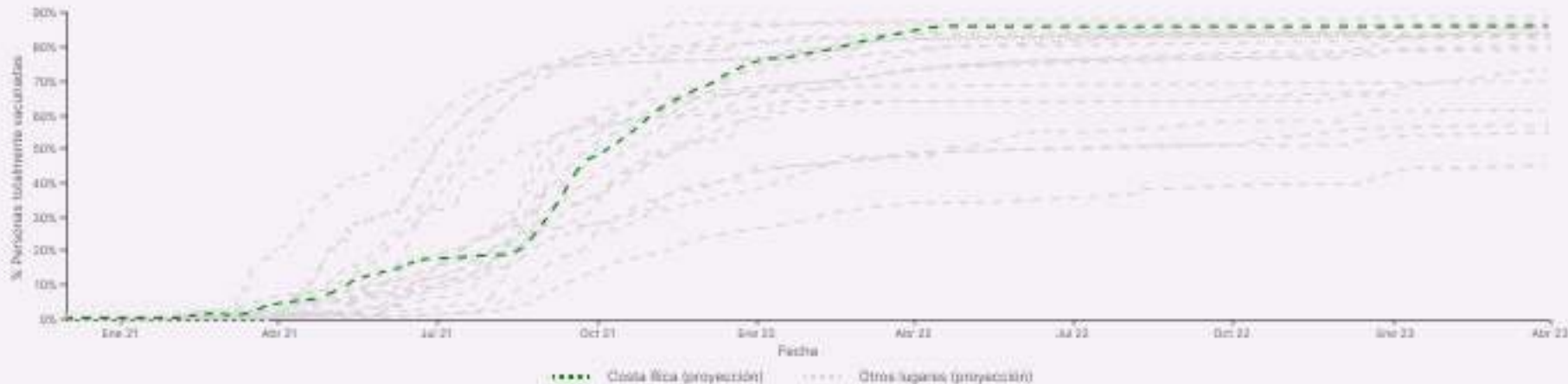
Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	6 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	166.799	404.161	595.882	1.166.842
Número de muertes confirmadas por COVID-19	2.156	5.198	1.731	9.085
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	428,3	1.027,3	340,6	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	713,5	1.131,7	342,9	
Razón estandarizada de mortalidad	0,6	0,9	1,0	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	738	4704		
Exceso de mortalidad por cien mil	14,7	93,0		



Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



CUBA



Datos básicos

Nombre oficial: República de Cuba
Capital: La Habana
Superficie: 114.525 km2
División administrativa: 15 provincias y 168 municipios



Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	
11.176.354	11.122.168	11.059.820	Hombres	50,6%
			Mayor de 64 años	49,4%
			Indígena	15,7%
			Afrodescendiente (2012)	na
			Residente en área urbana	9,3%
				77,3%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	7.252	7.379	7.552
Gini (de ingresos - urbano)	sd	sd	sd
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,759	0,742	0,764
Tasa de desempleo	1,4	1,4	1,3
Tasa de empleo informal	sd	sd	sd
Tasa de analfabetismo (<15 años)	0,3		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	47	46	45
Índice de democracia	2,84	2,59	2,65

Índice de pobreza multidimensional (2019): 0,003

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	sd
Número de beneficiarios	sd
Unidad beneficiaria	sd
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	sd
Transferencias monetarias (USD mensuales)	sd

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	35,2	30,5
Índice de cobertura universal en salud	80	

COVID-19

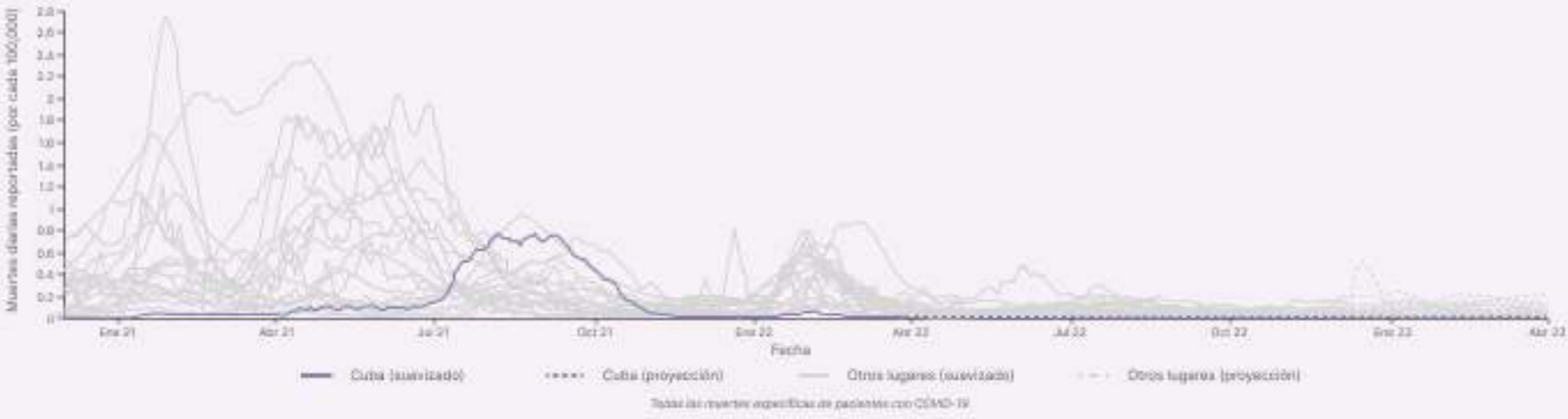
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	12 de mayo de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	86,3	89,2		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	2.295	2.388	2.812	2.562
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	15,5	16,4	21,5	21,0
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	10,9	8,9	8,4	11,1

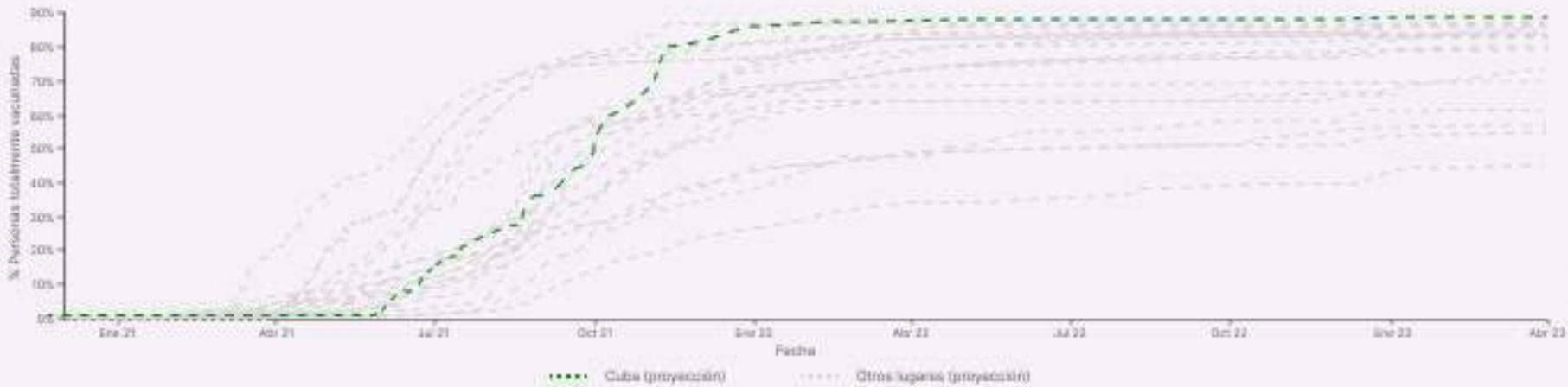
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	11 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	11.687	953.884	146.401	1.111.972
Número de muertes confirmadas por COVID-19	145	8.177	208	8.530
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	13,0	735,2	18,8	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	749,7	1127,5	387,3	
Razón estandarizada de mortalidad	sd	sd	sd	
Número de muertes en exceso	576	53.097		
Exceso de mortalidad por cien mil	5,2	477,4		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



ECUADOR



Datos básicos

Nombre oficial: República del Ecuador
Capital: Quito
Superficie: 256.370 km2
División administrativa: 24 provincias



Características demográficas



Población (millones)

2020	2021	2022
17.546.065	17.682.454	17.823.897

Proporción de población (%) 2021:

Mujeres	50,1%
Hombres	49,9%
Mayor de 64 años	7,7%
Indígena (2022)	7,7%
Afrodescendiente (2022)	4,8%
Residente en área urbana	64,4%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	5.356	5.836	6.148
Gini (de ingresos - urbano)	0,458	0,455	0,446
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,734	0,746	0,765
Tasa de desempleo	6,1	4,6	3,8
Tasa de empleo informal	sd	57,4	57,7
Tasa de analfabetismo (<15 años)	6,0		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	39	36	36
Índice de democracia	6,13	5,71	5,69

Índice de pobreza multidimensional (2018):

0,008

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Bono de Protección Familiar por la Emergencia por la presencia de COVID-19
Número de beneficiarios	1.430.000
Unidad beneficiaria	Hogares
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	30,6%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	60

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	50,1	50,8
Índice de cobertura universal en salud	80	

COVID-19

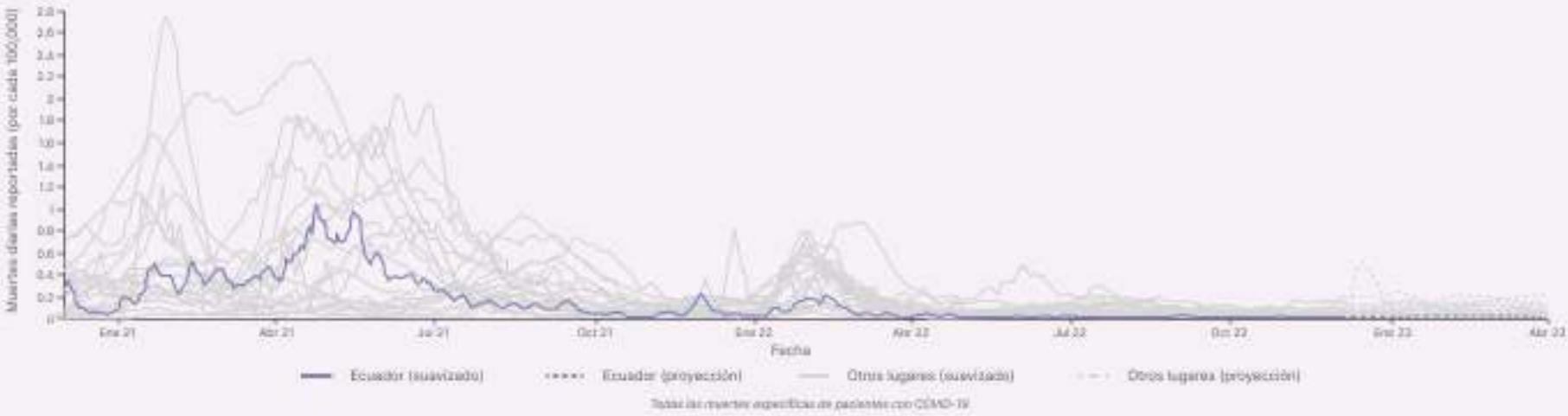
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	20 de enero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	70,5	79,0		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	579	557	622	604
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	12,3	13,1	13,9	11,9
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	30,9	31,7	30,7	32,5

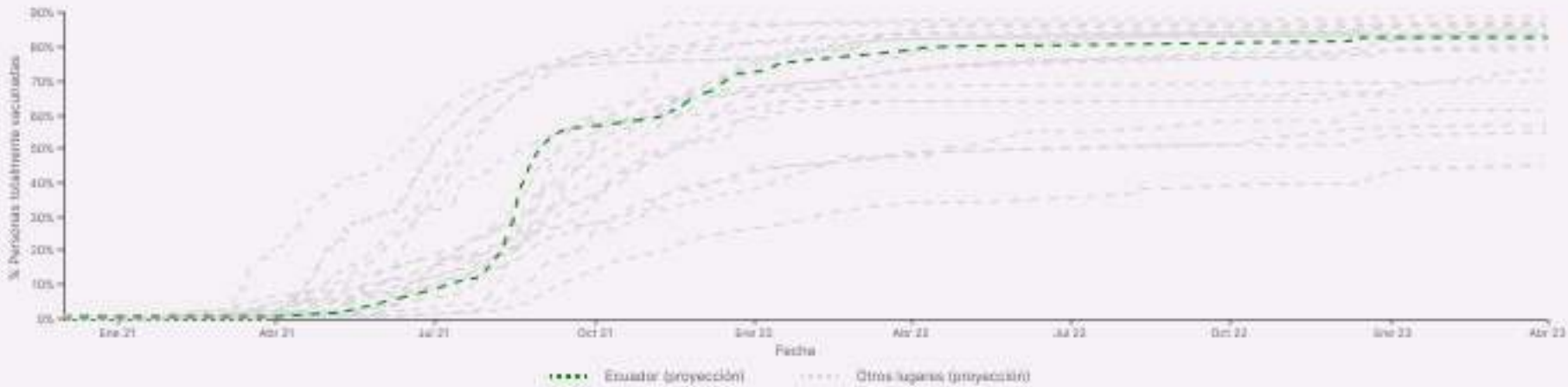
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	27 de febrero de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	211.512	334.288	498.949	1.044.749
Número de muertes confirmadas por COVID-19	14.023	19.646	2.279	35.948
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	799,2	1111,0	127,9	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	740,0	1205,6	305,0	
Razón estandarizada de mortalidad	1,08	0,92	0,42	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	46.707	32.875		
Exceso de mortalidad por cien mil	266,2	185,9		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



EL SALVADOR



Datos básicos

Nombre oficial: República de El Salvador
Capital: San Salvador
Superficie: 21.040 Km2
División administrativa: 14 departamentos y 44 municipios



Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	
6.234.673	62.557.82	6.280.319	Hombres	52,5%
			Mayor de 64 años	47,5%
			Indígena (2007)	7,8%
			Afrodescendiente (2007)	0,2%
			Residente en área urbana	0,1%
				74,1%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	3.809	4.248	4.349
Gini (de ingresos - urbano)	sd	0,390	0,388
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,666	0,669	0,674
Tasa de desempleo	5,0	4,3	3,0
Tasa de empleo informal	63,5	64,1	sd
Tasa de analfabetismo (<15 años)	10,0		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	36	34	33
Índice de democracia	5,90	5,72	5,06

Índice de pobreza multidimensional (2014): 0,032

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Compensation Bonus
Número de beneficiarios	1.230.000
Unidad beneficiaria	Hogares
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	77,2%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	300

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	44,2	40,8
Índice de cobertura universal en salud	76	

COVID-19

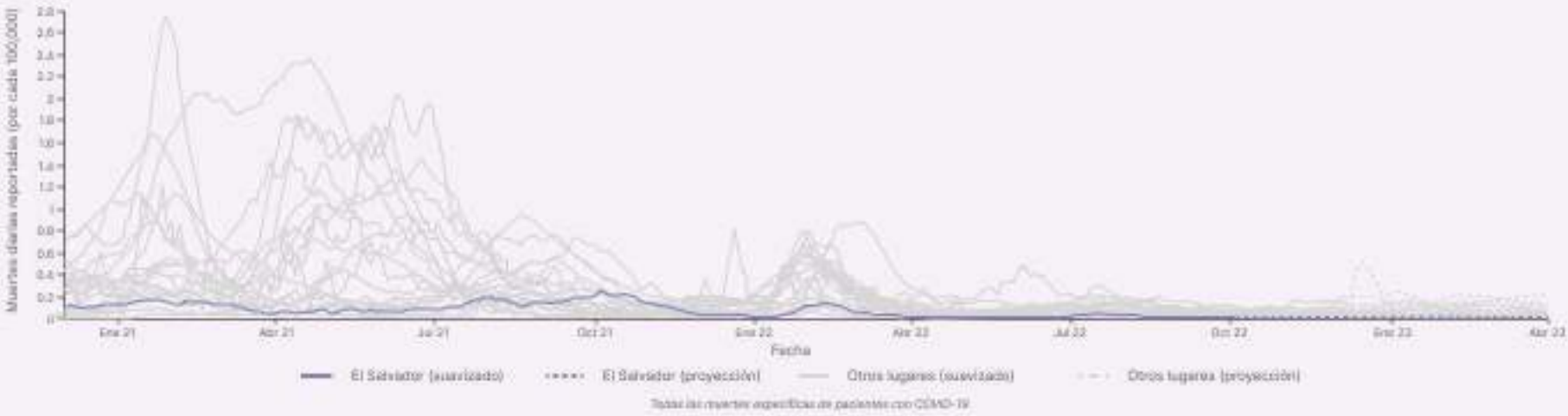
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	17 de febrero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	65,6	68,6		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	447	512	648	675
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	17,3	17,7	20,3	21,2
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	37,7	27,4	30,5	31,6

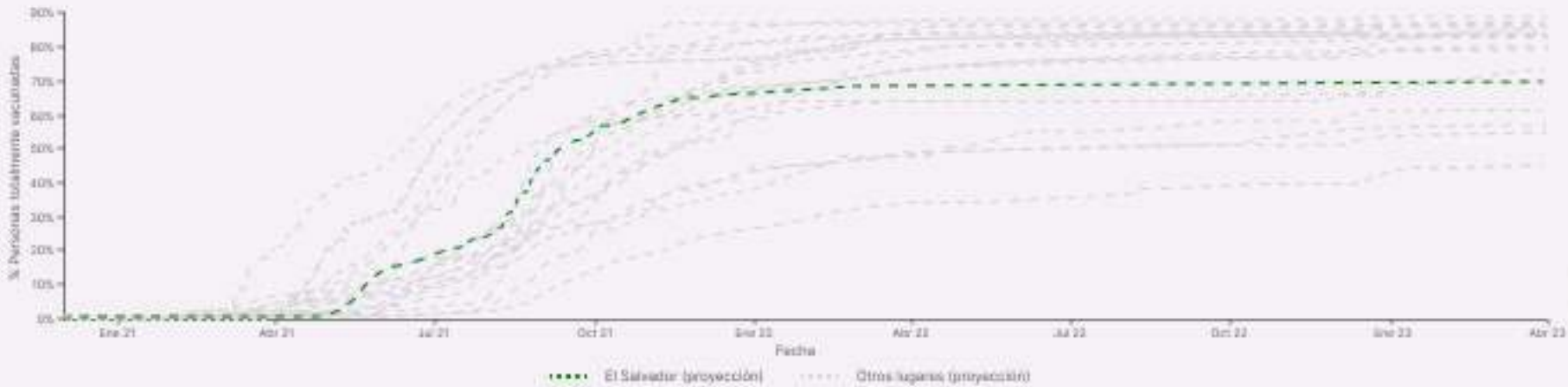
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	18 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	45.960	75.781	80.044	201.785
Número de muertes confirmadas por COVID-19	1.327	2.496	407	35.948
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	212,8	399,0	64,8	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	712,7	1147,4	325,8	
Razón estandarizada de mortalidad	0,30	0,35	0,20	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	8.192	9.309		
Exceso de mortalidad por cien mil	131,4	148,8		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



ESPAÑA



Datos básicos

Nombre oficial: Reino de España

Capital: Madrid

Superficie: 506.002 km2

División administrativa: 17 comunidades autónomas, 50 provincias y 2 ciudades autónomas, Ceuta y Melilla.

Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	50,9%
47.365.655	47.415.794	47.759.127	Hombres	49,1%
			Mayor de 64 años	19,8%
			Indígena	na
			Afrodescendiente	sd
			Residente en área urbana	81,1%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	25.074	26.721	28.168
Gini (de ingresos - urbano)	sd	0,339	sd
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,894	0,904	0,911
Tasa de desempleo	15,5	14,8	12,9
Tasa de empleo informal	5,0	6,0	5,2
Tasa de analfabetismo (<15 años)	1,0		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	62	61	60
Índice de democracia	8,12	7,94	8,07

Índice de pobreza multidimensional:

sd

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Ingreso Mínimo Vital (GMI)
Número de beneficiarios	284.000
Unidad beneficiaria	Hogares
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	1,5%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	572

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	65,9	60,9
Índice de cobertura universal en salud	80	

COVID-19

Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	30 de diciembre de 2020			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	79,63	85,62		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	2.829	3.062	3.316	3.535
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	15,2	15,1	15,2	15,2
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	21,9	19,7	19,3	19,2

Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	31 de enero de 2020			Total Acumulado
	2020	2021	2022	
Número de casos confirmados	1.919.549	4.180.589	7.654.824	1.3754.962
Número de muertes confirmadas por COVID-19	53.964	37.311	27.668	118.943
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	1.139,3	786,9	579,3	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	1017,8	1106,4	876,1	
Razón estandarizada de mortalidad	1,12	0,71	0,66	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	75.202	32.336		
Exceso de mortalidad por cien mil	158,8	68,2		

Muertes diarias reportadas

Personas vacunadas

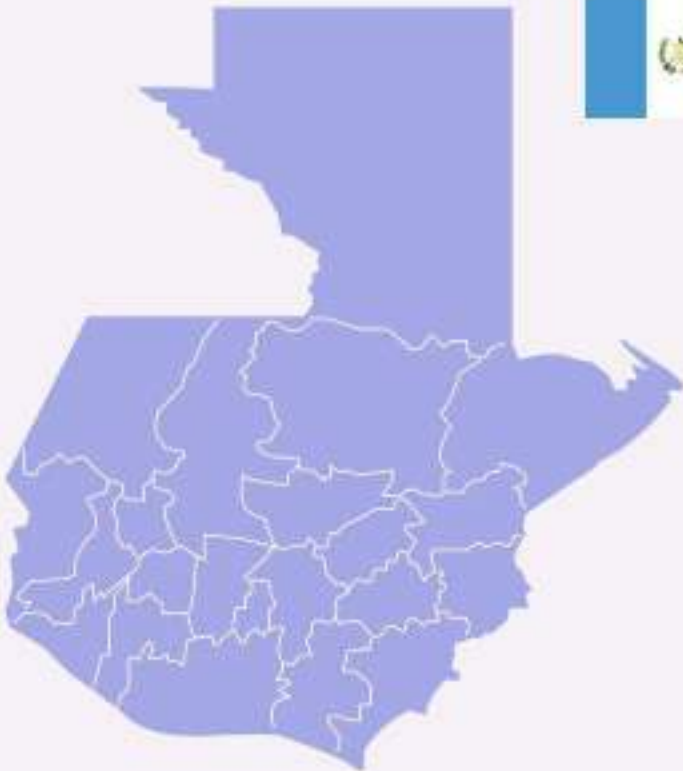
48

GUATEMALA



Datos básicos

Nombre oficial: República de Guatemala
Capital: Ciudad de Guatemala
Superficie: 108.889 km2
División administrativa: 22 departamentos



Características demográficas



Población (millones)

2020	2021	2022
17.357.325	17.598.650	17.847.877

Proporción de población (%) 2021:

Mujeres	50,4%
Hombres	49,6%
Mayor de 64 años	4,6%
Indígena (2018)	43,4%
Afrodescendiente (2018)	0,3%
Residente en área urbana	52,2%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	4.006	4.268	4.385
Gini (de ingresos - urbano)	sd	sd	sd
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,638	0,630	0,629
Tasa de desempleo	3,0	2,2	3,1
Tasa de empleo informal	sd	76,6	74,5
Tasa de analfabetismo (<15 años)	17,0		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	25	25	25
Índice de democracia	4,97	4,62	4,68

Índice de pobreza multidimensional (2014): 0,134

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Bono Familia
Número de beneficiarios	2.692.018
Unidad beneficiaria	Hogares
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	76,7%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	128

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	32,7	29,1
Índice de cobertura universal en salud	57	

COVID-19

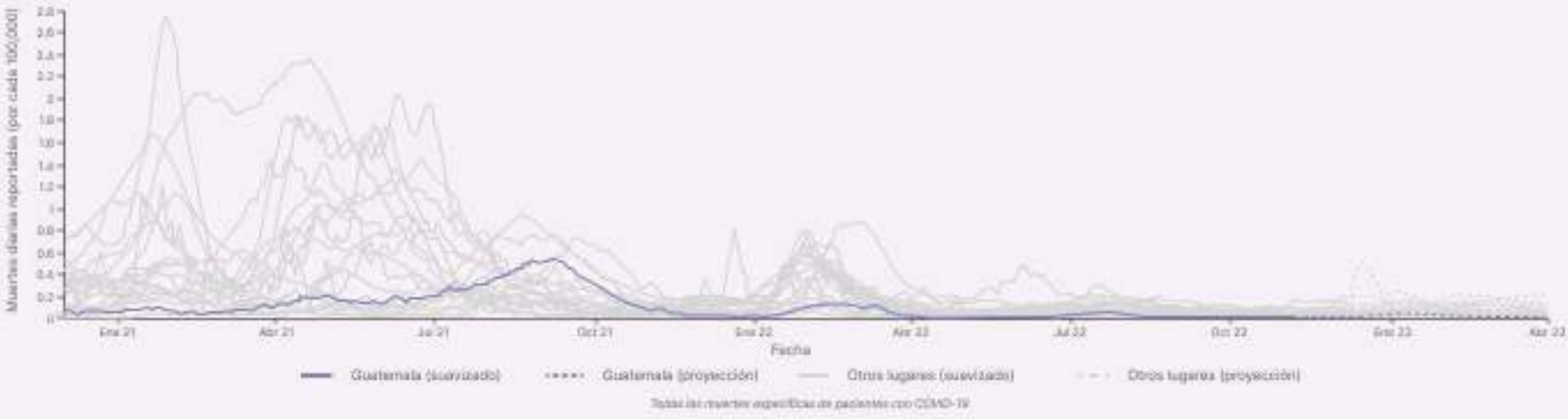
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	25 de febrero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	26,3	39,4		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	208	213	226	255
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	17,7	15,9	17,4	16,9
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	56,0	56,3	61,0	58,4

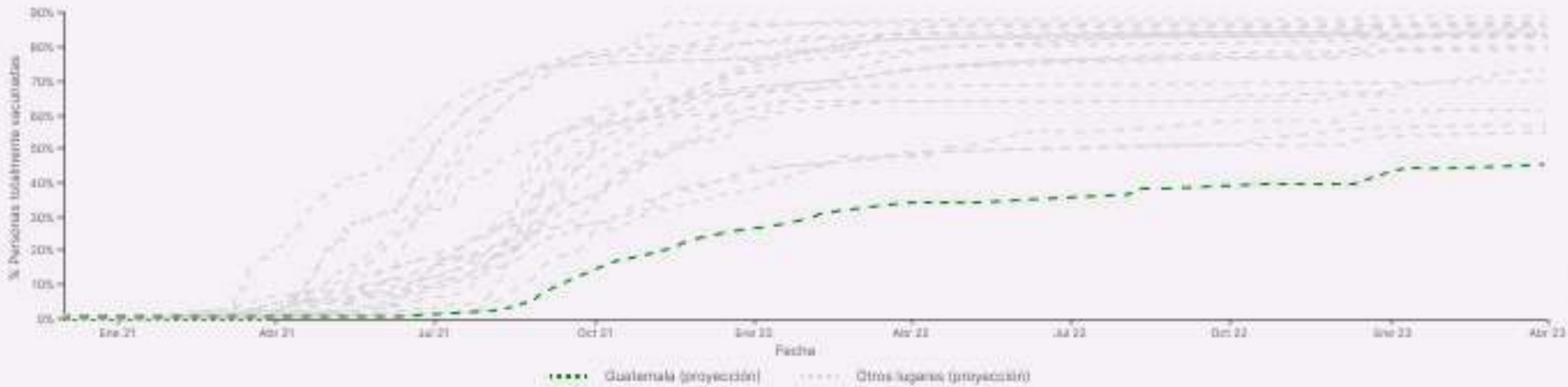
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	13 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	137.166	489.509	574.976	1.201.651
Número de muertes confirmadas por COVID-19	4.803	11.299	3.896	19.998
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	276,7	642,0	218,3	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	725,5	1249,6	257,7	
Razón estandarizada de mortalidad	0,38	0,51	0,85	
Número de muertes en exceso	12.580	36.477		
Exceso de mortalidad por cien mil	72,5	207,3		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



HONDURAS



Datos básicos

Nombre oficial: República de Honduras
Capital: Tegucigalpa Municipio del Distrito Central
Superficie: 112.777 km2
División administrativa: 18 Departamentos



Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	
10.119.640	10.289.877	10.463.872	Hombres	49,6%
			Mayor de 64 años	50,4%
			Indígena	4,1%
			Afrodescendiente	7,2%
			Residente en área urbana	1,4%
				59,0%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	2.189	2.424	2.482
Gini (de ingresos - urbano)	sd	sd	sd
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,621	0,620	0,624
Tasa de desempleo	10,7	7,9	7,0
Tasa de empleo informal	sd	76,6	74,5
Tasa de analfabetismo (<15 años)	11,0		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	24	23	23
Índice de democracia	5,36	5,10	5,15

Índice de pobreza multidimensional (2019): 0,051

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Unique Bonus. Assistance to Independent Workers or Own Account
Número de beneficiarios	260.000
Unidad beneficiaria	Individuos
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	2,6%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	83

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	27,6	26,2
Índice de cobertura universal en salud	63	

COVID-19

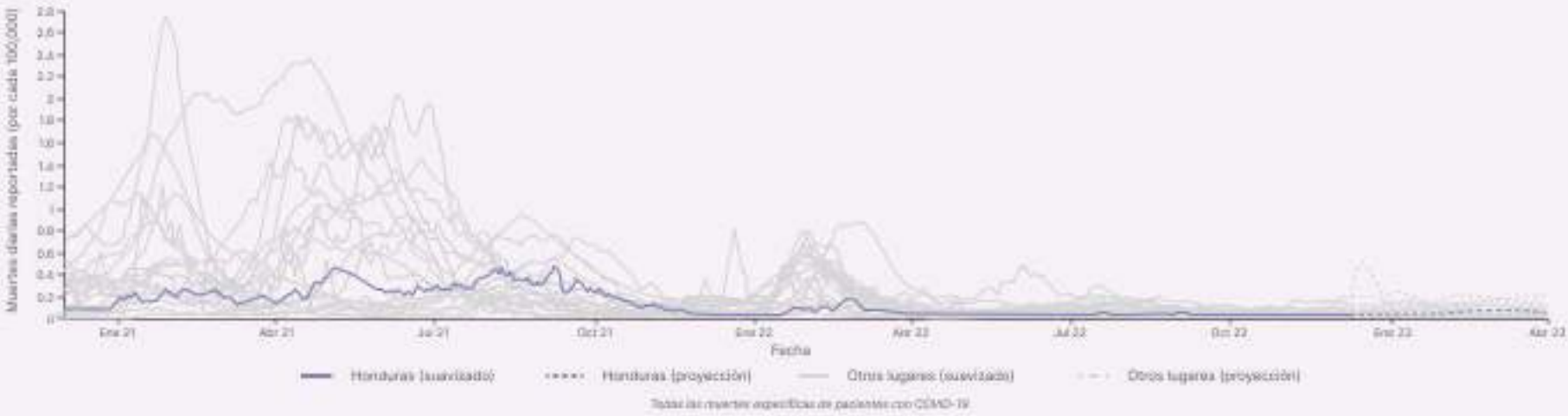
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	22 de febrero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	41,2	55,2		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	168	183	211	227
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	11,2	12,3	12,1	14,2
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	52,3	50,0	51,7	51,1

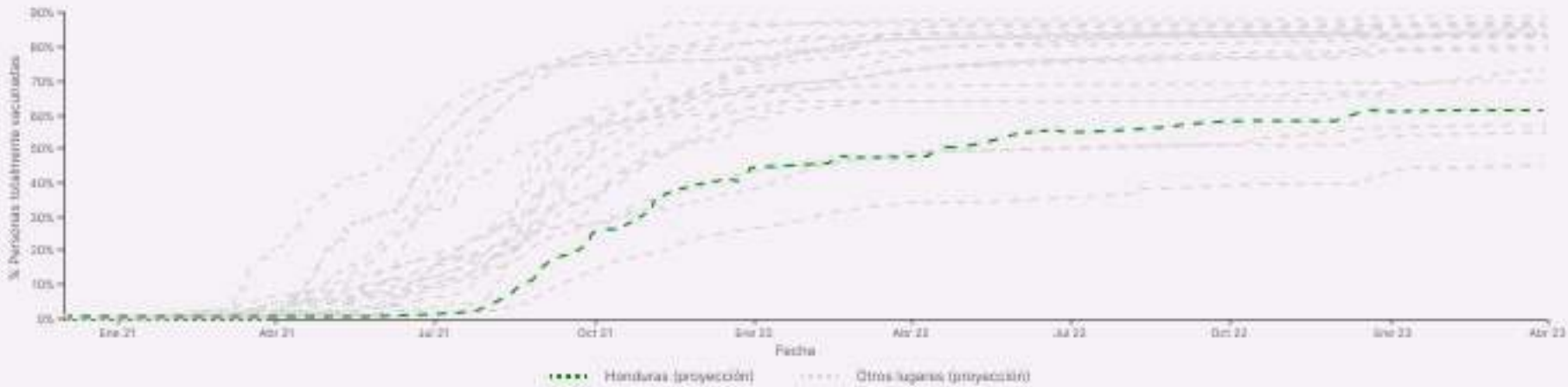
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	10 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	120.912	258.630	86.373	465.915
Número de muertes confirmadas por COVID-19	3.111	7.323	637	11.071
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	307,4	711,7	60,9	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	712,1	1.189,7	288,9	
Razón estandarizada de mortalidad	0,43	0,60	0,21	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	6.011	13.895		
Exceso de mortalidad por cien mil	59,4	135,0		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



MÉXICO



Datos básicos

Nombre oficial: Estados Unidos Mexicanos
Capital: Ciudad de México
Superficie: 1.964.375 km2
División administrativa: República Federal. 32 estados.

Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	
126.799.054	127.648.148	128.613.117	Hombres	51,4%
			Mayor de 64 años	48,6%
			Indígena (2020)	7,6%
			Afrodescendiente (2020)	18,6%
			Residente en área urbana	2,0%
				81,0%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	9.235	9.728	10.011
Gini (de ingresos - urbano)	sd	sd	0,435
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,757	0,757	0,781
Tasa de desempleo	4,4	4,0	3,3
Tasa de empleo informal	50,3	52,0	51,8
Tasa de analfabetismo (<15 años)	5,0		

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Pensiones para personas con discapacidad
Número de beneficiarios	801.201
Unidad beneficiaria	Individuos
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	0,6%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	131

COVID-19

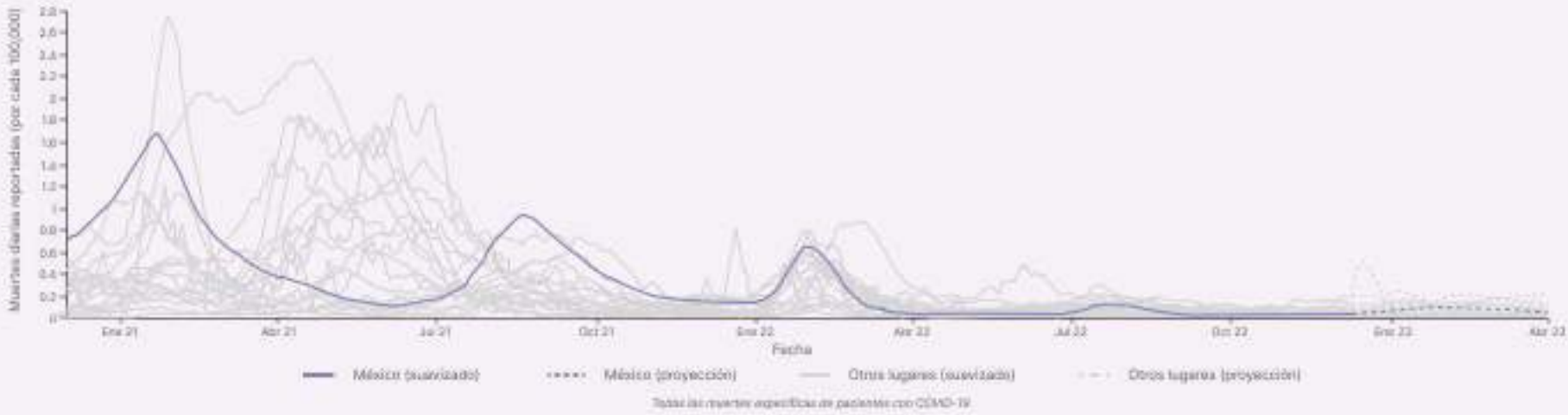
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	24 de diciembre de 2020			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	57,1	64,2		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	546	619	619	702
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	10,3	11,5	11,0	10,4
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	42,3	38,8	41,4	39,1

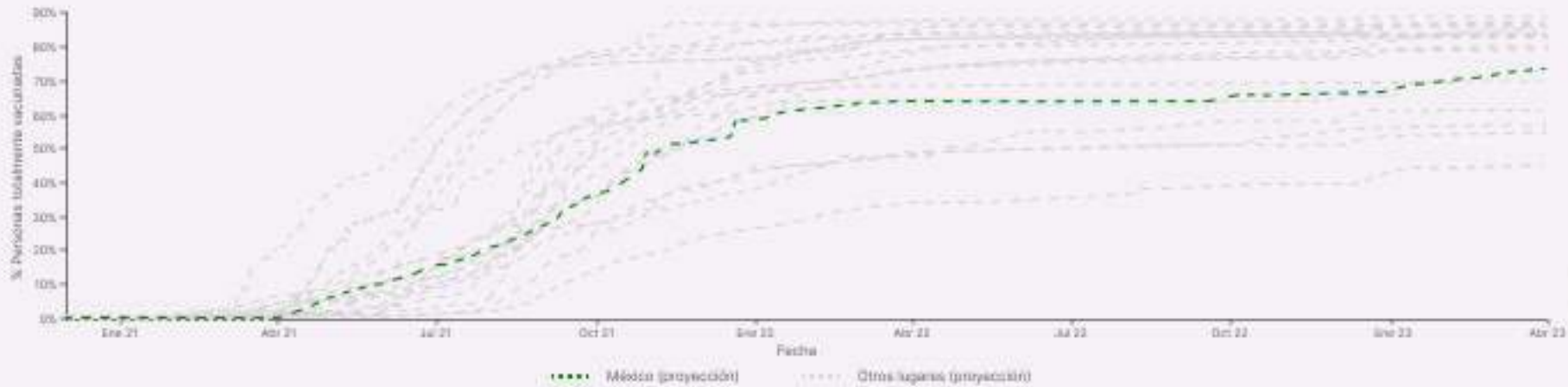
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	27 de febrero de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	1.496.067	2.538.755	3.236.805	7.271.627
Número de muertes confirmadas por COVID-19	147.623	156.199	27.677	331.499
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	1.164,2	1.223,7	215,2	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	1.063,3	1.926,7	161,3	
Razón estandarizada de mortalidad	1,09	0,64	1,33	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	297.154	315.216		
Exceso de mortalidad por cien mil	234,4	246,9		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



Nicaragua



Datos básicos

Nombre oficial: República de Nicaragua.
Capital: Managua
Superficie: 130.373,5 km²
División administrativa: 15 departamentos

Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	
6.565.267	6.644.741	6.730.654	Hombres	50,8%
			Mayor de 64 años	49,2%
			Indígena (2005)	5,2%
			Afrodescendiente (2005)	6,2%
			Residente en área urbana	0,5%
				59,3%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	1.960	2.136	2.188
Gini (de ingresos - urbano)	sd	sd	sd
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,652	0,665	0,669
Tasa de desempleo	6,2	6,1	5,0
Tasa de empleo informal	sd	sd	sd
Tasa de analfabetismo (<15 años)	17,4		

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	sd
Número de beneficiarios	sd
Unidad beneficiaria	sd
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	sd
Transferencias monetarias (USD mensuales)	sd

COVID-19

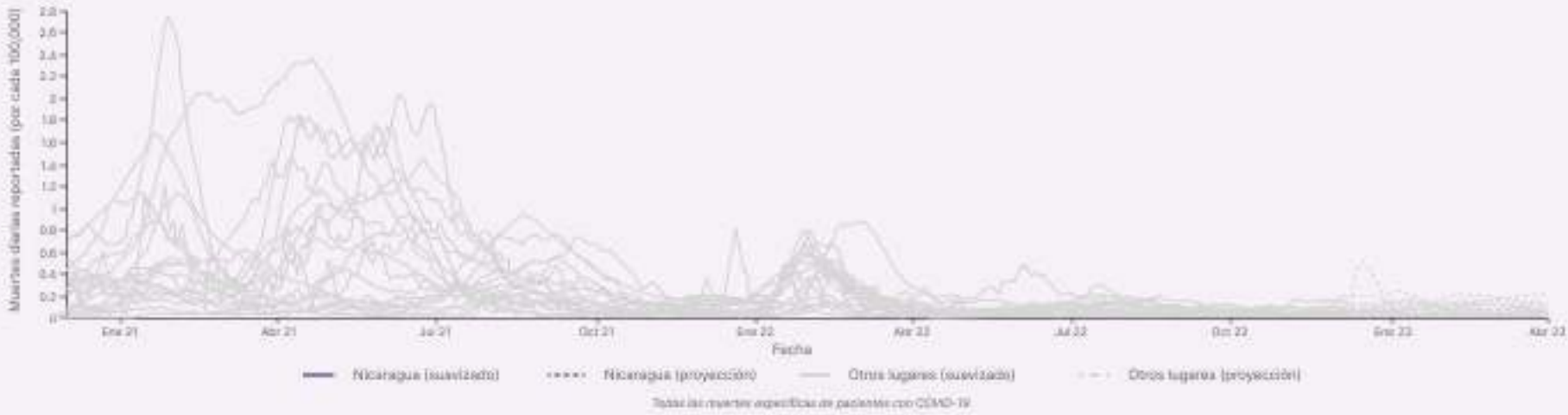
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	3 de marzo de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	41,8	85,4		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	303	302	394	366
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	18,9	18,1	20,0	17,8
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	33,2	32,3	30,8	35,7

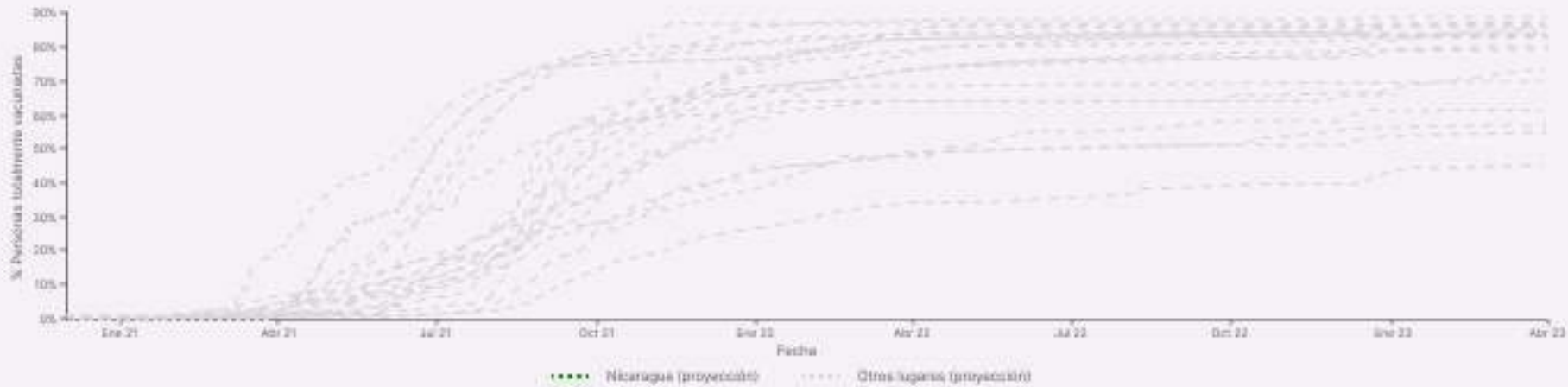
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	18 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	4.829	8.734	1.802	15.365
Número de muertes confirmadas por COVID-19	165	52	28	331.499
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	25,1	7,8	4,2	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	709,0	1.159,2	311,1	
Razón estandarizada de mortalidad	sd	sd	sd	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	8.118	9.016		
Exceso de mortalidad por cien mil	123,7	135,7		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



PANAMÁ



Datos básicos

Nombre oficial: República de Panamá
Capital: Ciudad de Panamá
Superficie: 75.417 km²
División administrativa: 10 provincias



Características demográficas



Población (millones)

2020	2021	2022
4.293.261	4.345.405	4.400.773

Proporción de población (%) 2021:

Mujeres	50,0%
Hombres	50,0%
Mayor de 64 años	8,5%
Indígena (2022)	17,2%
Afrodescendiente (2022)	31,6%
Residente en área urbana	68,8%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	12.647	14.553	15.917
Gini (de ingresos - urbano)	sd	0,509	sd
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,809	0,813	0,82
Tasa de desempleo	14,2	10,5	8,2
Tasa de empleo informal	50,9	49,4	sd
Tasa de analfabetismo (<15 años)	4,0		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	35	36	36
Índice de democracia	7,18	6,85	6,91



Índice de pobreza multidimensional:

sd

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Panama Solidarity Plan
Número de beneficiarios	442.323
Unidad beneficiaria	Individuos
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	10,3%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	100

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	43,7	53,5
Índice de cobertura universal en salud	77	

COVID-19

Recursos en salud durante el COVID-19

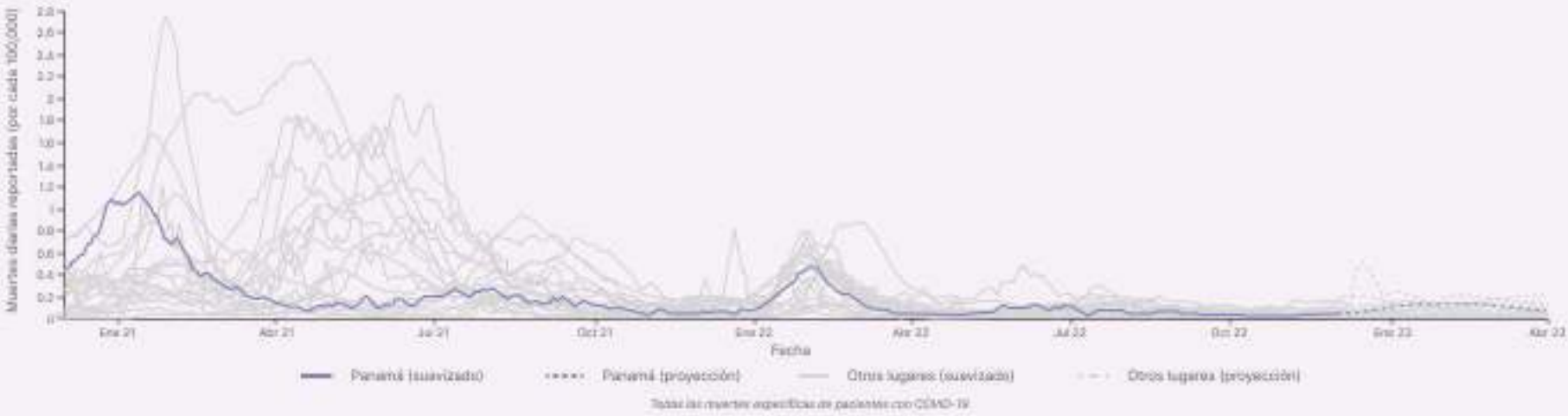
Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	20 de enero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	63,6	71,8		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	1.577	1.558	1.706	1.873
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	21,9	20,3	21,4	22,2
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	37,6	39,6	37,3	37,1

Recursos nacionales COVID-19

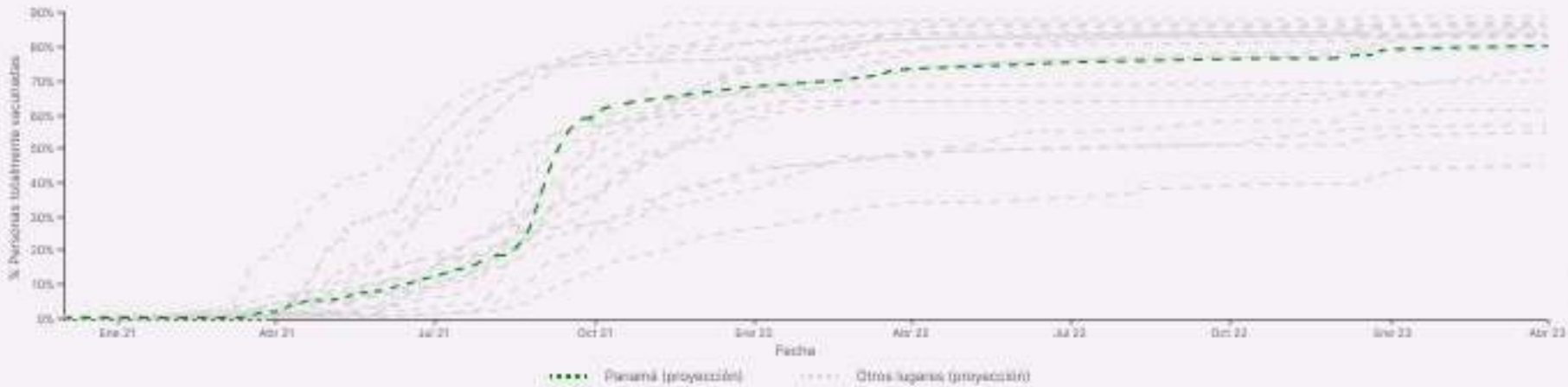
Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	9 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	238.279	252.764	532.735	1.023.778
Número de muertes confirmadas por COVID-19	3.933	3.492	1.142	8.567
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	916,1	803,6	259,5	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	708,7	1137,5	331,2	
Razón estandarizada de mortalidad	1,29	0,71	0,78	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	2.861	4.630		
Exceso de mortalidad por cien mil	66,6	106,6		



Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



PARAGUAY



Datos básicos

Nombre oficial: República del Paraguay
Capital: Asunción de Paraguay
Superficie: 406.752 Km²
División administrativa: 17 departamentos

Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	
6.603.739	6.684.182	6.760.464	Hombres	49,8%
			Mayor de 64 años	50,2%
			Indígena (2022)	6,2%
			Afrodescendiente (2022)	2,3%
			Residente en área urbana	0,08%
				62,5%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	6.109	6.278	6.218
Gini (de ingresos - urbano)	sd	0,429	0,451
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,742	0,730	0,731
Tasa de desempleo	7,5	7,3	6,8
Tasa de empleo informal	sd	63,5	62,9
Tasa de analfabetismo (<15 años)	5,0		

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Pytyvõ Program
Número de beneficiarios	1.200.000
Unidad beneficiaria	Individuos
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	16,8%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	36

COVID-19

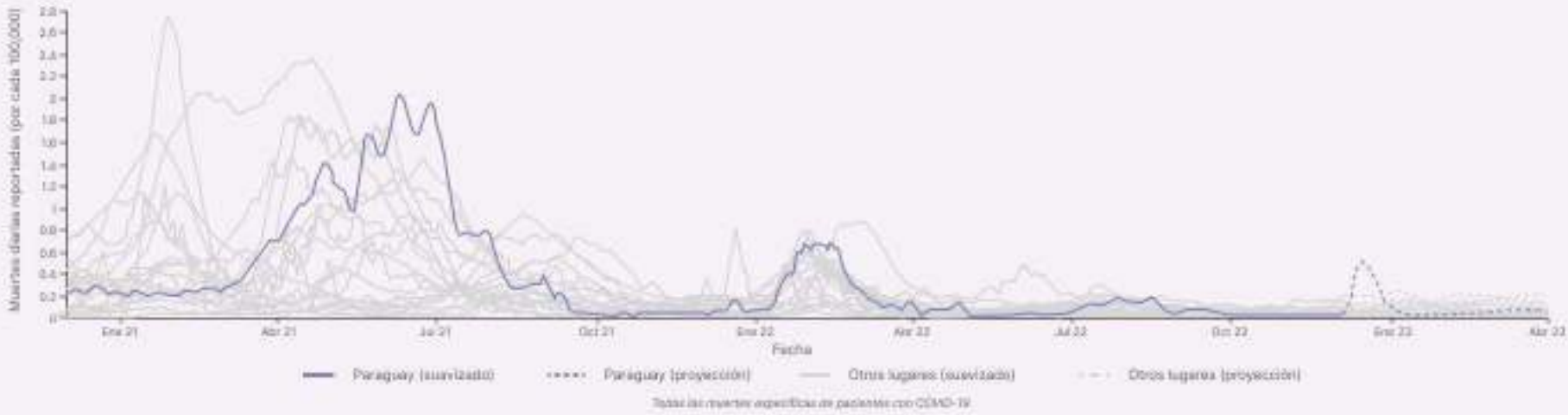
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	22 de febrero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	43,5	52,1		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	472	583	676	658
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	14,7	16,2	18,4	17,4
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	42,0	37,9	35,9	38,9

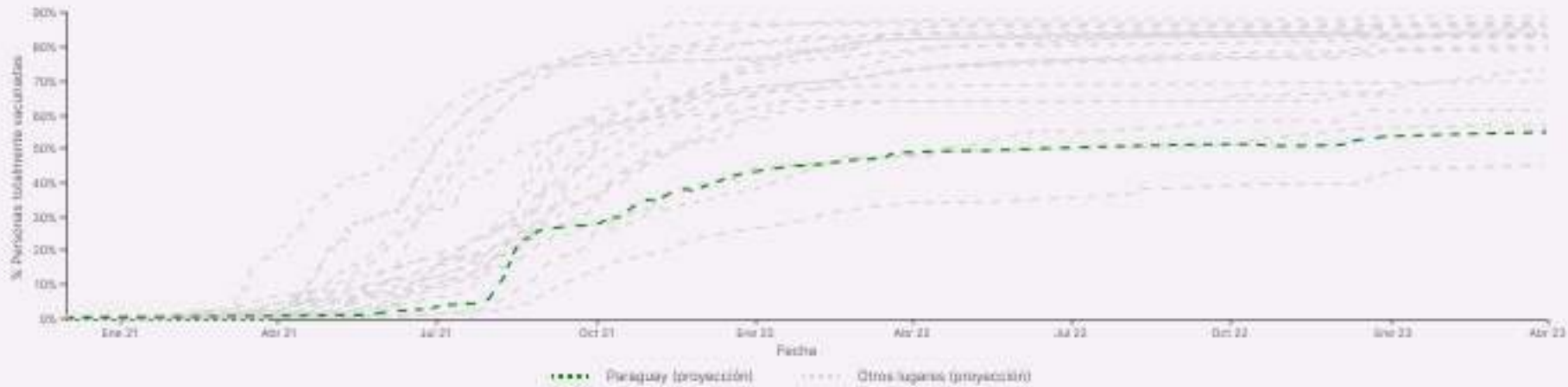
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	7 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	106.136	359.965	259.264	7.253.65
Número de muertes confirmadas por COVID-19	2.220	14.404	3.064	19.688
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	336,2	2.154,9	453,2	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	710,9	1.156,5	315,0	
Razón estandarizada de mortalidad	0,47	1,86	1,44	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	1.423	18.372		
Exceso de mortalidad por cien mil	21,6	274,9		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas





Datos básicos

Nombre oficial: República del Perú

Capital: Lima

Superficie: 1.285.216 km2

División administrativa: 25 regiones y 1 provincia

Características demográficas			Proporción de población (%) 2021:	
Población (millones)	2020	2021	2022	
	32.838.579	33.155.882	33.475.438	
			Mujeres	50,2%
			Hombres	49,8%
			Mayor de 64 años	8,8%
			Indígena	26,8%
			Afrodescendiente	3,7%
			Residente en área urbana	78,5%

Características socioeconómicas			
	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	5.832	6.547	6.662
Gini (de ingresos - urbano)	sd	0,401	0,403
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,758	0,755	0,762
Tasa de desempleo	7,2	5,1	3,9
Tasa de empleo informal	58,6	59,2	67,7
Tasa de analfabetismo (<15 años)	6,0		

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)		
	Bono Familiar Universal	
Número de beneficiarios	7.749.298	
Unidad beneficiaria	Hogares	
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	88,2%	
Transferencias monetarias (USD mensuales)	187	

Características políticas			
	2020	2021	2022
Índice de transparencia	38	36	36
Índice de democracia	6,53	6,09	5,92

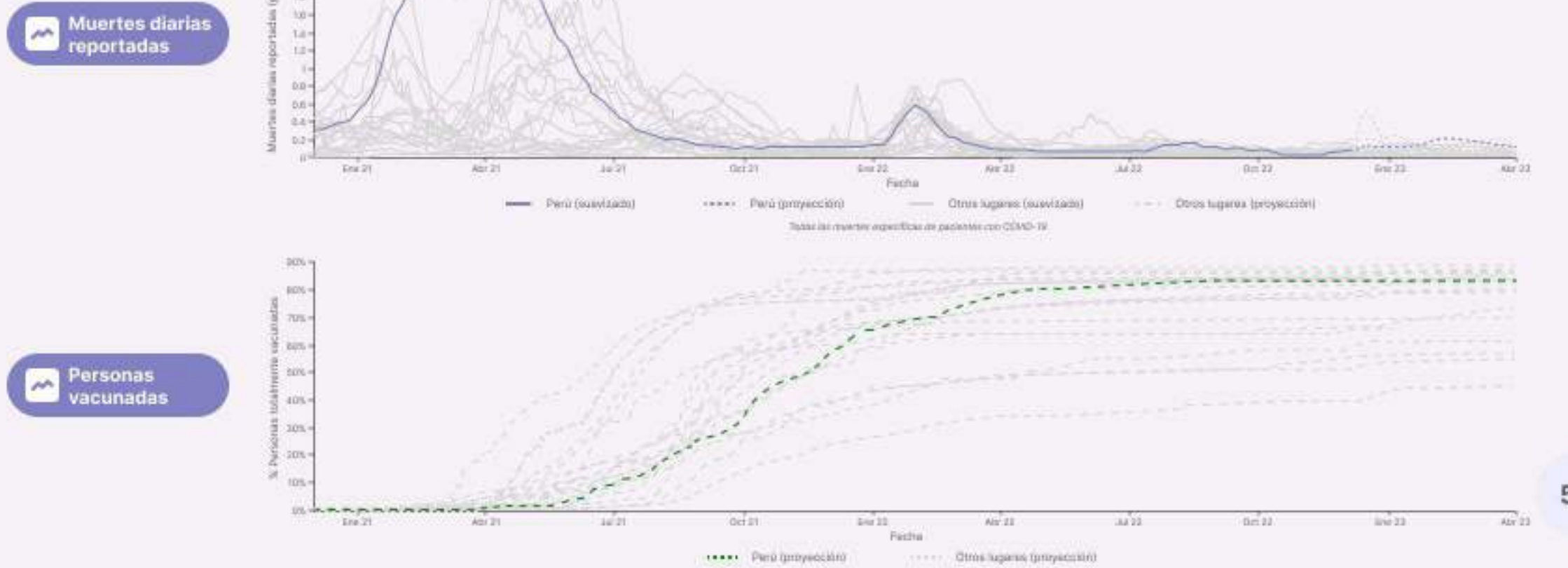
Índice de pobreza multidimensional (2022):

0,025

Características del sistema de salud		
	2019	2021
Global Health Security Index	49,2	54,9
Índice de cobertura universal en salud	78	

COVID-19

Recursos en salud durante el COVID-19					Recursos nacionales COVID-19			
Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	9 de febrero de 2021				Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	6 de marzo de 2020		
	2021	2022				2020	2021	2022
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	64,9	83,5			Número de casos confirmados	1.010.496	1.276.998	2.166.742
	2019	2020	2021	2022	Número de muertes confirmadas por COVID-19	93.066	109.518	15.594
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	444	534	635	605	Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	2.834,0	3.303,1	465,8
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	15,3	16,3	19,0	16,7	Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	790,6	1.274,1	297,0
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	28,3	22,5	25,1	27,0	Razón estandarizada de mortalidad	3,58	2,59	1,57
					2020	2021		
					Número de muertes en exceso	100.107	124.084	
					Exceso de mortalidad por cien mil	304,8	374,2	



PORTUGAL



Datos básicos

Nombre oficial: República Portuguesa
Capital: Lisboa
Superficie: 92.161 km²
División administrativa: 18 distritos

Características demográficas



Población (millones)

2020	2021	2022
10.297.081	10.361.831	10.434.332

Proporción de población (%) 2021:

Mujeres	52,4%
Hombres	47,6%
Mayor de 64 años	23,3%
Indígena	na
Afrodescendiente (2021)	2,2%
Residente en área urbana	66,8%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	19.779	20.748	22.043
Gini (de ingresos - urbano)	sd	0,346	sd
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,861	0,865	0,874
Tasa de desempleo	6,8	6,6	6,0
Tasa de empleo informal	5,8	9,6	5,6
Tasa de analfabetismo (<15 años)	3,2		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	61	62	62
Índice de democracia	7,90	7,82	7,95



Índice de pobreza multidimensional:

sd

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Proteccion of self-employed and informal workers
Número de beneficiarios	156.313
Unidad beneficiaria	Individuos
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	1,5%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	533

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	60,3	54,7
Índice de cobertura universal en salud	80	

COVID-19

Recursos en salud durante el COVID-19

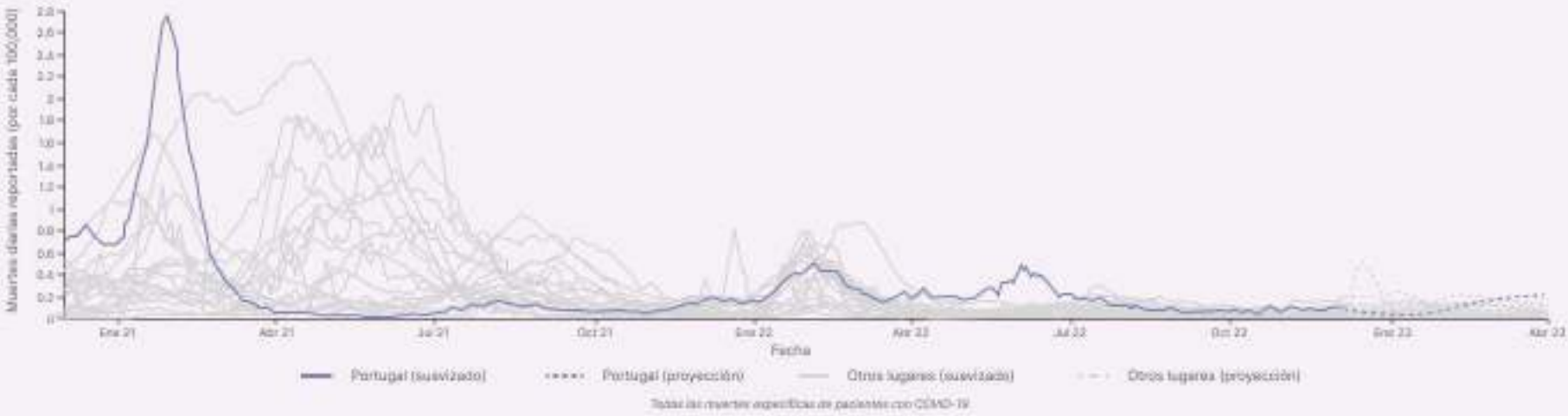
Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	23 de diciembre de 2020			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	83,2	86,7		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	2.190	2.431	2.723	2.921
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	13,6	13,8	14,7	14,8
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	30,6	28,0	29,4	29,6

Recursos nacionales COVID-19

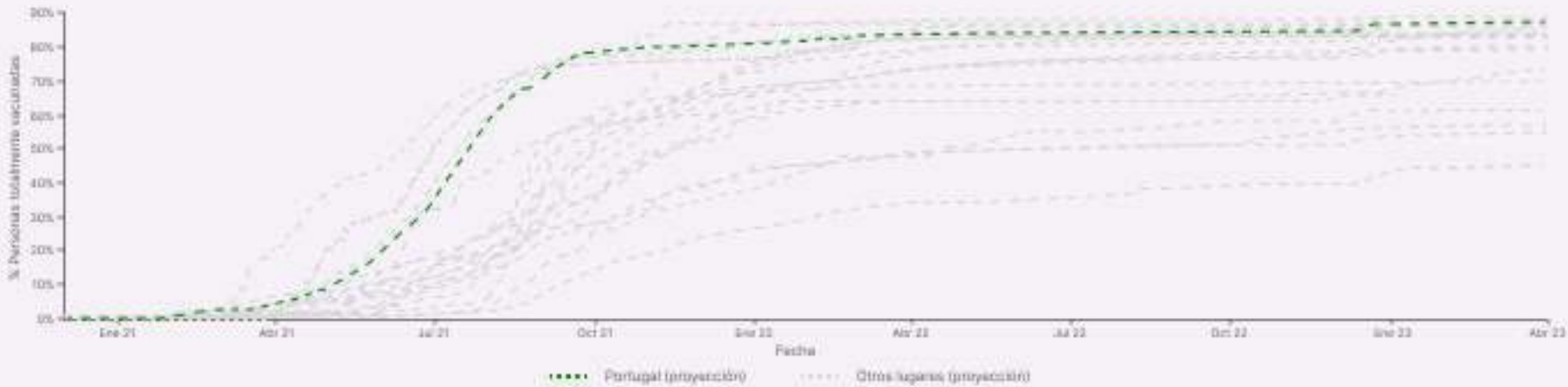
Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	2 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	377.474	905.174	4.267.920	5.550.568
Número de muertes confirmadas por COVID-19	6.695	12.193	6.885	25.773
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	650,2	1176,7	659,8	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	767,6	1106,3	440,2	
Razón estandarizada de mortalidad	0,85	1,06	1,50	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	11.245	12.245		
Exceso de mortalidad por cien mil	109,2	118,2		



Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



REPÚBLICA DOMINICANA



Datos básicos

Nombre oficial: República Dominicana
Capital: Santo Domingo de Guzmán
Superficie: 48.442 Km2
División administrativa: 31 provincias



Características demográficas



Población (millones)

2020	2021	2022
11.008.300	11.123.476	11.230.734

Proporción de población (%) 2021:

Mujeres	50,2%
Hombres	49,8%
Mayor de 64 años	7,0%
Indígena (2022)	34,2%
Afrodescendiente (2022)	37,3%
Residente en área urbana	83,2%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	7.566	8.406	8.731
Gini (de ingresos - urbano)	sd	0,385	0,370
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,760	0,756	0,766
Tasa de desempleo	6,1	7,7	5,5
Tasa de empleo informal	51,1	54,6	54,0
Tasa de analfabetismo (<15 años)	4,5		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	28	30	32
Índice de democracia	6,32	6,45	6,39

Índice de pobreza multidimensional (2019):

0,009

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Stay at Home program
Número de beneficiarios	1.500.000
Unidad beneficiaria	Hogares
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	48,1%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	86

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	38,3	34,5
Índice de cobertura universal en salud	66	

COVID-19

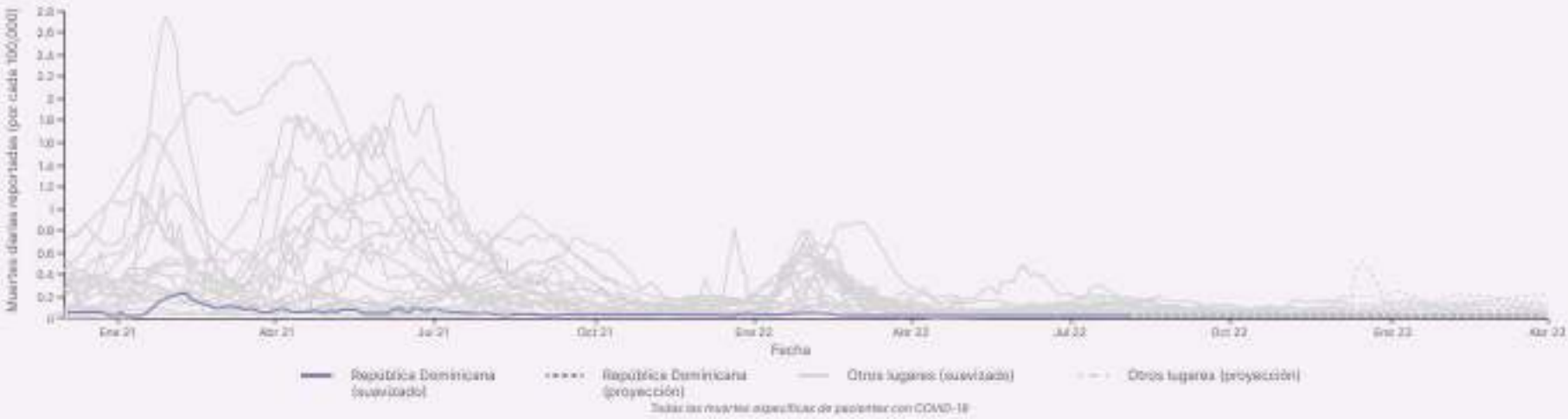
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	16 de febrero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	50,8	54,1		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	490	574	675	610
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	14,5	14,7	17,7	14,4
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	27,9	24,7	23,6	27,6

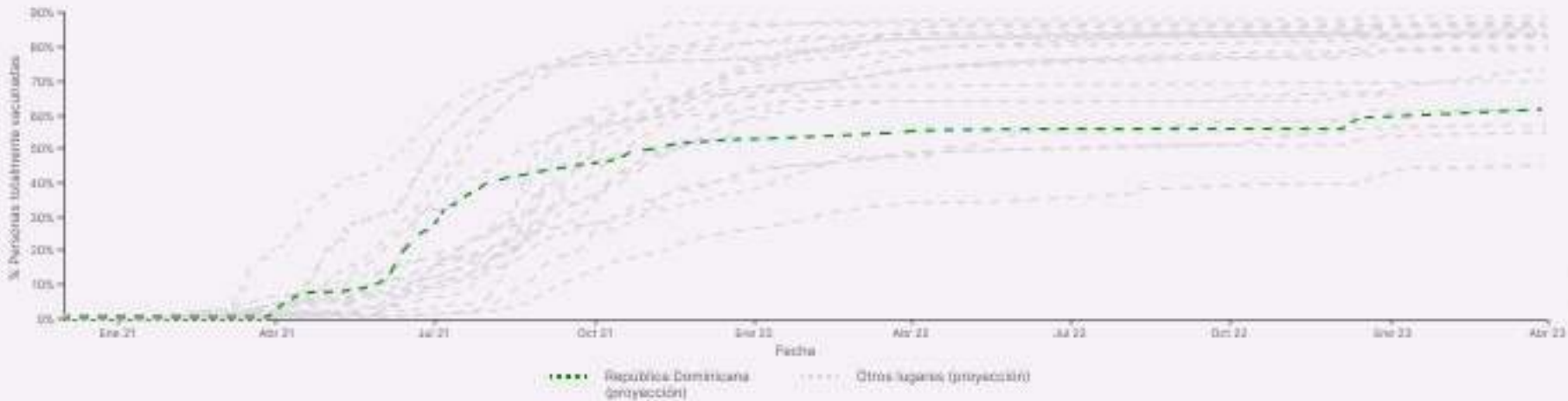
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	1 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	169.579	247.689	241.741	659.009
Número de muertes confirmadas por COVID-19	2.409	1.837	138	4.384
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	218,8	165,1	12,3	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	721,7	1.177,3	310,0	
Razón estandarizada de mortalidad	sd	sd	sd	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	2.333	6.689		
Exceso de mortalidad por cien mil	21,2	60,1		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



URUGUAY



Datos básicos

Nombre oficial: República Oriental del Uruguay
Capital: Montevideo
Superficie: 176.215 km²
División administrativa: 19 departamentos



Características demográficas



Población (millones)

2020	2021	2022
3.398.968	3.396.695	3.390.913

Proporción de población (%) 2021:

Mujeres	51,5%
Hombres	48,5%
Mayor de 64 años	15,5%
Indígena (2022)	2,4%
Afrodescendiente (2022)	4,8%
Residente en área urbana	95,6%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	16.439	17.365	18.214
Gini (de ingresos - urbano)	sd	0,408	0,406
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,820	0,814	0,830
Tasa de desempleo	10,3	9,3	7,9
Tasa de empleo informal	21,3	21,2	21,7
Tasa de analfabetismo (<15 años)	1,0		

Características políticas

	2020	2021	2022
Índice de transparencia	71	73	74
Índice de democracia	8,61	8,85	8,91



Índice de pobreza multidimensional:

sd

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	Asignación Familiar Plan de Equidad
Número de beneficiarios	372.231
Unidad beneficiaria	Individuos
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	10,7%
Transferencias monetarias (USD mensuales)	sd

Características del sistema de salud

	2019	2021
Global Health Security Index	41,3	40,3
Índice de cobertura universal en salud	79	

COVID-19

Recursos en salud durante el COVID-19

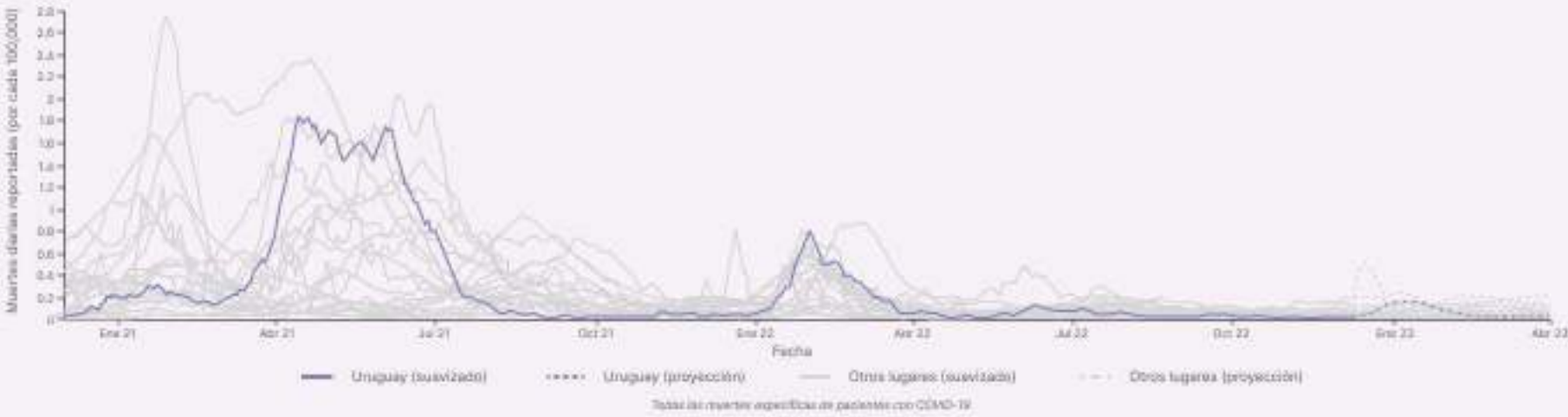
Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	27 de febrero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	78,4	84,8		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	1.529	1.527	1.677	1.815
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	20,2	19,8	21,7	20,9
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	15,5	16,7	15,8	16,3

Recursos nacionales COVID-19

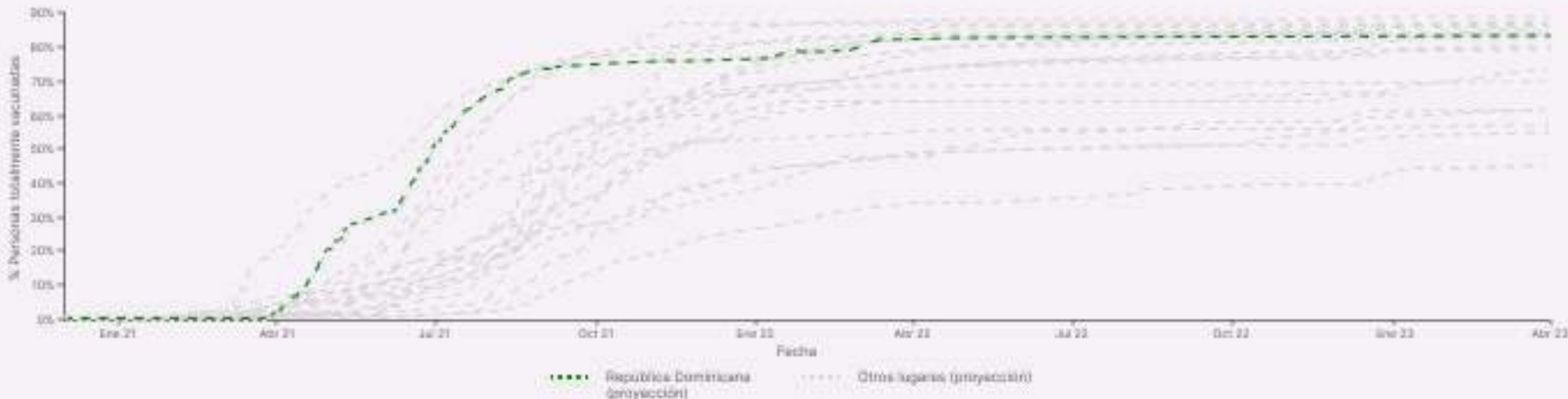
Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	13 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	17.962	392.349	601.677	1.011.988
Número de muertes confirmadas por COVID-19	168	6.000	1.394	7562
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	49,4	1766,4	411,1	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	712,9	1.123,2	349,1	
Razón estandarizada de mortalidad	sd	1,57	1,18	
	2020	2021		
Número de muertes en exceso	-2.272	5.906		
Exceso de mortalidad por cien mil	-66,9	173,9		



Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



VENEZUELA



Datos básicos

Nombre oficial: República Bolivariana de Venezuela.
Capital: Caracas
Superficie: 916.447 Km2
División administrativa: 23 estados, un Distrito Capital y Dependencias Federales.

Características demográficas

Población (millones)			Proporción de población (%) 2021:	
2020	2021	2022	Mujeres	
28.444.077	28.237.826	28.213.017	Hombres	50,5%
			Mayor de 64 años	49,5%
			Indígena (2011)	8,6%
			Afrodescendiente (2011)	2,8%
			Residente en área urbana	3,5%
				88,3%

Características socioeconómicas

	2020	2021	2022
PIB (per cápita en USD)	sd	sd	sd
Gini (de ingresos - urbano)	sd	sd	sd
Índice de desarrollo humano (IDH)	0,691	0,690	0,699
Tasa de desempleo	7,5	7,0	5,7
Tasa de empleo informal	sd	sd	sd
Tasa de analfabetismo (<15 años)	2,4		

Mayor programa de transferencias monetarias (2020-2022)

	sd
Número de beneficiarios	sd
Unidad beneficiaria	sd
Transferencias monetarias (cobertura poblacional)	sd
Transferencias monetarias (USD mensuales)	sd

COVID-19

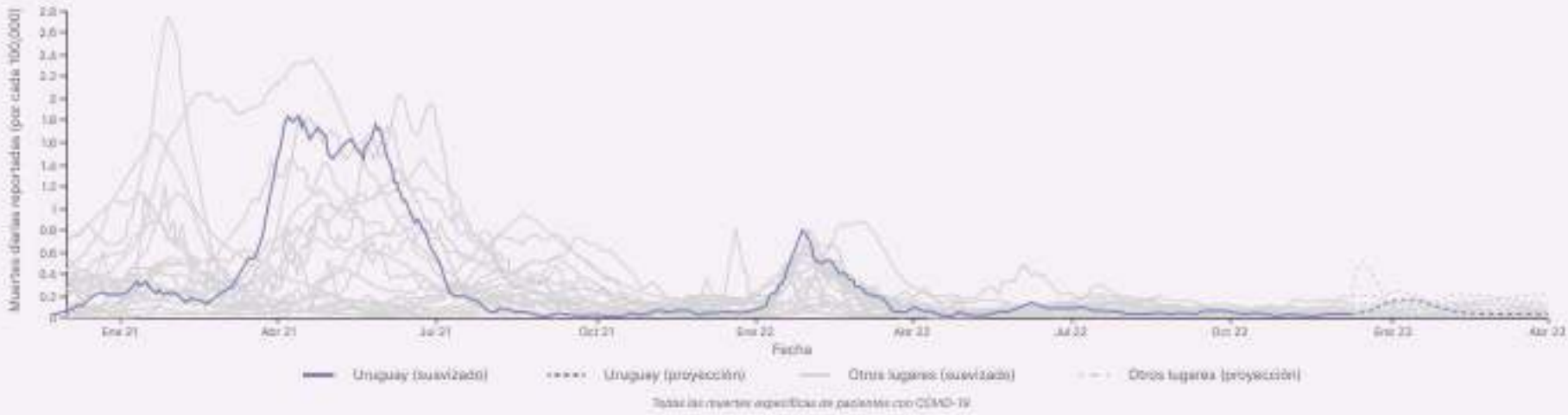
Recursos en salud durante el COVID-19

Fecha de introducción de la vacuna contra COVID-19	22 de febrero de 2021			
	2021	2022		
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (esquema completo)	48,3	52,9		
	2019	2020	2021	2022
Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPP) (dólares internacionales corrientes)	29	36	34	60
Gasto público nacional en salud (% del gasto público total)	1,7	6,7	4,8	6,0
Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud)	34,1	29,0	28,1	24,9

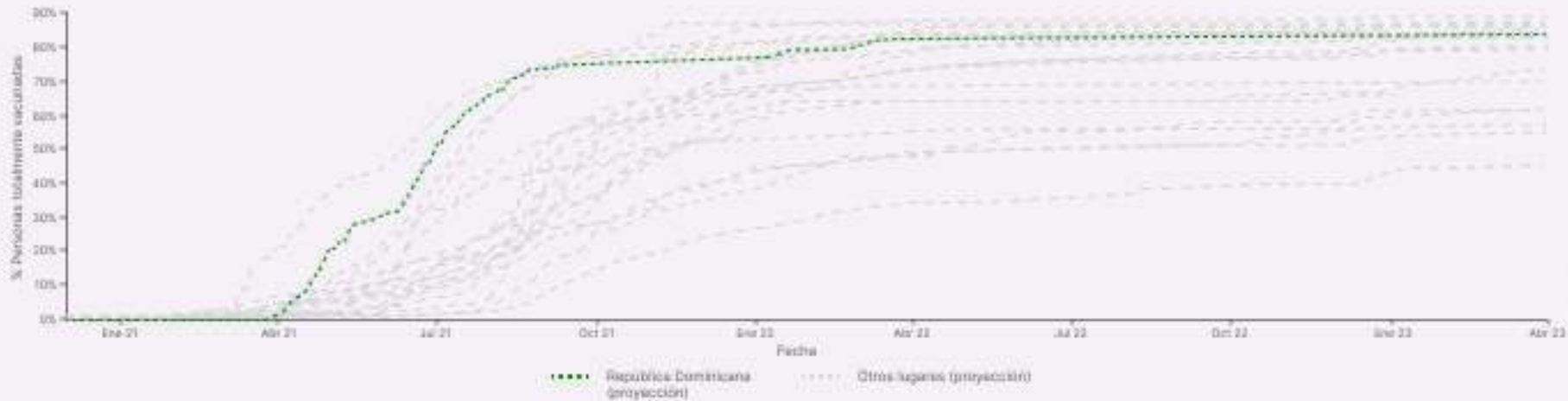
Recursos nacionales COVID-19

Fecha de primer caso confirmado de COVID-19:	13 de marzo de 2020			
	2020	2021	2022	Total Acumulado
Número de casos confirmados	112.861	331.325	106.202	550.388
Número de muertes confirmadas por COVID-19	1.021	4.300	510	5.831
Tasa cruda de mortalidad por COVID-19	35,9	152,3	18,1	
Tasa ajustada de mortalidad por COVID-19	774,2	1267,2	293,7	
Razón estandarizada de mortalidad	sd	sd	sd	
Número de muertes en exceso	2.328	18.810		
Exceso de mortalidad por cien mil	8,2	66,6		

Muertes diarias reportadas



Personas vacunadas



Evolución de la pandemia en los países iberoamericanos

Detección del primer caso confirmado de COVID-19

Entre finales de febrero y marzo de 2020, se detectó en cada país iberoamericano el primer caso confirmado de COVID-19, con ligeras variaciones temporales en la identificación inicial del virus. Aunque estas diferencias cronológicas no parecen significativas, resultaron importantes para la velocidad de propagación del virus, la ventana disponible para preparar la respuesta institucional y la implementación oportuna de medidas de salud pública.

Muchos países, siguiendo las fases propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la preparación y respuesta ante pandemias (24), adoptaron un enfoque escalonado que incluyó preparación, contención y mitigación. Algunos también incorporaron estrategias de supresión, aunque estas no fueron implementadas de manera inmediata ni generalizada.

Como es ampliamente conocido, el virus fue identificado inicialmente en Asia, específicamente en Wuhan (China) en diciembre de 2019, y su propagación hacia Europa, África y América del Norte fue más rápida que hacia América Latina. En el ámbito iberoamericano, el primer caso confirmado se registró en España el 31 de enero de 2020, antes que en cualquier otro país de la región (Figura 9). A partir de este primer caso confirmado en España, el primer caso en Portugal se notificó pasados treinta días y en Andorra pasados treinta y uno, mientras que el primer caso en América Latina se registró pasados veintiséis. Es importante señalar que la detección precoz del primer caso no siempre se tradujo en acciones tempranas de contención. En algunos países, la notificación inicial pudo haberse retrasado por limitaciones en los sistemas de vigilancia epidemiológica o por barreras estructurales dentro del sistema de salud, especialmente durante las etapas iniciales de la emergencia sanitaria.

En las Américas, el primer caso se reportó en Estados Unidos, el 21 de enero de 2020, seguido por Canadá y Brasil, en donde el 26 de febrero se confirmó el primer caso en un país iberoamericano del continente. Finalmente, como se muestra en la Figura 9, El Salvador y Nicaragua fueron los países que más tardíamente identificaron los primeros casos, el 18 de marzo de 2020.

Estos hitos marcaron el inicio de la expansión del virus en la región, y dieron paso a la adopción de diversas medidas para mitigar su propagación y reducir sus impactos en la salud, la economía y el bienestar general de la población. A pesar de que estas acciones buscaban proteger a las personas y evitar desenlaces graves, generaron efectos secundarios –positivos y negativos– en otros sectores del desarrollo y del bienestar, lo que evidenció la importancia de fortalecer las capacidades de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias, incluidas las futuras pandemias –recuérdese que la pregunta no es si ocurrirán, sino cuándo–.

Por esto es fundamental que todos los países consoliden sistemas de salud resilientes con capacidad de anticipación, respuesta articulada y sostenida, y protección efectiva de la población.

Figura 9. Cronología de la detección del primer caso de COVID-19 en los países iberoamericanos



Vacunación masiva contra el COVID-19

La implementación de las campañas de vacunación contra el COVID-19 en los países iberoamericanos comenzó entre diciembre de 2020 y mayo de 2021, con notorias diferencias en las fechas de inicio, así como en la disponibilidad y el volumen de vacunas aplicadas en las fases iniciales (Figura 10). Algunos países lograron iniciar la vacunación con lotes significativos que permitieron avanzar rápidamente hacia la cobertura masiva. Sin embargo, en otros casos, las primeras dosis aplicadas correspondieron a entregas limitadas, destinadas principalmente a poblaciones priorizadas o a pilotos logísticos que permitieran preparar la expansión del proceso.

Figura 10. Cronología del inicio de la vacunación contra el COVID-19 en los países iberoamericanos



Es importante señalar que en la región, de manera generalizada, las campañas de vacunación se organizaron en fases sucesivas basadas en criterios de priorización de grupos poblacionales, con énfasis inicial en el personal de salud, adultos mayores, personas con comorbilidades y, que sólo posteriormente, se amplió a la población general (Tabla 2). Este enfoque permitió, en un contexto de disponibilidad restringida de biológicos, optimizar la protección de los grupos con mayor riesgo de exposición, complicaciones o muerte por la enfermedad.

Tabla 2. Cronología del inicio de la vacunación contra el COVID-19 y criterios de priorización en la primera fase en países iberoamericanos.

País	Fecha de inicio de la vacunación	Grupos priorizados en la primera fase
Andorra	20 de enero de 2021	Personal de salud, residentes en centros sociosanitarios sin anticuerpos, mayores de 91 años
Argentina	29 de diciembre de 2020	Personal de salud en contacto directo con pacientes COVID-19
Bolivia	30 de enero de 2021	Personal de salud en primera línea
Brasil	17 de enero de 2021	Personal de salud, personas adultas mayores en instituciones de cuidado y población indígena
Chile	21 de diciembre de 2020	Personal de salud, personas adultas mayores y personas con enfermedades crónicas
Colombia	17 de febrero de 2021	Personal de salud, personas adultas mayores de 80 años y personas con comorbilidades
Costa Rica	24 de diciembre de 2020	Personal de salud, personas adultas mayores y personas con factores de riesgo
Cuba	12 de mayo de 2021	Personal de salud y personas adultas mayores en instituciones de cuidado
Ecuador	20 de enero de 2021	Personal de salud, personas adultas mayores en centros gerontológicos y sus cuidadores

País	Fecha de inicio de la vacunación	Grupos priorizados en la primera fase
Guatemala	25 de febrero de 2021	Personal de salud, personas adultas mayores y personas con enfermedades crónicas
Honduras	22 de febrero de 2021	Personal de salud y personas adultas mayores
México	24 de diciembre de 2020	Personal de salud en primera línea
Nicaragua	3 de marzo de 2021	Personal de salud y personas adultas mayores con enfermedades crónicas
Panamá	20 de enero de 2021	Personal de salud, personas adultas mayores y personas con discapacidad
Paraguay	22 de febrero de 2021	Personal de salud y personas adultas mayores
Perú	9 de febrero de 2021	Personal de salud, personas adultas mayores y personas con enfermedades crónicas
Portugal	23 de diciembre de 2020	Personal de salud, personas adultas mayores y personas con enfermedades crónicas
República Dominicana	16 de febrero de 2021	Personal de salud, personas adultas mayores y personas con enfermedades crónicas
Uruguay	27 de febrero de 2021	Personal de salud y personas adultas mayores
Venezuela	22 de febrero de 2021	Personal de salud, personas adultas mayores y personas con enfermedades crónicas

Nota: Las fechas de inicio corresponden al momento en que se administraron las primeras dosis en cada país. Los grupos priorizados reflejan las decisiones iniciales de cada gobierno, basadas en criterios de riesgo y disponibilidad de vacunas.

Fuente: Elaboración propia con base en fuentes indicadas en Anexo

Respuesta institucional ante la pandemia por COVID-19 en Iberoamérica

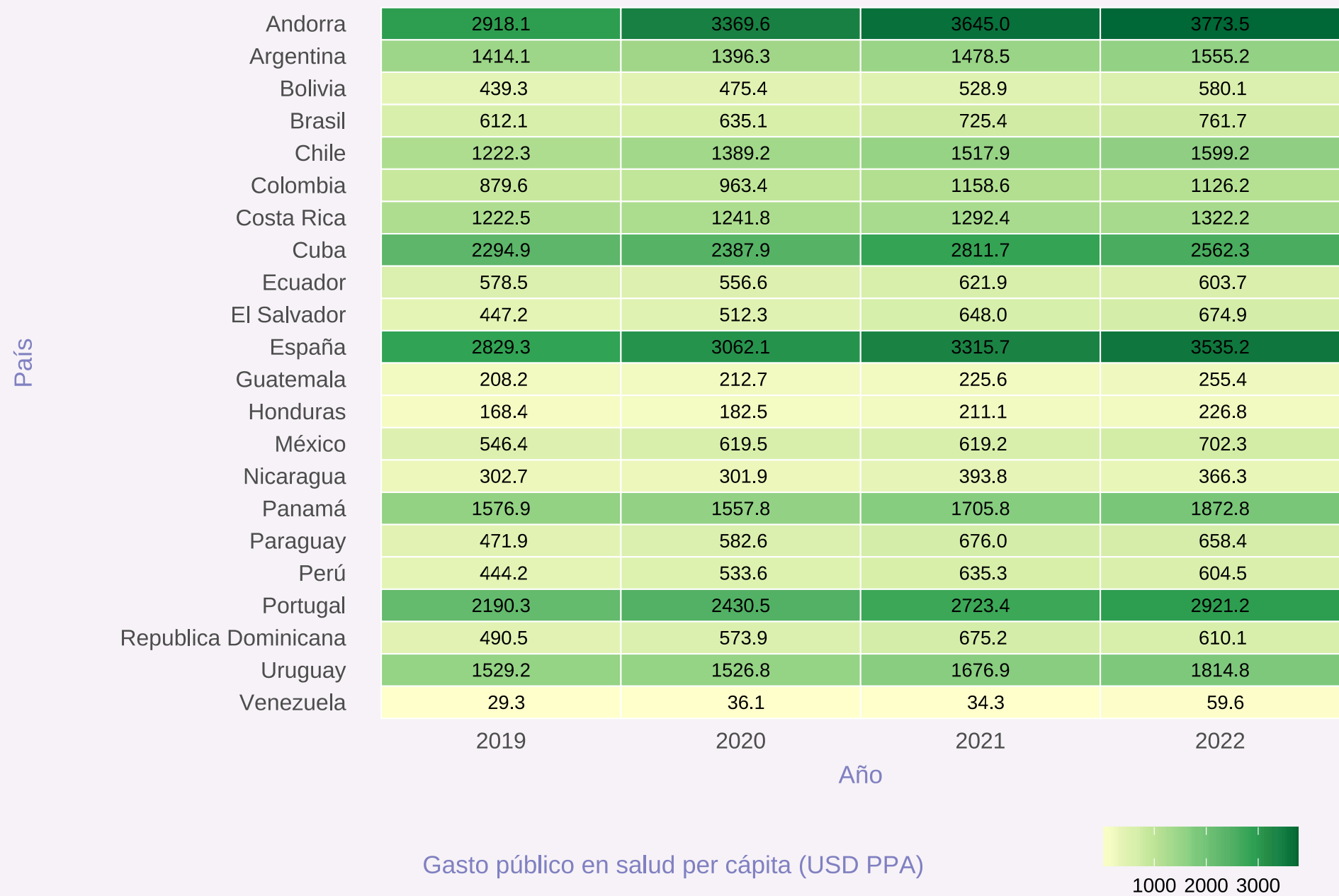
Gasto en salud

La evolución del gasto público nacional en salud per cápita ajustado por paridad del poder adquisitivo entre 2019 y 2022 revela profundas desigualdades estructurales en la capacidad de financiamiento sanitario de los países iberoamericanos. A lo largo del periodo, se observa una brecha persistente entre naciones con niveles elevados y relativamente estables de inversión pública –especialmente en Europa, en países como Andorra, España y Portugal– y aquellas con un gasto crónicamente bajo, entre ellas Venezuela, Honduras, Guatemala y Nicaragua. Estas diferencias, que alcanzan magnitudes de hasta diez veces entre los extremos, reflejan no solo diferencias macroeconómicas, sino también variaciones sustantivas en la priorización política del sector salud y en la capacidad fiscal para sostener sistemas de salud resilientes.

Un elemento crítico es que, pese a la intensidad del choque sanitario del COVID-19, el gasto público en salud no aumentó de manera sistemática durante los años de mayor presión epidemiológica. Mientras algunos países lograron incrementos moderados y sostenidos –como Andorra, España, Portugal y, en menor medida, Chile– otros mostraron incrementos débiles o prácticamente nulos, incluso durante 2020 y 2021, años en los que la demanda asistencial alcanzó niveles sin precedentes, lo que sugiere restricciones fiscales severas y una limitada capacidad para expandir la inversión pública en situaciones de emergencia. Es probable que en estos contextos la respuesta sanitaria haya dependido de reasignaciones presupuestales internas, endeudamiento o un incremento en el gasto privado de los hogares.

Finalmente, el ajuste por PPA permite apreciar con mayor fidelidad la capacidad real de compra de los sistemas de salud. En varios países, cifras aparentemente moderadas en dólares corrientes se traducen en niveles sustancialmente menores cuando se ajustan por poder adquisitivo, lo que revela brechas más profundas en la disponibilidad efectiva de recursos. En conjunto, los resultados muestran que la pandemia no logró cerrar las desigualdades en el financiamiento sanitario; por el contrario, las tensiones económicas pospandemia contribuyeron al estancamiento o retroceso del gasto en algunos países, evidenciando fragilidades persistentes en la arquitectura fiscal y en la protección del derecho a la salud en la región (Figura 11).

Figura 11. Evolución del gasto público nacional en salud per cápita ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPA) en países iberoamericanos, 2019–2022



Fuente: Elaboración propia con base en la base de datos sobre el gasto mundial en salud de la Organización Mundial de la Salud, dispuestos en la colección del Banco Mundial sobre indicadores del desarrollo (17).

Gasto público nacional en salud como porcentaje del gasto público total

La proporción del gasto público nacional destinada a salud en los países iberoamericanos entre 2019 y 2022 muestra una notable estabilidad, con variaciones relativamente pequeñas en la mayoría de los países, incluso en el contexto de la emergencia por COVID-19. Esto indica que, aunque muchos gobiernos incrementaron el gasto absoluto en salud durante la pandemia –como se observó en la evolución del gasto público en salud per cápita– dicho aumento no siempre estuvo acompañado de una mayor priorización relativa del sector salud dentro del presupuesto público total. En otras palabras, en numerosos países el gasto en salud creció, pero en paralelo también lo hicieron otros componentes del gasto público, de modo que la participación del sector salud permaneció prácticamente constante (Figura 12).

