



Documentos de políticas  
para el desarrollo No 12

# **Retos de los sistemas de protección social y salud en el marco de la crisis del COVID-19 y a futuro**

# Documentos de políticas para el desarrollo No 12

**Serie:** Iniciativas para la recuperación en la pospandemia

**Título:** Retos de los sistemas de protección social y salud en el marco de la crisis del COVID-19 y a futuro<sup>1</sup>

**Editor:** CAF

Vicepresidencia de Conocimiento

Vicepresidente de Conocimiento, Pablo Sanguinetti

**Autores:**

Guillermo Alves

Lucila Berniell

Dolores de la Mata

Las ideas y planteamientos contenidos en la presente edición son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no comprometen la posición oficial de CAF.

Este y otros documentos sobre la recuperación en la pospandemia se encuentra en: [scioteca.caf.com](http://scioteca.caf.com)

© 2021 Corporación Andina de Fomento Todos los derechos reservados

---

<sup>1</sup> Los autores agradecen los valiosos comentarios y contribuciones de Federico Pena, Cecilia Llambí y Dborah Singer.

## Resumen

En América Latina persisten grandes brechas de acceso y calidad de la protección social a pesar de los avances logrados en las últimas décadas en muchos países de la región. En el contexto de pandemia, esas brechas quedaron más que nunca en evidencia y se demostró una vez más la necesidad de reducirlas. Sin embargo, la ampliación de la protección social de calidad enfrenta dos desafíos muy importantes. Por un lado, la elevada informalidad estructural limita el alcance de los esquemas contributivos e introduce dilemas en el diseño de los esquemas no contributivos. Por otro lado, cubrir las necesidades de protección social requiere en la mayoría de los casos la asignación de recursos fiscales adicionales. A pesar de estos grandes desafíos, existen espacios de mejora vinculados a posibles ganancias de eficiencia en distintas prestaciones de la protección social en la región. Este trabajo recorre el estado actual y los principales obstáculos y oportunidades para la consolidación de tres grandes componentes de la protección social: las transferencias de ingresos a la población vulnerable, los sistemas de pensiones y los de salud.

## Introducción

Luego de las fuertes crisis económicas que atravesaron varios países de América Latina hacia comienzos de la década del 2000, la región retomó el sendero del crecimiento económico, que en muchos casos fue impulsado por el auge en el valor de las materias primas producidas. Este crecimiento fue acompañado por fuertes mejoras en los indicadores sociales<sup>2</sup>. A diferencia de lo observado en la década de 1990, a partir de los primeros años del siglo XXI y durante casi un decenio, la mayoría de los países de la región lograron reducir notablemente las tasas de pobreza y las medidas de desigualdad (Gráfico 1). Al mismo tiempo, varios países ampliaron su cobertura de protección social, fundamentalmente aquella de base no contributiva. En particular, se expandieron los programas de transferencias condicionadas de ingreso, las pensiones no contributivas y las coberturas de salud no contributiva, que mejoraron su calidad y redujeron notablemente el gasto de bolsillo de sus usuarios. Estas áreas del sistema de protección social son hoy de vital importancia en los países de América Latina, ya que cubren fundamentalmente a los trabajadores que se desempeñan en la informalidad. Por supuesto, estos cambios tuvieron su correlato en el aumento del gasto público social, alcanzando hacia 2016 niveles cercanos al 11,5% del PIB para el promedio de los países de la región (Álvarez et al., 2020).

La mejora en los indicadores sociales después del año 2000 tuvo una clara asociación con el crecimiento económico experimentado por los países de la región. El crecimiento fue el gran motor que alimentó tanto la mejora en los ingresos laborales de las familias (que constituyen más del 80% de sus ingresos totales) como la posibilidad de que los Estados incrementasen su gasto público social en transferencias para mejorar los ingresos no laborales de las familias beneficiarias.

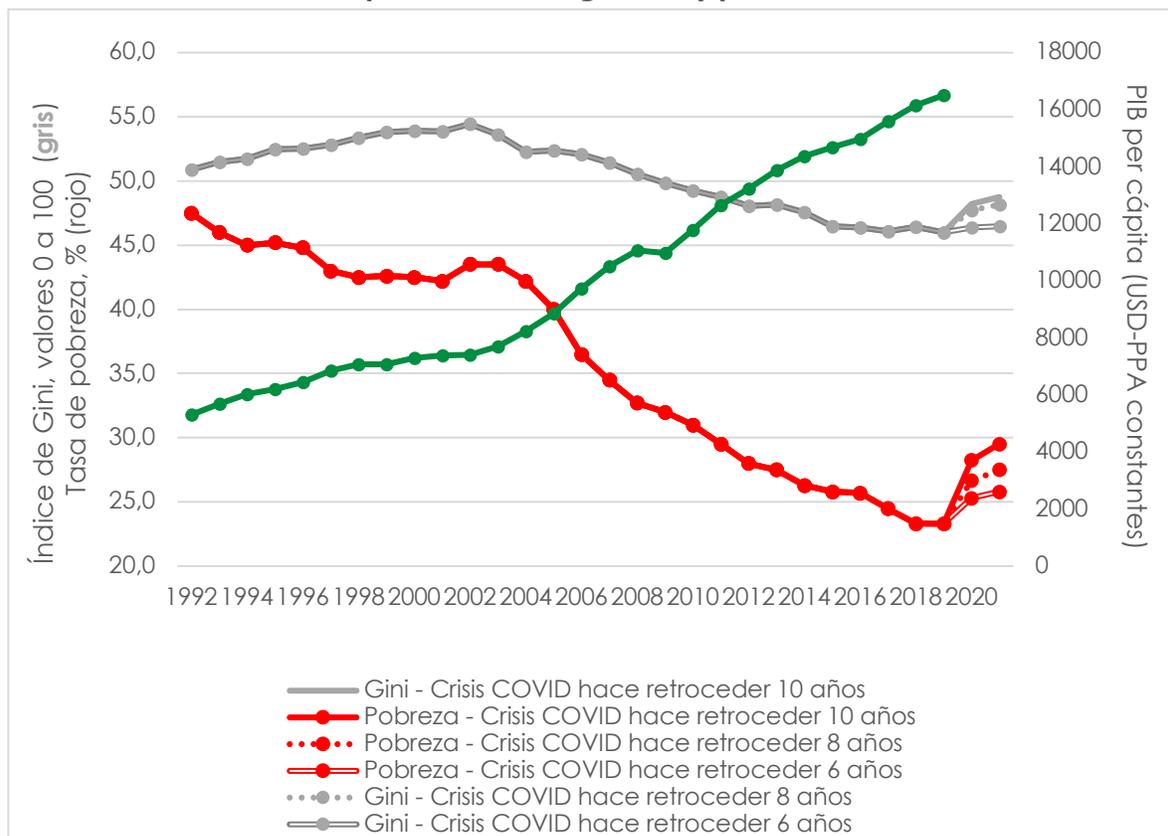
Sin embargo, en los años previos a la pandemia, esas mejoras ya se habían desacelerado. Como se muestra en el Gráfico 1, tanto la caída en la pobreza como en la desigualdad se hicieron más lentas aproximadamente a partir de 2012<sup>3</sup>. Pero este gráfico muestra algo más preocupante aún: las proyecciones sobre el impacto de la crisis del COVID-19 en 2020 y 2021 indican que esta crisis amenaza con llevar a la región a niveles de pobreza y desigualdad observados hace varios años, quizá hasta perder los avances logrados en una década entera.

---

<sup>2</sup> Varios estudios documentan este hecho, entre ellos López Calva y Lustig (2010), Gasparini et al. (2011), Gasparini y Lustig (2011), Gasparini et al. (2016) y Tornarolli et al. (2018).

<sup>3</sup> El patrón de caída acelerada de pobreza y desigualdad desde 2002 hasta 2012 fue típico en los países de América del Sur, que disfrutaron de un período de notable bonanza en los precios de sus exportaciones de materias primas. Una vez revertido este ciclo de precios, desde 2013, las mejoras en los indicadores sociales se desaceleraron en esa parte del continente. Lo contrario se observó en países como México y los de América Central, que son importadores netos de materias primas (Busso y Messina, 2020).

**Gráfico 1. Pobreza y desigualdad en América Latina, promedios 1992-2019 y algunos escenarios posibles en desigualdad y pobreza hasta 2021**



Nota: Valores promedio (no ponderados) para países de América Latina con información disponible durante el período de análisis en las fuentes utilizadas.

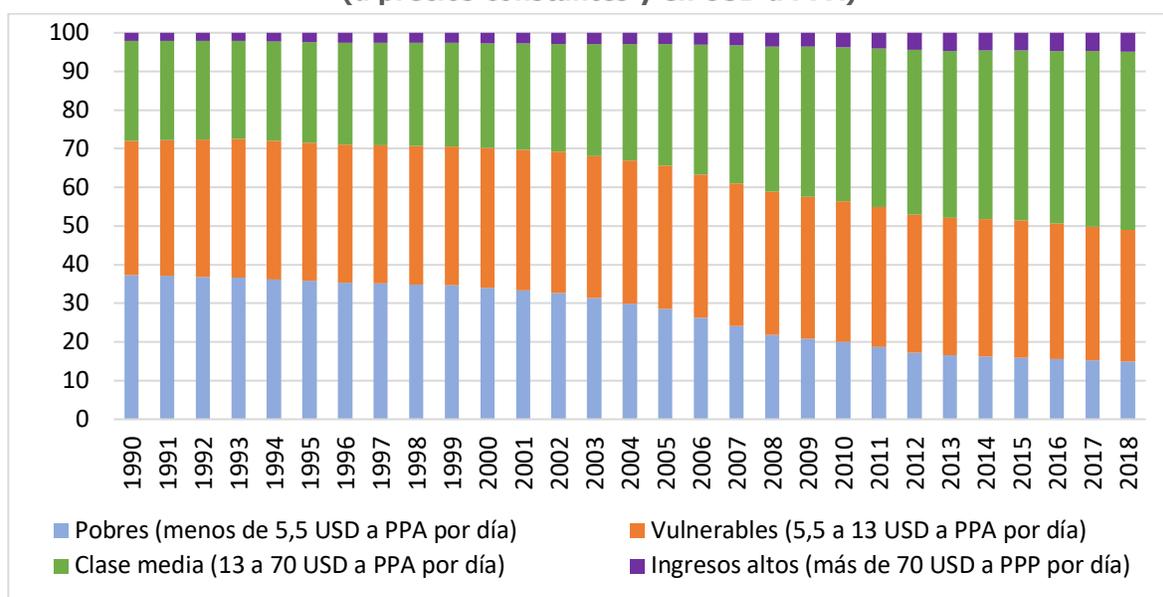
Fuente: Elaboración propia con base en datos de SEDLAC (CEDLAS y Banco Mundial) y Banco Mundial (2020c).

La desaceleración en la disminución de la tasa de pobreza observada en los años previos al COVID-19 y su posible incremento con la crisis de la pandemia tienen muchos factores en común. Si bien durante los años 2000 la región logró avances que redujeron la cantidad de personas muy pobres (con ingresos diarios inferiores a USD 5,5 a paridad de poder adquisitivo [PPA]), la fracción de personas económicamente vulnerables (con ingresos de entre USD 5,5 y 13 a PPA por día) se ha mantenido estable en alrededor de un tercio de la población total desde el comienzo de los años noventa (Gráfico 2). Los factores que hacen que la porción de población vulnerable en la región no disminuya de un tercio son de naturaleza profunda y exceden por tanto el papel que los ciclos económicos juegan sobre ciertos indicadores sociales. Algunos de estos factores son también los que han puesto en jaque el bienestar de muchas familias durante la crisis del COVID-19: i) los altos niveles de informalidad laboral<sup>4</sup>; ii) el limitado acceso a formación de capital humano de calidad, lo cual se ha traducido

<sup>4</sup> La informalidad laboral en América Latina ha sido abordada en varios Reportes de Economía y Desarrollo elaborados por la Dirección de Investigaciones Socioeconómicas de CAF (RED 2013, RED 2016, RED 2018 y RED 2020).

en un estancamiento en las habilidades cognitivas y socioemocionales de la población (Berniell et al., 2016); iii) la baja calidad de vida en las ciudades, especialmente para los grupos más desventajados socialmente (Daude et al., 2017); y iv) los sistemas de protección social, que en la región son de baja calidad, están fuertemente fragmentados y reciben crecientes presiones debido a tendencias demográficas y tecnológicas (Álvarez et al., 2020). Mientras los tres primeros puntos exceden el alcance de este documento y serán tratados en otras notas de esta serie, es importante destacar que la parte que aquí interesa, la protección social y los sistemas de salud, se encuentra muy marcada por la informalidad, la baja calidad del capital humano y la urbanización disfuncional que caracterizan a gran parte de los países de la región.

**Gráfico 2. Distribución de la población en cuatro grupos de ingresos monetarios diarios (a precios constantes y en USD a PPA)**



Nota: Promedios simples para Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.  
Fuente: Elaboración propia con base en PovCalNet (Banco Mundial).

## El tamaño del gasto público social en la región

La tendencia al crecimiento en el gasto social en América Latina se inició de manera consistente hace unas tres décadas y se aceleró en la primera década del siglo XXI. Según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), entre 1994 y 2016 el gasto social del gobierno central pasó del 9,2 % al 11,5 % del PIB. Pero el gasto social no solo se incrementó en términos del PIB, sino que además ganó peso dentro del gasto público total, pasando de representar menos del 46 % a casi el 54 % del gasto total del gobierno central. Cabe destacar que la definición de gasto social incluye también al gasto en educación, además del asociado a la protección social (pensiones y otras transferencias) y del gasto en salud<sup>5</sup>. El gasto en protección

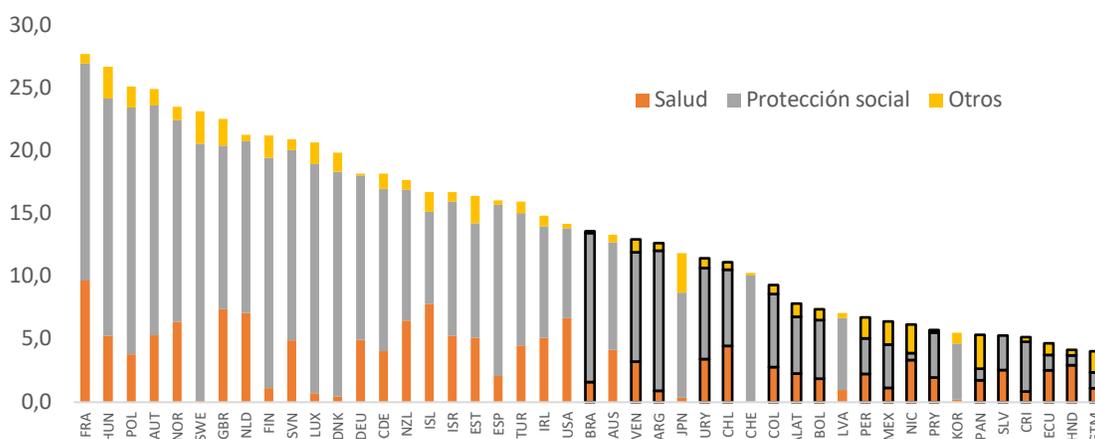
<sup>5</sup> En esta nota se deja de lado el gasto en educación, ya que ese tema es tratado en una nota complementaria.

social es el componente más importante del gasto social: en América latina representa casi el 40 % del gasto social del gobierno central. Dentro del gasto en protección social, destaca notablemente el pago de pensiones.

A pesar de este crecimiento, el gasto social en los países de la región aún es menor que en países más desarrollados. Mientras que en los países de la OCDE el gasto social del gobierno central en protección social, salud y «otros» supera en promedio el 18 % del PIB, para la región apenas alcanza el 8 % (Gráfico 3)<sup>6</sup>. Las diferencias se explican tanto por un menor gasto en salud como en protección social, aunque las diferencias son mayores para este último rubro, en el que los países de la OCDE superan en unos 6 puntos porcentuales el gasto promedio en América Latina. Cabe destacar que estas diferencias no tienen en cuenta que la población latinoamericana es más joven que la de la mayoría de los países de la OCDE.

La experiencia internacional muestra que el gasto social en términos del PIB tiende a incrementarse a medida que los países aumentan su PIB per cápita. Esto implica que los países de la región no necesariamente tienen un gasto social bajo dado su PIB per cápita. Por otro lado, la importancia del gasto social es muy heterogénea entre los países de la región. Brasil, Venezuela, Argentina, Uruguay y Chile son, en ese orden, los países con mayor gasto en protección social y salud en términos del PIB, con valores por encima del 10 %, considerando los gastos ejecutados por el gobierno central. En el otro extremo se encuentran los países de América Central y Ecuador, con valores que rondan el 5 % del PIB.

**Gráfico 3. Gasto social en protección social, salud y «otros» del gobierno central por países (% PIB)**



Nota: No incluye el gasto subnacional.

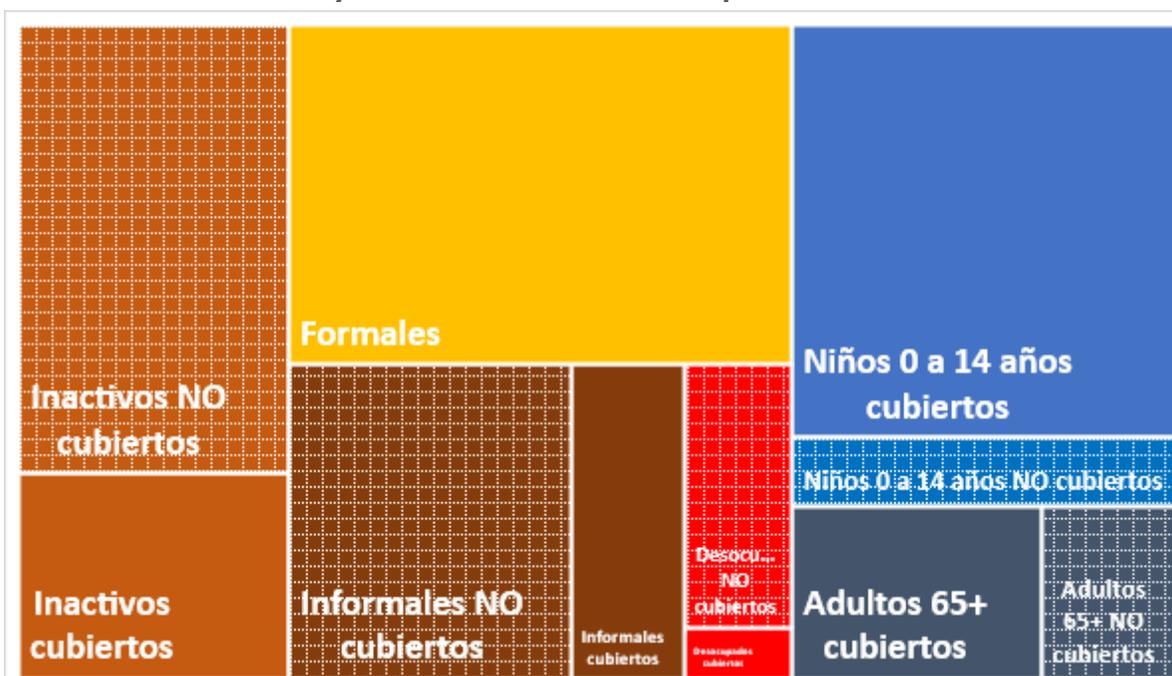
Fuente: FMI (2020) para países de la OCDE; CEPAL (2016) para países de América Latina.