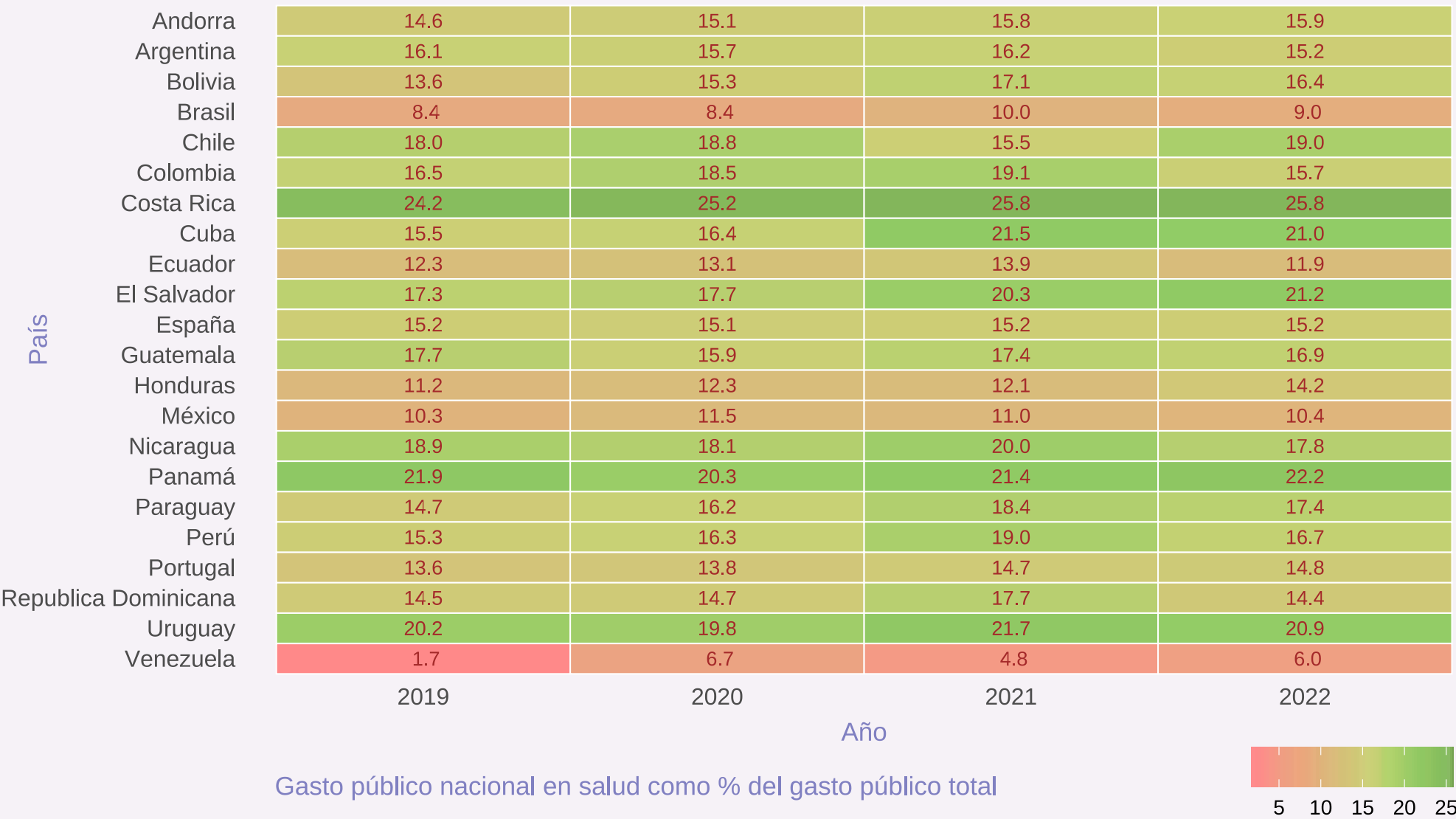
En general, los países con mayores proporciones del gasto público asignadas al sector salud durante la pandemia fueron Costa Rica, Panamá, Uruguay y Cuba, que mantuvieron niveles superiores o cercanos al 20%, reflejando sistemas de protección social más consolidados y una tradición histórica de inversión pública en salud.

En contraste, países como Venezuela, Brasil, México y Ecuador se ubicaron persistentemente entre los más bajos, con proporciones inferiores al 15%, lo que evidencia limitaciones estructurales en la capacidad fiscal y en la priorización del sector salud dentro del presupuesto gubernamental.

Es particularmente relevante que, a pesar de la magnitud del impacto sanitario y social de la pandemia, la proporción del gasto público destinado a salud no experimentó incrementos sustanciales en la mayoría de países en 2020, primer año de impacto crítico, ni en 2021, cuando aún se mantenían las altas demandas sobre los sistemas de salud y la implementación masiva de campañas de vacunación. Esta estabilidad sugiere que los aumentos en el gasto sanitario durante la pandemia se financiaron mediante expansión general del gasto público, reasignaciones internas, endeudamiento o mecanismos extraordinarios, más que por una reconfiguración estructural de las prioridades presupuestarias en favor del sector salud.

En la mayoría de países, en el periodo 2021–2022, cuando se esperaba una posible consolidación de la inversión en salud como respuesta a las brechas reveladas por la pandemia, tampoco se observaron incrementos significativos en la participación relativa del sector salud. Esto podría interpretarse como evidencia de que, una vez superada la fase más aguda de la emergencia, la prioridad fiscal regresó rápidamente a niveles prepandemia, sin que se materializara un fortalecimiento sostenido del financiamiento público en salud.

Figura 12. Evolución del gasto público nacional en salud como porcentaje del gasto público total en países iberoamericanos, 2019–2022



Fuente: Elaboración propia con base en la base de datos sobre el gasto mundial en salud de la Organización Mundial de la Salud, dispuestos en la colección del Banco Mundial sobre indicadores del desarrollo (17).

Gasto de bolsillo en salud

Entre 2019 y 2022, los países iberoamericanos exhibieron patrones heterogéneos y persistentes de gasto de bolsillo en salud, con niveles que reflejan diferencias estructurales en el financiamiento sanitario, la protección financiera y el grado de avance hacia la cobertura universal de salud. Durante el periodo de la pandemia no se observó una tendencia uniforme de reducción del gasto directo de los hogares, lo que indica una limitada capacidad de los sistemas sanitarios para amortiguar los choques de necesidad de atención.

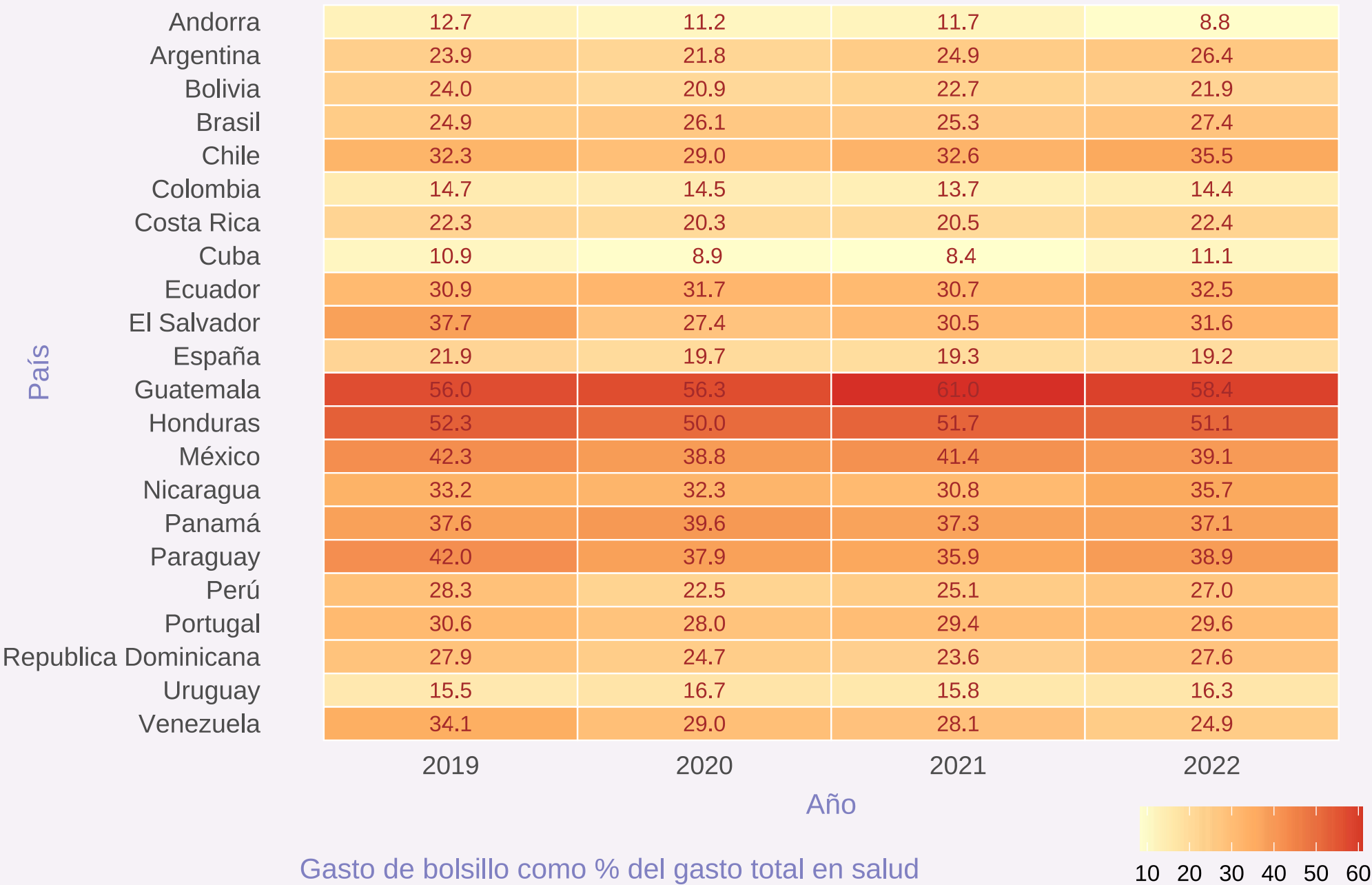
En la mayoría de los países, el gasto de bolsillo se mantuvo por encima del 25% del gasto total en salud, un umbral asociado en la literatura a un mayor riesgo de gastos catastróficos y empobrecimiento por motivos de salud. Países como Guatemala, Honduras, México, Paraguay y Panamá sostuvieron los niveles más altos de gasto de bolsillo en toda la serie, superando sistemáticamente el 30% e incluso el 50% en los casos más críticos (Figura 13). Esta situación refleja sistemas con bajo financiamiento público, alta fragmentación y dependencia de esquemas privados o pagos directos al momento de la atención.

En contraste, países con sistemas públicos más consolidados mostraron los niveles más bajos de gasto de bolsillo. Estos resultados son coherentes con modelos de financiamiento basados en fondos públicos y provisión estatal, y con mayores niveles de solidaridad financiera.

Llama la atención que, durante 2020 y 2021, no se observa un descenso sistemático del gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud. En algunos casos, el gasto de bolsillo disminuyó marginalmente en 2020, aunque estos descensos fueron puntuales y no se consolidaron como una tendencia, reflejando ajustes coyunturales más que transformaciones estructurales del financiamiento.

Al cierre de 2022, la situación general muestra una persistencia de las brechas estructurales: los países con altos niveles pre-pandemia continúan exhibiendo los mayores porcentajes, mientras que los países con sistemas más robustos mantienen los niveles bajos. Esto sugiere que la pandemia no modificó de forma sustancial las desigualdades en protección financiera en la región, reafirmando la tesis de que las vulnerabilidades preexistentes condicionaron la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios ante el choque pandémico.

Figura 13. Evolución del gasto de bolsillo en salud durante la pandemia por COVID-19 en países iberoamericanos, 2019–2022



Fuente: Elaboración propia con base en la base de datos sobre el gasto mundial en salud de la Organización Mundial de la Salud, dispuestos en la colección del Banco Mundial sobre indicadores del desarrollo (17).

Impacto observado

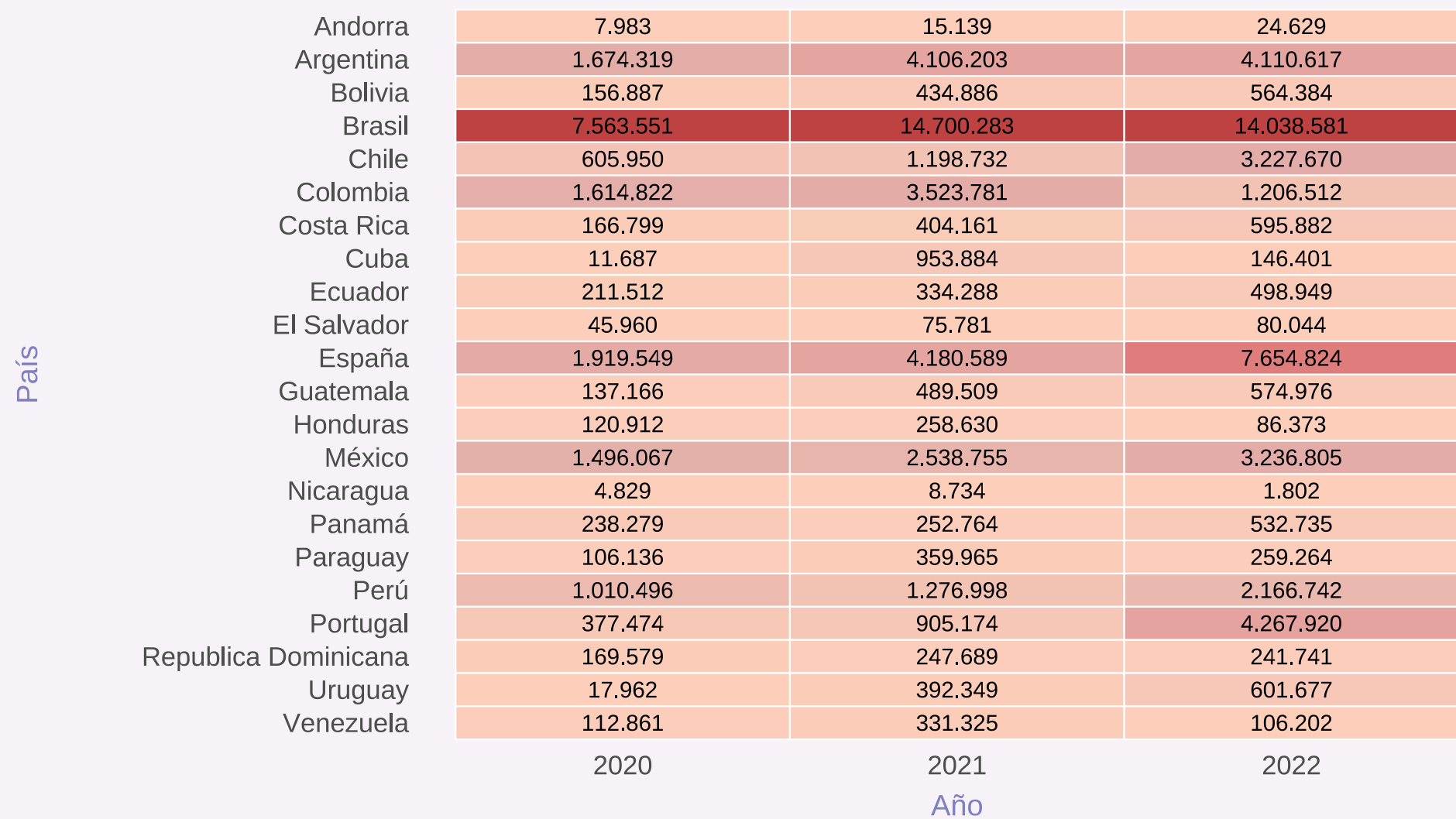
Morbimortalidad

De acuerdo con los registros consolidados por Our World in Data a partir de los reportes oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2020 y 2022 se confirmaron 98.985.129 casos de COVID-19 en los 22 países de Iberoamérica. Los datos corresponden a infecciones confirmadas por laboratorio y notificadas a la OMS según la fecha de reporte, por lo que pueden estar sujetas a revisiones posteriores o a subregistro derivado de diferencias nacionales en capacidad diagnóstica, criterios de notificación y cobertura de testeo (1).

El número de casos mostró una tendencia general al aumento entre 2020 y 2022, alcanzando su punto máximo en 2022, año en el que varios países experimentaron olas epidémicas asociadas a la circulación de variantes con mayor transmisibilidad, y a la ampliación de las pruebas diagnósticas. Algunas excepciones –como Cuba, Nicaragua y Venezuela– registraron su mayor volumen de casos en 2021, coincidiendo con el despliegue inicial de las campañas de vacunación masiva.

En coherencia con el tamaño poblacional, Brasil concentró el 36,7% de todos los casos de la región, mientras que Nicaragua representó el 0,02%, reflejando tanto diferencias en población como en capacidad de vigilancia epidemiológica.

Figura 14. Evolución del número de casos de COVID-19 confirmados en países iberoamericanos, 2019–2022

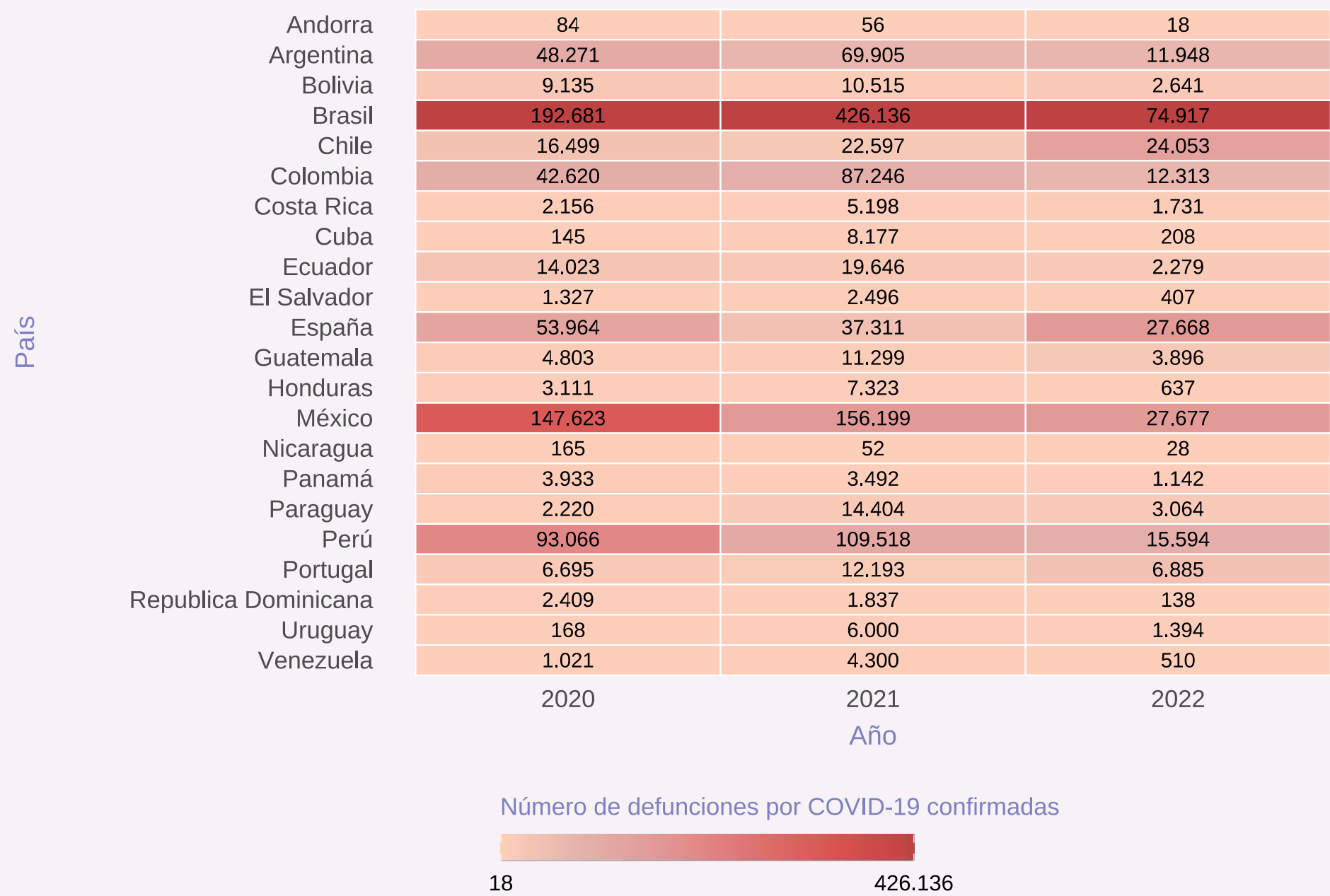


Fuente: Número diario de casos y muertes por COVID-19 reportados por OMS para 2020, 2021 y 2022, dispuestos en Our World In Data (2).

En el mismo periodo, se notificaron 1.881.167 defunciones confirmadas por COVID-19 en Iberoamérica. El número de muertes alcanzó su máximo en 2021, seguido de una reducción del 78,4% en 2022, estrechamente vinculada al impacto de la inmunización y al fortalecimiento de la respuesta sanitaria. Brasil y México concentraron la mayor carga de defunciones (36,9% y 17,6%, respectivamente) –de nuevo, relacionado con el mayor tamaño poblacional–, mientras que países con menor población y limitada disponibilidad de información –como Andorra y Nicaragua– reportaron el menor número de defunciones.

El patrón temporal evidencia la transición de una etapa de alta mortalidad en 2020–2021 hacia una fase de menor letalidad en 2022, consistente con el efecto combinado de la vacunación, la inmunidad poblacional adquirida y la mejora en la atención médica, aunque persisten diferencias atribuibles a la heterogeneidad demográfica, social, institucional y epidemiológica entre países.

Figura 15. Evolución del número de defunciones confirmadas por COVID-19 en países iberoamericanos, 2019–2022



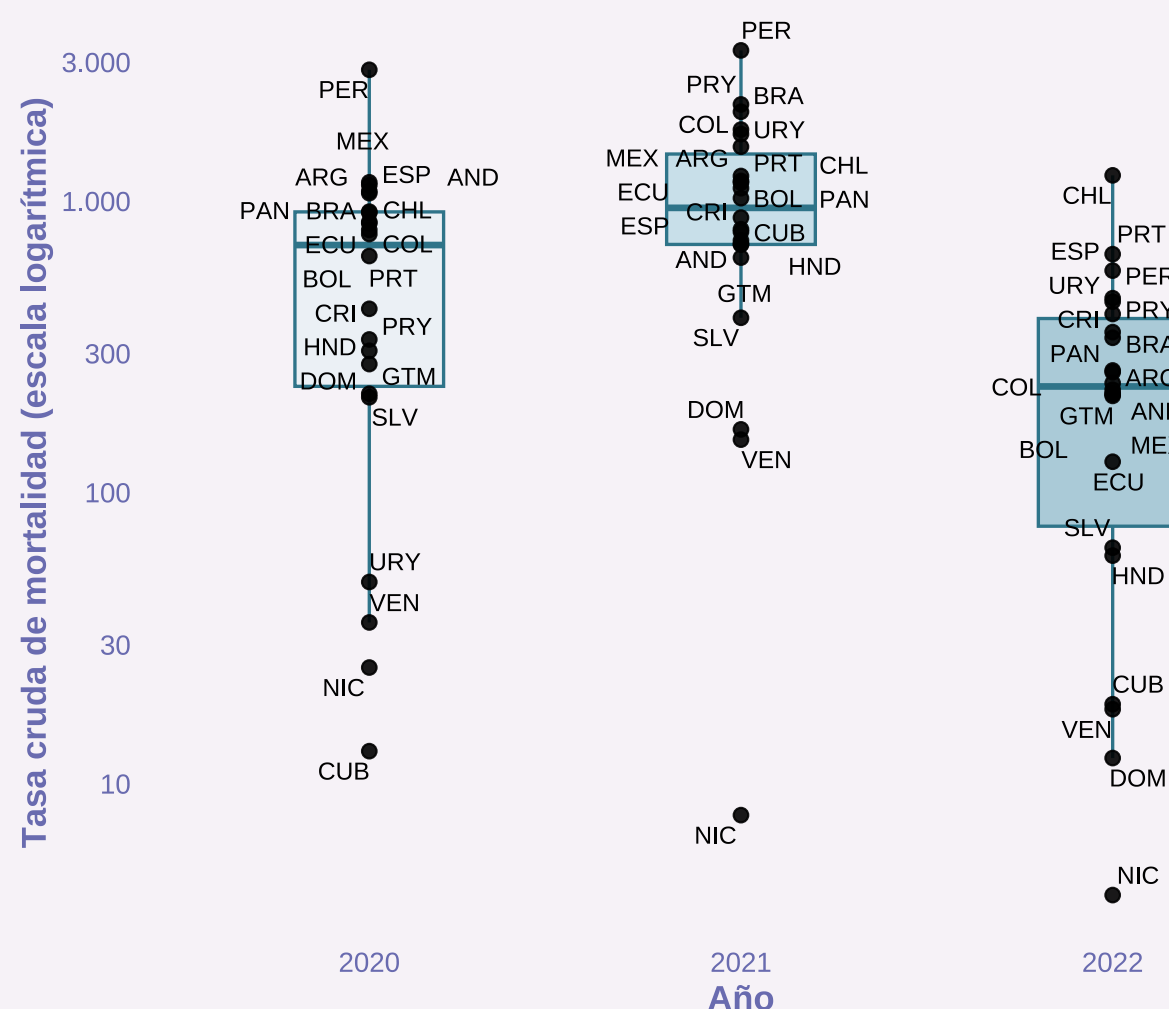
Fuente: Número diario de casos y muertes por COVID-19 reportados por OMS para 2020, 2021 y 2022, dispuestos en Our World In Data (3).

Mortalidad

La tasa cruda de mortalidad por COVID-19 promedio en los países iberoamericanos pasó de 676,6 muertes por cada 100.000 habitantes en 2020 a 1.100,2 en 2021, lo que representa un incremento del 61,9%, seguido de una disminución marcada en 2022 hasta 292,8 por 100.000 habitantes (reducción del 73,4% respecto al año anterior).

Se observan diferencias sustanciales entre países, tanto en la magnitud como en la evolución temporal de la mortalidad. Perú presentó las tasas más elevadas durante los dos primeros años de la pandemia, mientras que Cuba registró la menor en 2020 y Nicaragua en 2021 y 2022 (Figura X). Estos contrastes reflejan no sólo la dinámica epidemiológica del virus, sino también la heterogeneidad en la capacidad diagnóstica, la oportunidad de los reportes y la cobertura de los sistemas de vigilancia (Figura 16).

Figura 16. Tasa cruda de mortalidad por COVID-19 en Iberoamérica (escala logarítmica) 2020-2022



Fuente: Cálculos propios a partir de Número diario de casos y muertes por COVID-19 reportados por OMS para 2020, 2021 y 2022, dispuestos en Our World In Data (3) y The World Bank Group. Database: Population estimates and projections (5).

Cabe resaltar que las tasas crudas de mortalidad tienen una utilidad limitada para comparar el impacto de la pandemia entre países, pues no controlan las diferencias en la estructura etaria de sus poblaciones. Para afrontar esta limitación, se recomienda comparar las tasas ajustadas de mortalidad por COVID-19 que consideran la estructura poblacional de los países, lo que permite realizar comparaciones del impacto de la pandemia en los países iberoamericanos.

Exceso de mortalidad

Las estimaciones de exceso de mortalidad se analizaron para 2020 y 2021, años en los que los países iberoamericanos presentaron un mayor número observado de muertes respecto a las esperadas (con P-scores claramente positivos). A partir de marzo de 2022, las curvas de exceso de mortalidad provistas en Our World in Data tienden a fluctuar alrededor del 0%, lo que indica que las muertes observadas se aproximan a las esperadas, por lo que el indicador pierde capacidad para discriminar el impacto específico de la pandemia.

En este sentido, las estimaciones de exceso de mortalidad en los dos años analizados muestran que el impacto de la pandemia sobre la mortalidad total en Iberoamérica fue sustancialmente mayor que el sugerido, solo por las defunciones confirmadas por COVID-19, y que dicho impacto fue altamente desigual entre países, en estrecha relación con las capacidades de sus sistemas de salud, la oportunidad y

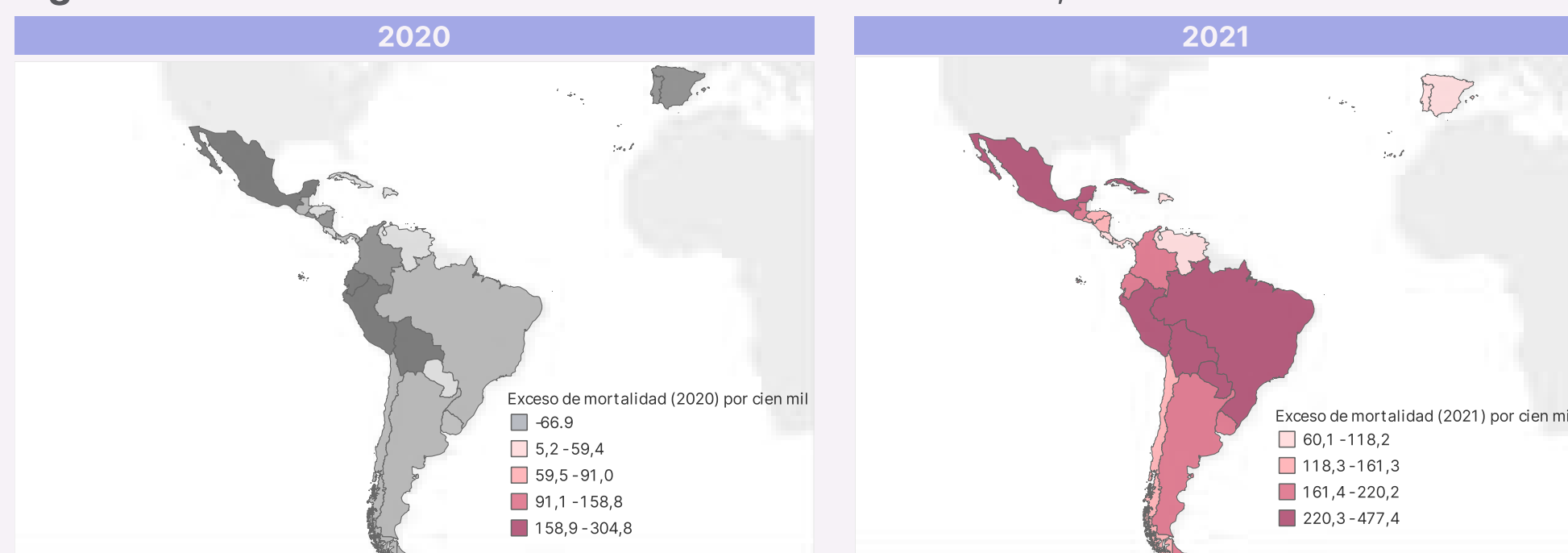
el rigor de sus medidas de control, así como las condiciones socioeconómicas de la población y la calidad de los registros de mortalidad.

En 2020, la tasa de exceso de mortalidad en Iberoamérica osciló entre 5,2 -Cuba- y 304,8 -Perú- muertes en exceso por 100.000 habitantes. El promedio regional fue de 117,1 por 100.000, con una desviación estándar de 94,3 y un coeficiente de variación de 80,5%, lo que evidencia desigualdades muy marcadas entre países. Perú concentró el mayor exceso de mortalidad, coherente con la intensidad de la primera ola, la saturación temprana del sistema de salud, la alta prevalencia de comorbilidades y las dificultades estructurales para mantener medidas sostenidas de contención. En el extremo opuesto, varios países mostraron excesos relativamente bajos, lo que puede reflejar combinaciones de menor circulación inicial del virus, medidas de control más estrictas, reemplazo de otras causas de muerte (por ejemplo, menos siniestros viales) y, en algunos casos, posible subregistro.

El caso de Uruguay en 2020 es particularmente atípico: las estimaciones muestran un exceso de mortalidad negativo, es decir, menos muertes de las esperadas de acuerdo con la tendencia previa (Figura 17). Aunque este patrón podría vincularse parcialmente a la reducción de otras causas de muerte en el contexto de las medidas de distanciamiento, también es posible que exista subregistro relacionado con limitaciones en los sistemas de vigilancia epidemiológica y diagnóstico, por lo que las cifras deben interpretarse con cautela, dado que pequeñas desviaciones en los registros pueden traducirse en grandes variaciones relativas cuando el número total de defunciones es bajo.

Por su parte, en 2021 el exceso de mortalidad aumentó de forma generalizada (Figura x). El promedio regional se elevó a 188,4 muertes en exceso por 100.000 habitantes ($DE = 110,5$; $CV = 58,6\%$), manteniendo desigualdades importantes, aunque algo menos extremas que en el año anterior. La menor tasa se observó en República Dominicana (60,1 por 100.000), mientras que los valores más altos correspondieron a Cuba (477,4), Bolivia (393,9) y Perú (374,2 por 100.000).