<sup>6</sup> El rubro «otros» incluye gasto dirigido a protección del medio ambiente, vivienda y servicios comunitarios, y ocio, cultura y religión.

## Sistemas de protección social incompletos y el flagelo de la informalidad

La protección social puede dividirse en contributiva y no contributiva, según su cobertura dependa o no de las contribuciones realizadas por trabajadores y empleadores formales. Dentro de las prestaciones contributivas se encuentran aquellas destinadas a los trabajadores formales activos y a sus familias (indemnización, aguinaldo, vacaciones, salud), así como las pensiones que tienen como condición haber realizado aportes durante la vida laboral activa. Por el lado no contributivo, se encuentran algunos tipos de pensiones y las transferencias de la asistencia social, que usualmente se focalizan en la población más vulnerable.

**Gráfico 4. Distribución de la población latinoamericana según su estado en el mercado laboral y si recibe o no cobertura de protección social**



Nota: Valores promedio (ponderados por población) para los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay. La definición de cubierto o no cubierto tiene en cuenta la cobertura de al menos uno de los siguientes tipos de transferencias: asistencia social (transferencias monetarias o en especie), seguridad social (pensiones contributivas y no contributivas), o seguros de desempleo. Las áreas cuadrículadas representan el porcentaje de la población que no está cubierto por ninguna de las anteriores transferencias. El año de la información es circa 2018.

Fuente: Elaboración propia con base en OIT (2020), SEDLAC (CEDLAS y Banco Mundial, 2020) y la base del Banco Mundial (2020c).

Como se muestra en el Gráfico 4, antes de la crisis del COVID-19, la protección social alcanzaba aproximadamente a dos tercios del total de la población de la región. Es decir, a la llegada de la pandemia, un poco más de un tercio de los latinoamericanos (240 millones) no estaba cubierto por los sistemas de protección social. El Gráfico 4 también adelanta un tema crucial en la discusión sobre los déficits de la protección social en América Latina: el gran tamaño de la fuerza laboral en condición de informalidad. Como se discute en las notas complementarias dentro de esta misma serie, la informalidad sigue siendo muy alta en la región y tiene mayor incidencia entre

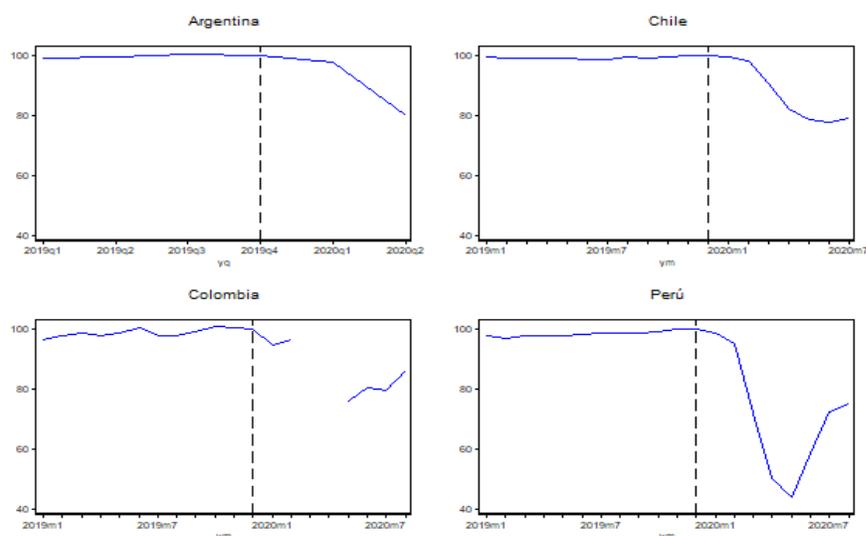
los trabajadores de menor calificación. Estos altos niveles de informalidad fueron un doble problema al producirse la pandemia y la consiguiente crisis, ya que las actividades típicamente informales (por ejemplo, gran parte del comercio minorista) fueron muy golpeadas por las medidas para frenar el contagio y muchos de sus trabajadores se encontraban en ese momento fuera del radar del Estado, motivo por el que fue muy difícil la tarea de hacerles llegar ayudas económicas de subsistencia. Estos aspectos se discutirán en los siguientes apartados.

## El desplome de ingresos durante la crisis del COVID-19

Como se muestra en el Gráfico 5, la pandemia de la COVID-19 generó fuertes caídas en el empleo y, por lo tanto, una disminución dramática en los ingresos de muchas familias. En todos los países, las caídas en la tasa de empleo de la población de 15 a 64 años de edad fueron enormes respecto al último dato disponible para 2019. En el momento más álgido del parón económico generado por la pandemia, la caída de dicha tasa fue cercana al 20 % en Argentina, Chile y Colombia y superior al 50 % en Perú (datos solo para Lima). Por otro lado, el Gráfico 6 muestra que las mayores caídas se dieron en el empleo informal en Argentina, Chile y Perú, mientras que en Colombia el descenso es similar en el empleo formal e informal.

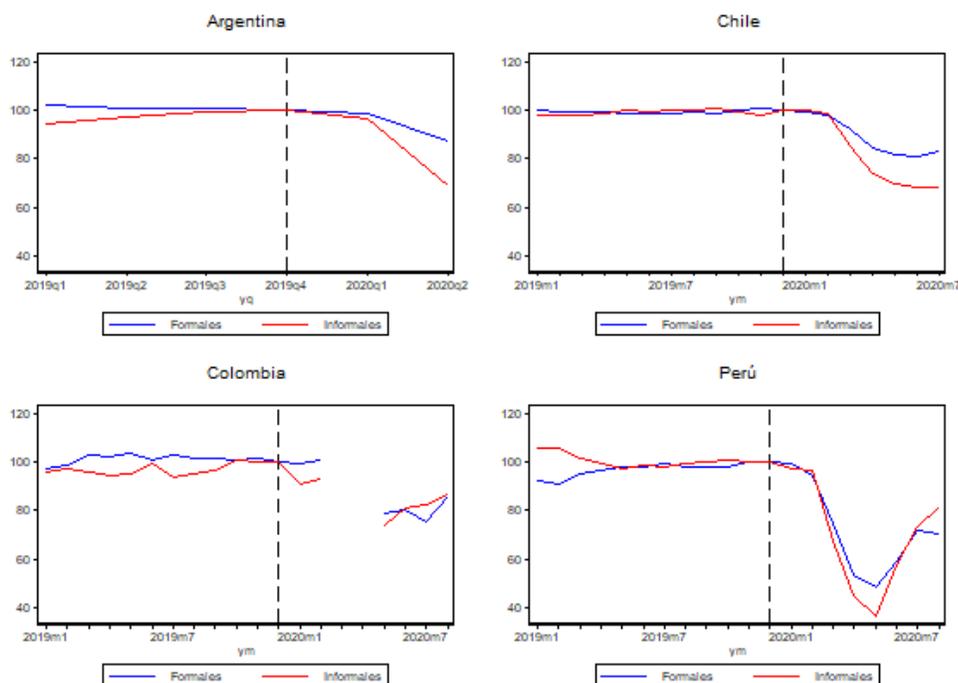
La pérdida de empleo estuvo lejos de ser pareja entre subgrupos de población. Los más afectados por la pérdida de ingresos laborales fueron los jóvenes, las mujeres y los menos educados (Gráficos A.1, A.2 y A.3 en el Apéndice). Por ejemplo, la caída en el empleo de los jóvenes fue del orden del 40 % (entre el 15 % y el 20 % para adultos) en Argentina, Chile y Colombia. En el caso de Perú, la caída para los jóvenes fue de casi el 70 % (50 % para adultos) en el momento más crítico. Cabe destacar que una parte importante de estos retrocesos en las tasas de empleo de la población de 15-64 años se deben a reducciones fuertes en las tasas de participación laboral, especialmente entre los jóvenes y las mujeres.

**Gráfico 5. Tasa de empleo de la población de 15-64 años, normalizada a la tasa de empleo observada hacia fines de 2019 (fines de 2019 base=100)**



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas de hogares y laborales de los países.

**Gráfico 6. Evolución de las tasas de empleo formal e informal en relación con las mismas tasas observadas hacia fines de 2019 (fines de 2019 base=100)**



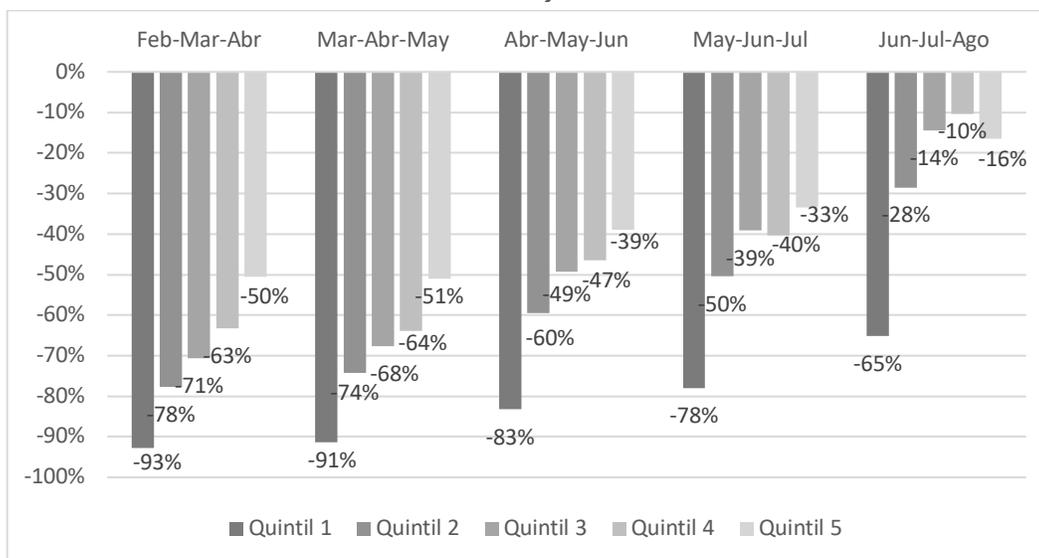
Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas de hogares y laborales de los países.

Las drásticas caídas en el empleo implicaron que una cantidad sin precedentes de hogares de la región perdieran de manera casi repentina su fuente habitual de ingresos. Como puede apreciarse en el Gráfico 7, en el área metropolitana de Lima la disminución de ingresos recayó de manera sustancial entre los trabajadores de los quintiles más bajos de la distribución salarial<sup>7</sup>. Comparando la situación de empleo de un mismo conjunto de trabajadores en los primeros meses de la crisis respecto a un año antes, más del 90 % de aquellos que se ubican en el quintil más bajo habían perdido sus empleos, en contraste con alrededor del 50 % de los trabajadores del quintil más alto.

Lamentablemente, a esta pérdida de empleo se suma el hecho de que las familias que han perdido sus ingresos no cuentan con suficientes ahorros o con niveles de inclusión financiera que permitan el uso del crédito para sobrepasar la crisis. Adicionalmente, en los siguientes apartados se muestra cómo las caídas en los ingresos no pudieron ser totalmente compensadas por los esfuerzos que los países desplegaron en términos de ayudas y transferencias.

<sup>7</sup> El panel rotativo de la Encuesta Permanente de Empleo de Perú (EPE) releva información en trimestres móviles para el área metropolitana de Lima y permite evaluar cómo cambió la fracción de ocupados en cada quintil de la distribución de ingresos laborales respecto al trimestre abril-mayo-junio de 2019.

**Gráfico 7. Cambios en el empleo de los trabajadores pertenecientes a distintos quintiles de la distribución de ingresos salariales en el 2º trimestre de 2019, para trimestres móviles entre febrero y agosto de 2020, en Perú (Área Metropolitana de Lima)**



Fuente: Con base en microdatos de la EPE.

## Los sistemas de transferencias de ingreso a los más vulnerables

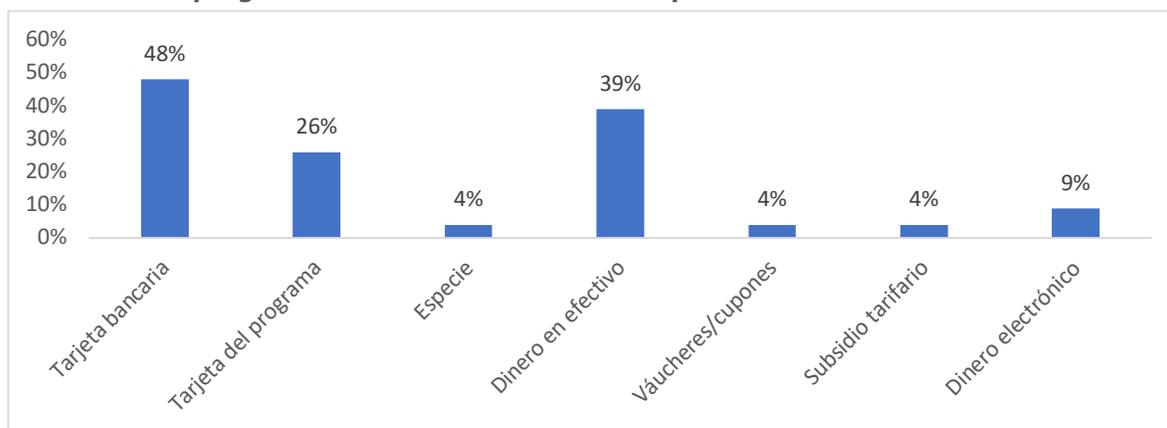
En este apartado se analizan las principales características de los programas de transferencias no contributivas (exceptuando pensiones) en América Latina que se focalizan en las poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad social. Estos programas tienen como gran protagonista las denominadas transferencias condicionadas de ingreso (TCI), que se generalizaron en la región a partir de los primeros años del presente siglo y luego se expandieron paulatinamente en términos de cobertura y tamaño de los beneficios en la mayoría de los países.

El Gráfico 8 presenta una visión sucinta del estado de los principales programas de transferencias no contributivas (23 en total) en 15 países de América Latina. En el eje horizontal se muestra la amplitud de la cobertura de los programas en términos de población total, incluyendo como cubiertos a quienes reciben la transferencia (cobertura directa) y a sus familiares (cobertura indirecta). En el eje vertical se muestra el tamaño del beneficio anual medido como porcentaje del PIB per cápita en cada país. Por último, el tamaño de las burbujas representa la tasa de pobreza en el país medida por la línea de pobreza de USD 5,5 diarios (medidos en PPA). De este gráfico se desprende que muchos de los programas de transferencias no contributivas en la región tienen una amplia cobertura, como el Bono Juancito Pinto en Bolivia o Bolsa Familia en Brasil, pero hay importantes diferencias en esta dimensión, así como en el tamaño de los beneficios. Adicionalmente, el gráfico informa sobre los países donde la cobertura dista mucho de ser generalizada entre la población más vulnerable. Esto sucede en los casos en que los dos ejes presentan valores relativamente bajos pero el tamaño de la burbuja es grande, como, por ejemplo, en el caso del programa PATH en Jamaica.



países analizados, estas transferencias cuestan en promedio menos del 0,25 % del PIB. En segundo lugar, el tipo de focalización difiere bastante entre programas. Por ejemplo, 4 de cada 10 programas analizados utilizan pruebas indirectas de ingreso familiar (*proxy-means tested*), como aquellas que se derivan de la evaluación de la calidad de la vivienda y la posesión de bienes durables. Aunque en 19 de los 23 programas se usa algún tipo de registro administrativo para definir la elegibilidad, en 8 de los 23 casos se requiere levantar información primaria para decidir la elegibilidad final. Estos requerimientos fueron extremadamente difíciles de satisfacer en los momentos más graves de la pandemia en 2020, especialmente debido a las fuertes medidas de distanciamiento social impuestas. En tercer lugar, en cuanto a las condicionalidades, casi 9 de cada 10 programas requieren algún tipo de corresponsabilidad por parte de los beneficiarios, las cuales usualmente se refieren a educación (74 % de los programas), salud (22 %), documentación (13 %), alimentación o nutrición (4 %) y capacitación o acciones en el mercado laboral (26 %). Por último, los 23 programas estudiados difieren también en aspectos clave relativos a la forma de entrega del beneficio, tal como se resume en el Gráfico 9.

**Gráfico 9. Mecanismo de entrega de las transferencias antes de la pandemia en 23 programas de transferencias en 15 países de América Latina**



Nota: Los programas analizados son los mismos que en el Gráfico 8.  
Fuente: Elaboración propia.

La crisis del COVID-19 impuso una necesidad urgente de modificar los programas de transferencias en los dos ejes que relaciona el Gráfico 8: la cantidad de beneficiarios (eje horizontal), que hubo que expandir de manera amplia y rápida, y la magnitud de las asistencias (eje vertical). Este doble desafío fue especialmente importante en aquellos países donde la fracción de personas que no recibía ningún tipo de prestaciones de la protección social (que para la región es un tercio de la población, ver Gráfico 4) era muy elevada y para aquellos donde el monto de las transferencias era demasiado bajo.

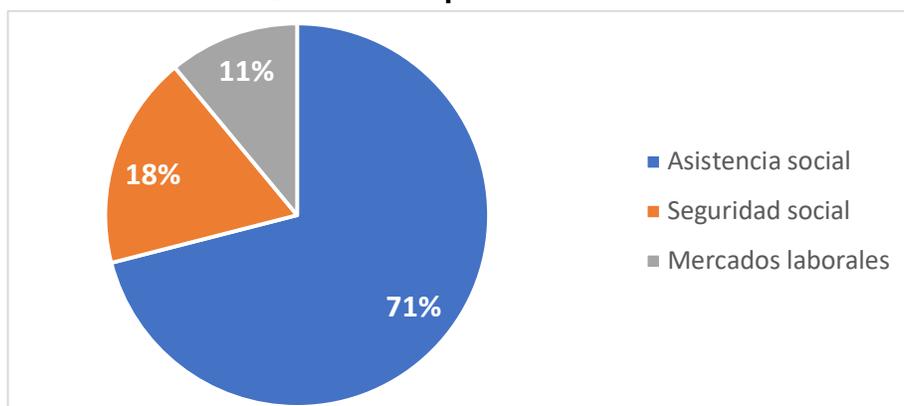
Sin embargo, la ampliación de la cobertura y de los montos de los programas de transferencias no fueron los únicos desafíos. La forma en la que se distribuían los beneficios asociados a estos programas fue en muchos casos un escollo adicional a sortear durante la etapa de fuerte de distanciamiento social. Esto se debió a que, como se observa en el Gráfico 9, una fracción nada despreciable de las ayudas se entregaban en efectivo (39 %). Cabe destacar, no obstante, la importancia que tienen las tarjetas electrónicas, tanto bancarias como propias del programa, en la distribución

de las transferencias. Sin embargo, durante la etapa del primer confinamiento masivo, los problemas asociados al funcionamiento de los sistemas que usan tarjetas estuvieron a la orden del día y los bajos niveles de inclusión y educación financiera de las poblaciones más vulnerables impidieron la implementación de soluciones rápidas (Banco Mundial, 2020a). Esto repercutió en que muchas familias sufrieran demoras en la recepción de las ayudas que, en ausencia de pandemia y confinamiento, hubieran recibido normalmente con la asistencia de los promotores de los programas sociales o con la asistencia en persona recibida en entidades bancarias.