Figura 17. Tasa de exceso de mortalidad en Iberoamérica, 2020 - 2021



Fuente: Cálculos propios a partir de Exceso de mortalidad durante la pandemia por COVID-19 (2020 y 2021) publicado en Our World In Data (4), y The World Bank Group. Database: Population estimates and projections (5).

El incremento que entre 2020 y 2021 sufrieron la mayoría de países refleja el impacto acumulado de sucesivas olas epidémicas antes de que la vacunación alcanzara coberturas suficientemente altas como para modificar de manera sustancial la mortalidad. Que algunos países –como Andorra, Ecuador y España– presenten su exceso máximo en 2020 es consistente con una afectación muy intensa en la fase inicial y una respuesta sanitaria más efectiva en la fase posterior.

Resulta especialmente notable que Perú, Bolivia y México se ubicaran de forma consistente entre los cinco países con las tasas más altas de exceso de mortalidad en Iberoamérica, tanto en 2020 como en 2021. Esta persistencia sugiere un patrón estructural de alta vulnerabilidad frente a los efectos directos e indirectos de la pandemia, más allá del comportamiento epidémico puntual de cada año (Tabla 3). También resulta relevante mencionar que, en 2021, Cuba presentó la mayor tasa de exceso de mortalidad tras haber reportado una de las cifras más bajas en 2020. Este comportamiento abrupto puede ser reflejo del colapso tardío del sistema sanitario durante los picos epidémicos, rezagos en la notificación o cambios en la cobertura del registro civil, lo cual ilustra las limitaciones y variaciones metodológicas inherentes al indicador.

Tabla 3. Comparación del exceso de mortalidad en Iberoamérica durante 2020 y 2021: valores absolutos, tasas ajustadas por población y ranking anual

País	2020			2021		
	Muertes en exceso	Tasa de exceso de mortalidad	Posición en el ranking	Muertes en exceso	Tasa de exceso de mortalidad	Posición en el ranking
Andorra	171	221,0	5	94	120,5	16
Argentina	35.841	79,3	12	90.819	200	9
Bolivia	33.889	286	2	47.021	393,9	2
Brasil	189.946	91,0	11	467.480	223	6
Chile	14.771	76,3	13	23.895	122,8	15
Colombia	53.886	106,4	10	108.332	211,6	7
Costa Rica	738	14,7	19	4.704	93,0	19
Cuba	576	5,2	21	53.097	477,4	1
Ecuador	46.707	266,2	3	32.875	185,9	10
El Salvador	8.192	131,4	7	9.309	148,8	12
España	75.202	158,8	6	32.336	68,2	20
Guatemala	12.580	72,5	14	36.477	207,3	8
Honduras	6.011	59,4	16	13.895	135,0	14
México	297.154	234,4	4	315.216	246,9	5
Nicaragua	8.118	123,7	8	9.016	135,7	13
Panamá	2.861	66,6	15	4.630	106,6	18
Paraguay	1.423	21,6	17	18.372	274	4
Perú	100.107	304,8	1	124.084	374,2	3
Portugal	11.245	109,2	9	12.245	118,2	17
Rep. Dominicana	2.333	21,2	18	6.689	60,1	22
Uruguay	-2.272	-66,9	*	5.906	173,9	11
Venezuela	2.328	8,2	20	18.810	66,6	21

Fuente: Cálculos propios a partir de Exceso de mortalidad durante la pandemia por COVID-19 (2020 y 2021) publicado en Our World In Data (4), y The World Bank Group. Database: Population estimates and projections (5).

Análisis de componentes principales y agrupamiento por clústeres (2020–2021)

Para evaluar los patrones estructurales del desempeño sanitario, epidemiológico y económico de los países incluidos en la base de datos, se realizó por separado un análisis de componentes principales (PCA) para los años 2020 y 2021, empleando únicamente los indicadores completos disponibles para todos los países en cada año. A partir de estos componentes se aplicó posteriormente un método de agrupamiento mediante k-means con el fin de identificar patrones homogéneos y diferenciados entre los países.

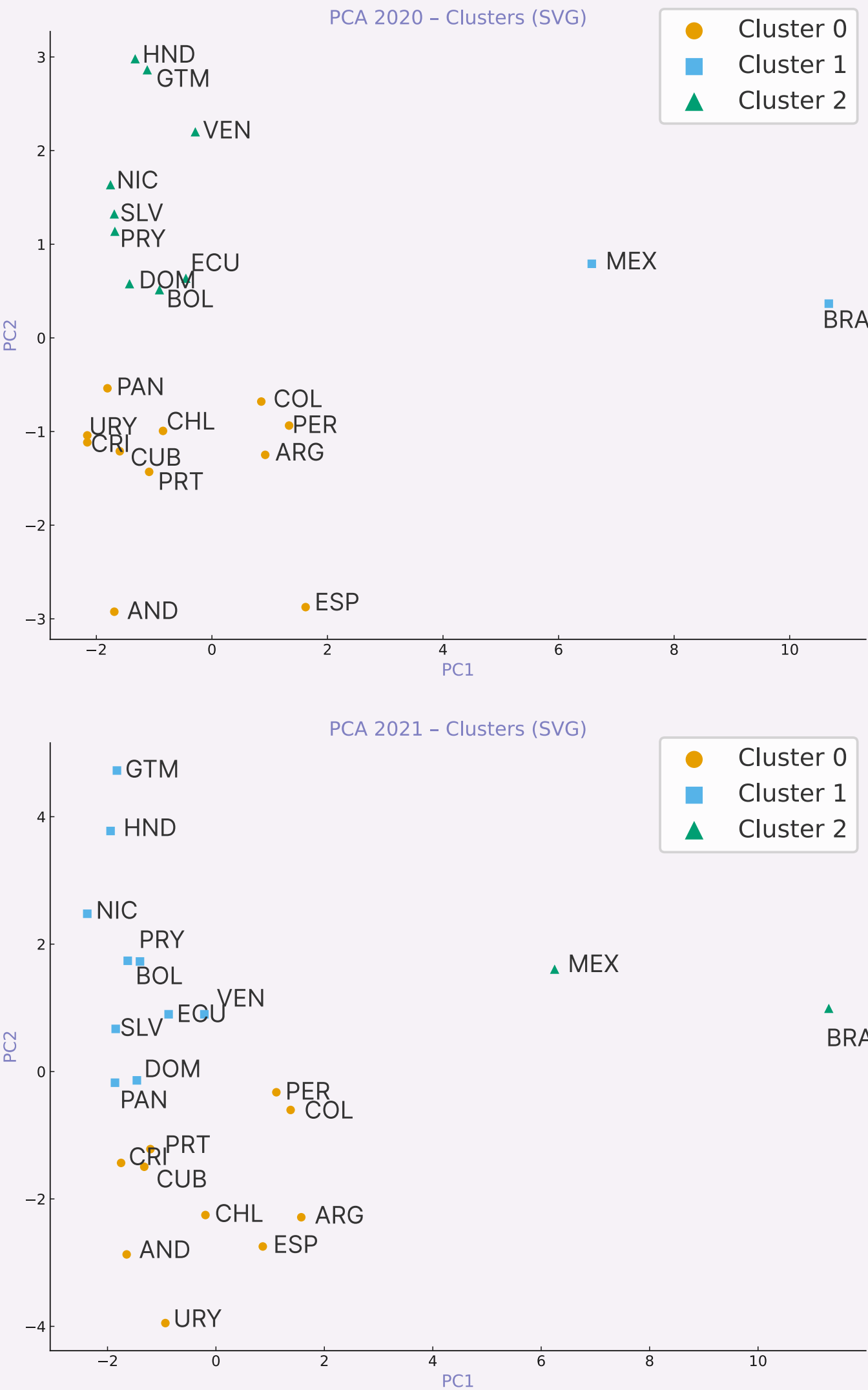
En el año 2020, el primer componente principal (PC1) explicó aproximadamente el 60% de la varianza total y estuvo fuertemente asociado a variables de carácter económico y financiero del sistema de salud, como el PIB per cápita y el gasto público en salud per cápita. El segundo componente (PC2), que explicó alrededor del 17% de la varianza, reflejó principalmente la carga epidemiológica asociada a la pandemia, incluyendo indicadores de exceso de mortalidad, hospitalizaciones y registros acumulados de COVID-19. La combinación de ambos componentes permitió separar a los países en tres grupos claramente diferenciados: (i) un clúster de países con baja inversión sanitaria y elevada carga epidemiológica (Guatemala, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Paraguay, Bolivia, Ecuador, República Dominicana y Venezuela); (ii) un clúster intermedio conformado por Brasil y México, caracterizado por mayores niveles de PIB y gasto, pero con desempeño epidemiológico moderado; y (iii) un clúster de países con mayor resiliencia sanitaria relativa, menor mortalidad y mejor capacidad de respuesta, donde se ubicaron Argentina, Chile, Perú, Colombia, Panamá, Costa Rica, Uruguay, Portugal, Andorra y España.

Para 2021, los resultados muestran una redistribución significativa en el espacio de componentes principales. El PC1 continuó concentrando la variabilidad asociada a factores económicos, pero el PC2 capturó una variabilidad epidemiológica más heterogénea que en 2020, reflejando diferencias amplias entre países en el segundo año de la pandemia. El análisis de clústeres evidenció que varios países —entre ellos Chile, Uruguay, Portugal, España, Argentina, Perú y Colombia— se agruparon dentro de un clúster caracterizado por un mejor desempeño sanitario relativo y una menor gravedad epidemiológica. En contraste, un segundo clúster compuesto por Guatemala, Honduras, Nicaragua, Bolivia, República Dominicana, Ecuador, Paraguay, Venezuela y El Salvador continuó mostrando una elevada carga epidemiológica y limitada inversión en salud. Brasil y México se mantuvieron como casos intermedios, separados del resto por el peso de sus indicadores macroeconómicos, pero con resultados sanitarios menos favorables que los países ubicados en el clúster de mejor desempeño.

En conjunto, los resultados señalan la existencia de tres patrones estructurales estables: (i) un grupo de países con sistemas de salud más robustos y mejor capacidad de respuesta, donde la mortalidad por COVID-19 y otros efectos epidemiológicos fueron relativamente contenidos; (ii) un grupo intermedio de

economías mayores que, pese a su capacidad fiscal, registraron una carga epidemiológica considerable; y (iii) un grupo de países con menor inversión sanitaria y marcadas vulnerabilidades estructurales, que se mantuvieron consistentemente en las posiciones más críticas del espacio PCA en ambos años.

Figura 18. Agrupamiento de los países Iberoamericanos por clústers, 2020-2021



Fuente: Cálculos propios a partir de Exceso de mortalidad durante la pandemia por COVID-19 (2020 y 2021) publicado en Our World In Data (4), y The World Bank Group. Database: Population estimates and projections (5).

Determinantes sociales de la salud y magnitud de la pandemia por COVID-19 en los países

Con el objetivo de explorar los determinantes asociados a la gravedad de la pandemia por COVID-19 en Iberoamérica, se llevaron a cabo análisis bivariados entre la tasa de exceso de mortalidad por todas las causas (variable dependiente) y diversos indicadores representativos de los dominios demográfico, político, socioeconómico y del sistema de salud, de acuerdo con la disponibilidad de información para cada país. La Figura 18 presenta las correlaciones establecidas entre los determinantes seleccionados y el exceso de mortalidad para los años 2020 y 2021, permitiendo comparar patrones identificados en los dos años más críticos de la pandemia, caracterizados por dinámicas diferenciadas asociadas a la evolución del conocimiento sobre el virus, a las medidas implementadas y la progresiva disponibilidad de vacunas.

En el dominio demográfico, se observaron patrones de asociación entre ciertas características poblacionales y la tasa de exceso de mortalidad, si bien en ningún caso se alcanzó significancia estadística al 5,0%. La proporción de personas adultas mayores en los países (personas de 65 años o más) mostró una tendencia débilmente inversa con la mortalidad, especialmente en 2020. Por su parte, la proporción de hombres en la población presentó una asociación levemente positiva; entre tanto, el porcentaje de población urbana tendió a correlacionarse negativamente con la tasa de exceso de mortalidad en ambos años. Sin embargo, estas asociaciones no fueron significativas.

En el ámbito político se observaron asociaciones que, sin ser significativas estadísticamente, revelan patrones importantes. En ambos años, la tasa de exceso de mortalidad tendió a ser menor en los países con mayores niveles de transparencia institucional, lo cual sugiere que contextos con menor percepción de corrupción podrían estar asociados con una respuesta más eficaz, equitativa o confiable durante la pandemia. De igual manera, en 2021 se evidenció una disminución de la mortalidad en exceso a medida que aumentaba el índice de democracia, lo que podría estar relacionado con una gobernanza más participativa o con la rendición de cuentas en la gestión de la crisis sanitaria.

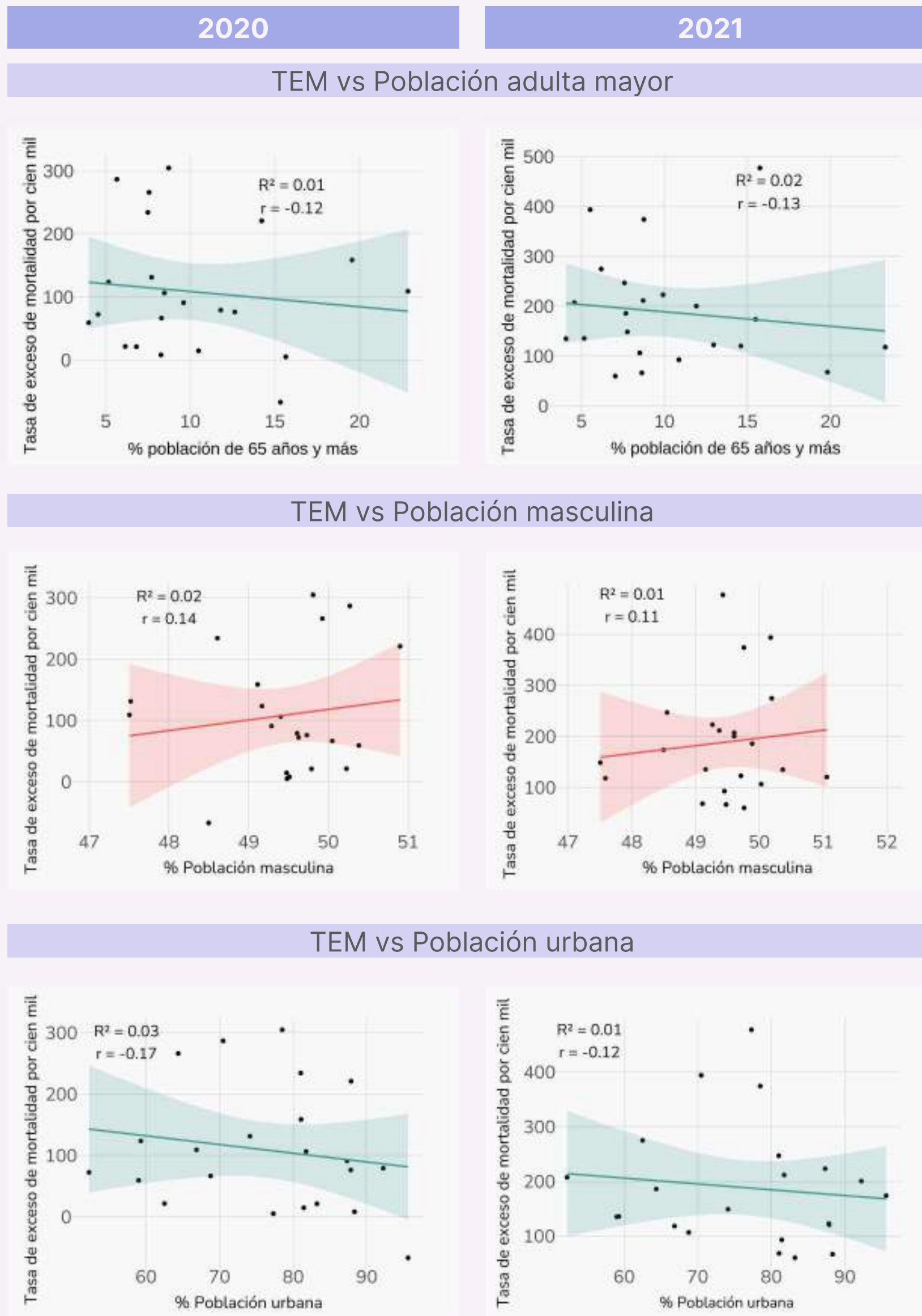
En el dominio económico, se observaron tendencias de asociación inversa entre indicadores de desarrollo, como el PIB per cápita y el Índice de Desarrollo Humano, y la tasa de exceso de mortalidad durante la pandemia, especialmente en 2021. En particular, el PIB per cápita en 2021 mostró una asociación negativa marginalmente significativa con la tasa de exceso de mortalidad ($p < 0,1$), lo que sugiere que, en ese año, los países con mayores niveles de ingreso nacional tendieron a registrar una menor mortalidad en exceso. En contraste, las asociaciones con el IDH no fueron significativas. Estos hallazgos sugieren que los niveles absolutos de recursos económicos podrían haber contribuido parcialmente a amortiguar el impacto de la pandemia, aunque los efectos no fueron concluyentes en todos los casos.

El Índice de Pobreza Multidimensional y el coeficiente de Gini de desigualdad de ingresos no mostraron asociaciones estadísticas con la tasa de exceso de mortalidad. En contraste, la tasa de empleo informal en 2021 presentó una asociación positiva marginalmente significativa ($p < 0,1$), lo que sugiere que los países con mayores niveles de informalidad laboral tendieron a registrar tasas más altas de exceso de mortalidad en ese año. El modelo estimó que, por cada incremento de 10 puntos porcentuales (pp) en la tasa de informalidad, la tasa de exceso de mortalidad aumentó en aproximadamente 19,8 muertes por cada 100.000 habitantes. Por su parte, no se encontraron diferencias significativas entre el exceso de mortalidad durante la pandemia y la tasa de analfabetismo registrada más recientemente en cada país.

En el dominio del sistema de salud, la mayoría de los indicadores analizados no mostraron asociaciones significativas con la tasa de exceso de mortalidad, ni en 2020 ni en 2021. Este fue el caso del Global Health Security Index, el índice de cobertura universal en salud, la cobertura de vacunación contra COVID-19 en 2021 y el gasto público nacional en salud per cápita ajustado por PPA. Aunque algunos de estos indicadores mostraron tendencias visuales esperadas –como una menor mortalidad en países con mayor cobertura de vacunación o mayor seguridad sanitaria–, dichas asociaciones no fueron robustas en los modelos de regresión.

Una excepción parcial fue el gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, que mostró una asociación negativa marginalmente significativa en 2020 (excluyendo a Venezuela). En este caso, el modelo estimó que por cada incremento de un punto porcentual en la participación del gasto en salud dentro del gasto público total, la tasa de exceso de mortalidad disminuía en aproximadamente 10,5 muertes por cada 100.000 habitantes. Este hallazgo, aunque no concluyente, sugiere que un mayor compromiso fiscal con el sector salud podría haber contribuido a reducir el impacto de la pandemia durante su primer año. Sin embargo, es claro que esto sólo era posible si dicho esfuerzo se respalda por instituciones capaces de ejecutar el gasto para responder a la pandemia de manera efectiva.

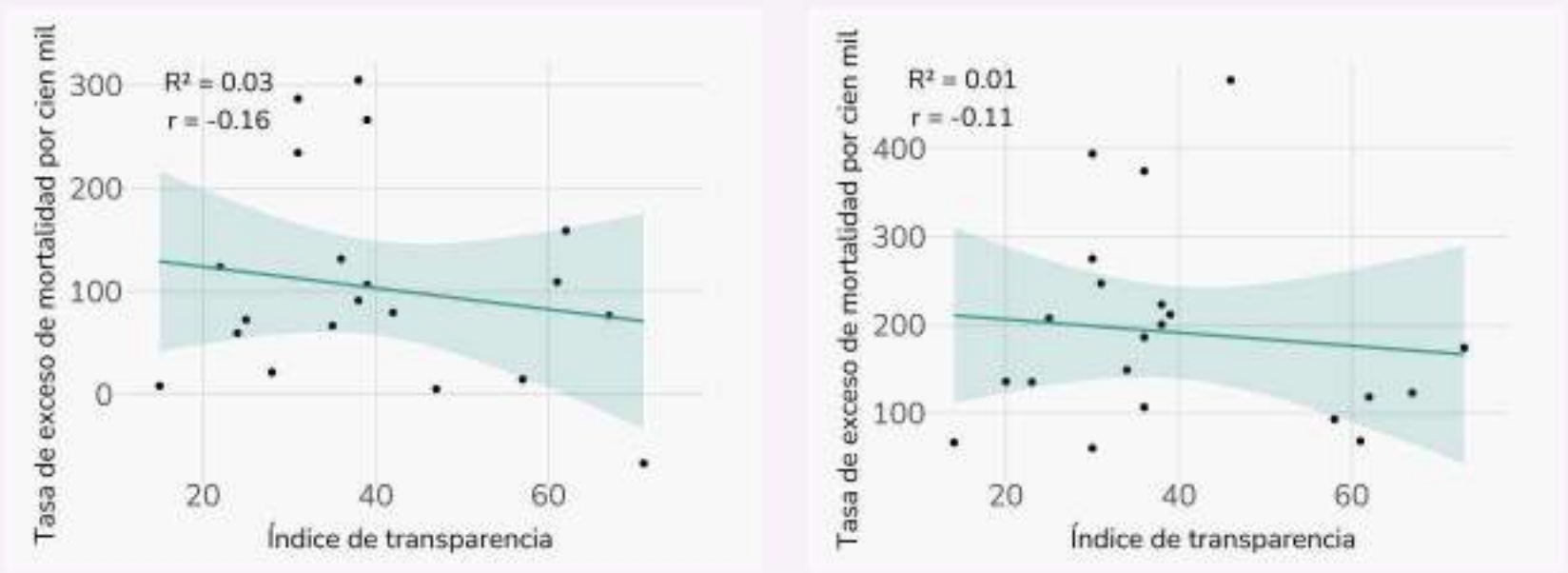
Figura 19. Asociación entre determinantes demográficos, políticos, socioeconómicos y del sistema de salud y el exceso de mortalidad por todas las causas durante la pandemia de COVID-19 en países iberoamericanos, 2020–2021



2020

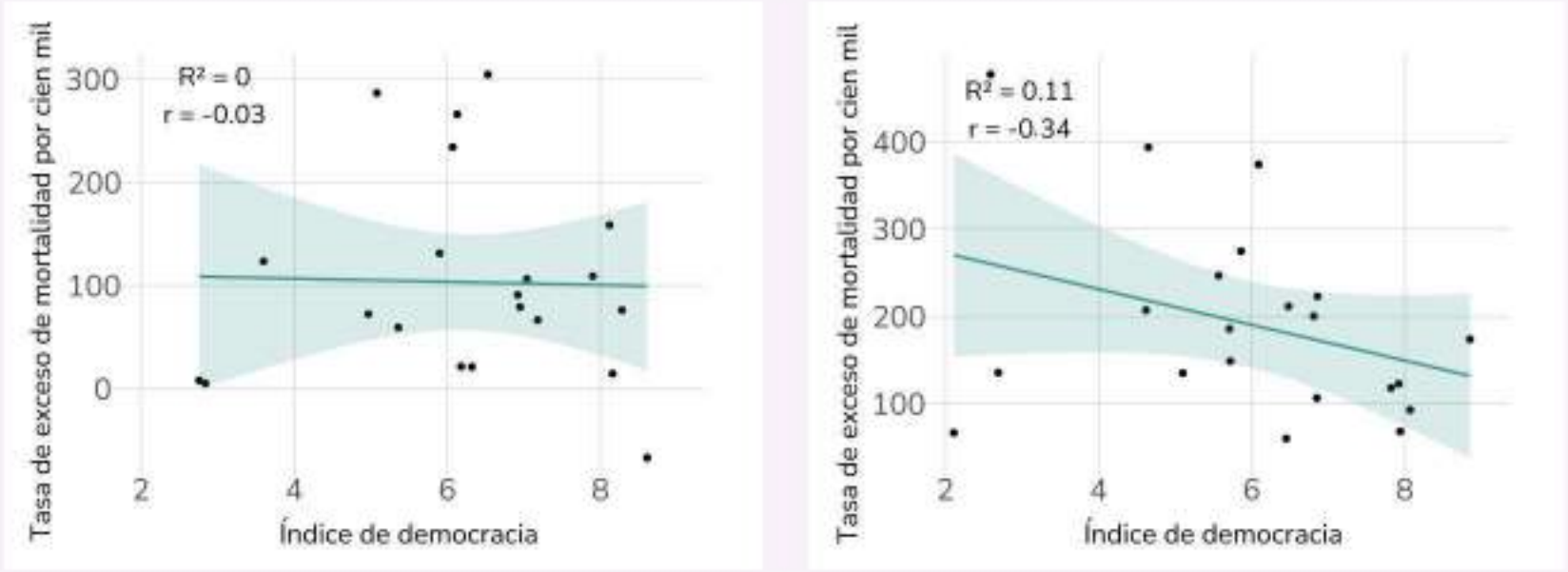
2021

Índice de transparencia



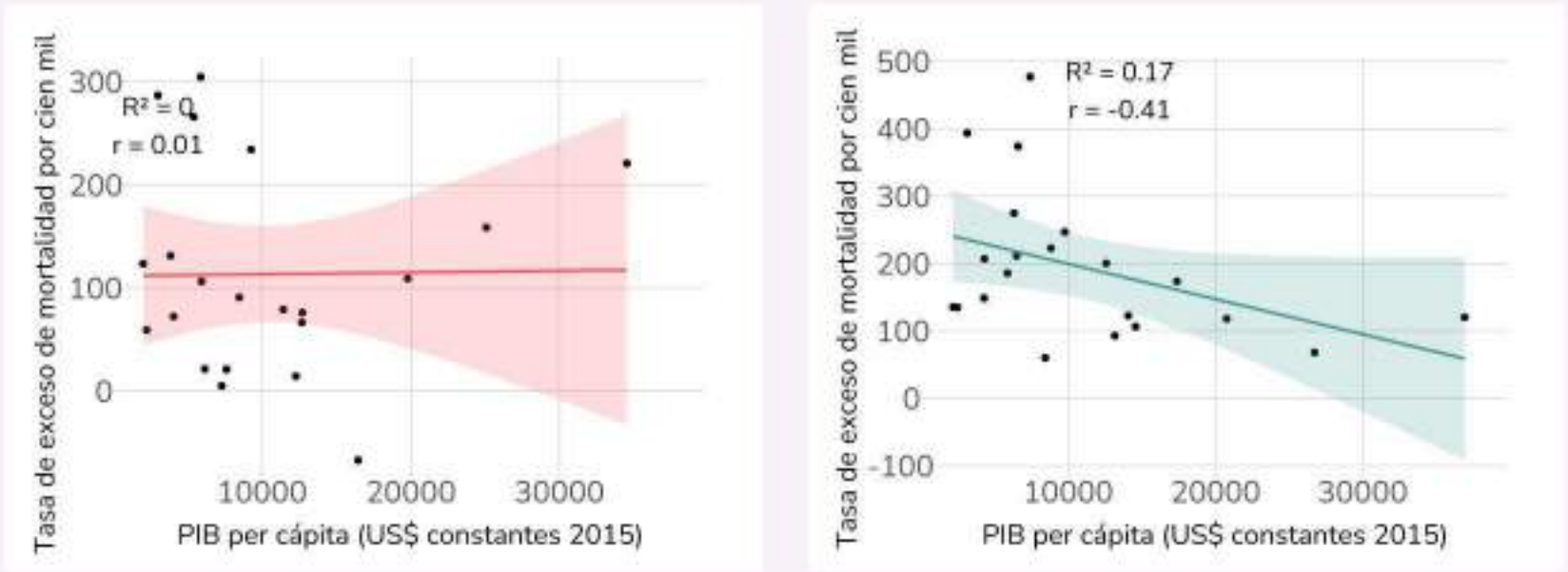
Nota: Excepto Andorra, para el cual no se dispone del indicador.

TEM vs Democracia



Nota: Excepto Andorra, para el cual no se dispone del indicador.

PIB per cápita

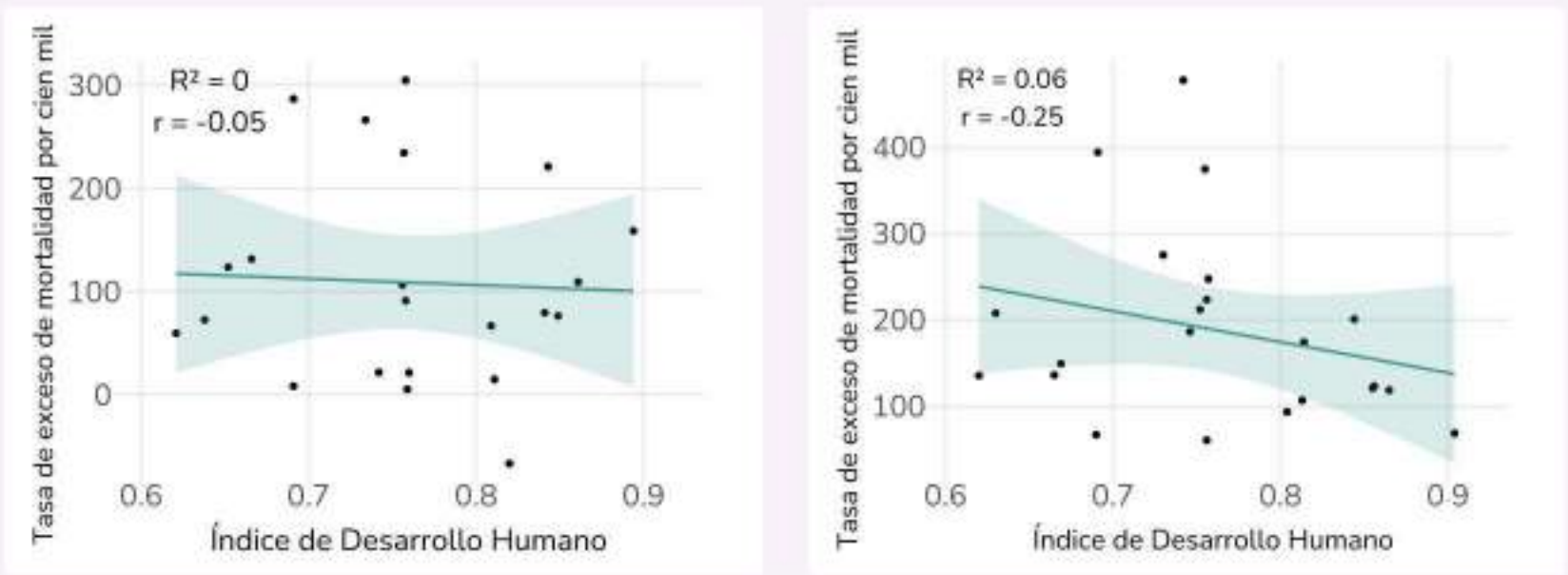


Nota: Excepto Venezuela, para el cual no se dispone del indicador.

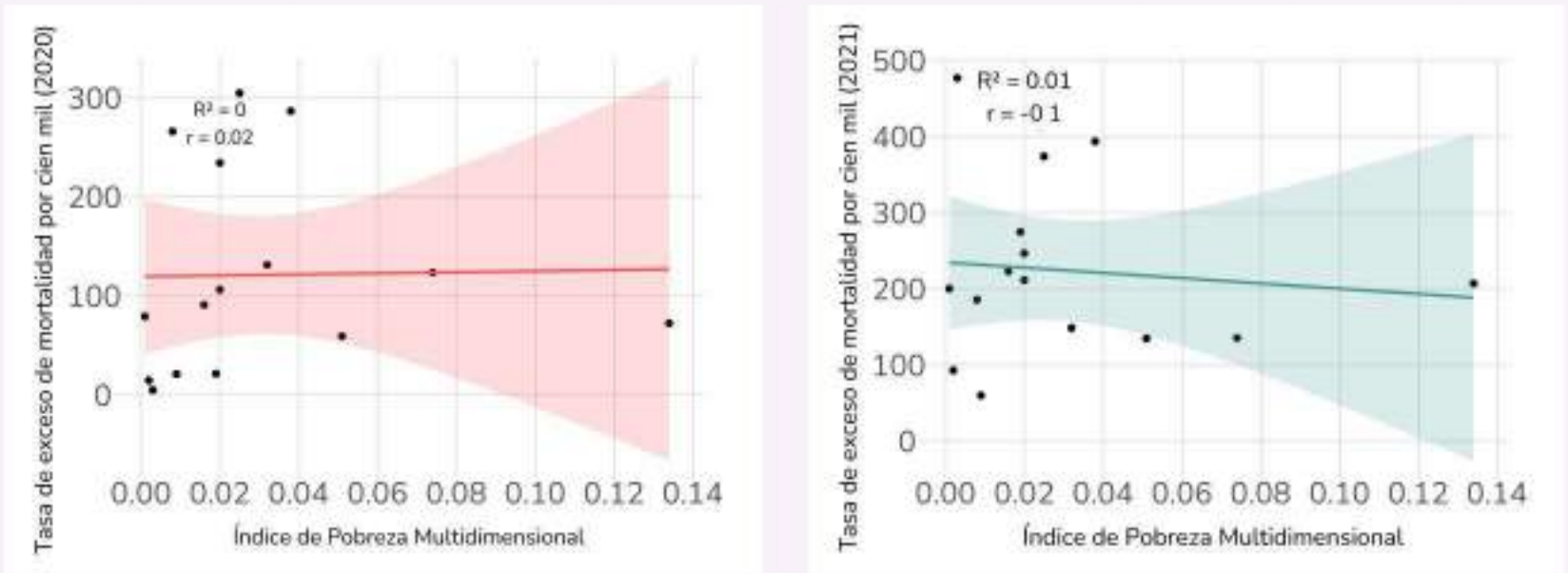
2020

2021

IDH

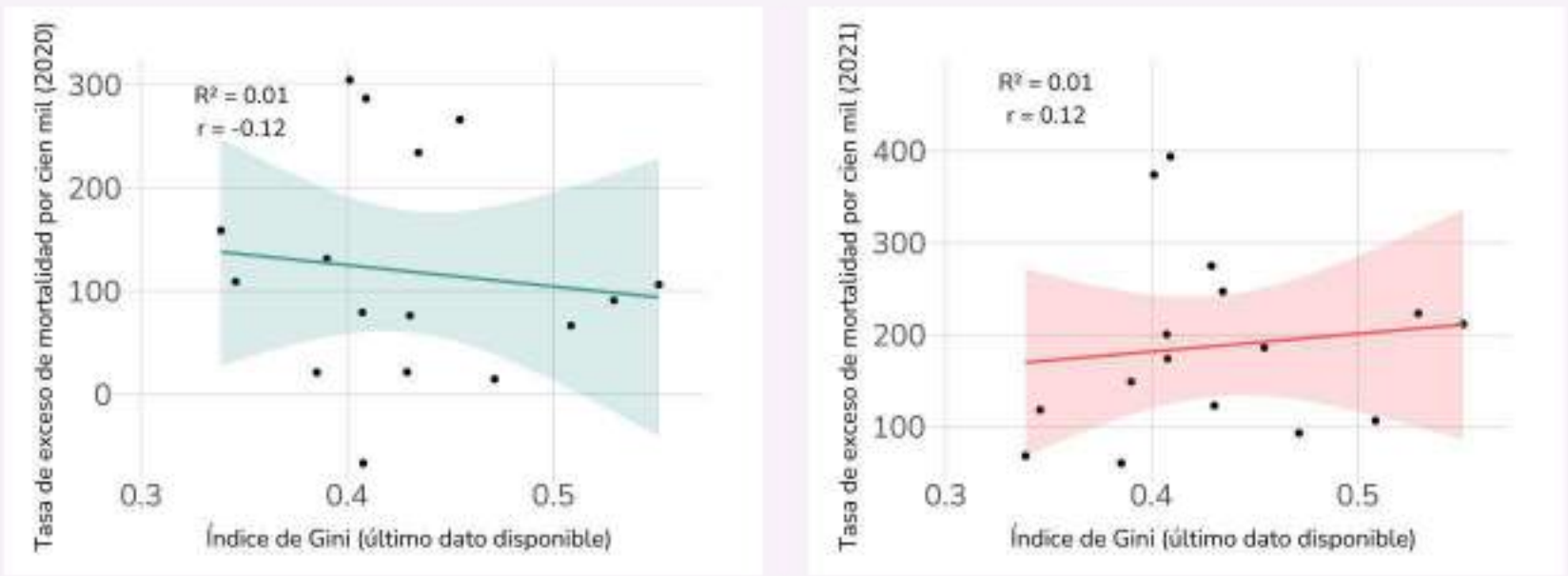


IPM



Nota: Excepto Andorra, Chile, España, Panamá, Portugal, Uruguay y Venezuela, para los cuales no se dispone del indicador.

GINI

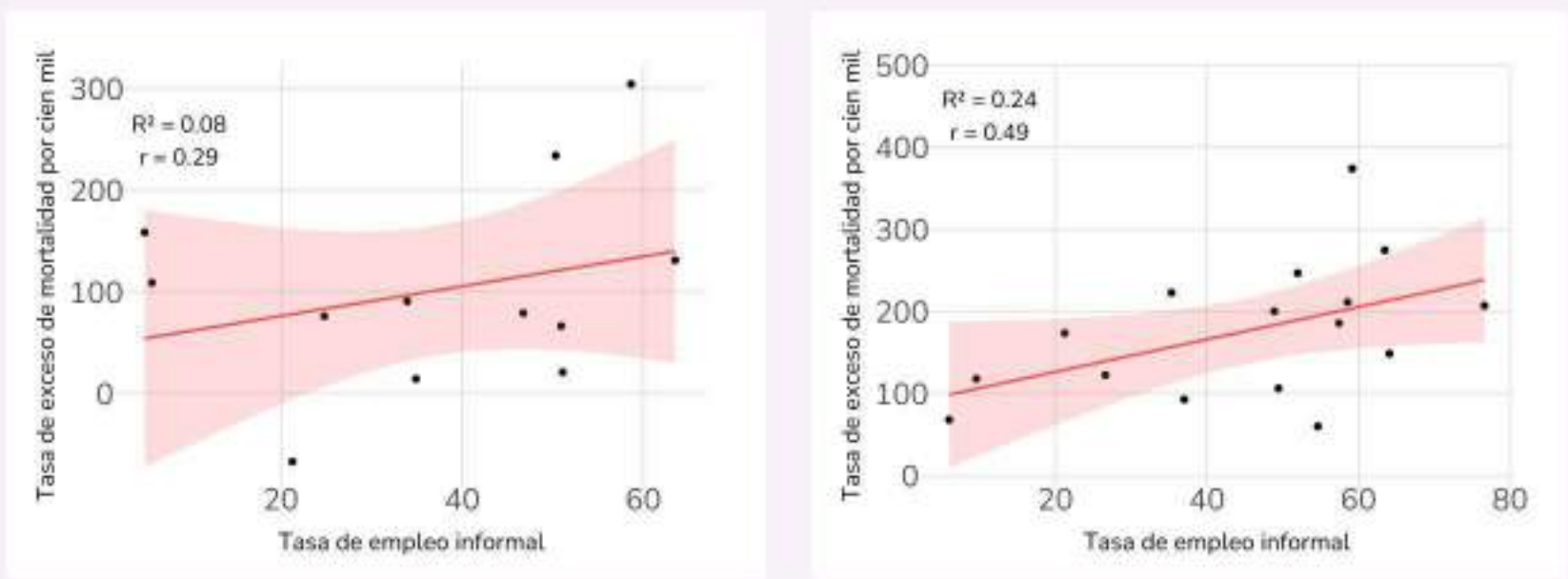


Nota: Excepto Andorra y Cuba, para los cuales no se reporta el coeficiente de Gini; y Guatemala, Honduras, Nicaragua y Venezuela, cuyos datos disponibles corresponden a años previos a la pandemia (2006–2019).

2020

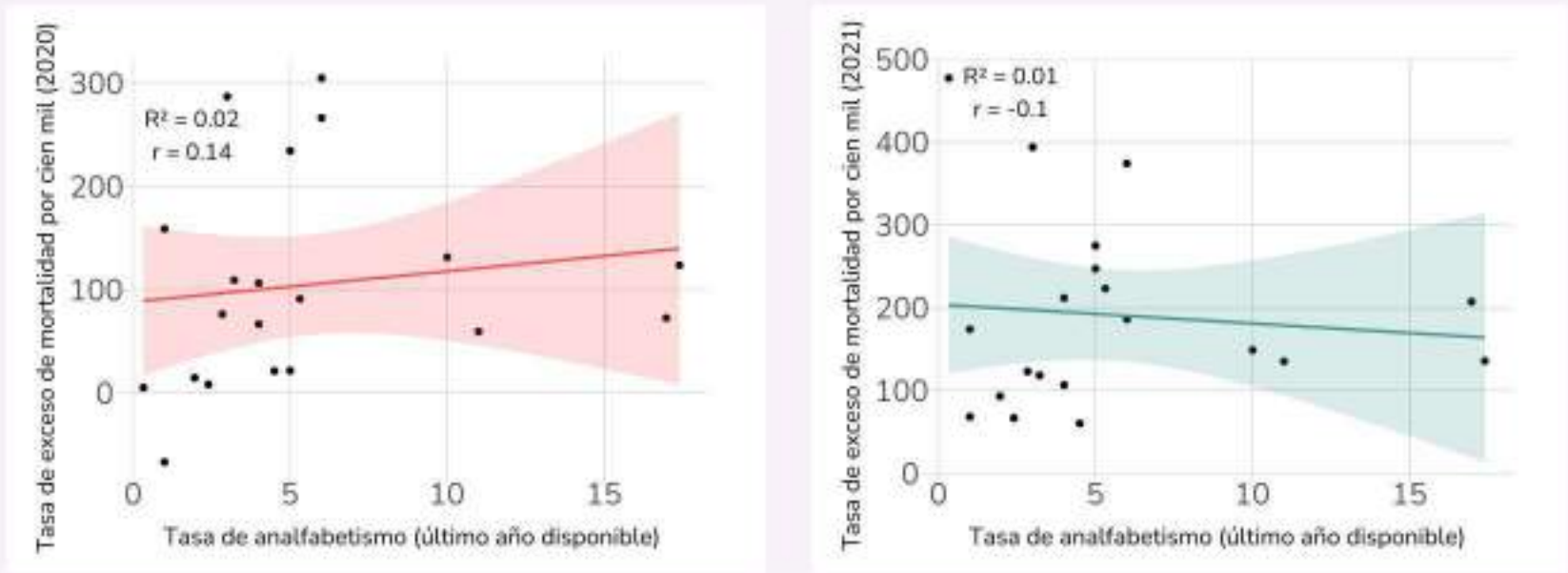
2021

Tasa de empleo informal



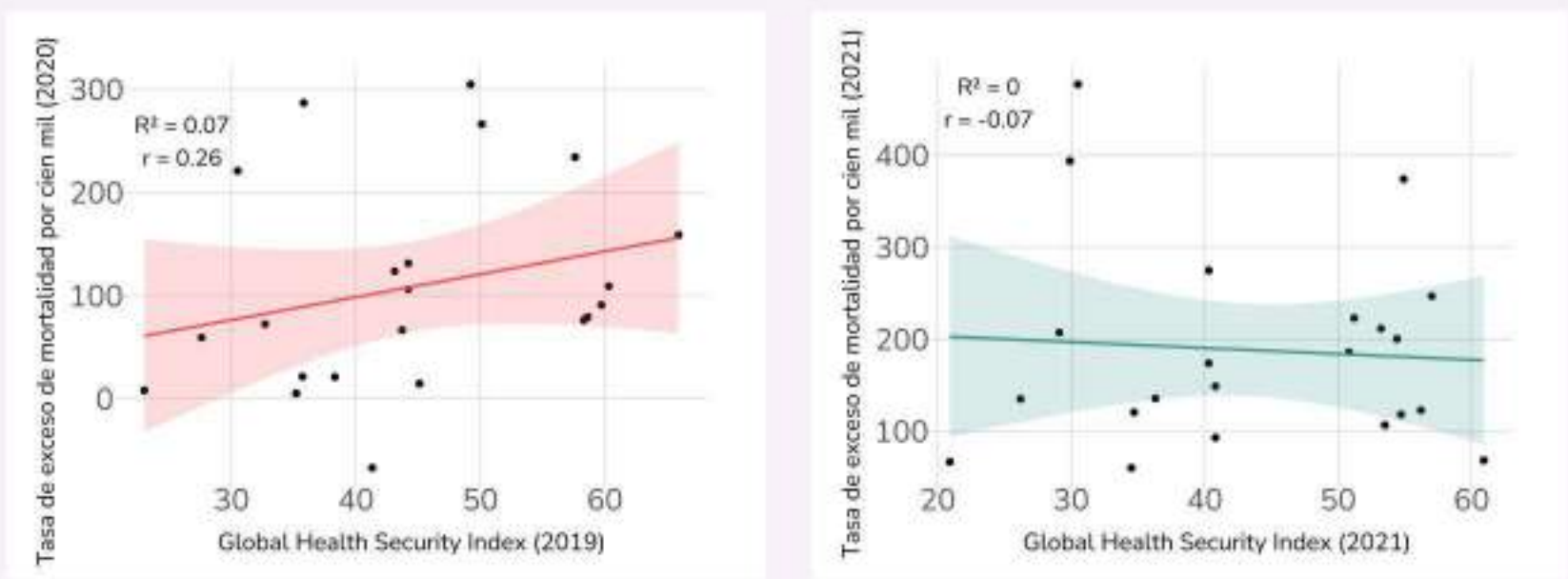
Nota: Excepto Andorra, Bolivia, Cuba, Honduras, Nicaragua y Venezuela, para los cuales no se dispone del indicador.

Tasa de analfabetismo en personas mayores de 15 años



Nota: Excepto Andorra y Argentina, para los cuales no se dispone del indicador

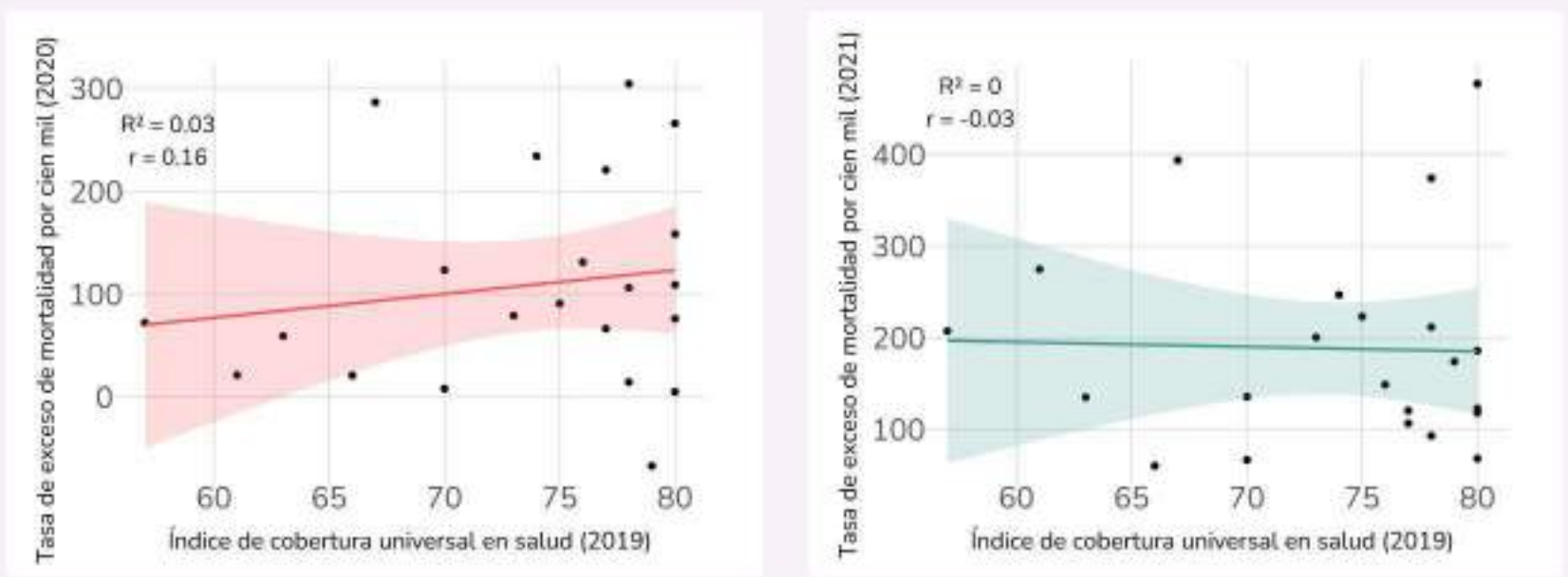
Global Health Security Index



2020

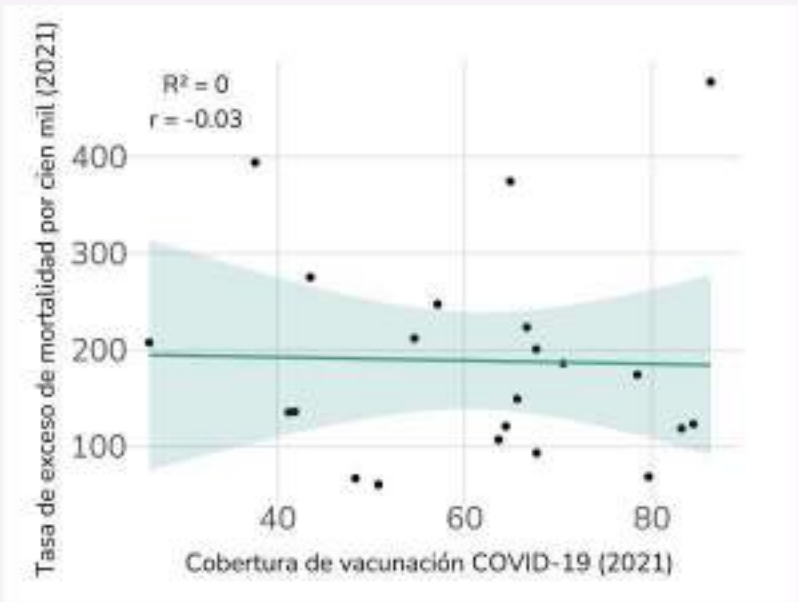
2021

Índice de cobertura en salud (2019)

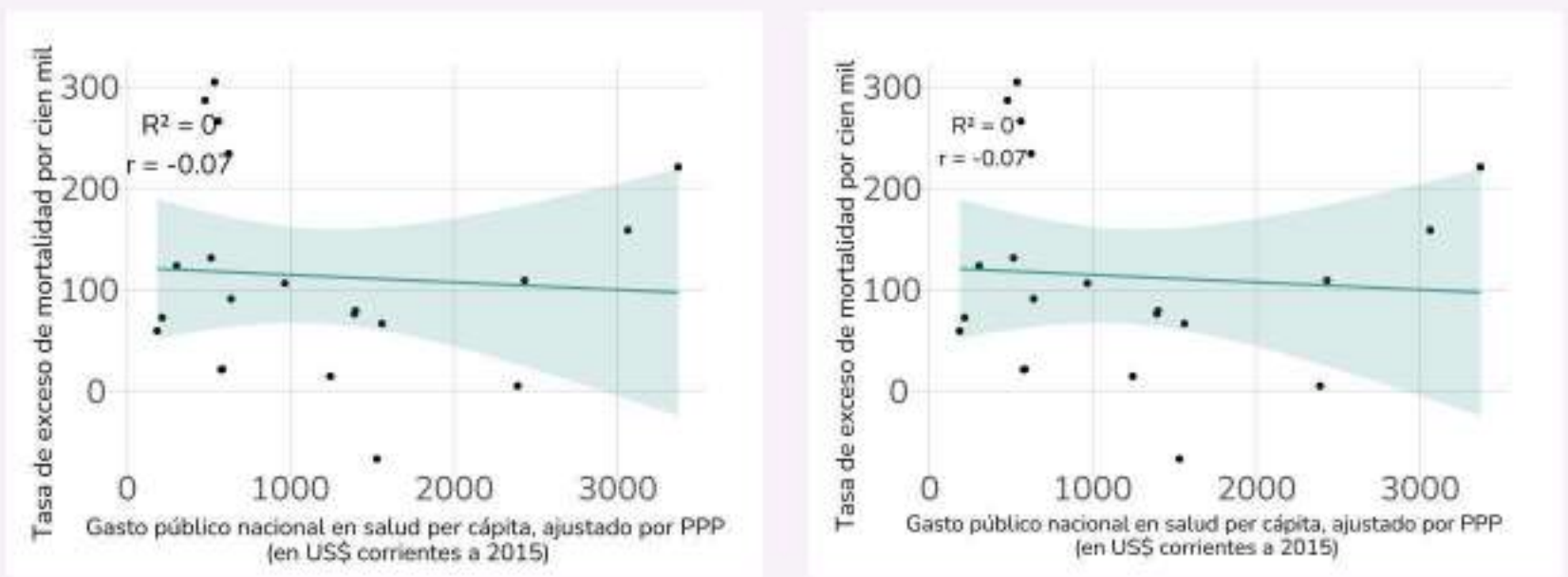


Cobertura de vacunación (2021)

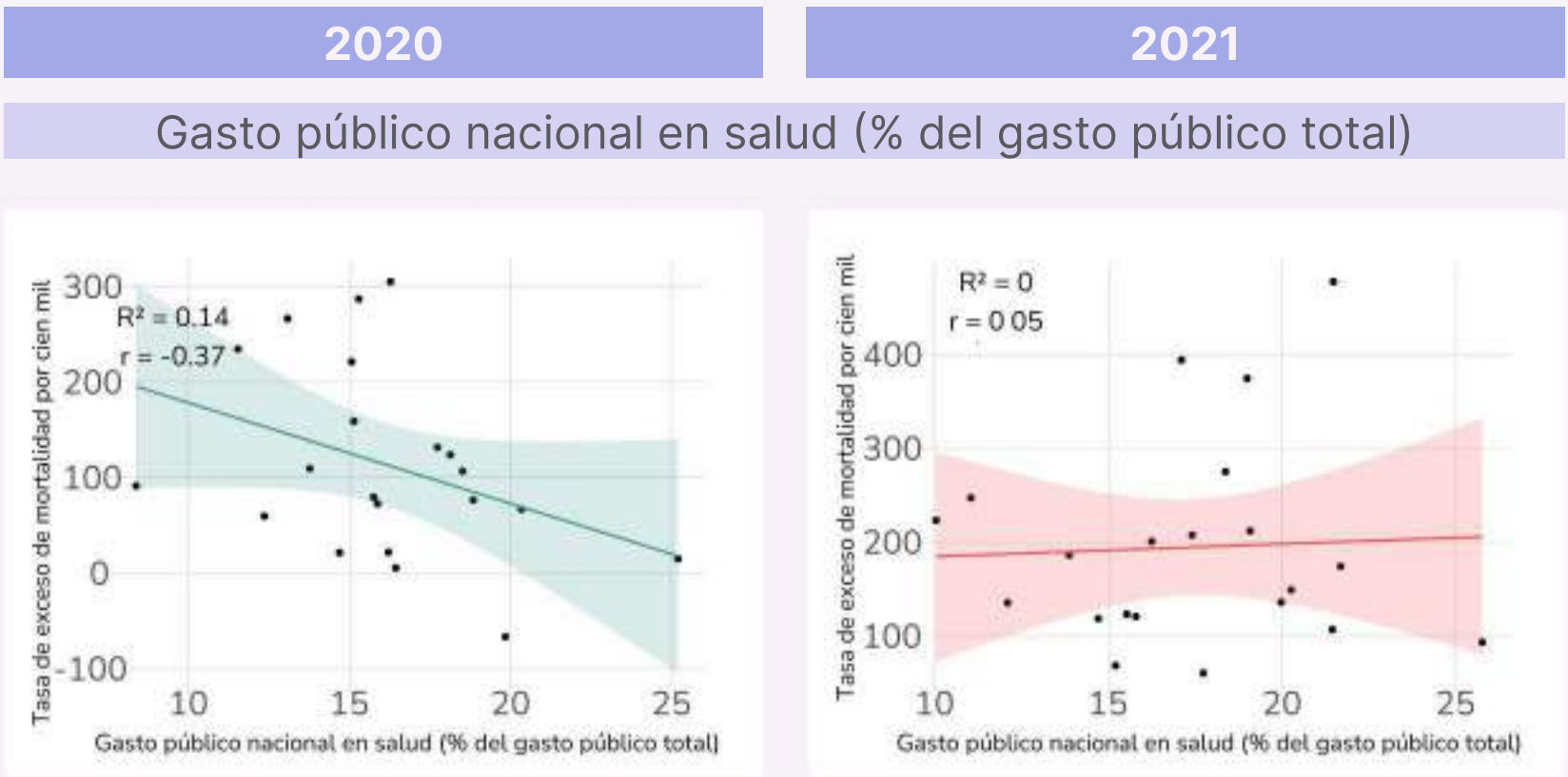
NA



Gasto público nacional en salud per cápita, ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPA) (dólares internacionales corrientes)



Nota: Excepto Venezuela, debido a su comportamiento atípico en el gasto público nacional, que presenta un valor no confiable –alrededor de 35 dólares per cápita– durante los años más críticos de la pandemia



Nota: Excepto Venezuela, debido a su comportamiento atípico en el gasto público nacional, que presenta un valor no confiable

Fuente: Elaboración propia a partir de Exceso de mortalidad durante la pandemia por COVID-19 (2020 y 2021) publicado en Our World In Data (4), y The World Bank Group. Database: Population estimates and projections (5).

En relación con las transferencias monetarias, se decidió no incluir en el informe los resultados del análisis bivariado, dado que su interpretación resulta limitada sin considerar los determinantes estructurales que subyacen a estas medidas. La mayoría de los programas de transferencias se implementaron en 2020, lo que introduce una desalineación temporal respecto al exceso de mortalidad observado en 2021. Para 2020, los análisis mostraron asociaciones estadísticamente significativas en las que una mayor cobertura y un mayor monto transferido se relacionaron con tasas más elevadas de exceso de mortalidad. Sin embargo, interpretar este hallazgo como un efecto directo de las transferencias sería metodológicamente inapropiado. Más bien, estos resultados reflejan la presencia de causas comunes: los países con mayores condiciones preexistentes de vulnerabilidad social y económica -que demandaron programas más amplios y cuantiosos- fueron también aquellos que registraron los niveles más altos de exceso de mortalidad por todas las causas durante la pandemia. En consecuencia, presentar los gráficos podría inducir a interpretaciones simplificadas que no reconocen el peso de las desigualdades estructurales en la configuración tanto de la necesidad de transferencias como del impacto sanitario observado. Por este motivo, se optó por no incluir estos resultados en el informe final.

Se estimó un modelo de regresión lineal múltiple para evaluar la asociación entre la tasa de exceso de mortalidad por 100.000 habitantes y una serie de indicadores sobre determinantes sociales de la salud. En el modelo, que se presenta en la Tabla 4, se incluyeron como variables independientes el PIB per cápita, la cobertura de vacunación contra el COVID-19, el índice de transparencia y el índice de democracia

en 2021, así como el término de interacción entre estos dos últimos. El modelo se construyó utilizando el método enter. Para facilitar la interpretación de la interacción, tanto el índice de transparencia como el de democracia fueron centrados en sus medias.

El modelo mostró un ajuste aceptable (R^2 ajustado = 0,456; $p = 0,016$), indicando que una proporción moderada de la variabilidad en la tasa de exceso de mortalidad en los países se explica por los predictores incluidos.

Vale mencionar que, si bien el PIB per cápita y la cobertura de vacunación, en línea con lo esperado teóricamente, mostraron coeficientes negativos, estos no fueron significativos a nivel estadístico en este modelo. En contraste, tanto el índice de transparencia como el de democracia presentaron asociaciones significativas con el exceso de mortalidad: el primero con un coeficiente positivo ($p = 0,025$), y el segundo con un coeficiente negativo ($p = 0,014$). No obstante, estos efectos deben interpretarse considerando la interacción identificada entre ambos indicadores.

La interacción entre el índice de transparencia y el de democracia fue significativa ($p = 0,024$) y negativa, lo cual indica que el efecto de la transparencia sobre la mortalidad varía según el nivel de democracia. En presencia de bajos niveles de democracia, una mayor transparencia se asocia con un incremento en la mortalidad. Sin embargo, a medida que el nivel de democracia aumenta, este efecto se atenúa e incluso se revierte. Esto significa que en contextos democráticos robustos, una mayor transparencia se asoció con un menor exceso de mortalidad durante la pandemia por COVID-19, específicamente en el año 2021.

Este hallazgo sugiere que la transparencia, en ausencia de instituciones democráticas fuertes, puede no ser suficiente para mejorar los resultados poblacionales en salud. En cambio, cuando se combina con altos niveles de democracia –que permiten la rendición de cuentas, el control ciudadano y una respuesta estatal efectiva–, la transparencia institucional ejerció un efecto protector frente a los impactos de la pandemia.

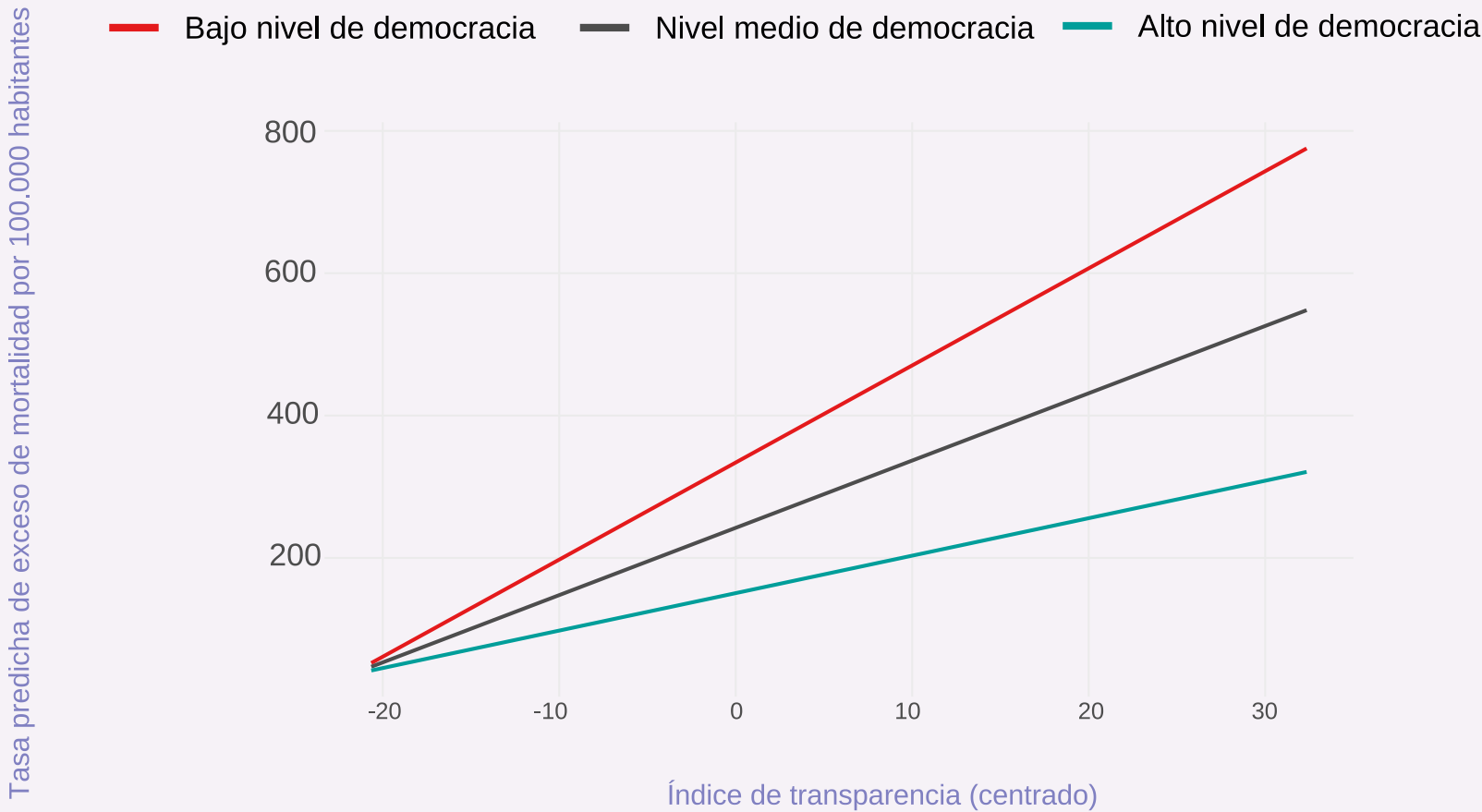
Tabla 4. Modelo de regresión lineal múltiple para la tasa de exceso de mortalidad por todas las causas por cien mil habitantes en Iberoamérica, 2021

Variable	Coeficiente	Error estándar	Valor t	Valor p	Significación
Intercepto	468,99	162,50	2,89	0,012	**
PIB per cápita (USD)	-0,0067	0,0054	-1,23	0,238	
Cobertura de vacunación contra el COVID-19 (%)	-2,62	2,48	-1,06	0,308	
Índice de transparencia (centrado)	9,45	3,78	2,50	0,025	*
Índice de democracia (centrado)	-55,00	19,48	-2,82	0,014	*
Transparencia × Democracia (interacción centrada)	-2,51	0,99	-2,54	0,024	*

Notas: R^2 ajustado = 0.456; Error estándar residual = 82.04; n = 20 países (sin Andorra y Venezuela); $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia con base en las fuentes indicadas en la Tabla 1.