### Transferencias generadas en respuesta a la crisis

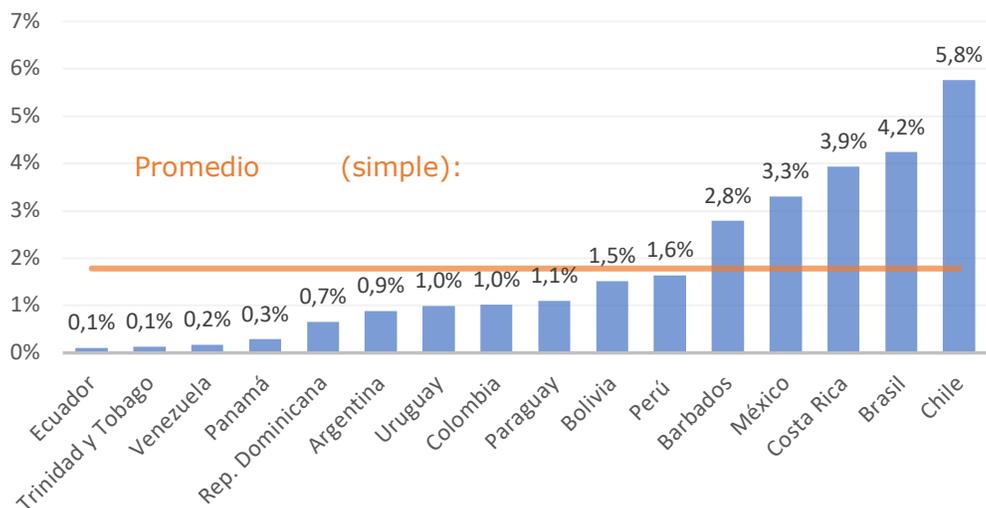
La urgencia en asistir a las familias que perdieron sus fuentes de ingreso habituales debido al COVID-19 motivó en todo el mundo medidas extraordinarias de protección social. Estas medidas pueden agruparse en tres frentes principales: transferencias no contributivas, programas basados en las coberturas de seguridad social (reducción de aportes, seguros de desempleo, licencias por motivos de salud) y programas vinculados a los mercados laborales (subsidios al salario, reducción de jornadas laborales, entrenamiento para el trabajo, cambios en regulaciones laborales). Mientras en el mundo desarrollado predominaron las medidas basadas en los sistemas de seguridad social y las relacionadas con mercados laborales, en América Latina la mayoría (70 %) de las medidas se dieron en la esfera de la asistencia social a través de transferencias de ingresos no contributivas a personas pobres y vulnerables (Gráfico 10). En términos de los montos de estas transferencias, los países han dedicado en promedio el 1,8 % del PIB, pero con muy marcadas diferencias entre países: mientras Chile y Brasil destinaron el 5,8 % y el 4,2 % del PIB, respectivamente, países como Ecuador, Trinidad y Tobago y Venezuela destinaron menos del 0,2% del PIB (Gráfico 11).

**Gráfico 10. Distribución del tipo de programas implementados en países de América Latina en respuesta a la crisis**



Fuente: Elaboración propia con base en Gentilini et al. (2020).

**Gráfico 11. Gasto en transferencias (% del PIB) para sostener los ingresos de las familias en países de la región**

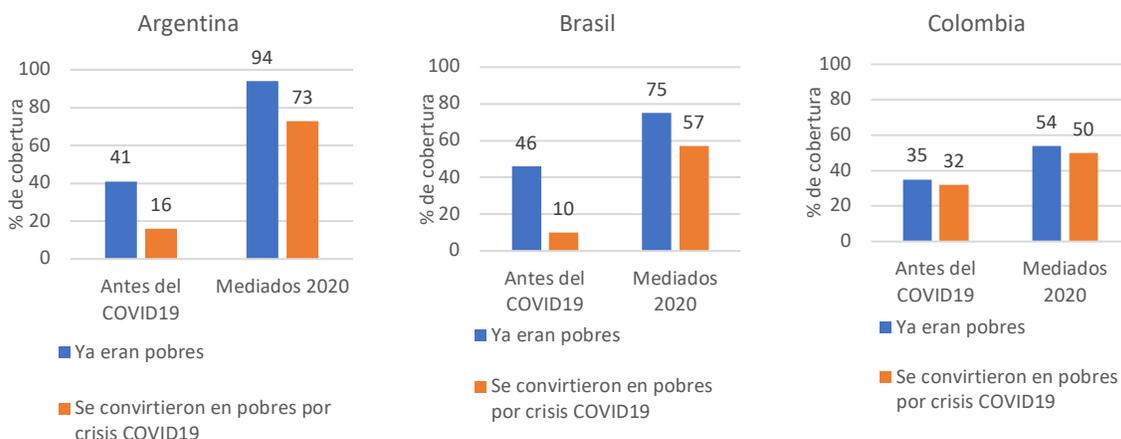


Fuente: Elaboración propia con base en el monitor de «Medidas compensatorias de política económica para enfrentar el COVID-19», preparado por la Dirección de Estudios Macroeconómicos (DEM) de CAF (datos actualizados a octubre de 2020).

Las respuestas de los países en la región a las necesidades sociales que disparó el COVID-19 fueron entonces muy dispares. El Gráfico 12 muestra las fuertes expansiones en cantidad de beneficiarios para los casos de Argentina y Brasil, la cual se extendió no solo entre personas que ya eran pobres antes de la pandemia, sino también entre aquellas que se convirtieron en pobres debido al desplome de los ingresos generado por la pandemia. Para el caso de Brasil, el Recuadro 1 analiza detalles adicionales de estas ayudas, que incluyen la descripción del muy generoso tamaño de la transferencia. Por su parte, el Recuadro 2 analiza el caso del Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) en Argentina, que apuntó a cubrir a una población que usualmente no recibe este tipo de asistencias y que en parte explica el gran salto de cobertura evidenciado en el Gráfico 12 para el grupo de personas que no eran pobres antes del COVID-19 (la cobertura pasó del 16 % en 2019 al 73 % en 2020). Adicionalmente, los esfuerzos por ampliar las coberturas en Colombia (tercer panel en el Gráfico 12) fueron también importantes, aunque llegaron a menos población que en Argentina y Brasil. El Recuadro 3 señala las dificultades que las autoridades colombianas debieron sortear en términos de identificación de los potenciales beneficiarios haciendo uso de la información que tenían disponible en el momento de la llegada del COVID-19. Esta tarea no fue sencilla e involucró armar especialmente un nuevo sistema de información que vincula datos de distintos registros administrativos y encuestas sociales en una única base, desde la cual focalizar la asistencia a familias vulnerables, y que usó como punto de partida el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén)<sup>9</sup>. Este recuadro también señala la experiencia similar por la que atravesó Perú.

<sup>9</sup> El Sisbén es un sistema del Departamento Nacional de Planeación que, a través de un puntaje, clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas.

**Gráfico 12. Expansión de la cobertura de transferencias no contributivas en respuesta a la crisis en Argentina, Brasil y Colombia**



Nota: El grupo «Se convirtieron en pobres por crisis COVID-19» está conformado por individuos que no estaban en condición de pobreza antes de 2020, pero que sí entraron en esa situación como consecuencia de la crisis de la pandemia. Se trata, por lo tanto, de poblaciones vulnerables a quienes la coyuntura convirtió en pobres de acuerdo con la definición por ingresos monetarios.

Fuente: Blofield et al. (2020).

### Recuadro 1. La gran expansión de las transferencias en Brasil

Para poder expandir la cobertura de las transferencias no contributivas en las primeras semanas de la pandemia en Brasil, el Congreso activó los debidos procesos legales para permitir un importante desvío presupuestario respecto de las metas para 2020. Una parte de estas expansiones se concentró en adherir nuevas familias (aproximadamente 1,2 millones) a la lista de beneficiarios de Bolsa Família. Adicionalmente, se creó un ambicioso plan de nuevas transferencias que se denominó Auxilio Emergencial. Este plan se focalizó en trabajadores asalariados informales, microempresarios y desempleados. Inicialmente, los montos asociados a este programa fueron muy elevados en comparación con las asignaciones usuales del programa Bolsa Família. Por ejemplo, en su primera etapa de aplicación, una madre jefa de familia llegaría a recibir R\$ 1.200, mientras que el resto de los beneficiarios recibiría R\$ 600. Como referencia, el salario mínimo era de R\$ 1.040 en ese momento. Los montos fueron luego decreciendo con las sucesivas expansiones temporales del plan. Otra característica distintiva de este plan es que operó por medio de la Caixa Econômica Federal (CEF, o simplemente Caixa), una institución financiera que es, además, la de mayor tamaño entre las instituciones de propiedad enteramente pública en América Latina.

El Auxilio Emergencial se planteó una muy exigente meta de alcanzar a cerca de un tercio de la población (unos 66 millones de personas), la cual se logró gracias a las características de los programas sociales preexistentes, especialmente Bolsa Família, que permitieron ejecutar los pagos oportunamente, aprovechando la capilaridad de la banca pública y las oficinas de pagos (como casas de loterías). También fue de gran utilidad, para la focalización, la utilización de los registros de población vulnerable (principalmente el Cadastro Único), los cuales se han consolidado notablemente desde hace unas dos décadas como elemento central de la política de transferencias sociales en Brasil.

Además, se tendieron varios canales para la incorporación de nuevos beneficiarios, que incluyeron una aplicación para celulares, una página web y las postulaciones a través de agencias de correos a nivel nacional. Todas las postulaciones pasaban luego por mecanismos de fiscalización, que determinaban la elegibilidad real con base en el cruce de grandes bases de datos administrativos, que son gestionadas por una empresa pública de base tecnológica

(DataPrev). Un factor más que contribuyó al éxito de la ampliación de la cobertura de transferencias en Brasil fue la disponibilidad de canales de pago alternativos, que incluyeron los usuales de Bolsa Família (tarjetas de Bolsa Família, cuentas en Caixa y tarjetas sociales), pagos por medio de cuentas ya existentes en el Banco de Brasil o la Caixa, en cualquier otro banco brasileño que se hubiera registrado durante la inscripción o mediante pagos a través de la apertura digital de cuentas de ahorro. Estas innovaciones pueden implicar mejoras no necesariamente buscadas por el programa de emergencia, como impulsar una mayor inclusión financiera.

Fuente: Elaboración propia con base en López (2020) y Banco Mundial (2020b).

### **Recuadro 2. El desafío de focalizar y atender a poblaciones con distintos grados de vulnerabilidad: el abanico de medidas en Argentina**

Argentina implementó una variedad de ayudas con la intención de asistir a familias que ya eran pobres antes de la pandemia y a aquellas que perdieron o vieron peligrar seriamente sus fuentes de ingresos como consecuencia de la crisis sanitaria. Se trató de un conjunto de medidas que debieron enfocarse en poblaciones diferentes y para las que se usaron herramientas también diferenciadas. Por un lado, para la porción más vulnerable de las familias con niños y adolescentes en el hogar, se incrementó temporalmente el monto del principal programa de transferencias condicionadas de ingreso (Asignación Universal por Hijo [AUH]). Adicionalmente, y como parte de un programa denominado Argentina contra el Hambre, que se lanzó antes de la pandemia, en diciembre de 2019, se implementó un programa de transferencias de ingresos etiquetadas (Tarjeta AlimentAR, para alimentos y artículos de higiene y limpieza) por montos similares a los de la AUH, pero solo para hogares con niños de hasta seis años de edad.

El Gobierno nacional también lanzó un ambicioso plan de asistencia temporal de ingresos (Ingreso Familiar de Emergencia [IFE]), que llegó a 9 millones de desempleados, trabajadores de la economía informal, microemprendedores y empleados domésticos (de ambos sexos). El IFE se implementó en tres etapas durante 2020 y no se planean otras nuevas.

Por último, el Gobierno focalizó en los trabajadores formales ayudas a través de un subsidio al salario (Asistencia de Emergencia para el Trabajo y la Producción [ATP]), que recibieron más de 400.000 empleadores.

Este conjunto de medidas se completó prohibiendo los aumentos de tarifas, el congelamiento de los alquileres y los cortes por impago de servicios domiciliarios, así como con medidas tendientes a conciliar familia y trabajo ante la situación de cierre de los establecimientos educativos (empleados formales con niños en edad escolar a cargo fueron exceptuados de la obligación de asistir a sus lugares de trabajo).

El diseño e implementación de este conjunto de medidas focalizadas en distintos subgrupos de la población hizo un uso intensivo de los registros administrativos (p.ej., el Sistema Integrado Previsional Argentino), que cubren tanto a los trabajadores formales y sus dependientes como a los beneficiarios de la AUH, la cual alcanza a casi toda su población elegible. Por otro lado, para poder efectivizar las transferencias, se arbitraron distintos medios que facilitaron la apertura de cuentas y los pagos electrónicos para las personas elegibles que no contaban con esos recursos antes de la pandemia.

Fuente: Elaboración propia.

### Recuadro 3. Los desafíos de ampliar las coberturas sin contar con la información necesaria

El Gobierno de Colombia desplegó una rápida respuesta que pretendió cubrir distintos grupos pobres y vulnerables. Entre las medidas dispuestas se destacan: pagos extraordinarios a través de programas existentes (p. ej., Jóvenes en Acción y Familias en Acción), el programa de devolución del impuesto sobre el valor agregado (IVA), dirigido a hogares de bajo nivel socioeconómico, y la implementación de Ingreso Solidario (IS), un nuevo programa de transferencias monetarias incondicionales dirigido a hogares vulnerables no beneficiarios de otros programas.

Respecto a este último programa, el Gobierno anunció el Ingreso Solidario en marzo de 2020, como una transferencia equivalente a unos USD 40, que sería implementada en un único pago a 3 millones de trabajadores informales pobres y sus familias. Poco después de este anuncio, el Ejecutivo comunicó una expansión del número de pagos, llevándola a tres meses. Hacia junio de 2020, cuando el programa debía concluir, se anunció una nueva prolongación hasta diciembre. Un par de meses después se anunció que el IS se extendería por lo menos hasta junio de 2021. La implementación del IS fue desafiante debido a que la base de datos con la que se focalizan la mayoría de los programas de transferencias sociales en Colombia estaba al momento de la llegada de la pandemia en pleno proceso de actualización (Sisbén IV) y tiene además una fuerte componente de visitas de campo para su construcción y renovación periódica.

Para armar un sistema de información que permitiese rápidamente identificar y hacer llegar transferencias a los individuos que necesitaban soporte a sus mermados ingresos, se realizó un esfuerzo de integración de bases de datos administrativas y de otras fuentes secundarias, que contribuyó a conformar un registro de beneficiarios para el IS. Ese sistema de información se encuentra en continua mejora y CAF, a través de su iniciativa Manos en la Data, apoyó el proyecto Base Maestra en cuanto al diseño de bases de datos y a la estrategia de analítica predictiva a aplicar sobre ella. Esto permitirá en el futuro enriquecer y completar la base de datos, para reducir los posibles errores de inclusión y exclusión que típicamente aparecen en la conformación de este tipo de registros para la focalización de programas sociales.

Una innovación adicional del programa IS fue la promoción del uso de medios digitales de pago (a través de cuentas bancarias y billeteras móviles) para recibir las transferencias, lo cual implicó importantes desafíos para la identificación de nuevos beneficiarios, especialmente bajo las medidas de confinamiento que impedían los trámites en persona. Se espera que esta característica del programa sirva también para una mayor inclusión financiera de poblaciones vulnerables.

En el caso de Perú, adicionalmente al programa de transferencias condicionadas de ingresos JUNTOS (con una cobertura de unos 700.000 hogares), el Gobierno lanzó inicialmente dos programas de transferencias de ingresos a familias que vieron fuertemente reducidos sus ingresos:

- Yo me quedo en casa, una transferencia de aproximadamente USD 108 a percibir una sola vez, dirigida a unos 2,7 millones de hogares pobres y vulnerables.
- Bono Independiente, que otorgó a 780.000 hogares con trabajadores autónomos no beneficiados por el anterior programa una transferencia del mismo monto (USD 108).

Si bien estos programas utilizaron tanto el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), que es el registro de personas elegibles para programas sociales con que cuenta el país, registros impositivos de la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria (SUNAT) y otros de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP (SBS), la desactualización y omisión de individuos en estos registros implicaron serios inconvenientes para la entrega efectiva de las ayudas a potenciales beneficiarios (Jaramillo y López-Vargas, 2021). Además, la iniciativa enfrentó problemas referidos a la apertura de cuentas para quienes no poseían una, con lo cual, la ayuda se entregó en muchos casos por ventanilla y en efectivo, provocando en ocasiones aglomeraciones humanas no recomendadas en el marco de la

pandemia. Ante estas situaciones, se plantearon modificaciones, que se plasmaron en el diseño de un nuevo y más amplio programa (Bono Familiar Universal) que expande las ayudas inicialmente planeadas, comprende cinco fases y hace un uso más eficiente de las cuentas bancarias existentes, al tiempo que facilita la apertura de nuevas cuentas y promueve el uso de medios digitales de pago.

Ecuador enfrentó desafíos de similar naturaleza, y la ampliación tanto vertical como horizontal de la cobertura de transferencias fue más modesta que en los demás países analizados. Se creó el Bono de Protección Familiar, una transferencia por única vez de USD 120, que en su fase III (primer trimestre de 2021) benefició a cerca de medio millón de familias. Sin embargo, la implementación de esta expansión en la red de protección social ecuatoriana padeció la desactualización del Registro Social, que, al llegar la pandemia al país, estaba en medio de su proceso de actualización y ampliación. Por otro lado, los bajos niveles de inclusión financiera implicaron serias limitaciones para la entrega de las transferencias. Antes de la pandemia, la gran mayoría (cerca del 85 %) de las ayudas se entregaban en efectivo, y el plan para reducir este problema (programa Pago Seguro), que migraría los pagos hacia formatos digitales, estaba justo en sus primeras etapas de implementación a inicios de 2020. Los esfuerzos continuaron, pero quedan muchos desafíos por resolver en materia de vinculación ciudadano-gobierno para hacer más efectiva y eficiente la política de transferencias.

Fuente: Elaboración propia con base en Banco Mundial (2020b), Díaz (2020), Jaramillo y López-Vargas (2021) y Guerra (2020).

Por su parte, los casos de Ecuador (Recuadro 3) y Uruguay (Recuadro 4) se distinguen en varias dimensiones. Por un lado, los niveles de cobertura de los sistemas de seguridad social son muy bajos en el primer país y muy altos en el segundo. Esto posibilitó, por ejemplo, que Uruguay pudiera hacer uso de su aceitado sistema de seguros de desempleo para atender con ingresos a los desempleados debido al COVID-19. Por otro lado, los sistemas de información y gestión de la focalización de las ayudas sociales cuentan en cada uno de estos países con diferentes grados de avance. Esto también puede haber contribuido a una asistencia rápida y eficiente en el caso de Uruguay, a pesar de ser uno de los países con menores tasas de contagios y muertes por COVID-19, a diferencia del caso de Ecuador que fue tempranamente muy golpeado por la pandemia.

**Recuadro 4. La importancia de contar con sistemas de protección social sólidos en una situación de emergencia**

La respuesta de protección social de Uruguay frente al COVID-19 se basó fundamentalmente en la ampliación y adaptación de dos conjuntos de políticas preexistentes. Por un lado, para cubrir a los trabajadores formales, se utilizó el sistema de seguro de desempleo, que existe en el país desde 1981. Por otro lado, para cubrir a aquellos hogares en situación de desempleo, informalidad o bajos ingresos, se ampliaron las transferencias focalizadas en los hogares pobres, desarrolladas en la segunda mitad de la década de 2000.

En el caso del seguro de desempleo, fue clave su ampliación y flexibilización durante la crisis del COVID-19 para cubrir no solo a trabajadores despedidos, sino también a aquellos suspendidos temporariamente o que vieron su número de horas reducidas. Estas modalidades fueron clave para conservar los vínculos laborales formales. En términos cuantitativos, mientras que en los meses previos a la pandemia el número de trabajadores en seguro de desempleo rondó los 49.000, en abril y mayo de 2020 la cantidad casi se cuadruplicó, alcanzando a alrededor de 190.000 trabajadores. A su vez, las modalidades de suspensión y disminución de horas fueron las predominantes, alcanzando a cuatro de cada cinco trabajadores beneficiados por el seguro de desempleo durante esos meses, mientras que solo uno de cada cinco beneficiarios correspondía a situaciones de despido.

En el caso de las transferencias focalizadas en los hogares pobres, la respuesta consistió en un incremento del 50 % del monto de las prestaciones de los programas Asignaciones Familiares. El primero de los programas (Plan de Equidad) es una transferencia monetaria a hogares pobres con menores de 18 años, condicionada a la asistencia educativa. El segundo (Tarjeta Uruguay Social) consiste en una transferencia para la compra de alimentos y artículos de primera necesidad. Una fortaleza común a ambos programas en el marco de la crisis del COVID-19 es que el pago de las prestaciones se realiza mayoritariamente por medios electrónicos. Una debilidad que comparten ambos programas es que la focalización se realiza por comprobación indirecta de medios con visita al hogar (*proxy-mean tests*). Esto resulta inconveniente desde el punto de vista de los contagios y hace que la capacidad de incorporar nuevos hogares beneficiarios sea relativamente lenta en el contexto de una crisis que requiere de una reacción rápida. En parte debido a esta última limitación, el paquete de transferencias focalizadas incluyó una nueva herramienta de transferencia, que consistió en una canasta de alimentos dirigida a trabajadores desempleados o informales. Al igual que las Asignaciones Familiares y la Tarjeta Uruguay Social, estas canastas se distribuyeron mayoritariamente de forma electrónica, a través de una aplicación de teléfono con la que los hogares podían canjear los productos de la canasta en los comercios minoristas.

Fuente: Elaboración propia con base en Perelmuter.(2020).

## **Desafíos de los sistemas de transferencias de ingresos en la pospandemia**

El COVID-19 ha puesto en evidencia las limitaciones que tienen los sistemas de protección social en la región frente al riesgo de caer en la pobreza. La informalidad laboral y los altos niveles de desigualdad en la región suponen requerimientos de protección que muchas veces exceden las posibilidades que los Estados tienen, no solo de financiamiento, sino también de capacidad de gestión. Sin embargo, la crisis puede ser también una oportunidad de mejorar la protección social de cara al futuro.

El diseño de la protección social se enfrenta con el desafío de garantizar niveles mínimos de bienestar a toda la población de forma económicamente sostenible. La sostenibilidad económica de la protección social implica fundamentalmente dos desafíos. Por un lado, las transferencias deben ser fiscalmente viables, en el sentido de que el gasto público destinado a las transferencias está limitado tanto por el nivel del

PIB per cápita como por el nivel y la capacidad de recaudación de cada país. Por otro lado, la sostenibilidad económica implica contemplar también los dilemas que supone una mayor protección en términos de incentivos a la formalidad y al empleo. En general, la evidencia indica que los efectos de las transferencias sobre el empleo son pequeños o cero (Banerjee et al., 2017), pero sí existe evidencia sólida de que las transferencias de ingresos pueden aumentar la informalidad (Garganta y Gasparini 2015; Bérngolo y Cruces, 2021). La preocupación central en el diseño de las transferencias es que pueden interferir con las decisiones de participación laboral o con la decisión de elegir la informalidad sobre la formalidad, porque la elegibilidad para recibirlas utiliza casi siempre un cierto umbral de ingresos y los Gobiernos, como mucho, solo pueden observar el ingreso de los trabajadores formales y no el de los informales. Cabe aclarar que la posibilidad de verificar los ingresos de los formales tampoco está asegurada en todos los países, ya que a veces las bases administrativas correspondientes no cuentan con el grado de interoperabilidad que las haría una herramienta central en estos procesos de verificación.

Sin embargo, si las transferencias se implementan por un plazo determinado, como lo hizo la mayoría de los países con sus ayudas de emergencia por la crisis del COVID-19, estas consideraciones cobran menor importancia. El problema puede surgir cuando ayudas que originalmente se piensan como transitorias se convierten en permanentes. En el contexto de pospandemia, resulta de vital importancia considerar en el diseño actual de cualquier medida de ayuda temporaria las estrategias de salida que serán utilizadas. Estas estrategias deben pensarse con la misma lógica de compatibilidad de incentivos antes mencionada, pero posiblemente deban tomar formas idiosincráticas, según las distintas realidades individuales o familiares, ya que la recuperación económica de esta crisis podría no ser pareja para los distintos subgrupos de la población. Para entender en qué medida el diseño de un determinado programa de transferencias puede dañar incentivos a la participación laboral, la formalidad o a la inversión en capital humano y para evaluar las consecuencias de extender demasiado en el tiempo un programa originalmente concebido como temporal, es crucial tomar decisiones informadas. Por eso, sigue siendo de primer orden el papel que organismos como CAF pueden cumplir para asistir a los decisores de las políticas en el uso de la mejor evidencia disponible sobre los efectos buscados y no buscados de distintas configuraciones de programas sociales.

Un segundo gran desafío que enfrentaron los países en 2020, y que seguramente continuará en el corto y mediano plazo, trasciende el tema del diseño de incentivos y llega al terreno de la implementación y el monitoreo de estos sistemas de protección social. Las capacidades para recorrer estos procesos de política pública difieren mucho entre países. Aquí se abre un espacio de política muy interesante, con aplicaciones prácticas que pueden alimentar de manera notable la capacidad de gestión de la política social en muchos de ellos. Se destaca aquí la posibilidad de asistir a los países en la construcción o consolidación de sistemas de información integrados y dinámicos, que se basen en el entrecruzamiento de distintas fuentes administrativas que contienen información muy rica para caracterizar a la población potencialmente beneficiaria de las transferencias. Para asegurar que estos sistemas no arrastren los errores de exclusión o inclusión de los registros que los componen, es importante que sean además compatibles con esquemas de solicitud o de demanda por parte de la ciudadanía, que, a su vez, puedan servir de vías de comunicación entre la oferta de servicios de protección social y la dinámica de las demandas en la población vulnerable de cada país. El diseño de estos sistemas comprende por tanto múltiples desafíos, que van desde la construcción de infraestructuras de datos interoperables entre distintos ministerios y entre el sector público y distintos actores del sector privado (incluyendo

de manera crucial a las instituciones financieras) al establecimiento de canales de comunicación accesibles y confiables para la población a la que se quiere atender.

Atender estos desafíos puede contribuir a múltiples aristas del desarrollo de los países. No solo se trata de desincentivar la informalidad laboral, sino que el buen diseño y la implementación eficiente de sistemas de transferencias a poblaciones vulnerables puede contribuir a una mayor inclusión financiera, en el caso en que esas transferencias ayuden a los beneficiarios a familiarizarse y a comenzar a usar servicios financieros básicos. Estos elementos contribuirían, a su vez, a una mayor inclusión social, sin perjuicio de la promoción de la productividad y el crecimiento económico.

## Sistemas de pensiones

### Pobreza en la vejez y el rol de las pensiones

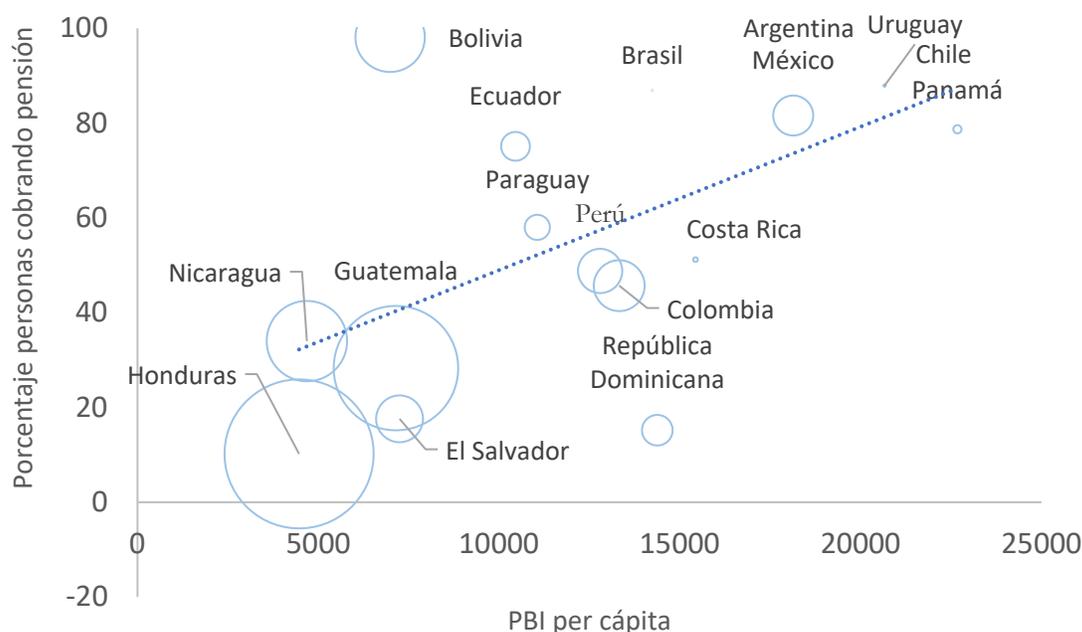
Los sistemas de pensiones tienen dos objetivos. Por un lado, son una herramienta de ahorro para la vejez. Por otro lado, reducen la pobreza entre los adultos mayores. Dado el énfasis de este documento en la protección social en el marco del COVID-19, el siguiente análisis se enfoca en este segundo objetivo<sup>10</sup>.

El Gráfico 13 evalúa cuán bien cumplen los sistemas de pensiones con el objetivo de disminuir la pobreza en la vejez presentando la proporción de adultos mayores de 65 años que cobra una pensión (eje vertical), el PIB per cápita de cada país (eje horizontal) y la incidencia de la pobreza (tamaño de los círculos). Del gráfico se extraen dos conclusiones importantes sobre la cobertura de las pensiones en la región y su efectividad para reducir la pobreza. La primera es que la cobertura de las pensiones en la región antes de la pandemia mostraba un patrón altamente heterogéneo entre países. Se pueden distinguir tres grupos de países en función de su nivel de cobertura. Un primer grupo de alta cobertura, donde más del 70 % de los adultos mayores de 65 años cobra una pensión, conformado por (en orden de mayor a menor) Bolivia, Argentina, Uruguay, Chile, Brasil, México, Panamá, Ecuador y Venezuela. Un segundo grupo con niveles de cobertura intermedios (niveles del 40 % al 60 %), compuesto por Paraguay, Costa Rica, Perú y Colombia. Un tercer grupo con niveles de cobertura inferiores al 40%, integrado por Nicaragua, Guatemala, El Salvador, República Dominicana y Honduras. La segunda conclusión es que, para un mismo nivel de PIB per cápita, una mayor cobertura reduce fuertemente la pobreza entre los adultos mayores. Esto se aprecia claramente al comparar, por ejemplo, República Dominicana con Brasil o El Salvador y Guatemala con Bolivia, países con PIB per cápita similares, pero con coberturas e incidencias de la pobreza muy disímiles.

---

<sup>10</sup> Para un análisis más extenso y en detalle de los sistemas de pensiones en la región, ver el Capítulo 3 del RED 2020 (Álvarez et al. 2020).

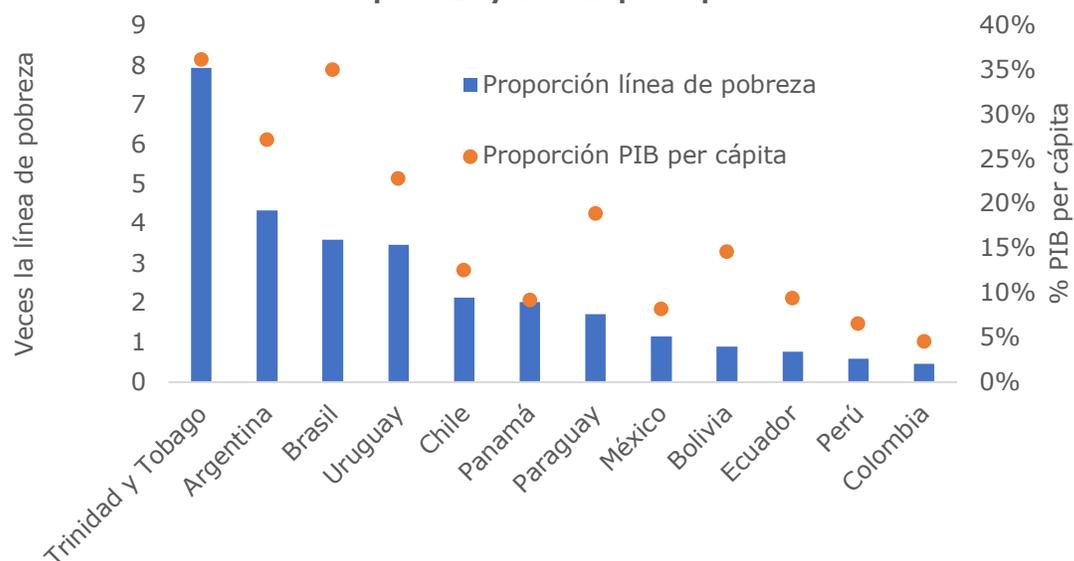
**Gráfico 13. Proporción de personas de 65 años o más que cobra pensión, PIB per cápita e incidencia de la pobreza en el mismo grupo de edad, 2018**



Fuente: Álvarez et al. (2020).

El Gráfico 13 muestra cómo varios países de la región enfrentan el desafío de ampliar la cobertura de sus pensiones. Estos desafíos son obvios en los grupos de cobertura intermedia y baja, pero varios países del grupo de mayor cobertura también tienen margen para aumentar la porción de población elegible que recibe pensiones. En el contexto de alta informalidad estructural que caracteriza a los países de la región, las pensiones no contributivas son la herramienta fundamental para expandir la cobertura de las pensiones y así lo ha mostrado la experiencia de las últimas décadas. Los países que han alcanzado grandes mejoras de cobertura, como Bolivia o México, lo han hecho a través de la expansión de sus programas de pensiones no contributivas.

El Gráfico 14 muestra un diagnóstico de la suficiencia de los montos de las pensiones, aspecto que, junto a la cobertura determinan la eficacia de las pensiones para reducir la incidencia de la pobreza en la vejez. Dicho gráfico muestra que Bolivia, Ecuador, Perú y Colombia tienen montos de pensiones no contributivas que están por debajo de la línea de pobreza de USD 4 a PPA y, por lo tanto, podrían requerir un ajuste al alza. El Gráfico 14 también presenta los montos de las pensiones no contributivas como proporción del PIB per cápita de cada país. Esto permite evaluar la suficiencia de los montos de estas pensiones en los países de ingreso medio-alto, como Chile, Panamá y Uruguay, donde la línea de pobreza de USD 4 a PPA puede resultar demasiado baja. Este cálculo muestra que Panamá y Chile tienen montos de pensiones no contributivas relativamente bajos respecto al PIB. El cálculo confirma, además, lo bajo de los montos de las pensiones no contributivas en Perú y Colombia y, por tanto, la necesidad de que dichos países realicen ajustes al alza en las mismas.

**Gráfico 14. Montos de las pensiones no contributivas como proporción de la línea de pobreza y del PIB per cápita**

Fuente: Álvarez et al. (2020).

## Respuestas de política de pensiones ante la pandemia

Las respuestas en materia de políticas de transferencias de ingresos implementadas en la región como reacción a la pandemia no habrían tenido mayores componentes específicos focalizados en los adultos mayores (Huenchuan, 2020). Pero, dada la mayor vulnerabilidad de la salud de los adultos mayores ante el COVID-19, distintos países pusieron en práctica medidas para evitar que los adultos mayores tuvieran que exponerse al contacto social para acceder a sus pensiones. Esto incluyó, entre otras decisiones, la suspensión de los trámites de prueba de vida (por ejemplo, en Argentina y Brasil) y la simplificación del cobro de los haberes.

Los montos y la cobertura de los programas de pensiones no sufrieron grandes modificaciones como producto de la pandemia. En los países donde ya existía una elevada cobertura de pensiones, esto constituyó una fortaleza en términos de permitir a los adultos mayores permanecer en sus casas sin necesidad de trabajar. En los países con baja cobertura, en cambio, las tasas de empleo entre los adultos mayores son elevadas (Álvarez et al., 2020) y la posibilidad de no trabajar para evitar contagios estuvo ligada a las políticas generales de transferencias que fueron descritas antes.

## Retos de la política para lograr sistemas de pensiones más robustos e inclusivos

En su discusión sobre políticas para los sistemas de pensiones, el RED 2020 propone dos lineamientos generales (Álvarez et al., 2020). El primer lineamiento se refiere a que los países de la región deben procurar alcanzar la cobertura universal de los adultos mayores con pensiones mínimamente suficientes para así evitar situaciones de pobreza en la vejez. Los datos de la Encuesta CAF 2019 (CAF, 2020) muestran que esta idea cuenta con un amplio respaldo entre los habitantes de la región. Asimismo, el

costo de una medida de esta magnitud no es demasiado elevado, estimándose en un promedio del 0,24% del PIB. Con excepción de los países de mayor cobertura, en el resto esto requiere expandir fuertemente la cobertura de los programas de pensiones no contributivas ya existentes. En algunos de ellos, como Colombia y Perú, es necesario, además, reforzar el monto de dichas pensiones.

El segundo lineamiento se refiere a que las pensiones contributivas sean fiscalmente sostenibles y que incentiven a aportar. Si bien el análisis de este componente del ahorro de los sistemas de pensiones no es el foco de este documento, cabe recordar que varios sistemas de pensiones de la región tienen regímenes contributivos altamente deficitarios, que absorben recursos de gasto social que podrían tener un mejor uso en términos de focalización. Esto es claro, por ejemplo, en Argentina, Ecuador y en el componente de reparto de Colombia, Perú y Uruguay (los tres países cuentan además con esquemas de capitalización)<sup>11</sup>. Este desequilibrio implica, en general, que pensionistas que no necesariamente tienen bajos ingresos reciben dinero de fondos públicos y, por tanto, no necesitan de dichas transferencias.

Avanzar para hacer los sistemas de pensiones contributivas más sostenibles fiscalmente, eliminando así transferencias regresivas que podrían, alternativamente, destinarse a financiar otras políticas mejor focalizadas, implica el manejo acorde de las herramientas paramétricas tradicionales: la tasa de reemplazo, la edad mínima de retiro y los años mínimos de aporte. En cuanto a las tasas de reemplazo, estas son en general demasiado elevadas en los regímenes de reparto, como los de Ecuador y los esquemas de reparto de Colombia y Perú. Las edades mínimas de jubilación de varones y mujeres son bajas en relación con la esperanza de vida en Ecuador, Paraguay y Uruguay y para las mujeres en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Panamá. Dado que un año adicional de edad mínima implica un año adicional de aportes y un año menos de prestaciones, esta herramienta también tiene un gran potencial para resolver problemas de sostenibilidad financiera. Respecto a los años de aporte, dados los contextos de informalidad elevada de la región, no se recomienda establecer requisitos muy exigentes.

## Los desafíos de los sistemas de salud en la pospandemia

### El riesgo de enfermedad y el rol de los sistemas de salud

Los sistemas sanitarios ofrecen protección a la población contra los riesgos asociados a enfermedades y eventos adversos de salud. Por un lado, ofrecen un conjunto de bienes y servicios para evitar que, cuando ocurran, esos choques adversos afecten directamente a la salud. También ofrecen protección financiera contra los costos asociados a la provisión de esos bienes y servicios médicos. Al cubrir parcial o totalmente los gastos sanitarios, los sistemas de salud evitan que quienes enfermen o hagan uso de servicios médicos deban incurrir en gastos de bolsillo elevados que los expongan a situaciones de vulnerabilidad en sus ingresos. Ambas dimensiones de cobertura de riesgos que ofrecen los sistemas de salud desempeñan un rol central para brindar protección a la población en el marco de la pandemia del COVID-19, tanto por

---

<sup>11</sup>Ver el Cuadro 3.7 del RED 2020 (Álvarez et al., 2020).

los evidentes efectos directos del virus sobre la salud como por sus efectos indirectos en los ingresos, muy afectados como consecuencia de la crisis económica y sanitaria.

## Salud de la población a la llegada de la pandemia

Los progresos observados en diversos indicadores sociales durante la década de 2000, documentados en la introducción a esta nota, también vinieron acompañados de mejoras en otras dimensiones del bienestar individual, como la salud. No obstante, existe aún un grupo importante de personas en América Latina cuyo estado de salud dista de tener niveles aceptables para llevar adelante una vida plena. Por ejemplo, casi el 10 % de los niños latinoamericanos menores de cinco años sufre desnutrición crónica (Berniell et al., 2016). Entre los adultos, la prevalencia de factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedades crónicas es también muy alta. En la región, casi un 25 % de los hombres adultos y un 18 % de las mujeres adultas sufre de hipertensión, y aproximadamente un 10 % de la población adulta sufre de diabetes, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos valores se encuentran levemente por encima de los valores promedio para los países de la OCDE. Adicionalmente, cualquiera que sea el indicador de salud considerado en adultos o niños, existe un claro gradiente entre el nivel socioeconómico de las personas y su estado de salud: individuos con mayores ingresos y niveles educativos gozan, en promedio, de mejor salud que aquellos en condiciones de mayor vulnerabilidad (Berniell et al., 2016).

## El impacto del COVID-19 en la mortalidad

A pesar de las fuertes medidas iniciales para promover el distanciamiento social y expandir la capacidad de atención de los sistemas de salud, los esfuerzos no han sido suficientes para evitar la propagación del virus y sus consecuencias sobre la salud han quedado a la vista durante la primera ola de la pandemia. Para hacer más precisas las comparaciones internacionales sobre la magnitud del impacto de la primera ola de la pandemia en la salud de la población, teniendo en cuenta diferencias tanto en la estructura etaria como en los factores de riesgo subyacentes que podrían agravar la mortalidad por COVID-19, en el Gráfico 15 se comparan las muertes observadas por el coronavirus con las muertes totales (por todas las causas) para un conjunto de países seleccionados (Berniell et al., 2020). Debido a que no todos los países cuentan con información actualizada sobre las estadísticas de muertes por todas las causas y por grupo de edad, la comparación de las muertes por COVID-19 se realiza con relación a las muertes por todas las causas observadas en el país durante el período 2010-2016<sup>12</sup>. En aquellos casos en que hay datos disponibles, la información se presenta desagregada entre mayores y menores de 50 años.

El panel A del gráfico muestra que, con la excepción de Uruguay y Paraguay, el impacto de la primera ola fue en general más severo en América Latina que en los países europeos y en Estados Unidos. A esta misma conclusión se llega independientemente de la categoría etaria que se observe (Panel B y C). Sin contar a Uruguay y Paraguay, la mortalidad por COVID-19 en América Latina fue muy alta, representando entre un 12 % (Argentina) y un 36 % (Perú) de las muertes por todas

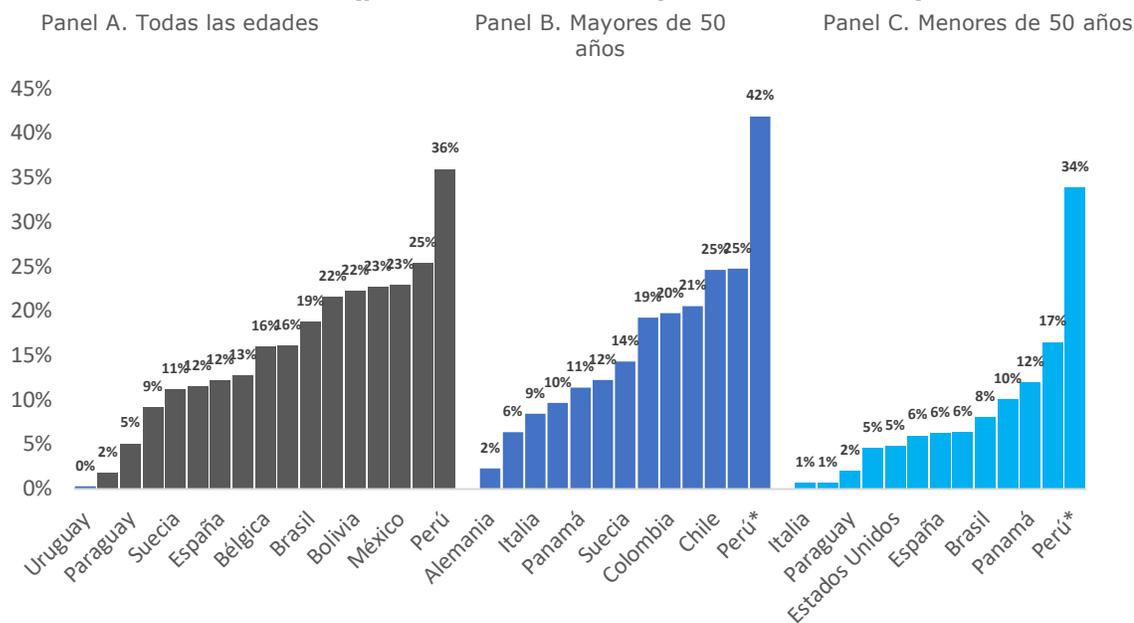
---

<sup>12</sup> Una ventaja de este indicador es que indirectamente controla por características inobservadas de salud de la población, que se reflejan en el número absoluto de muertes por todas las causas en un período prepandemia.

las causas observadas en el período 2010-2016. El caso de Argentina se asemeja al de Suecia, España y Estados Unidos, donde las muertes por COVID-19 observadas representaban entre un 11 % y un 13 % de las muertes por todas las causas. Un dato relevante que surge de los paneles B y C del Gráfico 15 es que, si bien el COVID-19 está teniendo un mayor impacto sobre los mayores de 50 años en todos los países, la magnitud del impacto entre las personas menores de 50 años no es despreciable en América Latina, en especial en Panamá, México y Perú.

Los deficientes resultados en el control de la propagación del COVID-19 observados en la gran mayoría de los países de América Latina son, en parte, el resultado de las importantes deficiencias que los sistemas de salud de la región ya arrastraban antes de la irrupción de la pandemia. Estas deficiencias no solo han sido un obstáculo para lograr un control adecuado, sino que pueden continuar siéndolo para atender sus efectos en el mediano y largo plazo. No obstante, algunos países lograron contener con relativo éxito la propagación del virus durante la primera ola y mantener en niveles bajos la mortalidad por esta causa.

**Gráfico 15. Muertes por COVID-19 (promedio diario) como porcentaje de muertes por todas las causas (promedio diario en el período 2010-2016)**



Nota: Para el cálculo de muertes diarias por todas las causas se consideran los datos de mortalidad de la OMS. Los últimos años disponibles son 2010, 2015 y 2016. Las muertes diarias promedio por COVID-19 se calculan para el tiempo transcurrido desde la fecha de ocurrencia de la primera muerte por COVID-19 en cada país y la fecha de la última actualización de los datos de muertes por grupo de edad. La fecha de actualización de las muertes totales por COVID-19 es el 7/10/2020. La fecha de actualización de las muertes por COVID-19 por grupo de edad difiere entre países. A diferencia de los otros países, en Perú la información por edad está desagregada en los siguientes grupos: >60 y <60 años.

Fuente: Berniell et al. (2020).

## Déficits de coberturas, fragmentación y brechas de calidad prepandemia<sup>13</sup>

La mayoría de los latinoamericanos tiene acceso a algún piso mínimo de cobertura contra los riesgos de sufrir eventos adversos de salud, así como a programas de promoción y prevención de la salud. Desde ese punto de vista, la cobertura de salud sería del 100 %. No obstante, una definición más amplia de suficiencia en la cobertura indica que la mayoría de los sistemas de salud de la región presentaban antes de la pandemia déficits en la oferta de bienes y servicios médicos necesarios para mitigar los riesgos directos sobre la salud y en el grado de protección financiera. Estos déficits se manifestaban tanto en problemas de acceso a servicios básicos para parte de la población como en una alta participación del gasto de bolsillo de los hogares en el gasto total de salud. Esta desprotección financiera deja a muchos hogares expuestos a situaciones de gran vulnerabilidad en sus ingresos.

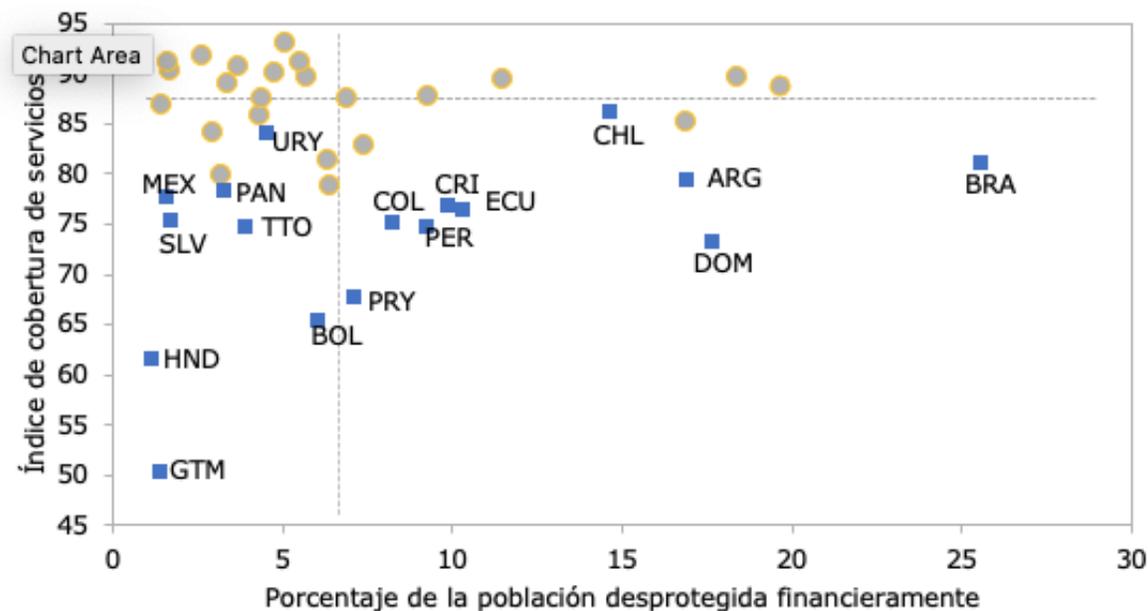
El Gráfico 16 compara a los países de la región antes de la pandemia con los países de la OCDE en estas dos dimensiones. Para medir la (falta de) protección financiera, se muestra el porcentaje de familias que incurren en gastos médicos de más del 10 % del ingreso del hogar (eje horizontal). Para la medición de acceso a servicios médicos (eje vertical), se promedian tres componentes del índice compuesto de cobertura de los servicios de la OMS (2019): el índice de atención de la salud reproductiva, materna e infantil, el componente de atención de enfermedades infecciosas y el componente de capacidad del sistema de salud<sup>14</sup>.

Al considerar la dimensión de acceso a servicios, todos los países de la región estaban por debajo del promedio de la OCDE. Chile y Uruguay estaban relativamente cerca, mientras que Paraguay, Bolivia, Honduras y Guatemala eran, en ese orden, los que presentaban una mayor brecha respecto al promedio de la OCDE. En cuanto al indicador de protección financiera, los países con peor desempeño eran Brasil, República Dominicana, Argentina y Chile. En todos estos países, más del 14 % de los hogares incurrieron en gastos médicos que superaban el 10 % del ingreso del hogar. La exposición a estos riesgos financieros está muy asociada a la presencia de un adulto mayor (más de 65 años) en el hogar, ya que los gastos de salud de esta franja etaria suelen ser varias veces superiores a los de la población más joven.

---

<sup>13</sup> Basado en el Capítulo 4 del RED 2020 (Álvarez et al., 2020).

<sup>14</sup> El componente de atención reproductiva, maternal e infantil mide, entre otros aspectos, el porcentaje de niños que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tífus y la tos ferina (DTP) y de aquellos que, bajo sospecha de neumonía, son atendidos en un centro médico. El componente de tratamiento de enfermedades infecciosas incluye, por ejemplo, la fracción de casos de tuberculosis que son detectados y tratados satisfactoriamente, así como el porcentaje de personas con VIH que reciben terapia antirretroviral. El componente de capacidades del sistema recoge, entre otros aspectos, el número de camas y de trabajadores de la salud (OMS, 2019). Ciertamente, este indicador no es exhaustivo de los servicios de salud. Sin embargo, su foco en el uso de servicios esenciales lo convierte en una señal útil para aproximarnos a una medición de la cobertura efectiva del sistema de salud en su conjunto, lo cual deber servir al menos como una aproximación de la calidad de atención.

**Gráfico 16. Déficits de cobertura de los sistemas de salud: acceso a bienes y servicios esenciales y protección financiera**

Notas: Los puntos grises son países miembros de la OCDE. El índice de cobertura (eje vertical) es el promedio de tres componentes del índice compuesto de cobertura de los servicios de la OMS (ver OMS, 2019): el índice de atención de la salud reproductiva, materna e infantil; el componente de atención de enfermedades infecciosas; y el componente de capacidad del sistema de salud. Tiene una escala del 1 al 100, con puntuaciones más altas indicando un mejor desempeño. La falta de protección financiera se muestra como el porcentaje de familias cuyos gastos médicos superan el 10 % del ingreso del hogar. La intersección de las líneas punteadas es el promedio de la OCDE.

Fuente: Álvarez et al. (2020).

Una característica distintiva de los sistemas de salud de la región es que los servicios médicos (tanto en cantidad como en calidad) y la protección financiera que ofrecen a diferentes grupos de la población no son homogéneas. A excepción de Brasil, los países de la región no cuentan con sistemas nacionales de salud unificados. Por el contrario, distintos segmentos de la población acceden a distintos subsistemas de salud según sea su vinculación con el empleo formal, su nivel de ingreso y lugar de residencia.

Aunque cada país tiene sus matices, los sistemas de salud de la región están conformados por tres componentes: contributivos o de seguridad social, no contributivos o de salud pública y seguros privados. Los sistemas contributivos de salud operan como un seguro obligatorio para los trabajadores formales, extendiendo su beneficio a familiares directos y jubilados de los sistemas contributivos. El componente de salud pública suele estar orientado a la población sin acceso a empleos formales o que no perciben una jubilación contributiva, aunque en algunos países es de acceso universal, como en el caso de Argentina<sup>15</sup>. Algunos países, como Uruguay y

<sup>15</sup> Los proveedores de salud de los subsistemas no contributivos suelen ser diferentes de los proveedores que prestan servicios en el subsistema contributivo. La provisión de servicios de salud públicos en el segmento no contributivo se ha reforzado en la región a través de la implementación de seguros públicos de salud que subsidian la demanda, permiten nominalizar a la población y garantizan un paquete más explícito de beneficios a sus afiliados.

Chile, tienen un mayor nivel de integración de los componentes contributivos y no contributivos. Por último, existe el aseguramiento privado voluntario, el cual es típicamente una opción para personas de altos ingresos. La participación de este sector suele ser minoritaria, no superando al 5 % de la población<sup>16</sup>.

La cobertura a través de los sistemas contributivos de salud previa a la pandemia era alta en países como Uruguay (93 % de la población), Chile (69 %) y Argentina (62 %), en concordancia con las mayores tasas de empleo formal respecto a otros países de la región. La cobertura contributiva era intermedia en países como Panamá (50 %), Colombia (47 %) y Ecuador (40 %), mientras que era muy baja en Bolivia (15 %), Paraguay (23 %), Perú (28 %) y México (36 %), los cuales se caracterizan por una mayor prevalencia del empleo informal.

Esta estructura fragmentada de los sistemas de salud de la región genera brechas en la cantidad y calidad de servicios médicos a los que distintos grupos de la población pueden acceder. La cobertura en los subsistemas contributivos es, en general, más generosa que en los subsistemas no contributivos. Excepto en Argentina, donde es probable que se esté sobreestimando el gasto por beneficiario en el sistema público, el gasto por beneficiario en el sistema contributivo es, en efecto, superior al no contributivo (Cuadro 1)<sup>17</sup>.

Esta menor disponibilidad de recursos en los sistemas no contributivos se manifiesta en un peor acceso a servicios esenciales para los beneficiarios de este subsistema. La Encuesta CAF 2019 muestra que, en las diez ciudades de América Latina analizadas, la población cubierta por los sistemas no contributivos de salud enfrenta mayores barreras de acceso a servicios tanto curativos como preventivos, siendo las diferencias respecto al sistema contributivo más marcadas en los cuidados preventivos. Los problemas de acceso no parecen estar especialmente concentrados en un grupo de edades específico, sino tratarse más bien de un problema que afecta a todos los beneficiarios de los sistemas no contributivos. Esta evidencia muestra que las personas de niveles socioeconómicos más desaventajados pagan muchas veces con su propia salud la falta de acceso a servicios médicos.

---

<sup>16</sup> No se considera dentro de este grupo a los trabajadores del sector formal que optan por seguros privados como parte de su cobertura obligatoria, en aquellos países donde esto es una opción (p. ej., Chile).

<sup>17</sup> El cálculo del número de personas que acceden a servicios de salud a través del sistema no contributivo es complejo en aquellos países donde existe provisión pública con acceso universal, como es el caso de Argentina, donde en la práctica se produce un solapamiento o doble cobertura. Dado que el número de beneficiarios considerados para computar los gastos per cápita en el Cuadro 1 se obtiene de contabilizar a las personas que en las encuestas de hogares reportan no disponer de ningún tipo de seguro de salud (ni por seguridad social contributiva, ni privado), se está subestimando el número de usuarios efectivos del subsistema no contributivo y, por lo tanto, sobreestimando el gasto por usuario efectivo en ese subsistema.

**Cuadro 1. Gasto en salud por beneficiario de los subsistemas de salud, 2015 (USD 2011 a PPA)**

País	Contributivo (seguridad social)	No contributivo (protección social)	Brecha	Razón (no contributivo/contributivo)
Argentina	1.761	2.740*	-979*	156 %*
Bolivia	795	211	584	27 %
Chile	1.316	163	1.153	12 %
Colombia	1.053	106	947	10 %
Ecuador	536	465	71	87 %
México	747	457	290	61 %
Panamá	1.127	936	191	83 %
Paraguay	635	349	286	55 %
Perú	737	328	409	45 %

Notas: \*El número de beneficiarios del sistema de salud no contributivo considerado para computar los gastos per cápita se obtiene a partir de las personas que en las encuestas de hogares reportan no disponer de ningún tipo de seguro de salud (ni por seguridad social contributiva, ni privado). El gasto en seguridad social incluye al conjunto de recursos provenientes de sistemas de salud financiados con aportes obligatorios, tanto esquemas gubernamentales como esquemas obligatorios de seguros de salud. El gasto en el sistema no contributivo incluye al conjunto de recursos provenientes de sistemas de salud financiados con sistemas de contribuciones no obligatorias.

Fuente: Álvarez et al. (2020).

En cambio, la desprotección financiera es un problema más transversal a los sistemas de salud. Aunque afecta tanto a los beneficiarios de los sistemas contributivos como de los no contributivos, puede ser más alta en los primeros que en los segundos, dependiendo del país. Como en el subsistema contributivo se accede a un mayor número de servicios —pero que no tienen cobertura financiera completa—, esto puede ser un factor que contribuya a un mayor gasto de bolsillo para las familias cubiertas bajo estos esquemas.

## Retos de política para los sistemas de salud en la pospandemia

El control de la propagación del COVID-19 es una condición necesaria para acompañar la reactivación de la actividad económica en la región. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), existe una alta probabilidad de que la región experimente olas epidémicas recurrentes y brotes intercalados con períodos de transmisión de bajo nivel durante 2021 y 2022, hasta que se logre cubrir a una fracción suficientemente grande de la población con las vacunas contra el COVID-19 recientemente desarrolladas. Es por ello que un primer conjunto de desafíos para los sistemas de salud en el corto y mediano plazo está íntimamente ligado a mantener un rol activo en el control de la propagación del virus y evitar que el impacto de la pandemia afecte de manera desigual a los grupos más vulnerables. A la vez, los sistemas de salud deben seguir desarrollando su capacidad para el tratamiento contra el COVID-19 y sus secuelas. Se debe destacar la importancia de fortalecer el vínculo entre los sistemas científicos y los sistemas de salud, para que los nuevos conocimientos relacionados con el virus permeen rápidamente a la política pública. Finalmente, y de manera crucial, en el plazo más corto posible, se deben garantizar campañas masivas de vacunación.

Un segundo conjunto de desafíos se relaciona con el restablecimiento de la provisión de servicios y tratamiento de patologías distintas al COVID-19, cuya continuidad se ha visto afectada debido a los largos confinamientos y a la menor demanda por parte de la población para evitar potenciales contagios. A su vez, debido a la importante asociación entre el empleo formal y la cobertura de salud y en la medida en que la recuperación tras la dramática caída en el empleo formal sea lenta, los sistemas de salud no contributivos deberán garantizar la cobertura de estos servicios a una importante masa de personas que perdieron su cobertura contributiva.

Una vez controlada la emergencia epidemiológica, los sistemas de salud enfrentan el desafío de resolver los problemas estructurales de su diseño dual (contributivo y no contributivo), los cuales muchas veces agudizan las inequidades al no lograr reducir la exposición de grupos más vulnerables a los riesgos asociados a los choques en materia de salud. La región debe continuar con la agenda de políticas necesarias para garantizar la cobertura sanitaria universal y mantener los progresos logrados en este sentido antes de la irrupción de la pandemia.

A continuación, se detallan políticas específicas relacionadas con cada uno de estos grandes retos.

### **Fortalecimiento de las políticas de salud pública frente al COVID-19: vigilancia, prevención, vacunación y tratamiento**

La existencia de enfermedades infecciosas y las externalidades que estas generan hacen de la acción estatal un elemento esencial para controlar una pandemia. Debido a que los esfuerzos individuales del autocuidado para evitar la propagación del virus tienen características de bien público, el esfuerzo individual, sin la intervención estatal, será siempre insuficiente. Hasta que las campañas de vacunación no se hayan implementado en gran escala, los sistemas de salud deberán seguir robusteciendo sus sistemas de vigilancia y control epidemiológico y fortaleciendo su rol en la promoción de comportamientos de salud para la prevención de la enfermedad y la vacunación, de manera que se active fuertemente el compromiso ciudadano. Al mismo tiempo, los países deben garantizar el despliegue de la logística necesaria para garantizar amplios niveles de vacunación. Por último, también se deben alentar las mejoras en el tratamiento de pacientes con COVID-19, no solo promoviendo las muy necesarias inversiones en capacitación, infraestructura e insumos, sino también la inversión en estudios científicos que desarrollen nuevos métodos de tratamiento.

#### ***Vacunación***

La efectividad de la vacuna para frenar definitivamente la propagación del virus dependerá de la capacidad que tengan los Estados de garantizar un acceso rápido, amplio y equitativo a la misma: para alcanzar la inmunidad colectiva se requerirá, según señalan los expertos, vacunar a entre el 60 % y el 80% de la población.

Los países encuentran como primer gran desafío la capacidad de adquirir las vacunas y cerrar tratos con los principales proveedores. Hasta febrero de 2021, los países de América Latina y el Caribe tenían garantizados acuerdos para recibir en promedio dosis para un 89 % de su población (570 millones de dosis) frente al 323 % (más de 4.000 millones) en una muestra de países de la OCDE. Teniendo en cuenta que casi todas las vacunas disponibles hasta este momento requieren dos dosis para alcanzar el óptimo nivel de inmunización, esta primera barrera es crítica. De no solucionarse con rapidez, puede generar grandes demoras en el inicio de las campañas masivas de vacunación, situación que ya se está evidenciando en los países de la región, donde, hasta fines de

enero de 2021, se habían recibido menos del 1 % (3 millones) de las dosis comprometidas.

Una vez que se resuelvan las adquisiciones, el segundo conjunto de desafíos tiene que ver con la capacidad de ofrecer la vacuna a la población. Para ello, los países deberán fortalecer su capacidad logística para distribuirla en las estrictas condiciones requeridas, garantizar los recursos suficientes para cumplir con los protocolos para su correcta administración y desarrollar estrategias para focalizar las campañas de vacunación entre la población de mayor riesgo. La focalización será un elemento central en un contexto en el que la disponibilidad de dosis sea aún limitada, algo muy plausible en el corto plazo por restricciones en la producción y por la complejidad de las negociaciones con los productores.

En términos logísticos, solo cubrir a la población de mayor riesgo implicará un esfuerzo muy grande. Considerando a la población de mayor riesgo a los adultos de 60 años o más, a las personas diabéticas entre 20 y 60 años<sup>18</sup> y al personal del sector de la salud, la región debe vacunar a aproximadamente 126 millones de personas, cifra equivalente al 19 % de la población latinoamericana. El Gráfico 17 muestra que existe cierta heterogeneidad entre países, ya que, mientras en algunos esta población de riesgo representa menos del 15 % de la población total (Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Haití, Nicaragua y Paraguay), en otros supera el 25 % (Puerto Rico y Cuba).

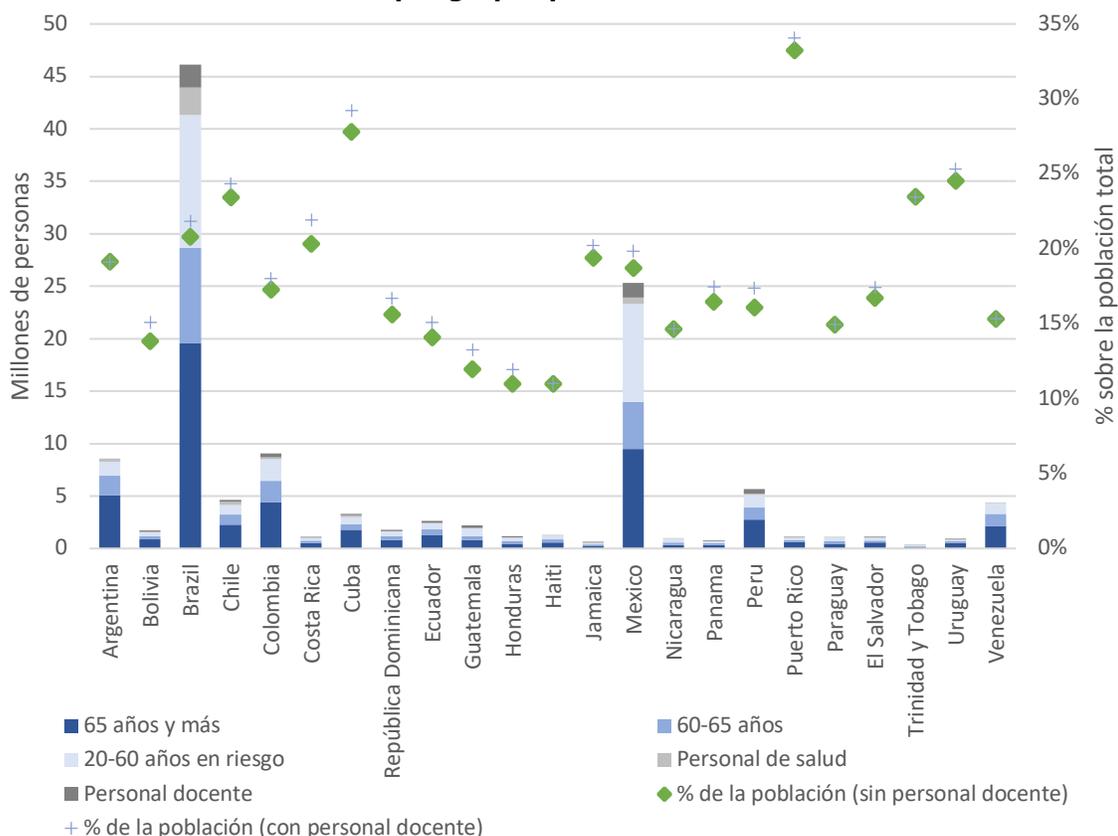
Esta diferencia entre países viene explicada, principalmente, por las diferencias en el grado de envejecimiento de la población. Incorporar al personal docente de nivel primario y secundario sumaría, en promedio, un punto porcentual de la población total cubierta. Para dimensionar la magnitud del esfuerzo requerido, cabe destacar que en las campañas anuales de vacunación contra la gripe en países de la OCDE se logra cubrir, en promedio, al 46 % de la población mayor de 65 años (un 8 % de la población total)<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Las personas con diversas afecciones crónicas (diabetes, enfermedad cardíaca, obesidad, problemas renales o hepáticos, cáncer y problemas pulmonares) tienen mayores probabilidades de presentar síntomas graves si se infectan con COVID-19. Los cálculos mostrados en el Gráfico 17 solo incluyen a las personas que sufren de diabetes para aproximar a la población menor de 60 años en riesgo de desarrollar síntomas graves de COVID-19, debido a que existen medidas comparables internacionales sobre la incidencia de esta patología, pero no de otras enfermedades. Por lo tanto, los porcentajes de cobertura requeridos para cubrir a la población de riesgo mostrados en el gráfico representan una cota inferior.

<sup>19</sup> Datos extraídos el 2/12/2020 de OECD.Stat. Desafortunadamente, no existe información armonizada sobre la cobertura de las campañas contra la gripe en países de América Latina.

**Gráfico 17. Porcentaje y cantidad de población para la vacunación contra el COVID-19 por grupos priorizados**

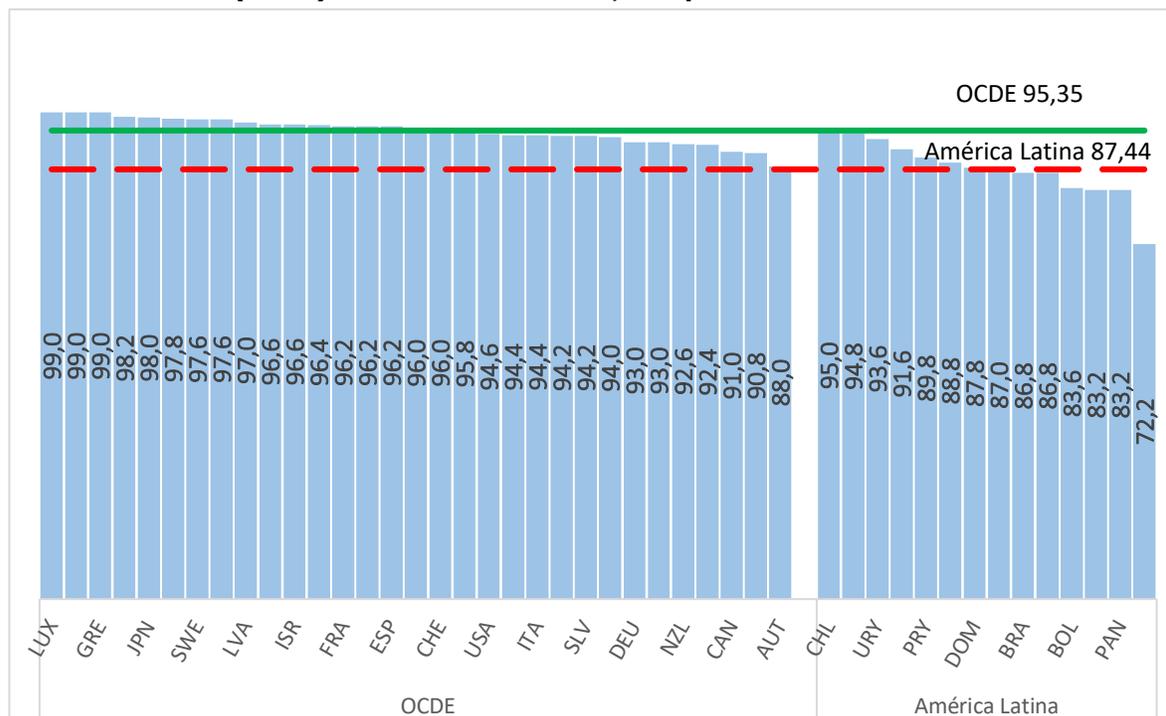


Nota: No se dispone de información sobre personal docente (del nivel primario y secundario) en Argentina, Haití, Nicaragua, Paraguay, Trinidad y Tobago y Venezuela. En Uruguay solo está disponible la información de maestros en primaria.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Banco Mundial (2020c).

Es posible tener una aproximación a la capacidad de vacunación preexistente en los países de la región analizando la cobertura de los programas de inmunización de rutina que se llevan adelante, los cuales suelen ser de carácter obligatorio. El Gráfico 18 muestra la cobertura promedio en las últimas cinco campañas (2015-2019) de la tercera dosis de inmunización contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (DTP3). Allí se destacan dos patrones que dan indicios de algunas limitaciones en la capacidad de los sistemas de salud de la región para llevar adelante campañas masivas de inmunización. Por un lado, la cobertura promedio en los países de la región se encuentra por debajo de los países de la OCDE (87 % en América Latina versus 95 % en países de la OCDE). Por el otro, se destaca que ningún país tiene individualmente niveles de cobertura superiores al promedio de la OCDE. Los sistemas de salud fragmentados, característicos de América Latina, son un elemento adicional que puede obstaculizar la oferta de la vacuna a grupos específicos de población, en especial a los más vulnerables.

**Gráfico 18. Cobertura de inmunización contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (DTP3) entre niños de 1 año, campañas 2015-2019**



Notas: Las líneas horizontales se refieren a promedios simples regionales.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Banco Mundial (2020c).

Otro grupo de desafíos que enfrentarán los sistemas de salud para tener campañas de vacunación exitosas se relaciona con las actitudes de los latinoamericanos respecto a inmunizarse contra el COVID-19. Ningún avance técnico que ponga a disposición del público una vacuna ni una logística masiva de aplicación logrará poner fin a la propagación del virus si las personas optan por no inocularse. Esta dimensión cobra especial relevancia por dos razones. En primer lugar, porque existe amplia evidencia (Luoto y Carman, 2015) de que una fracción importante de la población no utiliza los servicios médicos (incluidas las vacunas) aun estando convencidos de su efectividad. En segundo lugar, porque en años recientes se ha observado una creciente desconfianza de ciertos grupos de población sobre la seguridad y efectividad de las vacunas. En el caso particular de la vacuna contra el COVID-19, la falta de confianza podría también extenderse a personas que habitualmente aceptan vacunarse, debido a la incertidumbre que genera la aún limitada información disponible sobre su efectividad y seguridad, natural en un contexto en donde el desarrollo científico de las vacunas, las evaluaciones por parte de los organismos reguladores y su aplicación están ocurriendo de manera casi simultánea.

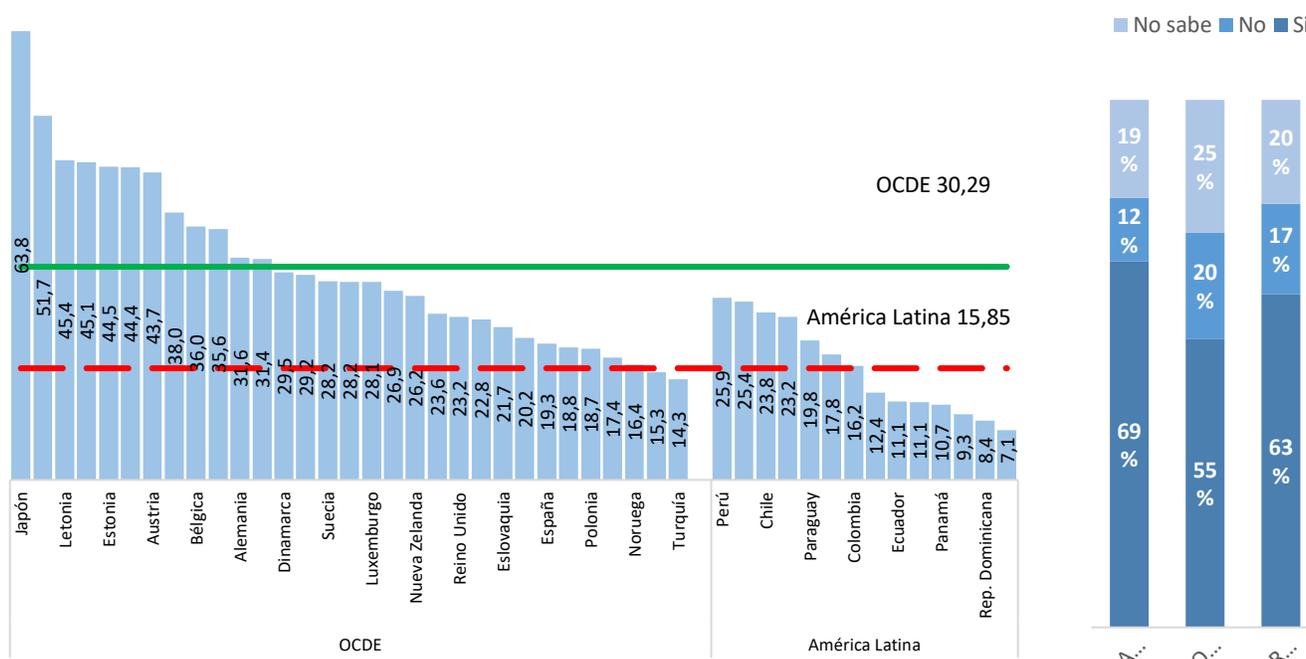
El Gráfico 19 presenta evidencia alentadora sobre las actitudes de los latinoamericanos frente a las vacunas. Según una encuesta realizada antes de la pandemia, solo el 16 % de los latinoamericanos reportaban estar «totalmente en desacuerdo», «en desacuerdo» o «no estar de acuerdo ni en desacuerdo» con que las vacunas sean seguras (panel A) frente a un 30 % de los encuestados en países de la OCDE. Por su parte, la encuesta reciente sobre «Creencias, comportamientos y normas», realizada en 2020 por el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT, por sus siglas en inglés), corrobora las actitudes relativamente positivas de los latinoamericanos cuando fueron

consultados específicamente sobre la vacuna contra el COVID-19 (panel B): un 69 % de los encuestados afirmó estar dispuesto a recibir las nuevas vacunas, contra solo el 55 % de los encuestados en países de la OCDE.

**Gráfico 19. Percepciones de los latinoamericanos con respecto a las vacunas en general y la del COVID-19 en particular**

Panel A. Percepciones sobre la seguridad de las vacunas: porcentaje de personas en desacuerdo (en diferentes grados) o no están acuerdo ni en desacuerdo

Panel B. Respuestas sobre aplicación de una nueva vacuna contra el coronavirus.



Notas: Las líneas horizontales en el panel A muestran promedios simples regionales. Para el panel B, los valores corresponden a promedios regionales ponderados por país. América Latina incluye a Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, México, Perú, Uruguay y Venezuela. La OCDE incluye a Alemania, Australia, Canadá, Corea del Sur, Estonia, España, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón, Países Bajos, Polonia, Reino Unido y Turquía.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Gallup (2019) (panel A) y de Collis et al. (2020) (panel B)

Aunque el grupo que está a favor de las vacunas es mayoritario, cabe destacar que la fracción de personas que no se aplicarían la vacuna o no están seguros de hacerlo representan aproximadamente un tercio de la población en América Latina y un 45 % en la OCDE. En caso de efectivamente no aplicarse la vacuna, estos grupos podrían comprometer el objetivo de alcanzar la inmunidad de rebaño. Según una encuesta reciente de Ipsos y el Foro Económico Mundial realizada en 15 países, en casi todos los países desarrollados, en Brasil y México, los reparos obedecen a los posibles efectos secundarios de la vacuna (razón mencionada por entre un 60 % y un 80 % de las personas) y, en menor medida, a dudas sobre su efectividad (mencionado por entre un 15 % y un 45 % de los encuestados).

Por el lado de la demanda, la política pública debe por lo tanto estar orientada a sensibilizar a la población sobre los beneficios de la vacuna, en especial a aquellos que

aún dudan sobre su seguridad y efectividad, así como a facilitar que las intenciones de vacunarse puedan materializarse. La aplicación de elementos de economía del comportamiento puede ser útil para estimular la demanda debido a que las decisiones relacionadas con el cuidado de la salud suelen estar muy afectadas por sesgos comportamentales. En este contexto, pueden destacarse tres elementos importantes para sostener la demanda por vacunación. En primer lugar, la provisión de un ambiente propicio que reduzca las barreras y facilite la aplicación de la vacuna. Esto se lograría mediante la simplificación en la obtención de turnos para vacunarse, el envío de recordatorios, la localización cercana y la calidad de los centros de vacunación, además de la reducción de costos monetarios y no monetarios (como tiempos de demora) en el proceso de vacunación.

En segundo lugar, la activación de modelos y normas sociales consistentes con la vacunación. Las medidas que explotan los efectos de pares y los modelos de rol pueden resultar exitosas. Algunos ejemplos son las campañas de información que muestran a la ciudadanía que existe una elevada propensión a vacunarse o que señalan a nivel local la cantidad de vecinos que ya lo han hecho, dando a conocer que figuras respetadas o públicas la han recibido y promoviendo que las personas expongan en redes sociales las experiencias personales de vacunación<sup>20</sup>. Por último, estimular el convencimiento y la motivación de la población para vacunarse. Para ello, se destaca la necesidad de una comunicación clara, precisa y transparente por parte de los organismos gubernamentales para disipar las dudas en cuanto a la calidad y seguridad de las vacunas y evitar la desinformación, explicando los beneficios individuales y sociales de la inoculación. Los rendimientos del esfuerzo comunicacional pueden ser mayores si se diseñan mensajes específicos orientados a las poblaciones que presentan mayores reparos a vacunarse.

### ***Sistemas de vigilancia y control epidemiológico***

Las políticas de vigilancia y control epidemiológico seguirán siendo claves para controlar la epidemia en el corto y mediano plazo, fundamental en contextos de escasez de vacunas. Para ello, se requiere seguir fortaleciendo la capacidad de hacer testeos, entender el alcance y la propagación del COVID-19 en el territorio, así como reforzar las capacidades para el rastreo, seguimiento y aislamiento de los contagiados de manera ágil y oportuna. El despliegue territorial es una dimensión crucial para el éxito de los sistemas de vigilancia, que enfrenta la limitante de que los gobiernos subnacionales cuentan con capacidades muy disímiles y sistemas de salud con riesgos de saturación altos.

Entre las medidas más concretas para reforzar la capacidad de testeo del sistema de salud, se encuentran: i) fortalecer la red de laboratorios en el territorio, promoviendo alianzas públicas y privadas; y ii) garantizar la disponibilidad de insumos para las pruebas de diagnóstico (conocidas por el acrónimo en inglés PCR) y la implementación de pruebas rápidas complementarias (por ejemplo, tests de antígenos). Por el lado de la demanda, son necesarias políticas que garanticen el acceso gratuito (fundamental

---

<sup>20</sup> Estas herramientas, en particular la activación de la demanda a través de la visibilización de la vacunación de personas que son referentes sociales, deben ser utilizadas con extrema cautela. En un contexto de escasez de vacunas, en el que un alto porcentaje de los grupos de mayor riesgo (población de más de 65 años, por ejemplo) no han sido vacunados aún, estas estrategias pueden ser consideradas formas de «saltarse la fila» para acceder de manera privilegiada a la inmunización, lo cual puede generar un fuerte descontento social.

para la población sin capacidad de pago) o subsidiado a las pruebas de manera oportuna y segura. Garantizar la búsqueda activa en comunidades vulnerables es también clave para proteger contra el riesgo del COVID-19 a quienes tienen menos posibilidades de cumplir el distanciamiento social y menos acceso a servicios de salud de calidad.

Un segundo elemento para el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia es el rastreo de contactos. Esta dimensión del control epidemiológico es crítica en etapas iniciales. Un sistema de vigilancia robusto requiere de disponibilidad de recursos humanos suficientes, apoyados en sistemas de información ágiles. No resulta fácil caracterizar la capacidad de rastreo en los diferentes países debido a la falta de datos al respecto, pero la incapacidad de la mayoría de ellos de controlar los brotes en las instancias iniciales apunta a la existencia de sistemas de rastreo débiles. Uruguay se presenta como uno de los más exitosos en esta dimensión, al menos durante la primera ola de la pandemia, con el desarrollo de aplicaciones orientadas a informar en tiempo real y automatizar el proceso de rastreo. Varios países montaron también de manera rápida plataformas de seguimiento, usando aplicaciones, equipos de rastreadores y protocolos de seguimiento. Sin embargo, el uso de esta tecnología no asegura el éxito de este tipo de estrategias por el desafío de incluir al 45 % de la población de América Latina que no tiene acceso a internet, por las consideraciones éticas sobre la privacidad y el uso de datos individuales, así como por el magro avance en temas de infraestructura y gobernanza de datos por parte de los Gobiernos de la región.

### ***Promoción de comportamientos de salud para la prevención de la enfermedad***

Un importante reto de la política pública en salud es lograr sostener en el tiempo el esfuerzo individual para contener la propagación del virus a través del acatamiento de las medidas de distanciamiento y de los hábitos higiénicos recomendados. Las campañas informativas sobre protocolos para la prevención de la enfermedad deberán sostenerse en el tiempo, y para que las mismas sean exitosas deberán lograr sortear el cansancio social que, tras largos meses de confinamiento, puede mermar los incentivos individuales en este sentido. Las herramientas de la economía del comportamiento antes mencionadas pueden también resultar útiles en el diseño de campañas exitosas. Un problema adicional que puede limitar seriamente el cuidado individual es el limitado acceso a agua potable y saneamiento de calidad en ciertas áreas urbanas y en zonas rurales.

### ***Fortalecimiento de la capacidad de tratamiento del COVID-19***

Todos los países han reaccionado a la llegada del COVID-19 expandiendo sus infraestructuras e insumos hospitalarios (camas hospitalarias, camas de cuidados intensivos, respiradores) y capacitando lo más rápidamente posible a cierto tipo de recursos humanos. Esto ha mejorado la capacidad del sistema para manejar a los pacientes críticamente enfermos. No obstante, en muchos países, los limitados recursos disponibles en el sector público de la salud han expuesto a su personal sanitario a mayores riesgos por la falta de los insumos requeridos para su protección, y la infraestructura de atención a pacientes de COVID-19 no ha dado abasto en muchos casos. Esto indica que las inversiones en infraestructura e insumos no debe desatenderse, fundamentalmente en el sector público.

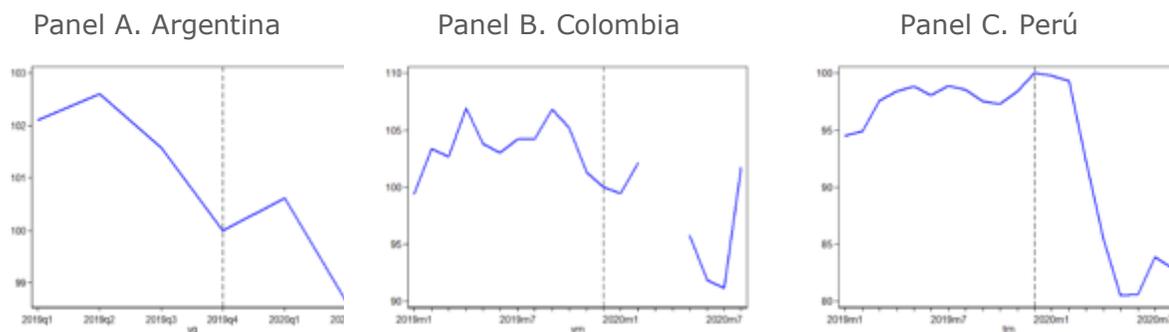
A su vez, se han abierto nuevas posibilidades en el desarrollo de tratamientos para atender a los enfermos de COVID-19. El fortalecimiento de los vínculos entre el sistema de salud y el sistema científico será también crucial para que esos tratamientos sean incorporados en las prácticas habituales.

## **Fortalecimiento de políticas relacionadas con la provisión de servicios y tratamiento de patologías distintas del COVID-19**

Los largos confinamientos y los altos niveles de contagio han afectado tanto la oferta de servicios no relacionados con el COVID-19 como su demanda, lo que, de no corregirse, podría tener impactos de largo plazo muy negativos en la salud de la población y, como consecuencia, implicar mayores gastos futuros. De acuerdo con la OMS, muchos sistemas de salud de la región han experimentado interrupciones importantes en la provisión de servicios esenciales, como las vacunas de difteria, el tétanos y la tos ferina, la polio y el sarampión, entre otras (OMS y UNICEF, 2020). Debido a la discontinuidad en tratamientos y los diagnósticos tardíos de enfermedades crónicas, se prevé que en los próximos años habrá un aumento en la incidencia de estas patologías y en los gastos de salud asociados a su tratamiento. Si bien muchos países han avanzado en fortalecer la telemedicina para sortear los problemas de interrupción de ciertos servicios, la transformación digital en salud es todavía muy incipiente y existe mucho margen para ampliar este tipo de servicios. En este contexto, es prioritario reforzar programas específicos, como, por ejemplo, los programas de vacunación y para la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades crónicas. De acuerdo con la OMS, también se ha observado un aumento de problemas de salud mental (especialmente en jóvenes), un incremento del consumo de sustancias psicoactivas y de los problemas de violencia intrafamiliar (Berniell y Facchini, 2021), lo cual requerirá un reforzamiento de las políticas orientadas a mitigar y tratar estas problemáticas.

Un grupo particularmente susceptible de discontinuar tratamientos médicos es aquel que, debido a la pérdida de su empleo formal o de quien es dependiente, sufrió la pérdida de la cobertura de salud contributiva asociada. Este puede ser un grupo con alto riesgo de discontinuar el acceso a servicios médicos, ya que atender sus demandas en el sistema no contributivo implica, en la mayoría de los países, cambiar de prestador, mientras que satisfacerlas con sus antiguos prestadores podría implicar altos gastos de bolsillo. El Gráfico 20 muestra que la caída en la cobertura del sistema de salud contributivo fue especialmente alta en Argentina y Perú, con reducciones del orden del 10 % al 20 % respecto al último dato disponible para 2019. En cambio, en Colombia, los niveles de cobertura contributiva de salud se recuperaron más rápidamente hacia finales de 2020. No existe un patrón común en los países de la región en términos de la heterogeneidad por grupos de población en esta pérdida de cobertura (Gráficos A.4, A.5 y A.6 del Apéndice). En Argentina los más afectados fueron las mujeres, los jóvenes y los más educados. En Colombia, la pérdida temporal de cobertura contributiva impactó prácticamente con la misma intensidad a todos los grupos, independientemente del género, el nivel educativo y la edad. En Perú, en cambio, se vieron relativamente más afectados los hombres, las personas con nivel de educación media y los jóvenes.

**Gráfico 20. Caídas en el porcentaje de la población cubierta por sistemas contributivos de salud (fines de 2019 base=100)**



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas de hogares y laborales de los países.

### Avanzar más para garantizar una cobertura universal de salud <sup>21</sup>

Como se describió anteriormente, los sistemas de salud de la región presentaban déficits estructurales de cobertura tanto de acceso a servicios básicos como de protección financiera antes de la pandemia. Al igual que sucede con la protección social, la pandemia ha puesto en evidencia estos déficits estructurales, que afectan más a grupos vulnerables y desvinculados del trabajo formal.

El esfuerzo fiscal que requeriría cerrar las brechas de generosidad de los subsistemas contributivos y no contributivos podría ser muy grande. A esto se suma que la región experimenta un envejecimiento de la estructura demográfica que presiona al alza los gastos del sistema. Según proyecciones realizadas en el RED 2020, de no mediar modificaciones en el diseño de los sistemas de salud, el envejecimiento incrementará el gasto público en salud (la suma de los subsistemas contributivos y no contributivos) hacia el año 2065 entre 1 y 2,5 puntos del PIB, dependiendo del país. Saludar las diferencias en la generosidad de la cobertura entre los subsistemas contributivos y no contributivos de salud plantearía un desafío enorme. Esto pasaría si, por ejemplo, se pretendiera equiparar los niveles de gastos por beneficiario en ambos subsistemas, llevando los gastos per cápita en los sistemas no contributivos a los niveles de los sistemas contributivos. En algunos países, el esfuerzo fiscal requerido sería similar o mayor al esperado por el cambio demográfico.

Para acompañar estas mayores demandas de gastos en salud, los sistemas requerirán adoptar políticas que permitan mejorar la eficiencia en el gasto, ya que el margen para el aumento en la corresponsabilidad del pago de los usuarios es muy bajo (Álvarez et al., 2020). Los incentivos son clave en el sector de la salud. El gasto en salud surge de la interacción entre pacientes, médicos, clínicas, aseguradoras y el propio aparato estatal, por lo que diversas regulaciones pueden ayudar a alinear incentivos de cada uno de estos agentes hacia un uso más eficiente del gasto. Entre ellos se destacan: i) la definición explícita de bienes y servicios de salud cubiertos por los diferentes subsistemas de salud; ii) mejoras en los esquemas de pago a proveedores de servicios médicos (reconociendo la importancia de introducir elementos de pago por

<sup>21</sup> Basado en el Capítulo 4 del RED 2020 (Álvarez et al., 2020).

desempeño); iii) la adopción de estrategias de contención de gastos de los tratamientos de alto costo (que toman en cuenta la eficacia y la relación costo-efectividad de las nuevas tecnologías médicas para tomar decisiones de cobertura con fondos públicos); iv) mejoras de los sistemas de información (como, por ejemplo, la historia clínica electrónica y los registros de pago a proveedores) como base para la gestión de control de gastos; y v) la adopción y fortalecimiento de políticas de prevención y promoción de vida saludable orientadas a disminuir la prevalencia de las enfermedades crónicas.

## **Conclusión: protección social, incentivos y sostenibilidad fiscal<sup>22</sup>**

Como se vio en esta nota, en la región existen brechas de protección social que es necesario cubrir. Estas necesidades de ampliación de la protección social enfrentan dos desafíos muy importantes. Por un lado, la elevada informalidad estructural limita el financiamiento y la cobertura de los esquemas contributivos, e introduce dilemas en el diseño de los esquemas no contributivos. Por otro lado, cubrir las necesidades de protección social requiere en la mayoría de los casos la asignación de recursos fiscales adicionales.

La elevada proporción de puestos de trabajo informales implica que trabajadores y empresas pueden optar por esta opción y no aportar a los esquemas contributivos. Esto deteriora la recaudación de los sistemas contributivos, con la contracara de que los trabajadores en puestos informales no tendrán acceso a los beneficios de la protección social contributiva. En términos del diseño de las políticas de protección social, es relevante considerar que el incremento del valor de la opción informal frente a la formal (y por tanto los incentivos a la informalidad) puede darse tanto si se incrementan las tasas de contribución de los programas contributivos como si aumentan los beneficios no contributivos. Si bien esto no implica que en algunos casos no se deban incrementar las tasas de contribución o ampliar los beneficios no contributivos, sí son dilemas que deben estar siempre presentes en el diseño de la protección social en los países de la región. En cuanto al sistema de transferencias no contributivas, los problemas de focalización y de entrega efectiva a la población elegible podrían aliviarse con el fortalecimiento de sistemas registrales integrados y dinámicos, que aprovechen mejor el caudal de información que los gobiernos generan en su continua interacción con la ciudadanía y que se plasman en múltiples registros administrativos. Estas bases de datos son muy valiosas para caracterizar mejor a la población vulnerable y diseñar respuestas de política más apropiadas a sus carencias básicas y menos reñidas con los incentivos a la participación laboral y el trabajo formal.

El otro gran desafío de la protección social en la región es cómo asignar fondos públicos adicionales para cubrir las necesidades existentes. Esto será particularmente difícil en el contexto de la pospandemia, debido a que los países emergerán de la pandemia con abultados déficits fiscales y un sector público más endeudado. En el mediano y largo plazo, a estas dificultades se le suma la presión al alza en los gastos en pensiones y salud que supondrá el envejecimiento. El RED 2020 estima que en 50 años el envejecimiento llevará el gasto público en pensiones y salud del 8,4 % del PIB

---

<sup>22</sup> Apartado basado en el Capítulo 5 del RED 2020 (Álvarez et al., 2020).

actual a casi el 12 %. En cuanto a los mecanismos para aumentar los ingresos de los sistemas de protección social, el RED 2020 muestra que la mayoría de los países de la región no cuentan con mayor margen para aumentar las tasas de contribución, pero existe amplio margen para aumentar el número de contribuyentes, fundamentalmente reduciendo la informalidad. Algunos países podrían recurrir a financiar su protección social con mayor recaudación de impuestos. Chile, Colombia, Costa Rica, Paraguay y Perú tienen recaudaciones de impuestos entre 4 y 6 puntos del PIB menores que países de PIB per cápita similar. En cambio, en el resto de los países, el margen para financiar mayor gasto con mayores impuestos es más acotado.

En suma, el diagnóstico que brinda este documento llama a la acción urgente para fortalecer los sistemas de protección social en América Latina. CAF, a través de su apoyo con financiamiento y conocimiento, acompaña a los países de la región para que puedan emprender los cambios necesarios y, a su vez, lidiar con las consecuencias de corto y mediano plazo surgidas de la situación de pandemia.

## Referencias

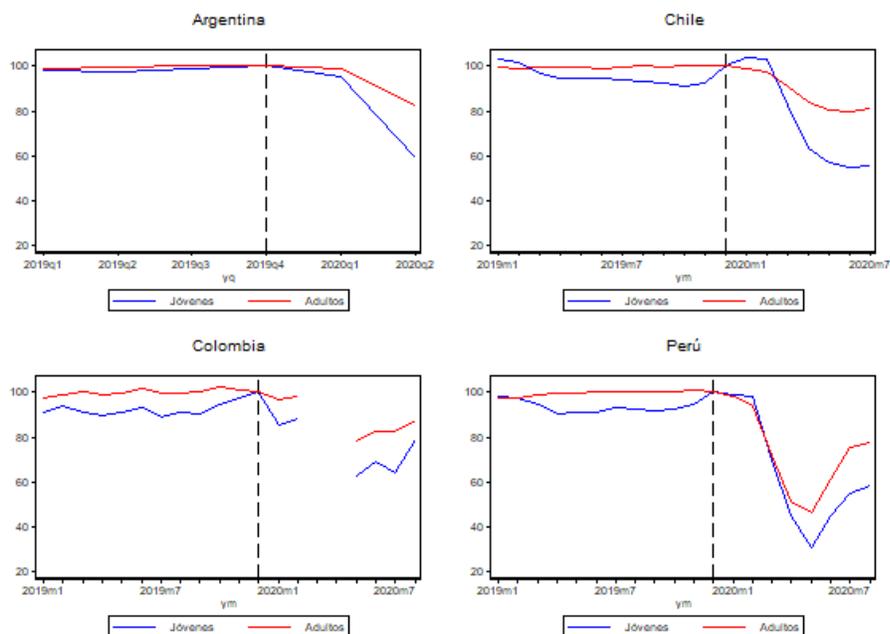
- Álvarez, F., Brassiolo, P., Toledo, M., Allub, L., Alves, G., De la Mata, D., ... Daude, C. (2020). *RED 2020: Los sistemas de pensiones y salud en América Latina. Los desafíos del envejecimiento, el cambio tecnológico y la informalidad*. Caracas: CAF. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1652>
- Banco Mundial (2020a). *G2P payments: key considerations and policy options for emergency cash-transfer payment solutions*. <http://pubdocs.worldbank.org/en/485391596485076174/WB-G2Px-Key-Considerations-and-Policy-Options-for-Emergency-Social-Assistance-Payments.pdf>
- Banco Mundial (2020b). *COVID-19 G2P cash-transfer delivery. Brazil, Colombia, Ecuador y Peru Country Briefs*. <https://www.worldbank.org/en/programs/g2px>
- Banco Mundial (2020c). *Indicadores del Desarrollo Mundial* [Base de datos]. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators> (consulta realizada el 16 de octubre de 2020).
- Banco Mundial (2021). *PovcalNet* [Base de datos]. <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/povOnDemand.aspx> (consulta realizada el 4 de enero de 2021).
- Banerjee, A. V., Hanna, R., Kreindler, G. E., y Olken, B. A. (2017). «Debunking the stereotype of the lazy welfare recipient: evidence from cash transfer programs». *The World Bank Research Observer*, 32(2), 155-184.
- Bérgolo, M. y Guillermo C. (2021). «The anatomy of behavioral responses to social assistance when informal employment is high». *Journal of Public Economics*, vol. 193.
- Berniell, L., Cabral, G. y de la Mata, D. (2020). «Demografía y pandemia: qué revelan las muertes por Covid-19 en América Latina». *Blog Visiones*. <https://www.caf.com/es/conocimiento/visiones/2020/10/demografia-y-pandemia/>
- Berniell, I. y Facchini, G. (2021). «COVID-19 lockdown and domestic violence: evidence from internet-search behavior in 11 countries». *European Economic Review*, vol. 136.
- Berniell, L., de la Mata, D., Bernal, R., Camacho, A., Barrera-Osorio, F., Álvarez, F., Brassiolo, P., Vargas, J. F. (2016). *RED 2016. Más habilidades para el trabajo y la vida: los aportes de la familia, la escuela, el entorno y el mundo laboral*. Bogotá: CAF. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/936>
- Bhalotra, S., Brito, E., Clarke, D., Larroulet, P. y Pino, F. (2020). «The dynamic impacts of quarantine imposition and removal on intimate partner violence: evidence based on rolling quarantines in Chile». Manuscrito no publicado.
- Blofield, M., Lustig, N. y Trasberg, M. (2021). «Social protection during the pandemic: Argentina, Brazil, Colombia, and Mexico». Documento de trabajo CEQ N.º 104, Tulane University.
- Busso, M. y Messina, J. (2020). *La crisis de la desigualdad: América Latina y el Caribe en la encrucijada*. BID. <http://dx.doi.org/10.18235/0002629>

- CAF (2020). *ECAF 2019. Percepciones de los latinoamericanos sobre los sistemas de pensiones, salud y cuidados y el avance tecnológico en el mercado laboral*. 29 de septiembre. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1646>
- CEDLAS y Banco Mundial (2020). *SEDLAC* [Base de datos]. Última actualización realizada en febrero de 2020. Consulta realizada el 1 de septiembre de 2020.
- CEPAL (2016). *Panorama social de América Latina 2015*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Collis, A., Garimella, K., Moehring, A., Rahimian, M.A., Babalola, S., Gobat, N., Shattuck, D., Stolow, J., Eckles, D. y Aral, S. (2020). *Global survey on COVID-19 beliefs, behaviors, and norms. Technical report*. MIT Sloan School of Management.
- Daude, C., Fajardo, G., Brassiolo, P., Estrada, R., Goytia, C., Sanguinetti, P., ... Vargas, J. (2017). *RED 2017. Crecimiento urbano y acceso a oportunidades: un desafío para América Latina*. Bogotá: CAF. <http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1090>
- Díaz, G. (2020). «Presentación sobre desafíos de la política social en Perú en Taller Anual de Economías Regionales 2020». CAF.
- FMI (2020). *International Financial Statistics*. Fondo Monetario Internacional (consulta realizada el 1 de setiembre de 2020).
- Gallup (2019) Wellcome Global Monitor. Actualización de julio de 2019 <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018>
- Garganta, S. y Gasparini, L. (2015). «The impact of a social program on labor informality: The case of AUH in Argentina». *Journal of Development Economics*, 115, 99-110.
- Gasparini, L., Cruces, G., Tornarolli, L. y Mejía, D. (2011). «Recent trends in income inequality in Latin America [with comments]». *Economía*, 11(2), 147-201
- Gasparini, L., y Lustig, N. (2011). «The rise and fall of income inequality in Latin America». Documento de trabajo N.º 1110. Tulane University.
- Gasparini, L., Cruces, G. y Tornarolli, L. (2016). «Chronicle of a Deceleration Foretold: Income Inequality in Latin America in the 2010s». *Revista de Economía Mundial* N.º 43, pp. 25-46.
- Gentilini, U., Almenfi, M. y Dale, P. (2020). *Social protection and jobs responses to COVID-19: a real-time review of country measures*. «Living paper» version 14 (11 de diciembre de 2020).
- Guerra, S. (2020). «Presentación sobre desafíos de la política social en Ecuador en Taller Anual de Economías Regionales 2020». CAF.
- Huenchuan, H. (2020). *Covid-19 y sus impactos en los derechos y la protección social de las personas mayores en la subregión* (LC/MEX/TS.2020/31). Ciudad de México: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
- Jaramillo, M. y López Vargas, L. (2021). «Políticas para combatir la pandemia del COVID-19». Informe preliminar. GRADE.
- López, O. (2020). «Presentación sobre desafíos de la política social en Brasil en Taller Anual de Economías Regionales 2020». CAF.

- López-Calva L. y Lustig, N. (2010). *Declining inequality in Latin America: A decade of progress?* Washington, D.C.: Brookings Institution and UNDP.
- Luoto, J. y Carman, K. G. (2014). «Behavioral economics guidelines with applications for health interventions». *Social protection and health division technical note n.º IDB-TN-665*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- OIT (2020). *ILOSTAT* [Base de datos]. <https://ilostat.OIT.org/data/> (consultada realizada en agosto de 2020).
- OMS (2020). *The Global Health Observatory* [Base de datos]. Última actualización julio de 2020. <https://www.who.int/data/gho>
- OMS (2019). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 Global Monitoring Report*. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/uhc\\_report\\_2019.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1)
- OMS y UNICEF (2020). *Immunization coverage: are we losing ground*. <https://data.unicef.org/resources/immunization-coverage-are-we-losing-ground/>
- Perelmuter, N. (2020). «Presentación sobre desafíos de la política social en Uruguay en Taller Anual de Economías Regionales 2020». CAF.
- Tornarolli, L., Ciaschi, M. y Galeano, L. (2018). «Income distribution in Latin America: the evolution in the last 20 years: A global approach». Documento de trabajo de CEDLAS N.º 234.

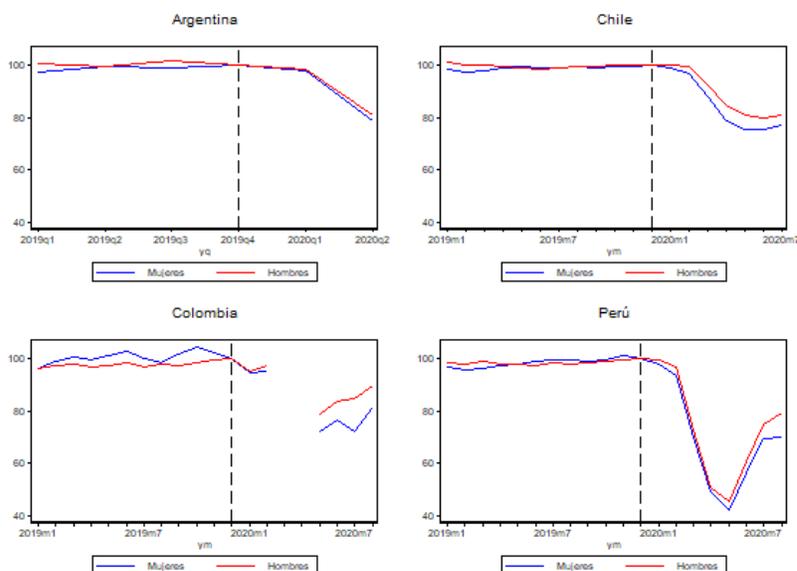
## Apéndice

**Gráfico A.1. Evolución de las tasas de empleo por grupos de edad (jóvenes de 15 a 24 años y adultos de 25 a 65 años) en comparación con las mismas tasas observadas hacia fines de 2019 (fines de 2019 base=100)**



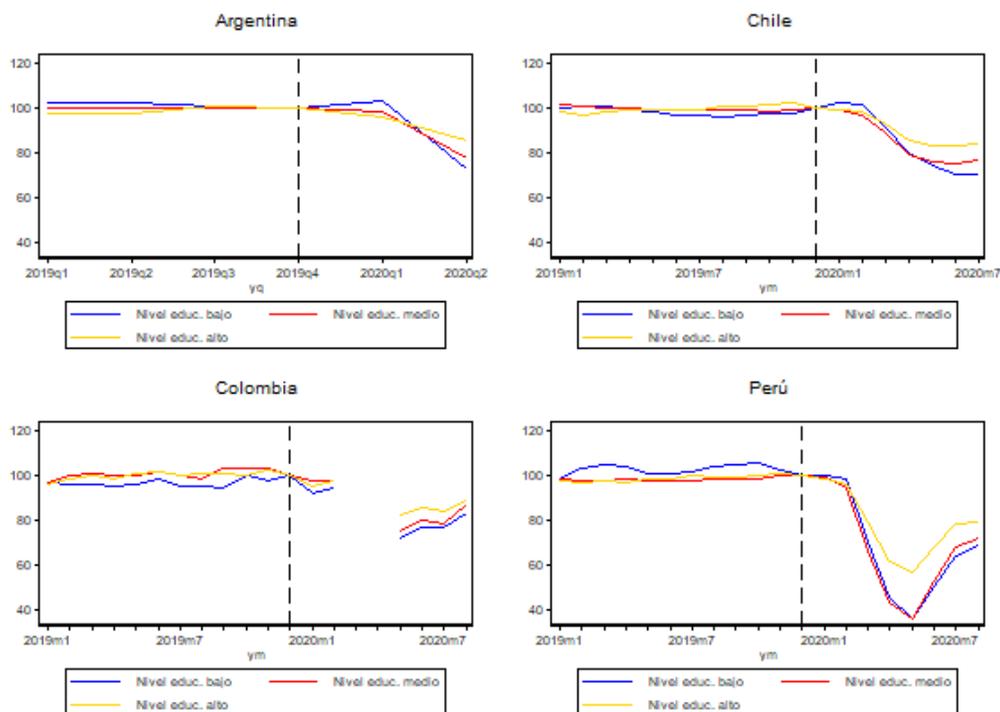
Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas de hogares y laborales de los países.

**Gráfico A.2. Evolución de las tasas de empleo por género en comparación con las mismas tasas observadas hacia fines de 2019 (fines de 2019 base=100)**



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas de hogares y laborales de los países.

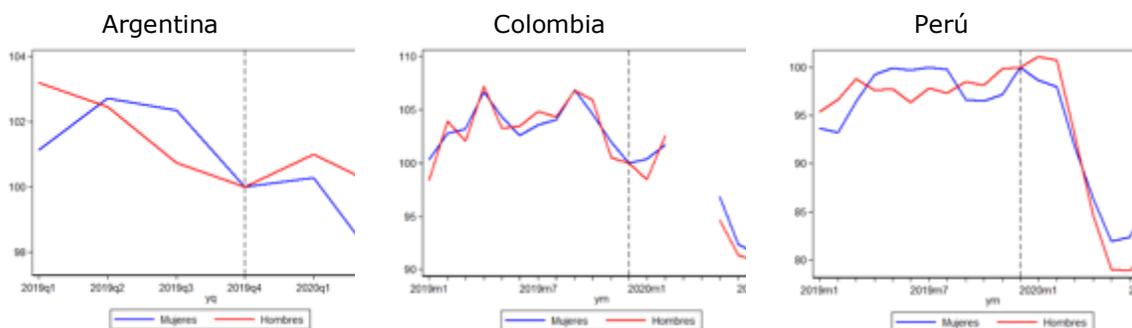
**Gráfico A.3. Evolución de las tasas de empleo por nivel educativo de los trabajadores en comparación con las mismas tasas observadas hacia fines de 2019 (fines de 2019 base=100)**



Nota: Nivel educativo bajo significa secundaria incompleta, medio incluye secundaria completa y hasta superior incompleta, y alto incluye al menos un título de educación superior completo.

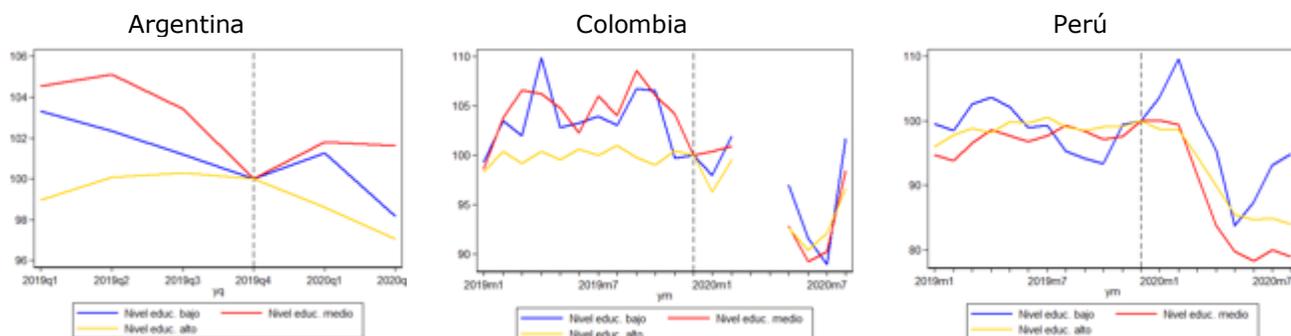
Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas de hogares y laborales de los países.

**Gráfico A.4. Caídas en el porcentaje de la población cubierta por sistemas contributivos de salud por género (fines de 2019 base=100)**



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas de hogares y laborales de los países.

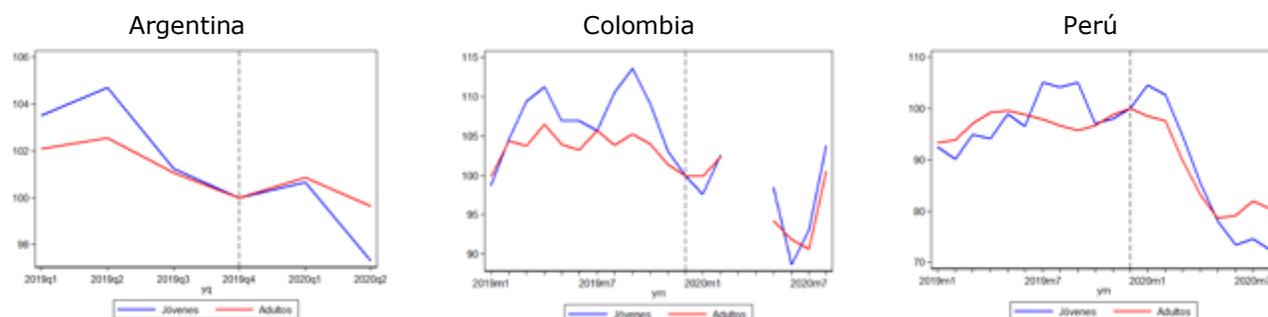
**Gráfico A.5. Caídas en el porcentaje de la población cubierta por sistemas contributivos de salud por nivel educativo (fines de 2019 base=100)**



Nota: Nivel educativo bajo significa secundaria incompleta, medio incluye secundaria completa y hasta superior incompleta, y alto incluye al menos un título de educación superior completo.

Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas de hogares y laborales de los países.

**Gráfico A.6. Caídas en el porcentaje de la población cubierta por sistemas contributivos de salud por grupo de edad (jóvenes de 15 a 24 años y adultos de 25 a 65 años) (fines de 2019 base=100)**



Fuente: Elaboración propia con base en las encuestas de hogares y laborales de los países.



caf.com  
@AgendaCAF

---