Figura 20. Efecto del nivel de transparencia sobre el exceso de mortalidad por todas las causas durante la pandemia de COVID-19 según el nivel de democracia en países iberoamericanos, 2021



Fuente: Elaboración propia con base en las fuentes indicadas en la Tabla 1.

Discusión y conclusiones

La evolución de la pandemia por COVID-19 fue diferente en cada país de Iberoamérica, aspecto que puede ser explicado por la combinación de determinantes sociales de la salud de cada contexto. Entre los determinantes estructurales se encuentra la composición demográfica -como la estructura y densidad poblacional- así como características sociales y económicas, incluida la cobertura de protección social. La capacidad y preparación de los sistemas de salud, tanto en infraestructura como en recursos humanos y logísticos, también desempeñó un papel fundamental. A esto se suman el acceso oportuno y equitativo a las vacunas, la gobernanza y la coordinación entre los niveles nacional y local en cada país, así como la disponibilidad de sistemas de vigilancia epidemiológica y tecnologías para el diagnóstico, monitoreo y respuesta. Las decisiones adoptadas por las autoridades nacionales y locales, su fundamento en la evidencia científica, y el nivel de confianza de la ciudadanía en las instituciones también influyeron en la efectividad de las medidas implementadas. Además, factores como la velocidad de transmisión del SARS-CoV-2, la aparición de nuevas variantes del virus, la movilidad e interacción poblacional, y el grado de adherencia de las comunidades a las recomendaciones sanitarias integran el panorama de determinantes que incidieron en las trayectorias y magnitud diferenciada de la pandemia en cada país.

Este estudio presenta un análisis desde la epidemiología social de los determinantes sociales y sociosanitarios que influyeron en la propagación y gravedad de la pandemia por COVID-19 en Iberoamérica, considerando asuntos como la composición demográfica, las características socioeconómicas, la protección social, la capacidad y resiliencia de los sistemas de salud.

1. Composición demográfica

Edad

En este estudio se encontró que las poblaciones con proporciones más altas de personas adultas mayores tendían a tener mejores resultados en el exceso de mortalidad durante la pandemia. En este sentido, es importante destacar que la edad opera de manera diferenciada como determinante a nivel individual y poblacional. Mientras que, a nivel individual, las personas adultas mayores enfrentan un riesgo significativamente mayor de morir por COVID-19 (22), desde una perspectiva poblacional, los países con estructuras demográficas más envejecidas –frecuentemente asociados a mayores niveles de ingreso y mejores condiciones de vida– pueden contar también con sistemas de salud y protección social más robustos, atenuando en parte los efectos de la pandemia. Asimismo, en poblaciones más jóvenes, pudieron ocurrir más muertes por causas diferentes al COVID-19. Además, aunque el riesgo individual de muerte por la infección SARS-CoV-2 sea

menor, las muertes que ocurren en edades más tempranas representan una mayor pérdida de años potenciales de vida, lo que implica una carga distinta y no menos relevante para la salud pública, aun cuando dicho indicador no haya sido parte del análisis realizado en este informe.

2. Características socioeconómicas

Entre las principales características socioeconómicas que afectaron la respuesta a la pandemia se encontraron:

a. Confianza en las instituciones – nivel de democracia en el país

Transparencia: Es interesante la relación que se halla entre la transparencia o (percepción de baja corrupción) y los buenos resultados sanitarios. Ante esta relación pueden ofrecerse dos explicaciones: la primera, es que los sistemas sanitarios realmente respondieron de manera transparente, eficiente y oportuna a la situación dado que su funcionamiento era íntegro y por tanto favorecía la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención; la segunda, es que la misma percepción del sistema afectara positivamente la respuesta a la emergencia. Esta última opción deriva de la idea de que a mayor confianza en las instituciones, más positiva es la respuesta de la población, asumiendo mayor responsabilidad en el autocuidado y apoyando las decisiones tomadas por las instituciones.

La confianza que proviene de la capacidad de creer en las instituciones parte, a su vez, de la competencia o idoneidad para dar información confiable, la honestidad y sinceridad al transmitir información, la coherencia que muestra la justicia y equidad con que se manejan las situaciones, y la empatía con la comunidad. Esto se relaciona principalmente con la correcta comunicación entre las instituciones y la sociedad en general, la cual incluye la claridad de los mensajes, la pertinencia en la transmisión de información y la posibilidad de cuestionar y obtener respuestas creíbles y adecuadas.

b. Índice de democracia y adherencia de la población a las medidas

En relación con los modelos de Estado - si son más o menos autocráticos-, y la confianza en las instituciones, junto con las características culturales de la población, el índice de democracia muestra elementos relacionados con la participación de la población en las decisiones de gobierno, que puede verse reflejada en la participación sobre las medidas adoptadas y el cumplimiento de las mismas. Sin lugar a dudas, la adherencia de la población a las medidas tomadas por las instituciones impacta la evolución de la situación de emergencia. Esta, a su vez, se deriva del conocimiento y la concientización de las personas sobre la situación y de la confianza de la población en seguir las instrucciones emitidas por los gobiernos.

La posibilidad de generar conciencia sobre las situaciones también se encuentra influenciada por la confianza de las personas a recibir y creer en la información oficial

sobre la situación. El proceso inicial de reconocer la problemática se vio permeado por las expectativas y los miedos de la comunidad, así como por la incertidumbre de las situaciones y la necesidad de una respuesta inmediata que no contaba con mayor soporte de evidencia científica. En el momento propio de la pandemia, las “verdades” evolucionaban constantemente y muchas de las decisiones fueron tomadas con la información existente pero no necesariamente suficiente, razón por la cual la comunidad pudo desconfiar y no adherirse a las medidas propuestas.

El seguimiento de las medidas propuestas por el gobierno se relaciona inicialmente con la aceptación de las medidas desde un ámbito cultural o de credibilidad, como, por ejemplo, la confianza de que la medida sea útil y segura, o la aceptación de la medida misma de la vacunación; y con la viabilidad de las medidas en términos prácticos, como, por ejemplo, la posibilidad de cumplir las medidas por disponibilidad de recursos, o el acceso efectivo a la vacunación.

En tal sentido, deben favorecerse tanto la aceptación de las medidas mediante campañas pedagógicas y de información como la operatividad práctica de las medidas. Esta información se amplía en las recomendaciones.

c. Ingresos per cápita

Un mayor nivel de ingreso se asocia a un mayor gasto público en salud, que por su parte se traduce en un menor exceso de mortalidad, más notorio para el año 2021. En general, en todos los países de la muestra el gasto público en salud incrementa a medida que aumenta el ingreso. Aunque no miramos en detalle la estructura de los sistemas de salud, fue claro que un mayor ingreso y una mayor destinación del gasto público a salud, como manifestación de inversión en protección social, tuvieron un efecto positivo en la reducción del exceso de mortalidad.

3. Protección social

a. Programas de transferencias monetarias

Si bien estas intervenciones fueron cruciales para aliviar los impactos socioeconómicos inmediatos, no fueron homogéneas en su diseño ni en su sostenibilidad en el tiempo, y su efecto sobre la reducción del exceso de mortalidad durante la pandemia requerirá profundos análisis adicionales en combinación con otros determinantes estructurales, económicos y del sistema de salud. Adicionalmente, los programas de transferencias monetarias podrían mostrar impactos divergentes, pues los países donde más se necesitan (en cobertura y en cuantía monetaria) pueden ser justamente aquellos donde existe mayor pobreza y mayor desigualdad socioeconómica, lo que a su vez se podría relacionar con menos competencias institucionales instaladas para hacer frente a la pandemia y, por tanto, presentar peores resultados. Adicionalmente, no se tiene información para cuatro países, lo que hace que se excluyan del análisis. Por estas razones, esta variable no

fue incluida en los análisis multivariados del impacto de los determinantes sociales y de protección social sobre el impacto de la pandemia, medido a través del exceso de mortalidad.

b. Formalidad en el empleo

Contar con un empleo formal y con derechos garantizados para los empleados por parte de los empleadores ofrece condiciones más favorables. Por ejemplo, en la posibilidad de acceder a los servicios de salud y minimizar por tanto el riesgo de muerte por atención temprana. De igual manera, las poblaciones con empleo formal no requerían exponerse a condiciones riesgosas en entornos difíciles de transmisión del virus, y quienes mantuvieron sus labores las desarrollaron en condiciones más seguras comparadas con las condiciones de empleos informales.

Por otra parte, países que en general cuentan con una mayor proporción de empleo formal pueden contar con condiciones de seguridad social de mayor estabilidad económica y social, por lo cual los trabajadores podrían continuar con algunos beneficios a pesar del confinamiento, sin perder completamente sus ingresos. Por el contrario, las poblaciones con empleos informales estarían forzadas a seguir trabajando bajo condiciones insalubres o de mayor riesgo.

4. Capacidad y resiliencia de los sistemas de salud

a. Sistemas de vigilancia epidemiológica

Se entienden por sistemas de vigilancia epidemiológica las tecnologías que diagnostican y monitorean la situación en salud pública, con el objetivo de informar de la evolución a tomadores de decisiones para cambiar de ruta cuando sea necesario.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica son estrategias bien conocidas e implementadas en la mayoría de los países como respuesta a los eventos de interés en salud pública. Estos se encuentran usualmente anidados en las instituciones encargadas de la toma de decisiones en salud pública (Ministerios de Salud).

Tales sistemas usualmente están compuestos por tres subsistemas: Un subsistema de captación de la información que se ocupa de desarrollar las tareas de identificación/diagnóstico de casos de interés en salud pública; un subsistema de análisis de la información en la cual se establecen usualmente relaciones de causalidad y se definen las variables que puedan afectar o no la distribución y proliferación de casos; y un subsistema de intervención en el cual se establecen las medidas de protección para minimizar la afectación a la población.

En la captación de información, entre los elementos que determinan la adecuada respuesta se incluyen: 1) contar con definiciones claramente establecidas de caso

sospechoso, caso probable y caso definitivo, de tal manera que la captación de información sea uniforme, 2) un proceso de captación de información estandarizado, con una comunicación eficiente y basada en la correcta fiabilidad de los datos, 3) incentivar los procesos de reporte y captación de información, elementos clave para contar con información adecuada, y 4) reportes que sean trazables y entreguen información certera.

En la mayoría de los casos es adecuado contar con unidades centinela (sitios de recolección de información que se activen a necesidad y que capten de forma activa y proactiva los casos de interés). Tales unidades deben tener estructuras predeterminadas, alcances, y responsables que faciliten la comunicación en el momento de la emergencia.

Para los subsistemas de análisis debe tenerse en cuenta una estructuración adecuada del subsistema, incluyendo líneas de comunicación y líneas de mando, una infraestructura con estabilidad y sostenibilidad para la permanencia en el tiempo y los recursos necesarios, como el tecnológico y el físico, así como un personal calificado para realizar el análisis de la situación.

Por último el subsistema de intervención da los lineamientos para proceder ante los hallazgos de los análisis de la situación, con el propósito de que las acciones implementadas mitiguen los riesgos y favorezcan el restablecimiento de las condiciones aceptables de salud pública.

Para el caso del COVID 19, muchos países utilizaron los sistemas previamente establecidos de vigilancia. Sin embargo, la saturación por la falta de recursos y la necesidad de decisiones inmediatas jugó en contra de los tomadores de decisiones. En este sentido, la principal enseñanza está en fortalecer los sistemas de vigilancia de acción regular y contar, además, con planes de contingencia para fortalecer los sistemas en los momentos de emergencia.

b. Capacidades instaladas en los recursos humanos en las autoridades nacionales y locales

Las capacidades de los recursos humanos de las autoridades nacionales y locales son un determinante central del desempeño ante la pandemia. Aunque no hubo una variable que observara directamente estas capacidades, encontramos variaciones entre países, que se expresan en tres dimensiones principales: vigilancia epidemiológica y análisis de datos; capacidad operativa y logística sanitaria; y coordinación intergubernamental.

Hubo limitaciones en la vigilancia epidemiológica y en el análisis de datos, especialmente en la disponibilidad de equipos entrenados para monitoreo, interpretación y modelamiento de la información. Estas debilidades se reflejaron en retrasos en la identificación de brotes, inconsistencias en los sistemas de información y una menor capacidad para orientar decisiones basadas en evidencia.

Encontramos brechas en la capacidad operativa y logística sanitaria, sobre todo en niveles subnacionales con estructuras administrativas más frágiles. La escasez de personal capacitado para organizar la respuesta territorial —incluyendo rastreo de contactos, gestión de casos, coordinación de servicios, organización de campañas de vacunación y comunicación de riesgo— generó sobrecarga y heterogeneidad en la implementación de las medidas.

Los resultados sugieren diferencias en la coordinación intergubernamental, influenciadas por la estabilidad, la experiencia y la profesionalización del recurso humano en los cargos técnicos. Los territorios con equipos consolidados lograron mayor coherencia con los lineamientos nacionales, mientras que aquellos con rotación frecuente o capacidades insuficientes enfrentaron mayores dificultades para adoptar rápidamente las directrices sanitarias.

Estos hallazgos son consistentes con la literatura internacional. La Organización Mundial de la Salud destaca que los países con equipos robustos en salud pública, epidemiología, comunicación de riesgo y gestión de emergencias tuvieron respuestas más rápidas y sostenidas frente al COVID-19 (25). Del mismo modo, el Global Health Security Index señala que la disponibilidad de personal técnico especializado constituye uno de los indicadores más fuertemente asociados con la capacidad real de respuesta ante emergencias sanitarias (26).

En América Latina, diversos estudios documentan que la debilidad histórica de los equipos locales de salud pública, sumada a la alta rotación y a la falta de formación especializada, limitó la implementación de intervenciones consistentes y la producción de datos confiables durante la pandemia (27,28). Además, investigaciones sobre gobernanza institucional subrayan que los modelos de descentralización sin fortalecimiento de capacidades humanas generan respuestas territoriales heterogéneas, amplificando desigualdades preexistentes (29). En contraste, los países que realizaron inversiones sostenidas en la formación de epidemiólogos, analistas y gestores sanitarios mostraron una mayor capacidad de adaptación a la dinámica epidemiológica y una ejecución más eficiente de medidas críticas (30).

En conjunto, los resultados del documento y la evidencia internacional coinciden en que las capacidades instaladas en los recursos humanos son un componente esencial de la resiliencia sanitaria. Su insuficiencia limita la vigilancia, la toma de decisiones y la coordinación intergubernamental; su fortalecimiento constituye una de las estrategias más costo-efectivas para mejorar la preparación y respuesta ante futuras emergencias.

c. Capacidad para la ampliación de servicios de salud para atender la demanda

- Incremento de servicios ambulatorios, de atención primaria, hospitalarios y de cuidado intensivo:

Aunque no fue posible encontrar fuentes oficiales del incremento en términos de número de camas o de servicios implementados para la atención de la emergencia, la capacidad de respuesta para la ampliación de la prestación de servicios es una variable que evidentemente impacta con la atención de la emergencia. La saturación de los servicios de salud tanto en atención primaria como hospitalaria, así como para los procesos de vacunación, son elementos que determinan la atención apropiada y oportuna de la pandemia. Dentro de las estrategias de ampliación se encontró la construcción de hospitales y centros de atención, la ampliación de los servicios y la convocatoria de profesionales de la salud y demás recursos humanos para la atención, que se dio a medida que la emergencia avanzaba. Sin embargo, una planeación anticipada hubiera podido generar mejores resultados.

- Abastecimiento de medicamentos y dispositivos médicos

De igual manera, a pesar de que es lógico considerar la disponibilidad de medicamentos y dispositivos médicos como un factor determinante para la atención de la pandemia, no fue posible ubicar información oficial específica sobre la disponibilidad de dichos productos. En todo caso, la falta de insumos para cubrir la excesiva demanda en los países de la región fue evidente, y el cierre de fronteras fue una variable que dejó desprovistos a países con limitada producción. En algunos países se crearon comités que permitieron encontrar alternativas terapéuticas para el manejo de los pacientes.

De igual manera, también se necesitó una mayor cantidad de dispositivos médicos para cubrir la emergencia, por lo que su producción y distribución fue otra variable para la atención de los pacientes. Un ejemplo de esto fue la posibilidad de contar con mascarillas de ultrafiltración N95 para los profesionales de la salud, que quedaron desabastecidas e implicaron por tanto un mayor riesgo para quienes atendían la emergencia. No contar con producción de dispositivos médicos en la región juega en contra para la atención de las próximas situaciones de emergencias.

- Uso inadecuado de medicamentos para el tratamiento de la enfermedad

A raíz de la infodemia, múltiples productos para la atención o prevención de la enfermedad fueron promocionados de manera irracional, provocando intoxicaciones, afectando la salud, y por tanto aportando a la saturación de servicios de salud. Esto refuerza la necesidad de mantener una alfabetización en temas de salud y de manejo de forma apropiada de la información.

- Procesos de vacunación

En América Latina, el acceso a las vacunas contra la COVID-19 se basó en una combinación de acuerdos directos con productores con múltiples fabricantes, donaciones bilaterales y el mecanismo multilateral COVAX, operado regionalmente por el Fondo Rotatorio de la OPS. COVAX fue concebido como el principal instrumento para asegurar un acceso equitativo, que en la práctica aportó alrededor

de una de cada once dosis administradas en la región (31) y alcanzó la cifra de **100 millones de dosis entregadas en 33 países** recién a comienzos de 2022 (32).

La mayoría de los países de ingreso medio-alto — Argentina, Brasil, México, Colombia, Chile y Panamá— iniciaron sus campañas con vacunas adquiridas directamente a Pfizer-BioNTech, AstraZeneca/Oxford, Sinovac, Sinopharm o Sputnik V entre diciembre de 2020, con escasas dosis, y febrero de 2021 cuando se recibieron en cantidades mayores, varios meses antes de recibir entregas del mecanismo COVAX (33)(34). Las primeras entregas COVAX llegaron después marzo de 2021, seguidas por las de otros países como Bolivia, Argentina y Costa Rica con lotes iniciales reducidos (36)(37)(38).

Para varios países, especialmente los de ingreso medio-alto, COVAX representó **una proporción minoritaria del total de dosis recibidas**. Argentina, por ejemplo, contrató **66.5 millones de dosis por vías bilaterales**, mientras que COVAX aportó aproximadamente 9 millones de dosis en el primer año (39). En Panamá, de los **11.1 millones de dosis contratadas bilateralmente**, sólo **110.000** llegaron a través de COVAX (40). En Colombia, los acuerdos bilaterales sumaron **66.5 millones de dosis**, mientras que el compromiso COVAX era de 20 millones, con entregas más tardías y parciales (41).

En contraste, los países con menor capacidad de negociación —como Haití, Nicaragua, Honduras y varios Estados del Caribe— dependieron en mayor medida de COVAX y de las **donaciones canalizadas a través del mecanismo**, principalmente provenientes de Estados Unidos, España, Alemania y Japón (42)(43).

En conjunto, el desempeño del mecanismo COVAX no logró coberturas proporcionales a las expectativas iniciales en cuanto a oportunidad y volumen. La meta original de entregar 2.000 millones de dosis a finales de 2021 no se cumplió, alcanzando el envío de las primeras mil millones de dosis apenas en enero de 2022 (44). La diversificación de mecanismos de acceso a las vacunas a través de estrategias de acceso permitió un acceso en mayor volumen y menor tiempo a los países de mayor ingreso.

La producción regional (como el acuerdo AstraZeneca–mAbxience–Lioment) para no quedar rezagados en la distribución global de vacunas (45) fue una gran alternativa, que con el tiempo enfrentó difíciles problemas que sólo pudieron ser resueltos muy adelante en la pandemia y con los programas de vacunación con importantes avances. Esto deja en evidencia que la capacidad de producción para responder a una emergencia debe estar establecida y funcionando desde antes de declararse la emergencia.

- **Recomendaciones basadas en las características socioeconómicas y en los hallazgos sobre transparencia y democracia**

Los resultados del estudio muestran que las condiciones socioeconómicas estructurales, los niveles de transparencia e índice democrático guardaron relación con la capacidad de los países iberoamericanos para enfrentar la pandemia. Aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos en todos los casos, la magnitud y dirección de efecto sugieren que mayores niveles de transparencia y un mejor desempeño del sistema democrático favorecieron los resultados a la emergencia. Estas variables no actúan de forma aislada: interactúan con la solidez institucional de cada país, su nivel de inversión social, la confianza ciudadana en las instituciones y la capacidad técnica de los sistemas sanitarios. A partir de estos hallazgos, generamos varias recomendaciones orientadas a fortalecer la preparación ante futuras emergencias sanitarias.

1. Reducir brechas socioeconómicas para disminuir vulnerabilidad estructural

El estudio muestra que la pobreza multidimensional, la desigualdad de ingresos y la informalidad laboral se asocian con mayores impactos sanitarios y socioeconómicos durante la pandemia. Aunque es claro que la reducción de la pobreza es un objetivo claro para todos los gobiernos, incluimos algunas recomendaciones precisas para atender una emergencia, ya que corregir los problemas estructurales es un propósito de muy largo plazo. Para futuras emergencias, los países pueden:

a. Fortalecer los sistemas de protección social

- Integrar registros sociales dinámicos que permitan identificar con precisión a poblaciones vulnerables, acelerando la entrega de ayudas.
- Ampliar la cobertura y el monto de las transferencias monetarias, haciéndolas flexibles para que puedan activarse rápidamente ante emergencias.
- La bancarización de la población de mayor riesgo facilita que las transferencias monetarias lleguen de forma más expedita y trazable.
- Considerar mecanismos que reduzcan la dependencia del empleo informal durante las crisis. El empleo formal permite establecer con mayor celeridad subsidios a empresas para retener trabajadores.

b. Abordar desigualdades territoriales

- Mejorar la infraestructura y el acceso a servicios básicos en zonas rurales y periurbanas, que experimentaron mayor limitación para cumplir medidas de confinamiento o acceder a servicios de salud.
- Implementar modelos de atención primaria fortalecida en regiones con alta dispersión o inaccesibilidad geográfica.

2. Fortalecer la transparencia y la democracia

Los resultados del análisis muestran que hubo una asociación positiva entre mayores niveles de transparencia y mejores indicadores de democracia, por un lado, y menores niveles de exceso de mortalidad, por otro. Aunque no fueron estadísticamente significativos, gráficamente puede verse la asociación.

a. Institucionalizar mecanismos de transparencia en tiempo real

- La publicación continua de datos epidemiológicos, de gasto público y de decisiones de política sanitaria mediante plataformas abiertas mejora la confianza en las instituciones, al igual que los procesos de deliberación y las razones de las decisiones tomadas.
- Garantizar la integridad técnica de los sistemas de vigilancia epidemiológica y su independencia de ciclos políticos. Con alguna frecuencia se encuentra que los equipos de vigilancia cambian en tamaño y capacidad, particularmente se reducen al final de los ciclos políticos.

b. Gobernanza basada en evidencia

- Crear o fortalecer comités científicos independientes con capacidad de asesoramiento vinculante durante emergencias. Una parte de la población cree en la ciencia y en el método científico. Mostrar de forma clara cuál es la fuente de la información, como se discute y se toman decisiones basadas en evidencia. La interpretación de la evidencia adaptada al contexto es un factor importante en la toma de decisiones. La preparación de la emergencia incluye la identificación de estas capacidades científicas y los procedimientos de cómo se integrarán al manejo de la emergencia.
- Incorporar criterios técnicos claros para decisiones como restricciones de movilidad, priorización de vacunas o distribución de recursos sanitarios. La transparencia y democracia pueden reflejarse en cómo se construyen criterios de priorización y se presenta el resultado de este proceso.

c. Comunicación pública clara y coherente

- Diseñar estrategias de comunicación unificada que reduzcan el espacio para la desinformación.
- Capacitar a voceros oficiales en comunicación de riesgo basada en evidencia.
- El periodismo científico es una forma de transmitir la información y tomar decisiones usando otros canales donde la población pueda tener mayor confianza, pues la información de voceros del gobierno puede verse con desconfianza. Contar con medios de comunicación con talento humano formado en comprender los aspectos científicos, entender la evidencia y transmitirla de forma clara tiene un enorme potencial para generar confianza en las decisiones en el manejo de la emergencia.

Creemos que la pandemia mostró que la confianza social —influenciada por la transparencia y democracia— es un factor determinante para el cumplimiento de las medidas complejas (e.g. cuarentenas) o la vacunación.

d. Promover modelos de gobernanza más inclusivos y colaborativos

La calidad de la democracia también se expresa en la capacidad de articular distintos actores: gobiernos subnacionales, academia, sector privado y sociedad civil. Por eso se recomienda:

- Institucionalizar espacios de gobernanza intersectorial para emergencias.
- Fomentar acuerdos políticos de largo plazo que protejan la planificación sanitaria de la polarización.
- Asegurar la participación de comunidades en la formulación de planes de preparación y respuesta.

3. Adaptación de los sistemas de salud

En cuanto a la adaptación de los sistemas de salud, se sugiere que los países puedan contar con sistemas robustos de atención de emergencias sanitarias, con estructuras y recursos plenamente definidos y enmarcados en lineamientos globales (como los establecidos por organismos como la Organización Mundial de la Salud) y regionales (como las guías dadas por la Organización Panamericana de la Salud), preparados para proveer:

- a.** Liderazgo y gestión de la situación (en términos económicos, políticos y sociales), para toma de decisiones eficaces, oportunas y eficientes, encabezados por los líderes de gobierno (Presidencia, Ministerios de Salud), reconociendo el papel preponderante de los tomadores de decisiones desde ámbitos sociales y económicos.
- b.** Toma de decisiones estratégicas y acciones operativas basadas en aspectos técnicos y transmitidas con transparencia, fortaleciendo la confianza de la población hacia las instituciones.
- c.** Desarrollar procesos pedagógicos y de comunicación pertinentes, coherentes, efectivos y oportunos, que favorezcan la adherencia a las medidas implementadas por las instituciones de gobierno.
- d.** Vigilancia epidemiológica para monitorización de la situación, basada en indicadores comparables con otros países, que permitan la adaptación de las respuestas según la variación de la situación.
- e.** Ampliación de las capacidades instaladas en los recursos humanos en las autoridades nacionales y locales.

- f. Capacidad para la ampliación de la prestación de servicios de salud, en entornos que garanticen calidad y seguridad en la atención de los pacientes, acorde al desarrollo de las situaciones, para atender la demanda.
- g. Acceso oportuno a vacunas y desarrollo de procesos de vacunación seguros, oportunos, de calidad, eficientes y efectivos.

A continuación se amplía cada una de los ítems enunciados.

a. Liderazgo y gestión de la situación

- Establecer un proceso de liderazgo colaborativo entre países, que incluya una plataforma estructurada para diálogos de alto nivel entre Presidentes y Ministros que favorezcan la toma de decisiones conjuntas.
- De ser necesario, establecer un marco normativo regional para facilitar las acciones conjuntas.
- Definir claramente una cadena de mando, de tal manera que no se generen orientaciones y decisiones contradictorias entre diferentes actores, por tanto los roles y los alcances de los líderes deben ser descritos con anticipación.
- Contar con centros nacionales de manejo de situaciones de emergencia sanitaria en cada uno de los países y alineados entre sí y con las acciones coordinadas de la Organización Panamericana de la Salud.
- Favorecer la transparencia y la rendición de cuentas de tales sistemas para mantener la confianza de la población en las decisiones de las diferentes instituciones.

El liderazgo para el manejo de la situación puede variar en el espectro de un liderazgo participativo a un liderazgo autocrático:

- El liderazgo autocrático, que entrega órdenes y directrices a ser cumplidos sin posibilidad de objeción, es útil para el momento de las crisis en las que deben tomarse medidas impopulares pero necesarias como los aislamientos obligatorios. En estos casos es importante mantener una comunicación oportuna y eficaz para garantizar que la mayoría de la población entienda la razón que se encuentra detrás de tales decisiones y los beneficios palpables de seguir las recomendaciones dadas.
- El liderazgo participativo es útil mientras se analicen los diferentes puntos de vista que podrían no ser obvios para el gobierno y sus instituciones, así como cuando las decisiones afectan de manera seria a algunos actores de la sociedad. En todo caso, los mecanismos de participación deben ser organizados estructurados y basados en evidencia, para garantizar una toma de decisiones informada y analizada.

b. Toma de decisiones estratégicas y acciones operativas basadas en refrendo a nivel global, que favorezcan los aspectos técnicos y sean transmitidas con transparencia, fortaleciendo la confianza de la población hacia las instituciones

- Incrementar el gasto del PIB relacionado con la inversión en el fortalecimiento de los sistemas de salud de la región, considerando los países de referencia y las condiciones propias de la región, priorizando la atención primaria y la salud pública.
- Establecer plataformas de colaboración en Hispanoamérica, para compartir información del avance de las situaciones en cada uno de los países, basadas en los hallazgos de los sistemas de vigilancia epidemiológica, así como información técnica relevante.
- Monitorear las condiciones internacionales, contemplando las decisiones adoptadas por organismos globales como la Organización Mundial de la Salud y referentes regionales como la Organización Panamericana de la Salud, y referenciar el avance de información de los diferentes países de referencia fuera de la región (Estados Unidos, Canadá, Japón, entre otros).
- Generar espacios organizados de participación con las comunidades científicas y académicas de manera que puedan colaborar con la respuesta a las necesidades propias de cada momento y entorno.
- Promover entornos de confianza por parte de los gobiernos y las instituciones, relacionadas principalmente con la participación activa de la comunidad, para que reciban de primera mano información y participen en las decisiones que correspondan según el grado de responsabilidad.
- Comunicar las decisiones de las instituciones en entornos de confianza, basadas en evidencia comprobable y analizada bajo criterios técnicos fundamentados. Esta es la base de la construcción de la confianza.

c. Desarrollar procesos pedagógicos y de comunicación pertinentes, coherentes, efectivos y oportunos, que favorezcan la adherencia a las medidas implementadas por las instituciones de gobierno

Al igual que para las labores de toma de decisiones se requiere experticia, es necesario contar con expertos en comunicación del riesgo y pedagogía para favorecer la interacción con la población en las acciones preventivas y de abordaje de la situación de emergencia. Como mínimo, en los procesos comunicativos debe tenerse en mente:

- La población a la cual va dirigida la información, incluyendo sus niveles de alfabetización, sus creencias, intereses y miedos que puedan afectar la comunicación.

- El mensaje a transmitir. que debe ser corto, claro, efectivo y oportuno, y debe generar la información suficiente para que la población pueda tomar decisiones informadas, principalmente de autoprotección.
- Los canales de comunicación adecuados, que deben ser masivos y amplios -para abarcar las diferentes poblaciones-, confiables y de aceptación por parte de la mayoría de la comunidad, incluidos planes de formación en colegios, universidades y sitios de atención primaria en salud incluidas farmacias comunitarias.
- La respuesta que se espera de la comunicación, entendiendo que el autocuidado es un factor determinante para el avance o el retroceso de las situaciones de emergencia sanitaria.

Por otra parte, es importante que, de forma constante y anticipada a la emergencia, se refuerce la comunicación y la información a la población de múltiples temas de interés que pueden considerarse como alfabetización sanitaria, Entre los tópicos a transmitir se encuentran: principios epidemiológicos de la transmisión de enfermedades, identificación temprana de casos y acciones de autocuidado, acciones para el control de epidemias, uso seguro de vacunas, farmacovigilancia, y manejo de problemas de salud mental y emocional.

Así mismo, es importante enseñar a la población sobre el control de la infodemia, para lo cual es importante informar sobre cuales son las fuentes de información confiables que pueden consultar en caso de emergencias sanitarias, cómo comprobar las fuentes y ser crítico frente a lo transmitido, y cuando difundir o no la información.

d. Vigilancia epidemiológica para monitorización de la situación, basada en indicadores comparables con otros países, que permitan la adaptación de las respuestas según la variación de la situación

- En primera instancia, el sistema de vigilancia epidemiológica debe contar con los recursos (financieros, humanos, tecnológicos, entre otros) para lograr la captación de la información relevante al momento de una emergencia sanitaria. Por tanto, el fortalecimiento de los mismos es indispensable antes de que se genere una nueva situación de interés en salud pública de manera regional o global.
- El fortalecimiento de los sistemas debe incluir cada uno de los 3 subsistemas: de captación de información, de análisis de información y de intervención, según las prácticas epidemiológicas de mayor evidencia del momento.

- El subsistema de captación de información deberá establecer de manera inmediata y estandarizada las definiciones de casos probables, sospechosos y confirmados, especialmente en coordinación con instituciones como la Organización Mundial de la Salud. Las vías para captar la información deberán estar completamente definidas a través de los sistemas usuales de vigilancia, y a través de unidades centinelas que se activen al momento de las emergencias para favorecer la captación activa de eventos.
- El subsistema de análisis de información deberá estar alineado con los estándares internacionales, considerando el avance de las condiciones según la información existente. En este sentido, es importante contar con la participación de sociedades científicas y académicas para movilizar el conocimiento y ofrecer análisis multicausales, que promuevan una visión integral de la situación. Una condición ideal sería contar con un comité de expertos que pueda ser convocado ante situaciones de emergencia, según las necesidades de cada caso. Dados los desarrollos actuales es posible incluir procesos de análisis basados en IA que permitan detectar patrones de avance en el número de casos para limitar el número de casos a brevedad.
- Por último, el subsistema de intervención, que ofrezca las directrices para abordar la problemática, debe considerar la evolución de la situación y estar atento a los resultados de otras unidades de análisis de referencia internacional, para promover con coordinación la toma de decisiones y la implementación de acciones.
- En todo caso, los resultados del sistema de vigilancia deberían ser de acceso abierto a la población, en los ítems en que sea indispensable y en lenguajes apropiados, para favorecer la transparencia.
- Las acciones operativas para la mitigación de la emergencia deben considerar las condiciones propias de los entornos y el avance de la problemática, de tal manera que los riesgos se controlen por medio de acciones inmediatas.
- La situación ideal es que los países se integren bajo una red de vigilancia epidemiológica, integrada por todos los países, donde compartan información de manera estandarizada y tomen decisiones de manera conjunta.
- Los sistemas de vigilancia deberán enfocarse en la detección temprana de casos y la intervención oportuna para reducir el avance de la problemática.
- Se debe fomentar el fortalecimiento del talento humano, incluida la disponibilidad de epidemiólogos e infectólogos para la toma de decisiones temprana.

e. Ampliación de las capacidades instaladas en los recursos humanos en las autoridades nacionales y locales.

Los resultados muestran que uno de los factores que limitó la respuesta en varios países iberoamericanos fue la limitada capacidad operativa en las autoridades sanitarias. Las capacidades técnicas de las autoridades no son fáciles de evaluar, tanto a nivel nacional como subnacional. Las diferencias en la calidad de los datos, en la oportunidad de la vigilancia epidemiológica y en la gestión territorial de las medidas de control parecen ser un reflejo de las variaciones en las capacidades del recurso humano disponible.

Durante la pandemia, muchos países dependieron de equipos reducidos, sobrecargados y, en ocasiones, con formación heterogénea. Esto afectó la toma de decisiones, la implementación de políticas y la articulación entre niveles de gobierno. Es probable que los países que contaban con equipos técnicos fortalecidos, estructuras estables y personal entrenado en gestión de emergencias, mostraran respuestas más consistentes, especialmente en planificación, comunicación de riesgo, logística de vacunación y monitoreo epidemiológico.

A partir de estos hallazgos, la ampliación de capacidades humanas debe ser una prioridad estratégica. Esto implica:

- **Formar y retener equipos especializados** en epidemiología, análisis de datos, vigilancia genómica, logística sanitaria, comunicación de riesgo y gestión territorial.
- Desarrollar **programas permanentes de capacitación**, no sólo reactivos sino integrados a la estructura institucional de ministerios y secretarías de salud.
- Fortalecer las **unidades territoriales** para que las decisiones se adapten a las realidades locales sin perder alineación con las políticas nacionales.
- Profesionalizar y estabilizar los cargos críticos, reduciendo la rotación asociada a ciclos políticos.
- Crear equipos de respuesta rápida con competencias técnicas claras y protocolos interoperables entre niveles de gobierno.

f. Capacidad para el fortalecimiento y la ampliación de la prestación de servicios de salud, en entornos que garanticen calidad y seguridad en la atención de los pacientes, para atender la demanda, acorde a los resultados de los sistemas de vigilancia epidemiológica

- Fortalecer las capacidades actuales de cada uno de los países, con el incremento de la prestación de servicios en entornos que garanticen calidad y seguridad en la atención de los pacientes. Es importante generar planes de fortalecimiento a mediano y largo plazo de parte de cada uno de los países, tanto para los centros de atención primaria en salud, como para centros hospitalarios y de atención en cuidados intensivos, según las capacidades de cada país y las demandas reales. Así mismo, es posible crear modelos de conversión de camas según necesidades particulares.

- Establecer planes de respuesta ante emergencias para el incremento de la prestación de servicios de salud que incluyan:
- Incremento de servicios ambulatorios y de atención primaria: Es adecuado planear y establecer la prestación de servicios desde centros de atención primaria, distribuidos principalmente en regiones vulnerables o de difícil acceso, que presten servicios para la detección temprana de casos. Por tal motivo, es indispensable que haya disponibilidad de pruebas de diagnóstico y se establezcan las acciones para el control de casos y prevención de la generación de brotes de la enfermedad.
- Incremento de servicios hospitalarios y de cuidado intensivo: Para esto es importante conocer de antemano los espacios donde se puede generar infraestructura para la atención de la emergencia y los mecanismos para su implementación, incluidos los procesos de construcción y montaje de los espacios, garantizando el cumplimiento de las normas de habilitación. Es importante considerar no solo la infraestructura hospitalaria, sino también el equipamiento indispensable para su funcionamiento, así como los recursos para cubrir estas necesidades y la producción de los mismos.
- **Abastecimiento de elementos de protección personal, pruebas diagnósticas, medicamentos y dispositivos médicos:** Contar con las tecnologías sanitarias suficientes para la atención de la emergencia.
 - Respecto a las pruebas diagnósticas para la detección de la enfermedad, la región podría contemplar un desarrollo en términos de investigación y desarrollo para lograr establecer mecanismos para su producción. En caso de no poder desarrollar estas labores, será indispensable establecer acuerdos con proveedores de otras regiones para garantizar la disponibilidad de tales pruebas.
 - En términos de medicamentos, los países podrían tener una producción coordinada de los productos necesarios para la atención, por lo cual es deseable que se cuente con listados esenciales para la atención de emergencias y los mecanismos para su obtención, así como listados de medicamentos como alternativas terapéuticas en caso de desabastecimiento. Los procesos de producción de medicamentos y vacunas deberían ser estimulados en la región con el objetivo de cubrir las necesidades de los diferentes países bajo modelos de autonomía sanitaria.
 - Dispositivos médicos y equipos biomédicos: De igual manera, se requiere establecer mecanismos para la producción, uso adecuado y disposición final adecuada de estas tecnologías.

- Fortalecimiento de los aspectos logísticos para la atención de la emergencia: Se requiere definir las labores logísticas necesarias para la atención de la emergencia que incluyan reservas estratégicas y la adopción de tecnologías de trazabilidad (blockchain o códigos QR) para mejorar la eficiencia y reducir pérdidas.

Se sugiere contar con acuerdos de cooperación entre países para movilizar personal sanitario y equipamiento en caso de ser necesario.

- Considerar que los profesionales de la salud estén trabajando en condiciones técnicamente apropiadas y seguras en los ámbitos físico, mental y emocional. Contar con bases de datos de profesionales de la salud que se encuentren en roles diferentes a las labores clínicas, para que pudieran suplir la necesidad de talento humano en caso de ser requerido.
- Favorecer la atención de patologías diferentes a la causante de la emergencia: Es clave promover el manejo preventivo de patologías crónicas y, adicionalmente, durante la atención de la emergencia garantizar que los pacientes mantengan la atención en sus patologías concurrentes.

g. Acceso equitativo y uso adecuado de Vacunas

- Aunque Latinoamérica no se caracteriza por la innovación y desarrollo de productos biológicos, después de la pandemia varios países han considerado favorecer la producción de vacunas, fortaleciendo la infraestructura para desarrollar procesos de llenado y terminación de productos. Estas iniciativas requieren de apoyo gubernamental en cuanto a la inversión de recursos, el favorecimiento de la producción y el trabajo conjunto entre países para optimizar el manejo de los recursos.
- Obtención de registros sanitarios de productos bajo condiciones de emergencia. En caso de no contar con la posibilidad de producción es importante considerar acciones de compra conjunta de vacunas para el acceso efectivo al producto. En este caso los países requieren una articulación en términos de necesidades a cubrir y disponibilidad de recursos a invertir. Las agencias regulatorias deberán desarrollar mecanismos de expeditos de registro sanitario, autorización de la comercialización y uso de los productos para minimizar los tiempos de acceso a los productos.
- De igual manera, se requieren protocolos de procesos de vacunación estandarizados y que garanticen calidad y seguridad, reconociendo las realidades de cada entorno, las necesidades de las diferentes poblaciones y la capacidad de respuesta de los diferentes gobiernos.

- Un elemento relevante es el seguimiento a efectos adversos de manera eficiente y el fortalecimiento de la farmacovigilancia, que permita contar con información certera y actualizada sobre la seguridad de los productos utilizados. Para esto se requiere el fortalecimiento de las capacidades actuales de las diferentes agencias regulatorias, y la implementación de procesos de farmacovigilancia activa en casos de emergencias. Lo ideal sería contar con aplicativos móviles para la captación de la información y análisis.

Fortalezas y limitaciones de la investigación

Fortalezas

Las principales fortalezas del estudio incluyen:

- Revisión exhaustiva de las variables que pudieran influir en la respuesta, relacionadas con los determinantes sociales.
- Las variables seleccionadas son aquellas cuya fuente evidenció ser estandarizada, formal y confiable.
- Verificación de fuentes oficiales para los diferentes países.
- Análisis estadístico uni y bivariado, que permitió determinar en qué casos se consideraba una relación estadísticamente significativa entre las variables observadas y las variables de desenlace, en particular el exceso de mortalidad.
- Revisión de cada variable y argumentación de una posible explicación de los cambios en la variable de desenlace.
- Se abordaron variables transversales que pudieron influir en la respuesta. Entre ellas, sociodemográficas, socioeconómicas, de protección social y de capacidad y resiliencia de los sistemas de salud.
- Se presentan recomendaciones globales generadas a partir del análisis realizado, las cuales pueden ser adoptadas por los países, empezando con una preparación que debería realizarse antes de cualquier riesgo.

Limitaciones

Dentro de las principales limitaciones del estudio se encuentran:

- La información recolectada depende de fuentes secundarias, dado que es bastante difícil encontrar la información estandarizada directamente de la base de datos de los países.
- En el caso de algunos países no fue posible contar con la información, en especial Honduras, Venezuela, El Salvador, Panamá, Cuba, Nicaragua y República Dominicana; estos países presentaron problemas en la calidad de la información o ausencia de reporte de casos, muertes o acceso e implementación de vacunas, que impidieron incluirlos en algunos análisis.
- Que hubiera datos no disponibles (o de baja calidad) podría afectar la robustez de algunos resultados.

Destacado

- Gracias al análisis estadístico realizado, se lograron describir los determinantes sociales de la salud de los países iberoamericanos sobre la estructura demográfica y territorial, determinantes políticos, socioeconómicos, de protección social y del sistema de salud.
- Fue posible describir la evolución de la pandemia por COVID-19 en los países iberoamericanos, se recolectó la información para describir la cronología del primer caso de COVID-19 y la respuesta institucional de inicio de la vacunación, así como los principales resultados en términos de morbilidad y mortalidad.
- Se analizaron los determinantes sociales de la salud y su relación con la propagación y gravedad de la pandemia en Iberoamérica, considerando aspectos como la distribución por edad, género, ubicación geográfica, grado de urbanización, condiciones de vivienda, nivel educativo y acceso a la protección social a nivel nacional.
- Se formularon las recomendaciones de política pública orientadas a fortalecer los sistemas sociosanitarios y de protección social en Iberoamérica, para aportar a la preparación ante futuras pandemias y prevenir con mayor resiliencia efectos similares.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. [Internet]. OMS; 2008 [cited 2023 Sep 6]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
2. International Labour Organization. Our World in Data. Share of workers informally employed in non-agricultural workplaces. 2025 [cited 2025 Jun 4]. Share of workers informally employed in non-agricultural workplaces. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/informal-employment-of-total-non-agricultural-employment?tab=table&time=2022>
3. Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Gavrilov D, Giattino C, et al. Our World in Data. Muertes por coronavirus (COVID-19). 2024 [cited 2025 Jun 5]. Coronavirus (COVID-19) Deaths. Available from: <https://ourworldindata.org/covid-deaths#article-citation>
4. Mathieu E, Ritchie H, Rodés-Guirao L, Appel C, Gavrilov D, Giattino C, et al. Our World in Data. COVID-19. 2024 [cited 2025 Jun 5]. Excess mortality during the Coronavirus pandemic (COVID-19). Available from: <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid#article-citation>
5. World Bank Group. DataBank. 2025 [cited 2025 Jun 4]. Population estimates and projections. DataBank. Available from: <https://databank.worldbank.org/source/population-estimates-and-projections#>
6. UNDP. Our World in Data. Human Development Index UNDP. 2025 [cited 2025 Jun 4]. Human Development Report – with minor processing by Our World in Data. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/human-development-index?time=latest>
7. World Bank, OECD. Our World in Data. GDP per capita In constant US\$ – World Bank|. 2025 [cited 2025 Jun 5]. GDP per capita. World Bank and OECD (2025) – with minor processing by Our World in Data. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/gdp-per-capita-worldbank-constant-usd?tab=table&time=2020..latest>
8. Alkire, Kanagaratnam, Suppa. Our World in Data. Multidimensional Poverty Index (MPI) Most recent year. 2025 [cited 2025 Jun 5]. The Global Multidimensional Poverty Index (MPI) 2024 with minor processing by Our World in Data. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/multidimensional-poverty-index-mpi?tab=table>

9. World Bank Poverty and Inequality Platform. Our World in Data. Data Income inequality: Gini coefficient. 2024 [cited 2025 Jun 5]. Income inequality: Gini coefficient. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/economic-inequality-gini-index?time=2022&country>
10. International Labour Organization, World Bank. Our World in Data. Unemployment rate. 2025 [cited 2025 Jun 5]. Unemployment rate, 1991 to 2023. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/unemployment-rate?tab=table>
11. Unesco, Institute for Statistics. Our World in Data. Adult literacy rate. 2025 [cited 2025 Jun 5]. Adult literacy rate. The share of adults aged 15 and older who can both read and write. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/literacy-rate-adults?tab=chart&time=2021..latest>
12. Global Health Security Index. Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis [Internet]. 2021 [cited 2025 May 5]. Available from: <https://ghsindex.org/>
13. World Health Organization, International Bank for Reconstruction and Development, editors. Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global Monitoring Report. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
14. Transparency International. Transparency.org. 2025 [cited 2025 May 7]. Corruption perceptions Index. Available from: <https://www.transparency.org/en/>
15. Economist Intelligence. Economist Intelligence Unit. 2020 [cited 2025 May 7]. Democracy Index. Available from: <https://www.eiu.com/n/campaigns/democracy-index-2020/>
16. Gentilini U. Cash transferers in pandemic times: evidence, practices, and implications from the largest scale up in history [Internet]. Washington D.C.: World Bank Group; 2022 [cited 2025 May 16]. Available from: <http://documents.worldbank.org/curated/en/099800007112236655>
17. OMS. World Bank Open Data. 2023 [cited 2025 May 18]. Gasto nacional en salud del gobierno general per cápita, PPA (dólares internacionales corrientes). Available from: <https://databank.worldbank.org>
18. Our World in Data. Our World in Data. 2025 [cited 2025 Jun 5]. Share of people who completed the initial COVID-19 vaccination protocol. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/share-people-fully-vaccinated-covid>
19. IHME. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2025 [cited 2025 Jun 5]. COVID-19 Projections. Available from: <https://covid19.healthdata.org/>

20. Antoñanzas Serrano A, Gimeno Feliu LA. Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. *Rev Clin Med Fam.* 2022;15(1):12–9.
21. Rojas-Botero ML, Mujica OJ, Avellaneda X, Cáceres C, Castro A, Cox AL, et al. No seguir ciegos a la equidad: lecciones por aprender de la pandemia de COVID-19 en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2024 Sep 16;48:1.
22. CEPAL. El desafío social en tiempos del COVID-19 [Internet]. CEPAL; 2020 [cited 2024 Nov 21]. Available from: <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/01568fdc-9a77-4394-a792-079160eca4ec>
23. Banco Mundial, Plataforma sobre Pobreza y Desigualdad. World Bank Open Data. 2025 [cited 2025 May 24]. Índice de Gini. Available from: <https://data.worldbank.org>
24. WHO Global Influenza Programme, World Health Organization. Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document. 2009;60.
25. World Health Organization. Strengthening the health workforce for emergency preparedness and response. Geneva: WHO; 2021.
26. Global Health Security Index. 2021 Global Health Security Index Report. Washington, DC: Nuclear Threat Initiative/Johns Hopkins University; 2021.
27. Almeida G, Báscolo E. The impact of COVID-19 on local public health capacities in Latin America. *Rev Panam Salud Publica.* 2021;45:e123.
28. Garrido M, Lipsic E, Tobar F. Public health workforce gaps and challenges during the COVID-19 pandemic in Latin America. *Lancet Reg Health Am.* 2022;9:100234.
29. Franco S, Rodríguez H. Decentralization, institutional capacity, and heterogeneous pandemic responses in Latin America. *Health Policy Plan.* 2022;37(8):951–60.
30. Kluge H, Jakab Z. Building resilient public health workforce capacities after COVID-19. *Lancet.* 2021;398(10307):475–
31. AS/COA. How Many Vaccines in Latin America Came from COVAX? New York: Americas Society/Council of the Americas; 2022.
32. Pan American Health Organization (PAHO). COVAX Delivers 100 Million COVID-19 Vaccine Doses in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: PAHO; 2022.
33. Pan American Health Organization (PAHO). COVID-19 Vaccination Timelines in Latin America. Washington, DC: PAHO; 2021.

34. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Ortiz-Ospina E, et al. COVID-19 Data Explorer. Our World in Data. 2020–2022.
35. Pan American Health Organization (PAHO). Colombia Receives First COVAX Shipment of Pfizer Vaccines. Washington, DC: PAHO; 1 March 2021.
36. Gavi, the Vaccine Alliance. Bolivia Receives First COVAX AstraZeneca Shipment. Geneva: Gavi; 2021.
37. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Recepción de dosis mediante el mecanismo COVAX. Buenos Aires: MSN; 2021.
38. Ministerio de Salud de Costa Rica; Organización Panamericana de la Salud. First COVAX Delivery of AstraZeneca Vaccines to Costa Rica. San José/Washington, DC; 2021.
39. Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Adquisición de vacunas COVID-19: contratos bilaterales y cronograma de entrega. Buenos Aires: MSN; 2021.
40. Ministerio de Salud de Panamá. Informe oficial de adquisición y recepción de vacunas COVID-19. Ciudad de Panamá: MINSA; 2021.
41. Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). Portafolio de vacunas contra COVID-19: acuerdos bilaterales y entregas del mecanismo COVAX. Bogotá: MSPS; 2021.
42. UNICEF. COVID-19 Vaccine Donations Delivered through COVAX to Latin America and the Caribbean. New York: UNICEF; 2021–2022.
43. United States Agency for International Development (USAID). COVID-19 Vaccine Donations to Latin America and the Caribbean. Washington, DC: USAID; 2021–2022.
44. Gavi, the Vaccine Alliance. COVAX Delivers Its 1 Billionth Dose. Geneva: Gavi; January 2022.
45. AstraZeneca; mAbxience; Liomont. Regional COVID-19 Vaccine Production Agreement for Latin America. 2021.

Executive summary

The study analyses how social, economic, institutional and health determinants influenced the severity of the COVID-19 pandemic in Ibero-American countries. Using comparable data for 22 countries and a social epidemiology approach, it identifies that structural inequalities, labour informality, institutional fragility and weaknesses in health systems explain much of the differences in excess mortality observed during 2020 and 2021.

The study employed an ecological analytical design, based exclusively on publicly available secondary sources for the 22 Ibero-American countries. Demographic, socioeconomic, political, health, and social protection data were integrated from open sources such as Our World in Data, the World Bank, UN-UNDP, WHO, ILO, Transparency International, The Economist Intelligence Unit, and specialised databases on multidimensional poverty, health expenditure, and vaccination coverage. The analysis included descriptive statistics, cross-country comparisons, excess mortality estimates, bivariate analyses and multivariate models, as well as dimensional reduction (PCA) and clustering techniques to identify regional patterns and their relationship to the severity of the pandemic. This approach made it possible to characterise the structural differences between countries and assess how social and institutional determinants influenced the observed health outcomes.

Key findings

1. Deep structural inequalities

Countries show significant differences in income, human development, urbanisation, education and multidimensional poverty. These inequalities affected the ability of governments to implement restrictions, protect incomes and guarantee access to essential services. High levels of informal employment in Central America and parts of South America limited the effectiveness of lockdown measures, forcing millions to continue working in person.

2. Institutional fragility and loss of confidence

Between 2020 and 2022, democracy and transparency indices deteriorated in most countries. Institutions with lower credibility faced greater difficulties in clearly communicating health measures and generating social adherence to them. The combination of low transparency and weak democratic strength was associated with higher excess mortality.

3. Health systems with limited capacity

Healthcare funding, infrastructure, and human talent varied widely between countries. Public spending on health did not increase steadily during the pandemic, and out-of-pocket spending remained high. The Global Health Security Index (GHSI) declined in most countries, indicating that, despite the experience gained during the pandemic, structural capacities did not improve sufficiently.

4. Unequal social protection

The cash transfer programmes implemented to mitigate the impact of the pandemic had very different coverage rates: from more than 70% of households in Peru and Guatemala to less than 2% in Mexico and Portugal. This heterogeneity conditioned the real possibility of families complying with distancing measures without losing essential income.

5. Marked differences in epidemiological trends and vaccination

The start of vaccination and the initial availability of doses showed significant asymmetries. Countries with early access to large volumes were able to reduce morbidity and mortality more quickly and normalise social activity.

The study shows that the pandemic did not act on a "blank slate", but rather on unequal societies and health systems with disparate capacities. The observed mortality reflects multiple layers of accumulated vulnerability: income inequality, informality, institutional weakness, insufficient health financing and structural limitations in social protection.

Key recommendations

1. Strengthen social protection

- Expand coverage and amounts of cash transfers to the maximum possible values.
- Promote labour formalisation and income protection as a form of preparation and response.
- Reduce territorial gaps in access to services and economic support.

2. Strengthen health governance

- Institutionalise real-time transparency mechanisms.
- Establish clear, consistent and evidence-based public communication.
- Strengthen data-informed decision-making.

3. Consolidate resilient health systems

- Increase public health funding in a sustained manner.
- Improve epidemiological surveillance, diagnosis and response capacity.
- Expand infrastructure, human talent and critical services.

Key words: COVID-19, pandemics, social determinants of health, health inequities, mortality, excess mortality, health policy, social protection, public health, Ibero-America

Anexo. Fuentes de información específicas.

Dominio / País	Fuente de información	Enlace
Población indígena		
Andorra	Censo 2022	https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2022_poblacion_indigena.pdf
Argentina	Censo 2012	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población indígena por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4968&area_id=2581
Bolivia	Censo 2023	https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2023/dados-do-censo-2022-revelam-que-o-brasil-tem-1-7-milhao-de-indigenas
Brasil	Censo 2017	https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/genero/documentos-de-analisis/documentos/radiografia-de-genero-pueblos-originarios-chile2017.pdf
Chile	Censo 2018	DANE. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.pdf
Colombia	Censo 2012	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población indígena por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4968&area_id=2581
Costa Rica	na	
Cuba	Censo 2022	https://www.censoecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2023/10/Presentación_Nacional_1ºentrega-4.pdf
Ecuador	Censo 2007	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población indígena por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4968&area_id=2581
El Salvador	na	
España	Censo 2018	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población indígena por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4968&area_id=2581

Dominio / País		Fuente de información	Enlace
Población indígena			
Guatemala	Censo 2013		CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población indígena por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4968&area_id=2581
Honduras	Censo 2020		CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población indígena por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4968&area_id=2581
México	Censo 2005		CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población indígena por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4968&area_id=2581
Nicaragua	Censo 2022		https://www.inec.gob.pa/panbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=LP2023
Panamá	Censo 2022		https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/documento/237/Resultados-Finales-Censo-Indigena.pdf
Paraguay	Censo 2017		CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población indígena por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4968&area_id=2581
Perú	na		
Portugal	Censo 2022		Porcentaje de población de 12 años y más reconocida como indio o india por el informante https://one.gob.do/datos-y-estadisticas/temas/censos/poblacion-y-vivienda/2022/
República Dominicana	Censo 2011		CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población indígena por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4968&area_id=2581
Uruguay	Censo 2011		CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población indígena por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4968&area_id=2581
Venezuela	Censo 2022		https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2022_poblacion_indigena.pdf

Dominio / País	Fuente de información	Enlace
Población afrodescendiente		
Andorra	sd	
Argentina	Censo 2022	https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2022_poblacion_afrodescendiente.pdf
Bolivia	Censo 2012	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población afrodescendiente por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4969
Brasil	Censo 2023	https://www.gov.br/igualdaderacial/pt-br/composicao/secretaria-de-gestao-do-sistema-nacional-de-promocao-da-igualdade-racial/diretoria-de-avaliacao-monitoramento-e-gestao-da-informacao/informativos/Informe-edicao-censo-demografico2022.pdf
Chile	Censo 2017	https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/04a0d697-6cc5-4fae-9e55-ecdc84b6e339/content
Colombia	Encuesta de calidad de vida 2018	https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/informe-resultados-comunidades-narp-cnpv2018.pdf
Costa Rica	Censo 2012	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población afrodescendiente por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4969
Cuba	Censo 2012	http://www.cubadebate.cu/noticias/2014/04/16/cuba-en-numeros-lo-que-el-censo-nos-dejo/
Ecuador	Censo 2022	https://www.censoecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2023/10/Presentación_Nacional_1ºentrega-4.pdf
El Salvador	Censo 2007	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población afrodescendiente por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4969
España	sd	El Instituto Nacional de Estadística (INE) no recoge datos sobre la pertenencia o diversidad étnica de las personas

Dominio / País	Fuente de información	Enlace
Población afrodescendiente		
Guatemala	Censo 2018	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población afrodescendiente por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4969
Honduras	Censo 2013	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población afrodescendiente por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4969
México	Censo 2020	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población afrodescendiente por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4969
Nicaragua	Censo 2005	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población afrodescendiente por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4969
Panamá	Censo 2022	https://www.inec.gob.pa/panbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=LP2023
Paraguay	Censo 2012	http://informacionpublica.paraguay.gov.py/portal/#!/ciudadano/solicitud/5024
Perú	Censo 2017	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población afrodescendiente por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4969
Portugal	Encuesta de Condiciones de Vida, Origen y Trayectorias de la Población Residente, INE Portugal, 2021	Encuesta de Condiciones de Vida, Origen y Trayectorias de la Población Residente, INE Portugal, 2021
República Dominicana	Censo 2022	Proporción de población de 12 años y más reconocida como negra(o), morena(o) o mulata(o) por el informante https://one.gob.do/datos-y-estadisticas/temas/censos/poblacion-y-vivienda/2022/
Uruguay	Censo 2011	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población afrodescendiente por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4969
Venezuela	Censo 2022	CEPAL. CEPALSTAT. Porcentaje de población afrodescendiente por área de residencia. https://statistics.cepal.org/portal/databank/index.html?lang=es&indicator_id=4969

Dominio / País	Fuente de información	Enlace
Fecha de introducción de la primera vacuna contra el COVID-19		
Todos los países iberoamericanos excepto Cuba	Organización Mundial de la Salud. WHO COVID Dashboard	https://data.who.int/dashboards/covid19/vaccines
Cuba	Nota de prensa	https://www.reuters.com/article/world/americas/inyeccin-de-cuba-genera-esperanzas-en-el-inicio-de-la-vacunacin-masiva-por-covidUSKBN2CT2RT/
Fecha del primer caso confirmado de COVID-19		
Andorra	Ministeri de Salut	https://www.uitb.cat/wp-content/uploads/2021/06/02-cristina-royo_mireia-garcia.pdf
Argentina	Ministerio de Salud	https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-confirma-el-primer-caso-de-coronavirus-en-el-pais#:~:text=El%20caso%20fue%20notificado%20por,Salud%20(ANLIS)%20%E2%80%9CDr.
Bolivia	Ministerio de Salud	https://www.minsalud.gob.bo/5361-1erano-pandemia-bolivia
Brasil	Gobierno de Brasil	https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus
Chile	Ministerio de Salud	https://www.gob.cl/noticias/ministerio-de-salud-confirma-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/
Colombia	Ministerio de Salud y Protección Social	https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx#:~:text=Bogot%C3%A1%206%20de%20marzo%20de,una%20paciente%20de%2019%20a%C3%B1os.
Costa Rica	Ministerio de Salud	https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/prensa/42-noticias-2020/400-caso-confirmado-por-covid-19-en-costa-rica
Cuba	Más-Bermejo, et al. (2022)	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667193X22001831
Ecuador	Secretaría General de Comunicaciones de la Presidencia de Ecuador	https://www.comunicacion.gob.ec/se-registra-el-primer-caso-de-coronavirus-en-ecuador/#:~:text=Sin%20embargo%2C%20as%C3%AD%20como%20ya,29%20de%20febrero%20en%20Guayaquil.

Dominio / País	Fuente de información	Enlace
Fecha del primer caso confirmado de COVID-19		
El Salvador	Alvarado & Méndez (2021)	https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-02012021000100121
España	Secretaria General de Sanidad	https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200224.Preguntas_respuestas_COVID-19.pdf
Guatemala	OPS	https://www.paho.org/es/noticias/13-3-2020-se-confirma-primer-caso-covid-19-guatemala#:~:text=El%20Presidente%20de%20la%20Rep%C3%ABlica,13%20de%20marzo%20de%202020.
Honduras	Unicef	https://www.unicef.org/honduras/comunicados-prensa/la-secretar%C3%ADa-de-salud-confirma-los-dos-primeros-casos-de-covid-19-en-el
México	Secretaria de Salud	https://www.gob.mx/salud/prensa/077-se-confirma-en-mexico-caso-importado-de-coronavirus-covid-19#:~:text=El%20primer%20caso%20confirmado%20en,Ciudad%20de%20M%C3%A9xico%20(AICM).
Nicaragua	Nota de prensa	https://www.articulo66.com/2020/03/19/militar-primer-caso-coronavirus-nicaragua/
Panamá	Ministerio de Salud	https://www.minsa.gob.pa/noticia/panama-confirma-primer-caso-de-covid-19#:~:text=Se%20trata%20una%20mujer%20paname%C3%B1a,en%20contacto%20con%20la%20paciente.
Paraguay	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	https://www.mspbs.gov.py/portal/20535/primer-caso-del-nuevo-coronavirus-en-el-paraguay.html
Perú	Ministerio de Salud	https://www.gob.pe/8662-ministerio-desalud-coronavirus-en-el-peru
Portugal	Ferreira-da-Silva, Macedo & Conceição (2022)	https://revistamultidisciplinar.com/index.php/oj/article/view/90/128

Dominio / País		Fuente de información	Enlace
Fecha del primer caso confirmado de COVID-19			
República Dominicana	OPS		https://www.paho.org/es/noticias/1-3-2020-primer-caso-importado-nuevo-coronavirus-confirmado-republica-dominicana#:~:text=Santo%20Domingo%2C%20Rep%C3%ABlica%20Dominicana%2C%201,en%20la%20provincia%20La%20Altagracia .
Uruguay	Ministerio de Salud Pública		https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Informe%20epidemiol%C3%B3gico%20100321_0.pdf
Venezuela	Nota de prensa		https://www.infobae.com/america/venezuela/2020/03/13/coronavirus-confirmaron-el-primer-caso-en-venezuela/

Dominio / País	Fuente de información	Enlace
Fecha del primer caso confirmado de COVID-19		
República Dominicana	OPS	https://www.paho.org/es/noticias/1-3-2020-primer-caso-importado-nuevo-coronavirus-confirmado-republica-dominicana#:~:text=Santo%20Domingo%2C%20Rep%C3%ABlica%20Dominicana%2C%201,en%20la%20provincia%20La%20Altagracia .
Uruguay	Ministerio de Salud Pública	https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Informe%20epidemiológico%20100321_0.pdf
Venezuela	Nota de prensa	https://www.infobae.com/america/venezuela/2020/03/13/coronavirus-confirmaron-el-primer-caso-en-venezuela/



Secretaría General
c/Velázquez, 105. 1.ª planta
28006 Madrid - España
Correo electrónico: sec.general@oiss.org

www.oiss.org

Con el apoyo de:

