



PNUD LAC C19 PDS N°. 19

Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe

Arachu Castro

Profesora Samuel Z. Stone de Salud Pública en América Latina

Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane

Septiembre de 2020

Resumen

La pandemia de COVID-19 ha transformado de forma inesperada el acceso y la organización de los servicios de salud por un tiempo indeterminado, lo cual está soslayando los esfuerzos que se han realizado en los últimos años para mejorar los indicadores de salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe. En la mayoría de los países, la segmentación de los servicios de salud, la concentración de los recursos humanos y de la tecnología médica en algunos hospitales urbanos, la infrafinanciación de la atención primaria en salud y de la vigilancia epidemiológica y la falta de articulación entre los distintos niveles de atención debilita las acciones coordinadas de respuesta nacional. Mantener los servicios de salud esenciales para la atención de la mujer, de la niñez y de la adolescencia mientras se mitiga el impacto de la pandemia representa un desafío sin precedentes. Este informe presenta estimaciones sobre el impacto de la reducción de la cobertura de los servicios de salud en el alcance o el mantenimiento de las metas del objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible – reducir la mortalidad materna, neonatal y de menores de 5 años y garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. La pandemia y su respuesta están dificultando el alcance o el mantenimiento de estas metas, a pesar de que la región estaba bien encaminada a alcanzarlas. Las prioridades urgentes orientadas a la equidad en salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia durante y después de la pandemia requieren: 1) aumentar el gasto público en salud y en políticas sociales para controlar la pandemia y favorecer la reactivación y la reconstrucción social y económica, 2) restablecer y reconstruir los servicios esenciales de salud y 3) fortalecer la estrategia de atención primaria en salud.

PNUD LAC C19 PDS N°. 1

Un marco conceptual para analizar el impacto económico del COVID-19 y sus repercusiones en las políticas
Por Constantino Hevia y Andy Neumeyer

PNUD LAC C19 PDS N°. 2

Sugerencias para la Emergencia
Por Santiago Levy

PNUD LAC C19 PDS N°. 3

El impacto económico del COVID-19 en Venezuela: la urgencia del financiamiento externo
Por Daniel Barráez y Ana María Chirinos-Leañez

PNUD LAC C19 PDS N°. 4

Impacto socioeconómico del COVID-19 y opciones de política en Honduras
Por Andrés Ham

PNUD LAC C19 PDS N°. 5

Covid-19 y el shock externo: Impactos económicos y opciones de política en el Perú
Por Miguel Jaramillo y Hugo Ñopo

PNUD LAC C19 PDS N°. 6

Impacto Social y Económico de la COVID-19 y opciones de políticas en Argentina
Por María Laura Alzúa y Paula Gosis

PNUD LAC C19 PDS N°. 7

La cooperación financiera internacional frente a la crisis económica latinoamericana
Por José Antonio Ocampo

PNUD LAC C19 PDS N°. 8

COVID-19 y la protección social de las personas pobres y los grupos vulnerables en América Latina: un marco conceptual
Por Nora Lustig y Mariano Tommasi

PNUD LAC C19 PDS N°. 9

Impacto social y económico de COVID-19 y opciones de políticas públicas en Jamaica
Por Manuel Mera

PNUD LAC C19 PDS N°. 10

Impacto Social y Económico de la COVID-19 y opciones de políticas en Uruguay
Por Alfonso Capurro, Germán Deagosto, Federico Ferro, Sebastián Ithurralde y Gabriel Oddone

PNUD LAC C19 PDS N°. 11

El coronavirus en Colombia: vulnerabilidad y opciones de política
Por Andrés Álvarez, Diana León, María Medellín, Andrés Zambrano y Hernando Zuleta

PNUD LAC C19 PDS N°. 12

COVID-19 y vulnerabilidad: una mirada desde la pobreza multidimensional en El Salvador
Por Rodrigo Barraza, Rafael Barrientos, Xenia Díaz, Rafael Pleitez y Víctor Tablas

PNUD LAC C19 PDS N°. 13

Desafíos de desarrollo ante la COVID-19 en México. Panorama socioeconómico
Oficina del PNUD en México

PNUD LAC C19 PDS N°. 14 A

Lecciones del COVID-19 para una agenda de sostenibilidad en América Latina & Caribe

Por Diana Carolina León y Juan Camilo Cárdenas

PNUD LAC C19 PDS N°. 14 B

Latinoamérica y el Caribe: Riqueza natural y degradación ambiental en siglo XXI

Por Diana Carolina León y Juan Camilo Cárdenas

PNUD LAC C19 PDS N°. 15

Impacto económico y social del COVID-19 y opciones de política en la República Dominicana

Por Sócrates Barinas y Mariana Viollaz

PNUD LAC C19 PDS N°. 16

Nota técnica de Las Bahamas: Impacto del COVID-19 y opciones de políticas públicas

Por Manuel Mera

PNUD LAC C19 PDS N°. 17

Impulsando la recuperación socioeconómica en Paraguay – Estrategias de reactivación frente al COVID-19

Oficina del PNUD en Paraguay

PNUD LAC C19 PDS N°. 18

El Coronavirus y los retos para el trabajo de las mujeres en América Latina

Diana Gutiérrez, Guillermina Martín, Hugo Ñopo

PNUD LAC C19 PDS N°. 19

Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe

Arachu Castro

Este documento fue comisionado conjuntamente con UNICEF para contribuir al debate de política pública en la región, con un énfasis particular en la protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Aviso Legal:

Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe
Septiembre 2020

El PNUD forja alianzas con todos los niveles de la sociedad para ayudar a construir naciones que puedan resistir las crisis; promueve y sostiene un tipo de crecimiento que mejora la calidad de vida de todos. Presentes sobre el terreno en unos 170 países y territorios, ofrecemos una perspectiva global y un conocimiento local al servicio de las personas y las naciones.

Copyright © PNUD 2020 Todos los derechos reservados.

Producido en EE.UU. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo | One United Nations Plaza, Nueva York, NY 10017, Estados Unidos.

Los puntos de vista, las designaciones y las recomendaciones presentadas en este informe no reflejan necesariamente la postura oficial del PNUD.

Introducción a la serie:

Evidencia, experiencia, y pertinencia en busca de alternativas de política eficaces

La pandemia del COVID-19 es uno de los desafíos más serios que ha enfrentado la humanidad en tiempos recientes. Todavía se desconoce lo que podrá ser su costo total en vidas humanas. De manera simultánea a la pérdida de vidas y a la profunda crisis de salud, el mundo está siendo testigo de un colapso económico que impactará de manera severa el bienestar de grandes segmentos de la población durante los próximos años. Algunas de las medidas que se están tomando para contrarrestar la pandemia afectarán nuestras vidas en el futuro de manera no trivial. Entender la relación entre los diferentes elementos del problema para ampliar el espacio de la política con una comprensión completa de los efectos sociales y económicos que las medidas que se adopten pueden traer consigo, es el propósito de esta serie.

Hasta el momento, la imposibilidad de utilizar el aislamiento selectivo con las personas y grupos contagiados ha llevado a la aplicación de medidas de distanciamiento social que están imponiendo un costo económico y social excesivamente desproporcionado en todo el mundo. La combinación de políticas como el distanciamiento social, el confinamiento y las cuarentenas implican una reducción, cuando no una parada total, de las actividades de producción y consumo por un periodo de tiempo incierto, que desploma los mercados y puede llevar al cierre de empresas, llevando al desempleo a millones de trabajadores. El trabajo, factor esencial de la producción, está en cuarentena en la mayoría de los sectores de la economía. Las fronteras se han cerrado, y las cadenas globales de valor se han interrumpido. La mayoría de las estimaciones muestran una contracción del producto global. En la región de América Latina y el Caribe, las predicciones muestran un consenso alrededor del -3% o -4%, y se espera que solo en 2022 la región recupere los niveles de actividad previos a la crisis, en escenarios que prevén una crisis en forma de "U". Según la CEPAL, más de 30 millones de personas podrían caer en la pobreza si no se ponen en marcha políticas activas para proteger o sustituir el ingreso de los grupos vulnerables.

Enfrentamos una crisis que exige respuestas no convencionales. Nos preocupa el efecto nivel: el impacto de la crisis sobre el tamaño de las economías y su capacidad para recuperar el crecimiento tras el choque. Pero nos preocupa igualmente su impacto distributivo. La crisis interactúa con la heterogeneidad preexistente en tenencia de activos, capacidad de generación de ingresos, condiciones de trabajo,

acceso a servicios públicos y muchos otros aspectos que hacen que algunos individuos y hogares sean particularmente vulnerables a una parálisis de la economía como ésta. Las personas que dependen de los mercados informales, los micro y pequeños empresarios, las mujeres en situación de empleo precario, los grupos históricamente excluidos, como los pueblos indígenas y los afrodescendientes, deben estar al centro de la respuesta de política.

Como agencia de desarrollo de las Naciones Unidas, el PNUD tiene una larga tradición de acompañar el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de la política pública. Tiene el mandato de responder a circunstancias cambiantes, desplegando su capacidad para apoyar a nuestros estados miembros en la búsqueda de soluciones integrales a problemas complejos. Esta serie busca aprovechar la experiencia y conocimientos del PNUD a nivel global y la experticia y capacidad de nuestra red de centros de investigación e instituciones académicas aliadas de América Latina y el Caribe. Es un intento por promover una reflexión colectiva sobre la respuesta a la crisis de salud del COVID-19 y sus efectos económicos y sociales sobre nuestras sociedades. Es necesario pensar rápido. Las soluciones basadas en evidencia, la experiencia y la intuición política razonada – con origen en una larga historia de experiencia en política – son esenciales para guiar este esfuerzo. Esta serie contribuye, además, al enfoque integral establecido por la reforma de la ONU y aspira a ser un insumo importante para la respuesta coherente del sistema de desarrollo de las Naciones Unidas a los niveles global, regional y nacional.

Ben Bernanke, antiguo gobernador de la Reserva Federal de los Estados Unidos, nos recuerda en su libro *El valor de actuar* que durante las crisis las personas se distinguen entre quienes actúan y quienes temen actuar. Esperamos que estos documentos de política contribuyan al debate público con la entrega de propuestas oportunas y sólidas para apoyar a todos aquellos que están tomando decisiones con el fin de proteger a los más vulnerables de nuestra región.

Luis F. Lopez-Calva

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Director Regional, América Latina y el Caribe

Nueva York, marzo 2020

La necesidad de priorizar la atención en salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia durante la pandemia de COVID-19

Tras la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020 de que la enfermedad de COVID-19 constituía una pandemia, y la primera causada por un coronavirus, las autoridades de varios países de América Latina y el Caribe decretaron el estado de alarma para reducir la transmisión del virus. Esta situación, prevista por algunas proyecciones epidemiológicas, pero para la que no existían medidas de contingencia, tiene grandes repercusiones en la supervivencia de la población más desatendida, en particular en las zonas urbano-marginales y rurales de una región caracterizada por la desigualdad social y las inequidades en salud (1, 2). A 1 de septiembre de 2020, más de 7,8 millones de personas de América Latina y el Caribe están diagnosticadas con COVID-19 (3) y unas 300.000 han fallecido, el 40% de ellas en Brasil (3, 4). A esa misma fecha, los países en donde la proporción estimada de personas fallecidas por COVID-19 por cada 100.000 habitantes es más elevada de la región es en Perú (117), Ecuador (102), Chile (59), Brasil (58), México (51), Panamá (47), Bolivia (44), Colombia (39), Argentina (20), Honduras (19), Guatemala (16) y República Dominicana (17) (4, 5).

Además de los miles de muertes por COVID-19 y del sufrimiento causado en la región, comparar las muertes reportadas por cualquier causa con las esperadas en el mismo período de años anteriores puede indicar con mayor fidelidad el impacto de la pandemia en la mortalidad (6). Para algunas semanas, se ha estimado el exceso de muertes en 185% en Perú, 219% en México y 242% en Ecuador (7). Esas muertes en exceso se deben tanto a la COVID-19 como a las causas indirectas producidas por la disminución de la provisión de servicios de salud y por la disminución de la utilización de estos servicios. Se estima que el efecto indirecto de la pandemia en los servicios y en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia es de gran magnitud (8, 9), incluso mayor que el de las muertes directas por COVID-19 (10).

Por un lado, el aumento del número de personas con síntomas que buscan atención colapsa los establecimientos de salud, en particular si requieren atención crítica. Las camas de cuidados intensivos han sido insuficientes en países como Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá o Perú (4). En algunos países, se han designado hospitales para atender de forma exclusiva a personas con COVID-19, se ha interrumpido la provisión de servicios de prevención y promoción de la salud y de atención clínica (incluso de servicios esenciales) y se ha reubicado a una parte del personal de salud a los hospitales más sobrecargados, lo cual ha desabastecido otros establecimientos de personal y de insumos (11). Por otro lado, las medidas de confinamiento y los toques de queda, el cierre de las escuelas, la limitación en el transporte público o el temor de la población a adquirir la COVID-19 en los establecimientos de salud dificultan o posponen la búsqueda de atención, incluso para emergencias de salud o para condiciones crónicas que requieren atención periódica (12, 13).

El hacinamiento durante períodos largos de tiempo en los hogares de zonas desatendidas por los servicios públicos, además de aumentar el riesgo de exposición al virus, conlleva al aumento de la violencia en los hogares hacia los niños, niñas, adolescentes y mujeres (11, 14-17), de embarazos por violación, que por definición son no intencionados, y de otros causantes de estrés tóxico (9). En estas mismas zonas desatendidas, la pobreza económica que las caracteriza aumenta por la disminución de las oportunidades de trabajo y de la consiguiente dificultad para comprar alimentos y por la suspensión de los programas de alimentación escolar (12), lo cual puede causar un aumento en la desnutrición. Estas situaciones afectan en mayor medida a la población indígena (18, 19) y afrodescendiente, debido a la cantidad de privaciones, al racismo, a la discriminación y a la violencia que reciben tanto en la comunidad como en los establecimientos de salud (20).

Esta confluencia de situaciones complejas limita la cobertura, la accesibilidad y la atención en salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia y conlleva a un aumento de la morbilidad y de la mortalidad por varias causas y no sólo por COVID-19. Además de contribuir a aumentar la situación de pobreza de una parte importante de la población y la desigualdad social en América Latina y el Caribe, el impacto de la pandemia está revirtiendo logros conseguidos con esfuerzo en las últimas dos décadas, reflejados por los indicadores sociales y de salud (1).

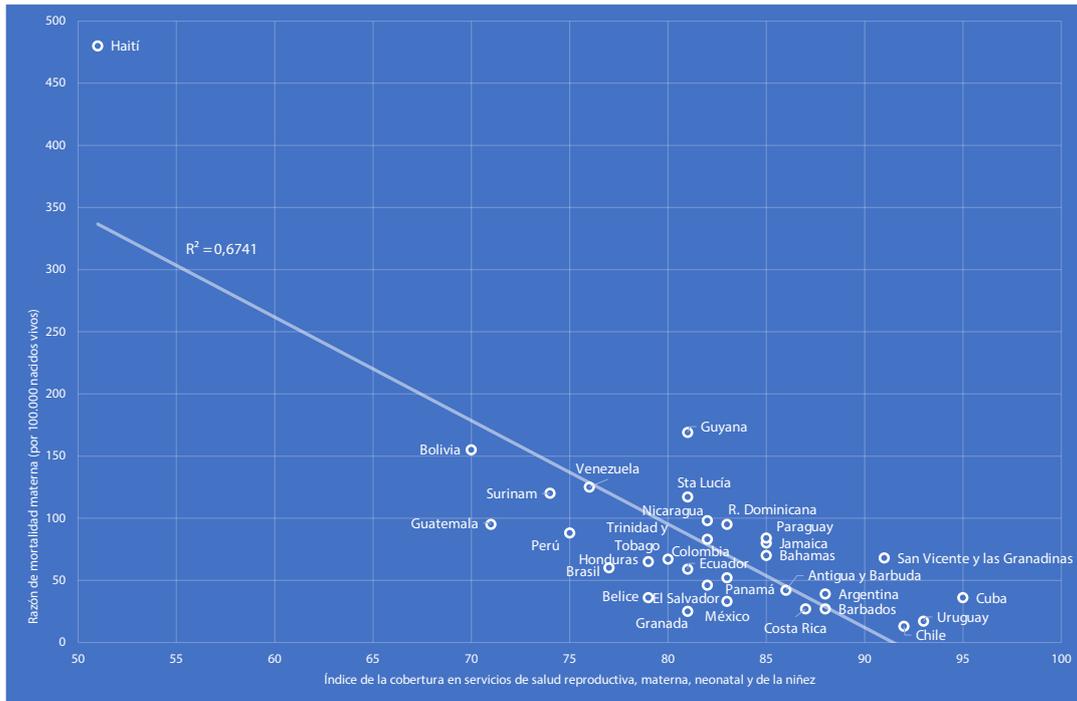
Desafíos para los sistemas de salud y para el acceso a la atención en salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia

En América Latina y el Caribe, los gobiernos han asignado recursos para fortalecer la capacidad del sector de la salud para hacer frente a la pandemia (21), pero la respuesta está siendo insuficiente en una gran parte de los países de la región debido a las debilidades preexistentes de los sistemas de salud (22). En la mayoría de los países, la segmentación entre los servicios públicos, los de la seguridad social y la medicina privada, la concentración de los recursos humanos y de la tecnología médica en algunos hospitales urbanos (23), la infrafinanciación de la atención primaria en salud (APS) y de la vigilancia epidemiológica y la falta de articulación entre los distintos niveles de atención debilita las acciones coordinadas de respuesta nacional (1). El desafío es apremiante.

Mantener los servicios de salud esenciales para la atención de la mujer, de la niñez y de la adolescencia mientras se mitiga el impacto de la pandemia representa un desafío sin precedentes – o “dos grandes desafíos de forma paralela” (24) – en particular en los países donde la cobertura de la atención no es universal. La situación prepandemia se refleja con el índice de la cobertura en servicios de salud reproductiva, materna, neonatal y de la niñez (SRMNN) desarrollado por la OMS y colaboradores (25, 26). Consiste en el promedio ponderado de ocho indicadores intrínsecos a la APS: mujeres de 15 a 49 años con demanda de anticoncepción satisfecha con métodos modernos; cuatro o más visitas de atención prenatal; asistencia capacitada durante el parto; niños y niñas de 12 a 23 meses que han recibido la vacuna contra la tuberculosis (BCG); tres o más dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3); y la vacuna contra el sarampión; niños y niñas menores de 5 años con diarrea que recibieron sales de rehidratación oral; y niños y niñas menores de 5 años con síntomas de neumonía atendidos por profesional de la salud (27).

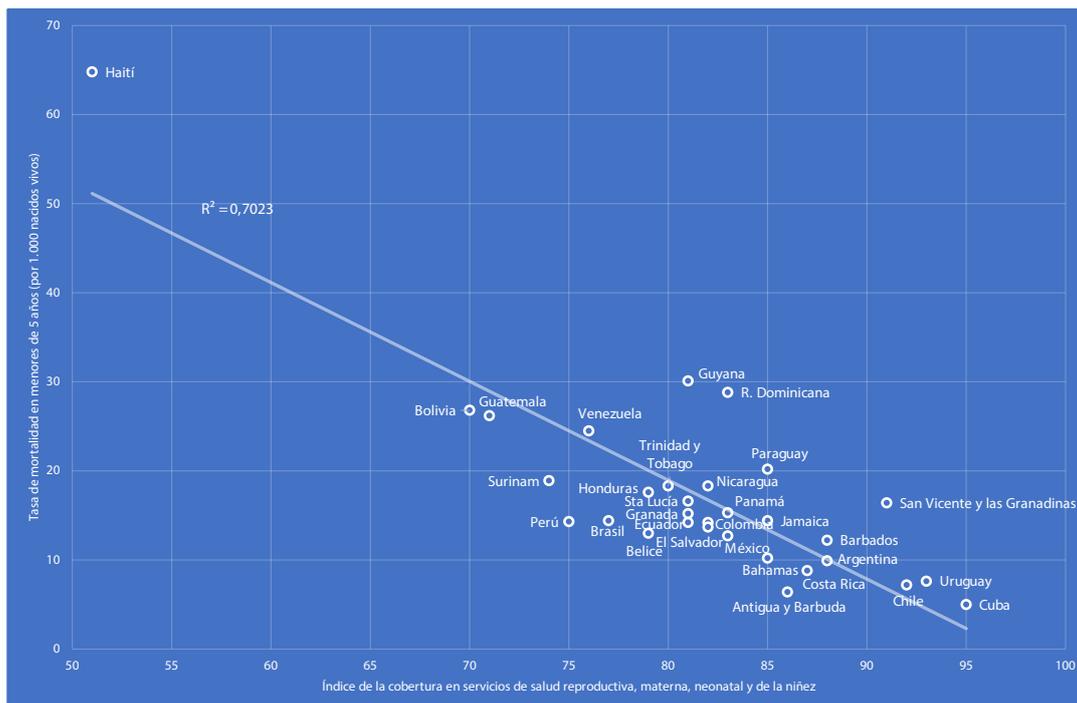
La asociación entre el índice SRMNN y los resultados en salud es evidente en América Latina y el Caribe. Cuanto mayor es el índice de la cobertura SRMNN, menor es la razón de mortalidad materna (muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) (ver **Gráfico 1**) y la tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) (ver **Gráfico 2**). El coeficiente de correlación que mide la relación lineal entre el índice SRMNN y la mortalidad materna ($R^2=0.6741$) y entre el índice SRMNN y la mortalidad en menores de 5 años ($R^2=0.7023$) indica que alrededor del 70% de la varianza entre los países en la razón de mortalidad materna y en la tasa de mortalidad en menores de 5 años se explica por el índice de la cobertura SRMNN. Sería de esperar que los países que se encuentran en los cuadrantes más próximos a la esquina inferior derecha sean los que mejor pueden afrontar las consecuencias de la pandemia en la salud de la mujer, de la infancia y de la adolescencia tanto por tener mejor cobertura en servicios SRMNN como por tener una menor mortalidad materna y en menores de 5 años.

■ **Gráfico 1.** Disminución de la razón de mortalidad materna con el aumento del índice de la cobertura SRMNN



Fuente: Elaboración propia a partir de State of the World's Children 2019 (Nueva York: UNICEF, 2019) (28) y Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report (OMS: Ginebra, 2019) (27).

■ **Gráfico 2.** Disminución de la tasa de mortalidad en menores de 5 años con el aumento del índice de la cobertura SRMNN



Fuente: Elaboración propia a partir de State of the World's Children 2019 (Nueva York: UNICEF, 2019) (28) y Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report (OMS: Ginebra, 2019) (27).

La prioridad que cada país atribuye a sus sistemas públicos de salud, indicada por el gasto público, explica otra parte de la preparación de cada país en su desarrollo de planes de contingencia para enfrentar la pandemia. En 2014, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) fijó la meta del 6% del producto interno bruto (PIB) para el gasto público en salud y la OPS sugiere que se destine el 30% de ese presupuesto a la atención primaria en salud (29). De los siete países con el índice SRMNN más elevado (Cuba, Uruguay, Chile, San Vicente y las Granadinas, Argentina, Barbados y Costa Rica), cinco son los que dedican mayor porcentaje del PIB para el gasto público en salud: Cuba (10,9%), Uruguay (6.5%), Costa Rica (5.6%), Argentina (5.6%) y Chile (5.0%); los demás países de la región gastan menos del 5.0%, con excepción de Nicaragua (5.4%) (30).

En América Latina y el Caribe, existe una gran variabilidad entre los países tanto en la respuesta de los sistemas de salud al inicio de la pandemia como en la disminución de la demanda de los servicios de salud por las medidas de confinamiento, por las dificultades en el transporte o por el miedo a contagiarse. A partir de marzo de 2020, UNICEF realizó una encuesta mensual a expertos de sus oficinas por todo el mundo para obtener información sobre el mantenimiento de los servicios de salud y de los programas de nutrición que más repercuten en la salud materna y de la niñez (12). En la región, 23 países reportaron algún tipo de información, presentada en el Anexo. Ese mismo Anexo muestra información de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) sobre el mantenimiento de los programas de alimentación escolar, los bonos alimentarios en especie y las transferencias monetarias (31); información de la OPS sobre el mantenimiento de los servicios de vacunación (32); y resultados de una encuesta realizada por la autora entre abril y mayo de 2020 a personas clave de distintos países (13).

Las decisiones de cada país de mantener o suspender los servicios que se reflejan en el Anexo se tomaron principalmente como medidas de contingencia a partir de la declaración de la pandemia, con independencia del número de casos de COVID-19 diagnosticados en ese momento:

- Los países que han mantenido el acceso a todos los servicios de salud son Cuba, Costa Rica y Uruguay. Estos tres países cuentan con un sistema de salud pública caracterizado por una alta coordinación y basado en una APS equitativa, de gran capacidad resolutoria y articulada con la red hospitalaria (33, 34); el modelaje y la vigilancia epidemiológica son otra característica de la respuesta en Cuba (35).
- Los servicios menos afectados son los de atención obstétrica de emergencia (para atender partos, abortos y otras complicaciones). Se han mantenido en Anguilla, Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Brasil, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Granada, Guyana, República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Venezuela, mientras que en Bolivia y Ecuador se han disminuido en menos del 10%.
- Los servicios de atención prenatal, obstétrica y postnatal, del recién nacido, de vacunación, de seguimiento al niño sano, de atención a víctimas de violencia, de salud sexual y reproductiva (incluyendo la anticoncepción), de tratamiento de enfermedades infecciosas y crónicas y los programas de nutrición se han suspendido o limitado en mayor o menor medida en la mayoría de los países. Por ejemplo, los programas de vacunación se han suspendido de forma parcial en Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Haití, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana y Santa Lucía, mientras que se han mantenido, además de en Cuba, Costa Rica y Uruguay, en Bahamas, Barbados, Belice, Colombia, Dominica, Granada, Guatemala, Islas Vírgenes Británicas, México, Nicaragua, Panamá, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas, Surinam y Venezuela.
- Varios de los programas para combatir el hambre, como las transferencias monetarias, los bonos alimentarios en especie y los programas de alimentación escolar, se han ampliado o incluso se han introducido nuevas medidas en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Haití, Honduras, Jamaica, Panamá, Paraguay y Venezuela (31).

Además de la capacidad de respuesta y de la equidad de los sistemas de salud y de otras políticas públicas, la variabilidad de la crisis causada por la pandemia depende de la determinación y de los determinantes sociales de la salud que caracterizan a cada país, como el estado de salud y nutrición de la población, de su composición demográfica y socioeconómica y de su grado de acceso a los servicios o de su exclusión (2, 20). La evidencia de las pandemias de influenza de 1918 y de 2009 y de la de COVID-19 muestra la contribución de la determinación y de los determinantes sociales en la incidencia de casos y en la mortalidad, que es mayor en los grupos de población de menor posición socioeconómica, entre quienes se concentran las enfermedades crónicas no transmisibles (como hipertensión, diabetes y obesidad) (36), y en grupos étnicos desempoderados y desatendidos (37, 38). Esta situación contribuye al aumento de la inequidad en salud, en una región que antes de la pandemia ya estaba caracterizada por las grandes inequidades en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia (39).

La pandemia y el objetivo 3 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible

“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” es el objetivo 3 de la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (40). Entre sus metas, incluye: “Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos” (Meta 3.1); “Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos” (Meta 3.2); y “Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” (Meta 3.7). La pandemia y su respuesta están dificultando el alcance o el mantenimiento de estas metas, a pesar de que la región estaba bien encaminada a alcanzarlas (23, 41).

En América Latina y el Caribe, el objetivo 3 afecta a millones de personas. Las Naciones Unidas proyectan 10,5 millones de recién nacidos al año, con el 16% de madres adolescentes (5) (ver **Tabla 1**). Teniendo en cuenta que el 46% de embarazos en la región terminan en aborto (42), el total de embarazos anuales sería de 19,5 millones. Por franjas de edad, en la región viven 51,7 millones de niños y niñas menores de 5 años, 52,2 millones de 5 a 9 años, 52,4 millones de 10 a 14 y 53,5 millones de 15 a 19 años (5).

■ **Tabla 1:** Proyección del tamaño de la población de niños, niñas y adolescentes, del número de nacimientos anuales y de la concentración de nacimientos en adolescentes, América Latina y el Caribe, 2020

	Población 0-4 años	Población 5-9 años	Población 10-14 años	Población 15-19 años	Nacimientos anuales	Nacimientos en adolescentes
América Latina y el Caribe	51.689.827	52.197.418	52.365.020	53.546.187	10.549.227	16,0%
América del Sur	32.233.520	32.490.325	32.794.212	33.944.268	6.569.234	16,3%
Argentina	3.736.651	3.709.817	3.597.262	3.539.449	755.237	14,4%
Bolivia	1.185.499	1.179.088	1.161.012	1.136.684	246.637	14,4%
Brasil	14.475.093	14.601.817	14.942.442	16.218.004	2.934.460	16,6%
Chile	1.162.223	1.265.856	1.249.637	1.244.242	231.145	11,3%
Colombia	3.710.699	3.703.456	3.873.485	4.246.391	739.473	18,8%
Ecuador	1.667.087	1.610.643	1.555.045	1.560.940	336.114	17,9%
Guayana Francesa	35.621	30.500	28.955	28.598	7.154	10,9%
Guyana	73.864	73.764	70.499	74.852	15.592	18,6%
Paraguay	701.092	682.819	676.926	659.352	143.157	16,2%
Perú	2.833.265	2.612.135	2.696.055	2.438.549	574.091	12,9%
Surinam	52.186	52.645	51.594	50.637	10.694	14,0%

Uruguay	236.656	236.414	233.314	245.615	47.931	15,1%
Venezuela	2.363.409	2.731.190	2.657.796	2.500.772	527.519	20,6%
México y Centroamérica	16.051.060	16.193.104	16.068.389	16.147.597	3.263.318	15,5%
Belice	39.446	38.660	37.997	39.853	7.922	16,9%
Costa Rica	348.002	357.596	355.406	363.431	70.147	14,2%
El Salvador	576.216	570.607	577.896	587.927	117.747	18,5%
Guatemala	2.065.382	1.982.085	1.926.021	1.945.584	423.040	15,5%
Honduras	1.017.017	988.975	1.023.648	1.040.990	207.332	17,8%
México	10.958.742	11.210.511	11.140.870	11.209.593	2.224.071	14,9%
Nicaragua	656.942	660.204	637.140	603.021	134.045	18,6%
Panamá	389.313	384.466	369.411	357.198	79.013	17,8%
Caribe	3.405.247	3.513.989	3.502.419	3.454.322	716.675	14,5%
Antigua y Barbuda	7.355	7.228	6.814	7.053	1.480	10,5%
Aruba	6.080	5.677	6.800	7.210	1.230	6,7%
Bahamas	27.064	26.590	31.293	32.502	5.386	9,1%
Barbados	15.120	15.498	17.547	18.965	3.062	10,1%
Cuba	571.283	628.093	603.903	642.829	115.717	14,7%
Curaçao	8.996	10.335	10.497	11.077	1.755	8,4%
Granada	9.012	9.119	8.623	7.514	1.843	6,4%
Guadalupe	22.897	22.097	28.714	29.799	4.691	4,8%
Haití	1.262.943	1.237.836	1.202.069	1.144.460	271.066	10,7%
Islas Vírgenes de Estados Unidos	5.970	6.898	7.242	6.776	1.232	7,8%
Jamaica	230.823	233.966	226.882	239.718	47.487	13,9%
Martinica	18.353	17.600	22.799	24.323	3.734	3,4%
Puerto Rico	84.291	156.033	210.323	184.343	23.026	12,6%
República Dominicana	1.002.829	996.519	977.245	958.630	207.971	21,5%
Santa Lucía	10.826	10.986	11.152	13.183	2.196	13,4%
San Vicente y las Granadinas	7.706	8.241	8.355	9.073	1.578	14,1%
Trinidad y Tobago	88.366	96.085	96.320	89.490	18.148	7,2%

Fuente: World Population Prospects 2019 (Nueva York: Naciones Unidas, 2019) (5).

Nota: El número de nacimientos es equivalente al número de embarazos que se llevan a término, pero no al total de embarazos.

Dos estimaciones realizadas al inicio de la pandemia han encontrado resultados alarmantes. La primera, efectuada con datos de todos países del mundo de ingreso bajo y medio, incluyendo 34 países y territorios de América Latina y el Caribe, estimó que una reducción del 10% en los servicios esenciales de salud materno-infantil como consecuencia de la pandemia podría causar 28.000 muertes maternas y 168.000 muertes neonatales adicionales al año (9). El segundo estudio está realizado con datos de 118 países, que incluye 23 de América Latina y el Caribe, y el instrumento *Lives Saved Tool* (LiST) (8). El estudio estimó que una reducción sostenida durante seis meses de entre el 9,8% y el 18,5% en la cobertura de los servicios de salud materno-infantil y un aumento de la desnutrición aguda del 10% como consecuencia de la pandemia podría causar 12.200 muertes maternas y 253.500 muertes en menores de 5 años en el mundo adicionales a las estimadas antes de la pandemia (8). Esas cifras podrían subir a 56.700 y 1.157.000 muertes adicionales, respectivamente, si durante esos seis meses hay una disminución de la cobertura de entre el 39,3% y el 51,9% y un aumento de la desnutrición aguda del 50% (8). Estos datos más que justifican la necesidad de reforzar la atención en salud materno-infantil en vez de suspenderla o limitarla.

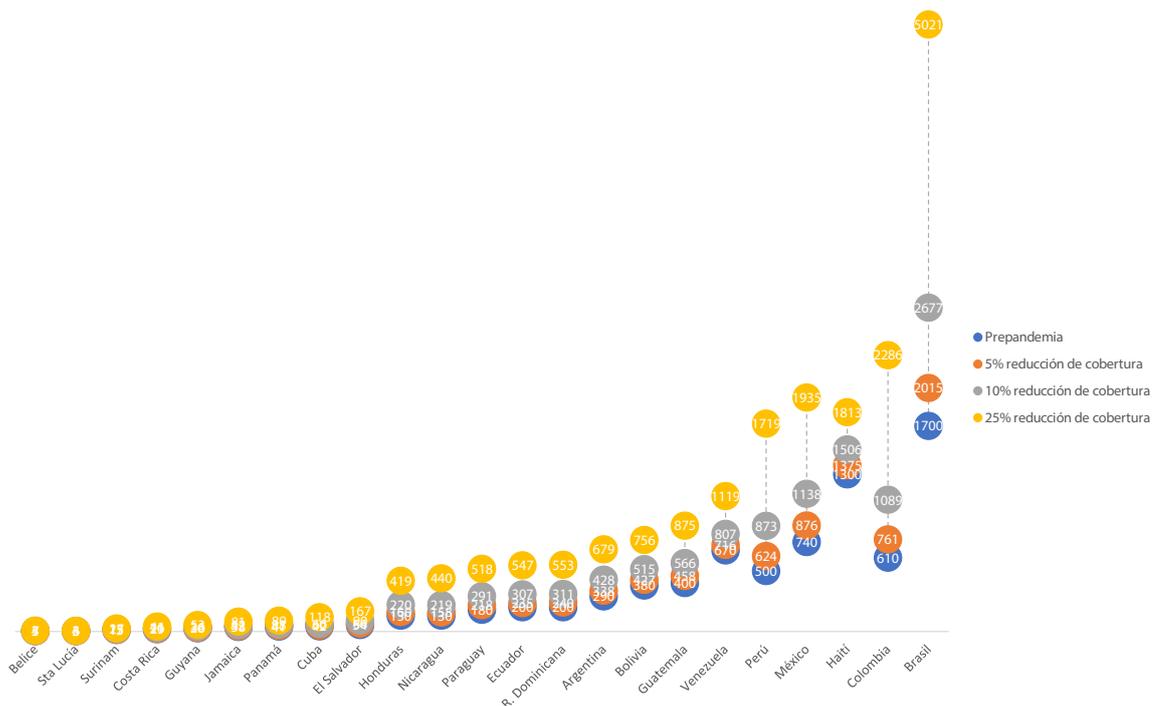
La metodología LiST asume dos grandes factores que afectan la cobertura de los servicios: la provisión de servicios de salud (determinado por la disponibilidad de los recursos humanos en salud y por la disponibilidad de insumos y equipo médico) y la utilización de los servicios de salud (determinado por la demanda de los servicios y por el acceso a los servicios), además de tener en cuenta el acceso a los alimentos (8). Los datos desagregados por país del estudio LiST (43) incluyen la proyección de la mortalidad materna y de la mortalidad en menores de 5 años y de la utilización de servicios bajo tres escenarios: reducción de la cobertura de la atención materno-infantil del 5%, del 10% y del 25%, por disminución tanto de la oferta como de la demanda de servicios.

Comparar esas proyecciones con los datos sobre salud materno-infantil de UNICEF de 2019 (28) permite estimar el impacto de la pandemia en el cumplimiento de algunas de las metas del objetivo 3 en 23 países de América Latina y el Caribe. Aunque los datos no están desagregados por posición socioeconómica o grupo de pertenencia étnica, lo esperado será que el efecto de la reducción de la cobertura sea mayor en las poblaciones más desatendidas. El análisis podrá actualizarse cuando se obtengan datos homogéneos para toda la región, lo cual está en curso en el marco del Proyecto ISLAC (44).

Meta 3.1: Reducir la mortalidad materna por debajo de 70 muertes por 100.000 nacidos vivos

En los 23 países de América Latina y el Caribe incluidos en el estudio LiST, las muertes maternas en exceso durante un año como resultado de la respuesta a la pandemia serían 1.210 con un 5% de reducción de la cobertura, 2.430 con un 15% de reducción y 7.981 con un 25% de reducción (43). El **Gráfico 3** muestra la estimación del número de muertes maternas en exceso en un año por cada franja de disminución de la cobertura por país.

■ **Gráfico 3:** Estimación del número de muertes en exceso por causa materna por cada franja de reducción de la cobertura de atención (5%, 10% o 25%) durante un año por efecto de la respuesta a la pandemia en países seleccionados de América Latina y el Caribe.

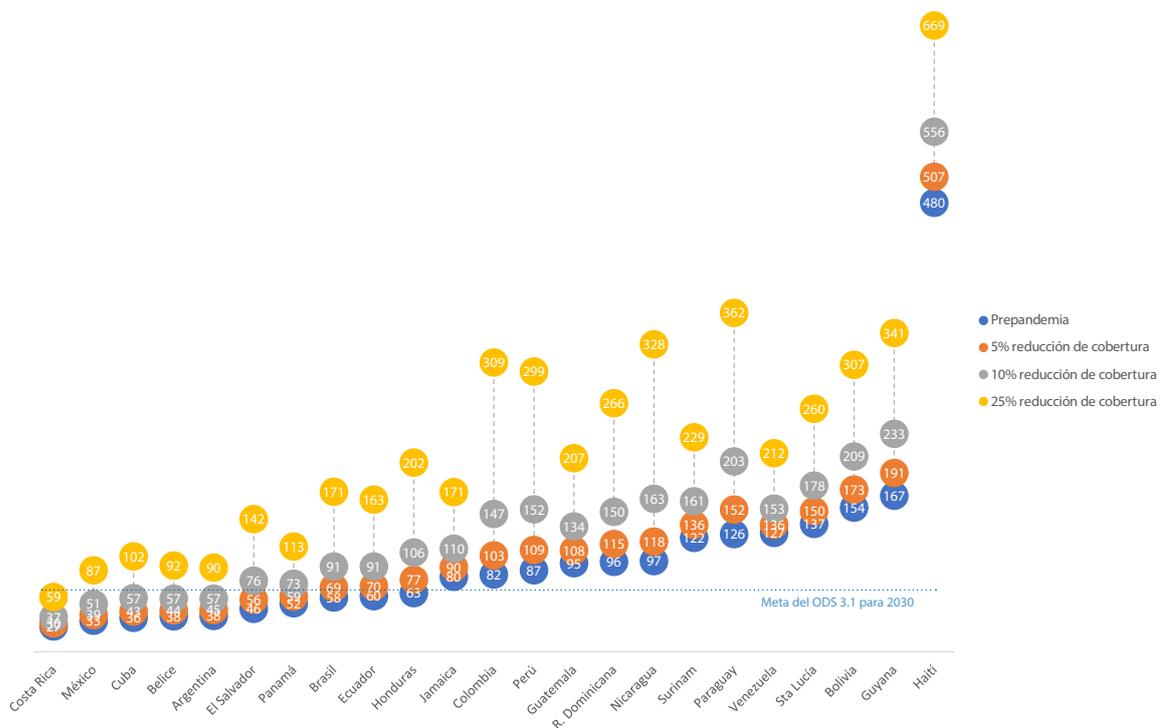


Fuente: LiST Data Dashboard 2020 (43).

Por ejemplo, si en la prepandemia en Brasil morían 1.700 mujeres al año por causa materna, la reducción del 5% de la cobertura aumentaría esa cifra a 2.015 al año, la reducción del 10% la aumentaría a 2.677 muertes y la reducción del 25% la aumentaría a 5.021 muertes. A estas muertes maternas causadas por la reducción de servicios, habría que añadir las que puedan resultar del riesgo causado por la COVID-19 durante el embarazo, como se empieza a constatar en Brasil (45).

Para contextualizar esas cifras en función del número de nacimientos, el **Gráfico 4** muestra el aumento estimado de la razón de la mortalidad materna anual con la reducción de los servicios. Según estas estimaciones, de los 10 países que ya han cumplido la Meta 3.1 (Costa Rica, México, Cuba, Belice, Argentina, El Salvador, Panamá, Brasil, Ecuador y Honduras), Honduras dejaría de cumplirla con un 5% de reducción de los servicios, El Salvador, Panamá, Brasil y Ecuador, además de Honduras, dejarían de cumplirla con una reducción del 10% y solamente Costa Rica la cumpliría con una reducción del 25%. En el caso de Cuba, donde los servicios se han mantenido, no habría tal impacto. Los 13 países que antes de la pandemia no habían cumplido la meta (Jamaica, Colombia, Perú, Guatemala, República Dominicana, Nicaragua, Surinam, Paraguay, Venezuela, Santa Lucía, Bolivia, Guyana y Haití) tendrían una subida alarmante que les alejaría de los logros conseguidos en los últimos 10 o 20 años (46).

■ **Gráfico 4:** Estimación del incremento de la razón de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacidos vivos) anual si la reducción de la cobertura de atención por efecto de la respuesta a la pandemia es del 5%, del 10% o del 25% durante un año en países seleccionados de América Latina y el Caribe



Fuente: Elaboración propia a partir de LiST Data Dashboard 2020 (43), State of the World's Children 2019 (Nueva York: UNICEF, 2019) (28) y World Population Prospects 2019 (Nueva York: Naciones Unidas, 2019) (5).

Meta 3.2:

Reducir la mortalidad neonatal a 12 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad en menores de 5 años a 25 por 1.000 nacidos vivos

La tasa de mortalidad neonatal está asociada a la mortalidad materna (39). En América Latina y el Caribe, por cada muerte materna se producen, en promedio, 12,2 muertes neonatales (28). En la región, las complicaciones relacionadas con los nacimientos prematuros son la causa principal de las muertes neonatales, seguidas por las anomalías congénitas, las complicaciones durante el parto y la septicemia (39). Por ello, la atención prenatal de seguimiento a la mujer embarazada y la atención profesional del parto son intervenciones esenciales para disminuir las muertes neonatales (39). La promoción y el apoyo a la lactancia materna también contribuyen a disminuir la morbilidad y la mortalidad en niños y niñas. Es preocupante que, durante la pandemia, se hayan reportado violaciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna en Argentina, Belice, El Salvador, Ecuador, Guatemala y México (ver el Anexo) – una práctica inapropiada y contraria a la mejora de la nutrición infantil. También se han podido crear situaciones de confusión en establecimientos de salud en los que, por desconocimiento de las recomendaciones de la OMS sobre la importancia de seguir promoviendo y apoyando la lactancia materna durante la pandemia, el personal médico ha fomentado, sin razones clínicas, la separación entre la madre y el recién nacido y la alimentación con sucedáneos, en vez de promocionar el apego y la lactancia materna (47, 48).

En los niños y niñas menores de 5 años, aproximadamente el 85% de las muertes en la región suceden antes de cumplir un año de edad (39). Las condiciones de vida durante los primeros 5 años, como las asociadas con la desnutrición aguda y la falta de acceso a los servicios de salud para evitar o tratar enfermedades prevenibles, contribuyen al aumento de la mortalidad durante la niñez (39). A pesar del aumento esperado de la desnutrición aguda, la búsqueda de atención puede, en algunos casos, verse disminuida por el temor a contagiarse, como se ha documentado en Haití, donde las admisiones para tratar la desnutrición aguda en niños y niñas han disminuido en un 73% desde el inicio de la pandemia, según datos de UNICEF (49).

Durante la pandemia, el aumento de la inseguridad alimentaria puede conllevar a la malnutrición de la embarazada, a las deficiencias de micronutrientes durante el embarazo, al retraso del crecimiento intrauterino, al tamaño pequeño por la edad gestacional, a la desnutrición aguda y crónica y a otras formas de malnutrición durante la niñez, lo cual a su vez aumentan el riesgo de muerte por enfermedades infecciosas (50-52). La malnutrición también puede conllevar al retraso en el desarrollo infantil temprano (53-55), lo cual puede conducir a un deterioro de las habilidades lingüísticas, cognitivas y socioemocionales, así como a un mayor riesgo de enfermedades crónicas a lo largo de la vida (56, 57).

Otra de las intervenciones que permiten reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años es la ofrecida por los programas ampliados de inmunización (PAI). En América Latina y el Caribe, esta cobertura disminuyó un 12% entre 2010 y 2019, en particular en la vacuna para la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT) (58). La tercera dosis de la DPT ha disminuido en la región del 88% en 2010 al 81% en 2019, con los descensos más marcados en Brasil (de 99% a 73%), Bolivia (de 91% a 75%), Haití (de 67% a 51%) y Venezuela (de 78% a 64%), mientras que en Surinam ha disminuido 17 puntos porcentuales, en Bahamas y México 13 puntos y en Honduras 10 puntos (58). Por otra parte, 542.000 niños y niñas en Brasil y 348.000 en México no recibieron ninguna dosis de la DPT en 2019 (58).

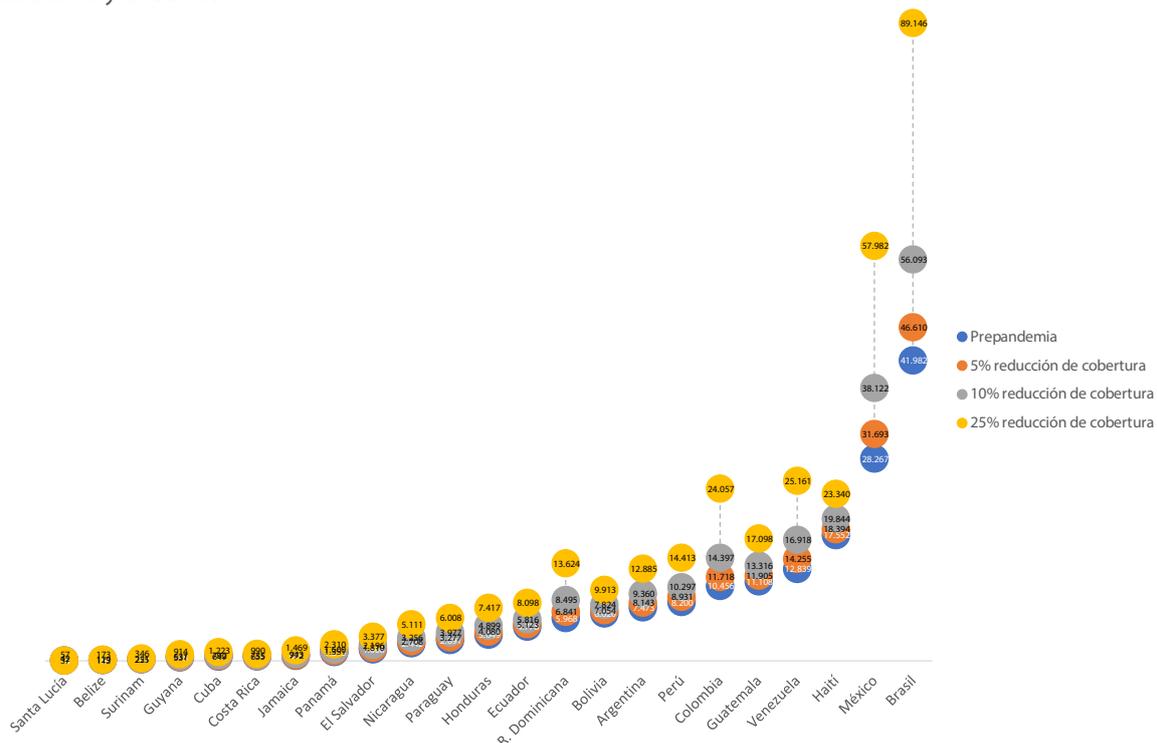
Durante la pandemia, el miedo de la población de exponerse a la COVID-19 y las dificultades producidas por la limitación en el transporte público y por las políticas de confinamiento y de distancia física (58) se han reflejado en una disminución en la demanda de servicios de vacunación en la mitad de los 38 países de la región que reportaron información a la OPS en junio de 2020 (59). Por otro lado, al menos 18 países han reportado dificultades en la obtención de vacunas e insumos como jeringuillas debido, principalmente, a dificultades en el transporte internacional y nacional y al cierre de fronteras (59).

En 23 países que aportaron información, el descenso en el número de dosis administradas entre el primer trimestre de 2019 y el primero de 2020 es del 5,5% para la primera dosis de la DPT, 6,4% para la tercera dosis de la DPT y 4,0% para la primera dosis del sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) (59). Las campañas de inmunización contra el sarampión se han pospuesto en al menos Bolivia, Colombia, Honduras, República Dominicana y Paraguay y se han suspendido parcialmente en Brasil, Chile y México (59). Otros países que han suspendido de forma parcial algunos PAI son Argentina, Ecuador, Haití, Perú y Santa Lucía (32). En junio, se habían detectado brotes de enfermedades prevenibles por vacunación en Argentina, Brasil, Guatemala, Haití, México y Venezuela (59).

La suspensión, incluso parcial, de los PAI durante la pandemia puede tener graves consecuencias para remontar la cobertura, en particular en los países donde ya estaban a la baja. Según los datos desagregados del estudio LiST (43), incluso con una reducción durante un año del 5% de los servicios de salud materno-infantil en América Latina y el Caribe se llegaría a perder entre 15 y 18 puntos porcentuales de la cobertura de la vacuna del sarampión y entre 10 y 18 puntos porcentuales de la poliomielitis. En el caso del sarampión, que es altamente transmisible, la falta de vacunación puede conllevar a brotes que pongan en peligro a los niños y niñas, en particular si están malnutridos (60).

Uno de los dos indicadores para medir el cumplimiento de la Meta 3.2 es la tasa de mortalidad en menores de 5 años. En los 23 países de América Latina y el Caribe incluidos en el estudio LiST, las muertes en exceso en menores de 5 años serían 17.153 con un 5% de reducción de la cobertura durante un año, 33.074 con un 15% de reducción y 105.181 con un 25% de reducción (43). El **Gráfico 5** muestra el número de muertes adicionales por país en menores de 5 años bajo los tres escenarios de reducción durante un año de la cobertura de la atención materno-infantil del 5%, del 10% y del 25% y el aumento de la desnutrición aguda del 10%, 20% y 50% respectivamente.

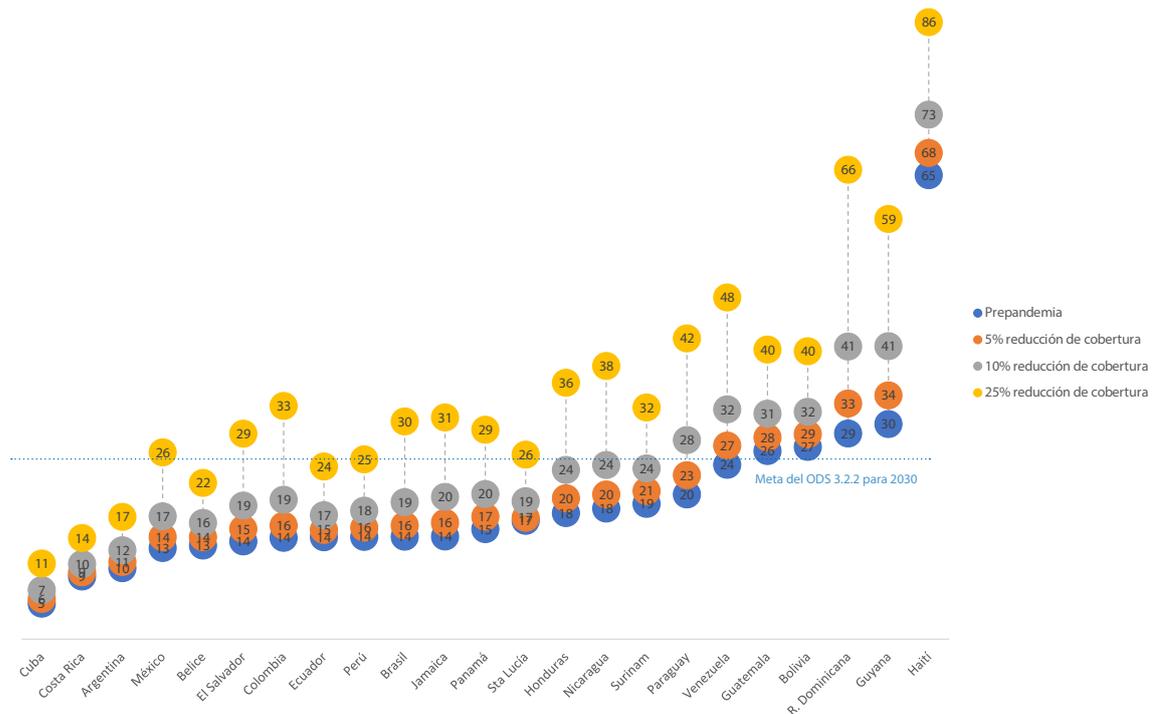
■ **Gráfico 5:** Estimación del número de muertes en exceso en niños y niñas menores de 5 años por cada franja de reducción de la cobertura de atención (5%, 10% o 25%) durante un año por efecto de la respuesta a la pandemia en países seleccionados de América Latina y el Caribe.



Fuente: LiST Data Dashboard 2020 (43).

El **Gráfico 6** muestra el aumento de la tasa de la mortalidad en menores de 5 años durante un año bajo esos mismos escenarios. De los 18 países estudiados que ya cumplieron la Meta 3.2 (Cuba, Costa Rica, Argentina, México, Belice, Ecuador, El Salvador, Colombia, Perú, Brasil, Jamaica, Panamá, Santa Lucía, Honduras, Nicaragua, Surinam, Paraguay y Venezuela), todos menos Venezuela podrían mantenerla con reducciones de hasta el 5% de la cobertura, y Paraguay, además de Venezuela, no la mantendría con reducciones de hasta el 10%. Con reducciones del 25%, solo mantendrían la meta Cuba, Costa Rica, Argentina, Belice, Ecuador y Perú. Los cinco países que no han cumplido la meta (Guatemala, Bolivia, República Dominicana, Guyana y Haití) tendrían una subida alarmante que les alejaría de los logros conseguidos en los últimos 10 o 20 años (46), además de causar gran cantidad de muertes prevenibles.

■ **Gráfico 6:** Estimación del incremento de la tasa de mortalidad (muertes por 1.000 nacidos vivos) en menores de 5 años si la reducción de la cobertura de atención por efecto de la respuesta a la pandemia es del 5%, del 10% o del 25% durante un año en países seleccionados de América Latina y el Caribe



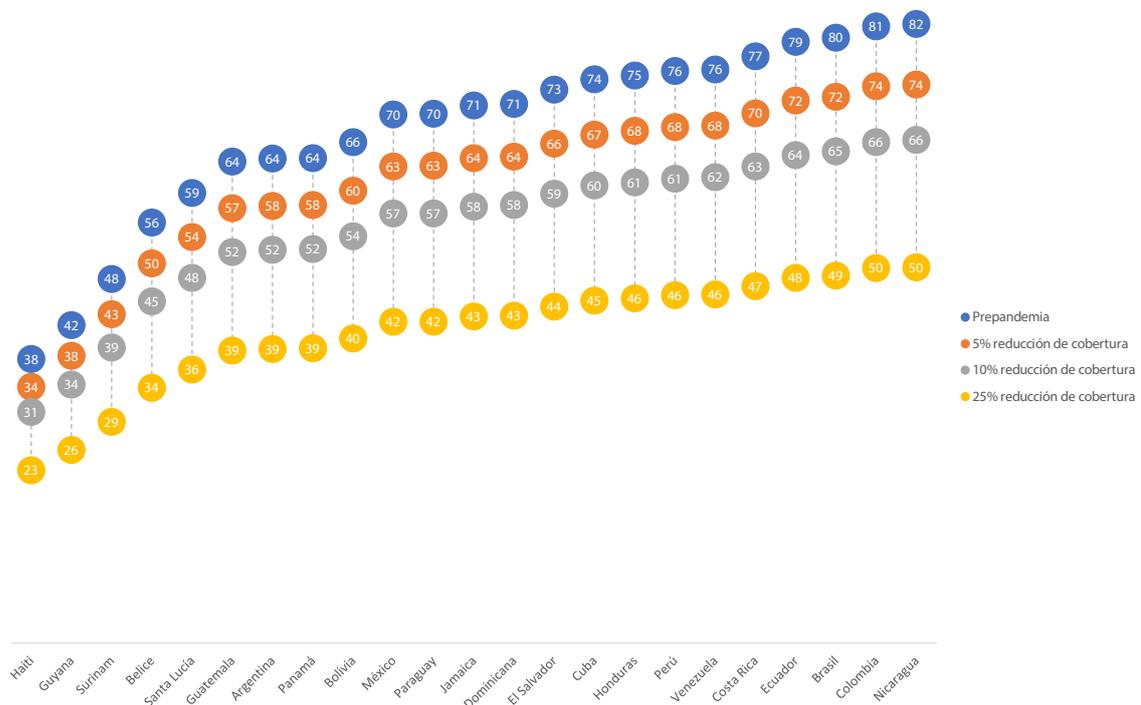
Fuente: Elaboración propia a partir de LiST Data Dashboard 2020 (43), State of the World's Children 2019 (Nueva York: UNICEF, 2019) (28) y World Population Prospects 2019 (Nueva York: Naciones Unidas, 2019) (5).

Meta 3.7: Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva

Los servicios de salud sexual y reproductiva varían en el contenido de los servicios que ofrecen, pero como mínimo aportan orientación y dispensación de métodos anticonceptivos. En América Latina y el Caribe, el 79% de las mujeres que quieren evitar quedar embarazadas utilizan métodos anticonceptivos modernos y, sin embargo, la región cuenta con la tasa de embarazo no intencionado más alta del mundo, estimada en el 69% del total de embarazos (61). Otra característica de la región es que tiene la mayor concentración de embarazos adolescentes del mundo, con un promedio del 16% del total (ver **Tabla 1**) (5). Aunque el embarazo adolescente es un fenómeno social complejo que resulta de muchos factores, uno de ellos es la falta de información o de acceso a los métodos anticonceptivos (39).

Utilizando los datos desagregados del estudio LiST (43), el **Gráfico 7** muestra la disminución en la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos con reducciones durante un año de la cobertura de la atención del 5%, del 10% y del 25% en un año. Con un 5% de reducción en la cobertura, la prevalencia de uso de anticonceptivos se disminuiría de entre 4 y 8 puntos porcentuales, y de entre 7 y 16 con una reducción de la cobertura del 10%.

■ **Gráfico 7:** Descenso en la prevalencia anual de la anticoncepción si la reducción de la cobertura de atención por efecto de la respuesta a la pandemia es del 5%, del 10% o del 25% en países seleccionados de América Latina y el Caribe



Fuente: Elaboración propia a partir de Robertson et al. 2020 (62).

Prioridades urgentes orientadas a la equidad en salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia durante y después de la pandemia

1. Aumentar el gasto público en salud y en políticas sociales para controlar la pandemia y favorecer la reactivación y la reconstrucción social y económica

La pandemia de COVID-19 expone de manera ineludible las limitaciones de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, cuyo fortalecimiento no puede seguir esperando ni depender exclusivamente de los presupuestos destinados durante la pandemia. La inestabilidad política que precedió a la irrupción de la pandemia en países en los que la población demandaba políticas sociales más redistributivas y justas, junto con el impacto devastador de la pandemia, crea las condiciones idóneas para que los gobiernos justifiquen un gasto público en salud del 6% del PIB (29) y en otras políticas sociales, de manera inminente (63, 64) – como las de transferencias monetarias (1) y otras formas de respuesta al hambre (31, 49) – a pesar de la contracción económica que resulte de la pandemia (23, 65). Hacer lo contrario, no sólo retrocedería los logros sociales y de salud que se han conseguido con esfuerzo, sino que agravaría la crisis actual e impediría a los países estar preparados para la siguiente pandemia o crisis humanitaria.

En ese reajuste necesario de las políticas sociales, es indispensable incluir mecanismos institucionales y democráticos de transparencia del gasto público y de rendición de cuentas (11). Las campañas de información y las políticas públicas tienen que ser transparentes y estar adecuadas a las distintas condiciones de vida, y en particular a las de las poblaciones que sobreviven con mayores privaciones tanto en zonas urbanas como rurales. Para lograr una mayor adecuación, es indispensable contar con la participación de personas que viven en estas comunidades y de organizaciones comunitarias que tienen trayectoria y credibilidad en esas zonas, ya que se trata de quienes tienen mejor conocimiento de las necesidades de la población y de su capacidad de aceptar medidas que van a requerir una adaptación temporal o de medio plazo a nuevas formas de organización social. Ante el avance de la pandemia, es indispensable que las comunidades urbano-marginales, indígenas y afrodescendientes formen parte de la elaboración de políticas públicas que sean equitativas, que promuevan la prevención de la transmisión, que faciliten el aislamiento de las personas sintomáticas y el tratamiento de quienes desarrollen complicaciones sin que ocurran instancias de discriminación (2).

Es imprescindible que las políticas públicas se establezcan con perspectiva de género, ya que las carencias y necesidades de las mujeres, en particular si están a cargo de niños, personas mayores o personas con discapacidad o si sufren violencia por parte de sus parejas, requieren una priorización particular. La transformación de los sistemas de atención a niños y niñas en edad escolar por el cierre de las escuelas se traduce en mayor carga de responsabilidad para las personas que los cuidan, que en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe suelen ser sus madres—muchas de ellas, adolescentes. La responsabilidad que exige el cuidado de familiares puede retrasar la búsqueda de atención cuando la persona a cargo desarrolle síntomas de la COVID-19 o de otras condiciones de salud. Por ello las políticas públicas y la acción comunitaria deben ser proactivas en la búsqueda de las mujeres que se sientan imposibilitadas para salir de sus hogares para buscar atención, así como de las personas mayores que vivan solas, lo cual puede ser incluso más difícil en contextos de alta inseguridad ciudadana (2).

2. Restablecer y reconstruir los servicios esenciales de salud

La respuesta a la pandemia en muchos países de la región ha supuesto la suspensión o limitación de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal y de la niñez que requieren restablecerse lo antes posible (66-69) para evitar una mayor morbilidad y mortalidad.

Los mecanismos que se trazan para atender a las personas con COVID-19 deben incluir planes de traslado a establecimientos de salud equipados con la suficiente densidad tecnológica requerida para atender a los casos graves. En las zonas rurales, esto requiere una inversión en el transporte en ambulancias hacia hospitales con unidades de cuidados intensivos o en la disposición de modos de transporte alternativos que permitan el traslado seguro de los pacientes. Sería contraproducente esperar que las personas que viven en zonas urbano-marginales y rurales encuentren por su cuenta, tal como se ha esperado de ellas hasta ahora en muchos confines de la región, su modo de llegar a un hospital, que les admitan y que les atiendan con la urgencia y la calidad requerida. Aquí surge la cuestión de a qué hospitales deben encaminar a estas personas: ¿al más cercano que tenga disponibilidad de camas, ya sea público o privado, o al que corresponda según sus derechos o tipo de aseguramiento? Debido a la segmentación de los sistemas de salud en muchos países de América Latina y el Caribe, los ministerios de salud deben reforzar su rectoría y realizar acciones concertadas e integrales aún cuando requiera intervenir todos los sectores de la salud. Eso incluye disponer del personal médico y de enfermería formado y en formación, contar con el inventario de todos los establecimientos de salud y con el acceso a las camas hospitalarias en unidades de cuidados intensivos, ya sean públicas o privadas. Cuanto menor sea la segmentación actual, menor es el reto y mayor la rapidez de respuesta (2).

Estos nuevos planes para responder a la pandemia tienen que aprovecharse para atender a las personas de las mismas comunidades que requieren atención en salud que no puede posponerse, como la atención en salud sexual y reproductiva (incluyendo la anticoncepción, el embarazo, el parto y el aborto), del seguimiento al recién nacido, los programas de inmunización, la atención de enfermedades infecciosas, la dispensación de medicamentos para las enfermedades crónicas

y mentales, las cirugías de emergencia y la atención a las personas víctimas de violencia y de accidentes, los programas de protección y promoción de la lactancia materna y los programas de nutrición, entre otras acciones.

La **Tabla 2** ofrece una lista de recursos con recomendaciones para la continuación y el restablecimiento de los servicios de salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia con perspectiva de equidad, de género y de multiculturalidad.

3. Fortalecer la estrategia de atención primaria en salud

Es indispensable fortalecer la estrategia de la APS, con enfoque familiar y comunitario y organizada para lograr el acceso universal a la salud, para que pueda responder al mayor número de situaciones de salud, incluso de emergencias, invirtiendo el 30% del gasto público en salud en la APS (29). Además de contribuir a mejorar la cobertura de los servicios, una APS sólida y de calidad protege a la población de gastos catastróficos en salud (11). Los sistemas fuertes de APS pueden resolver, a proximidad de la población, la gran parte de sus condiciones de salud, así como desarrollar medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en articulación con los servicios especializados de salud a través de sistemas de referencia y contrarreferencia. El índice de la cobertura en servicios de salud reproductiva, materna, neonatal y de la niñez (25-27) está estrechamente vinculado con la fortaleza de la APS y está asociado con mejores indicadores de salud materna, de la niñez y de la adolescencia. Los países de la región que han tenido la capacidad para responder a los retos de la pandemia, sin suspender ni sus servicios de salud ni sus programas de nutrición y transformando su organización para facilitar aún más el acceso, ofrecen modelos para los países que se basan en sistemas curativos centrados en los hospitales y que están teniendo dificultades para flexibilizar sus servicios y acercarse a la población.

Al mismo tiempo que se desarrolla con urgencia la respuesta a la pandemia, “es esencial, también con urgencia, reflexionar sobre las causas estructurales no solo de esto, sino también de otros procesos epidémicos” y otras prioridades en salud pública (70). Aunque las medidas se diseñen para un plazo inmediato, el éxito de estas estrategias va a permitir, cuando superemos la pandemia, el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y el replanteamiento necesario de las prioridades orientadas hacia la equidad en salud para las próximas décadas.

■ **Tabla 2:** Recomendaciones internacionales en español para la continuación de los servicios de salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia con perspectiva multicultural, de equidad y de género

Atención en salud materna, de la niñez y de la adolescencia durante la pandemia

- [Asegurando la continuidad en la prestación de los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente para la población en el contexto de COVID-19](#) (24).
- [Cuidados del recién nacido en épocas de la COVID-19](#) (71).
- [Atención en Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 en América Latina y el Caribe](#) (72).
- [La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos, la Salud Materna y Neonatal y la COVID-19](#). “Es fundamental que todas las mujeres tengan acceso al parto sin riesgos y al continuo de la atención prenatal y posnatal, incluidas pruebas de detección de conformidad con los lineamientos y normas nacionales, especialmente en los epicentros de la pandemia, en donde el acceso a servicios para las mujeres embarazadas, las mujeres en labor de parto y durante el parto mismo, y las mujeres lactantes se ve impactado negativamente. Mantener el sistema de salud funcionando: Mantener la información y los servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR), proteger al personal de salud y limitar la propagación de la COVID-19” (73).
- [La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos: Necesidades de Anticonceptivos Modernos y otros Insumos Médicos, incluidos aquellos para la Prevención, Protección y Respuesta a la COVID-19](#). “La provisión de anticonceptivos modernos de corta y larga duración, información, consejería y servicios relacionados (incluida la anticoncepción de emergencia) puede salvar vidas y deberá estar disponible y ser accesible durante la respuesta a la pandemia de la COVID-19” (74).
- [Los Adolescentes y los Jóvenes y la Enfermedad del Coronavirus \(COVID-19\)](#). “En el contexto de la COVID-19, con la disrupción en el funcionamiento de las escuelas, los servicios de salud de rutina y los centros comunitarios, es necesario implementar nuevas maneras de proporcionar a los adolescentes y los jóvenes información acerca de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las personas jóvenes pueden ser un importante recurso para la mitigación de riesgos y la difusión de información en las comunidades durante esta crisis” (75).

- [Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil](#) (76).
- [Orientación programática para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles durante la pandemia de la COVID-19](#) (77).
- [El programa de inmunización en el contexto de la pandemia de COVID-19](#) (78).
- [Marco para la toma de decisiones: puesta en práctica de campañas de vacunación masiva durante la COVID-19](#) (79).

Respuesta a la pandemia con perspectiva multicultural y de equidad:

- [Promoción de la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en la respuesta a la COVID 19: consideraciones clave](#). “La pandemia de COVID-19 afecta de distintas maneras a los diferentes grupos de hombres y mujeres. Los riesgos y las consecuencias recaen de forma desproporcionada en ciertos grupos de la población, especialmente los que se encuentran en una situación de vulnerabilidad y los que sufren discriminación. Es fundamental que en su respuesta a la COVID-19 los países consideren la perspectiva de la equidad, el género, la etnicidad y los derechos humanos a fin de: evitar un aumento de las desigualdades; tener en cuenta la realidad cotidiana de cada uno de los diferentes grupos, pues esa realidad puede afectar el éxito de las medidas” (80).
- [Implicaciones del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina y el Caribe](#) (81).

Respuesta a la pandemia con perspectiva de género:

- [La Igualdad de Género y los Esfuerzos para Hacer Frente a la Violencia de Género \(VG\) y la Prevención, Protección y Respuesta a la Enfermedad del Coronavirus \(COVID-19\)](#). “La pandemia exacerbará las desigualdades de género existentes y aumentará los riesgos de violencia de género. Es necesario priorizar la protección y la promoción de los derechos de las mujeres y las niñas” (82).
- [COVID-19: Un Enfoque de Género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género](#). “Los brotes de enfermedades afectan a las mujeres y los hombres de manera diferente, y las pandemias exacerban las desigualdades existentes entre las mujeres y las niñas, lo mismo que la discriminación en contra de otros grupos marginados como las personas con discapacidad y aquellas en situación de pobreza extrema. Es importante tomar en cuenta lo anterior considerando los impactos diferenciales asociados con la detección y el acceso a tratamiento para las mujeres y los hombres” (83).

Anexo

Impacto de la respuesta a la pandemia en los sistemas de salud y en el acceso a la atención, con información sobre el porcentaje de reducción en la cobertura de servicios de atención primaria en salud y de nutrición, como consecuencia de la pandemia de COVID-19 en países de América Latina y el Caribe entre marzo y junio de 2020.

País o países
Información de UNICEF de marzo y mayo de 2020.
Información de UNICEF sobre el impacto en la oferta de servicios de salud y nutrición (en porcentajes) de junio de 2020.
Información de la CEPAL y de la FAO sobre el mantenimiento de políticas sociales para combatir el hambre de abril de 2020.
Información de la OPS sobre el mantenimiento de los programas de vacunación de mayo de 2020.
Información aportada por cuestionario entre abril y mayo de 2020.

Anguilla, Antigua y Barbuda, Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Granada, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas
Mayo: Impacto en los servicios de salud dental no urgente, medicina general y servicios de terapia ocupacional. Falta de información. Cierre temporal de los programas de alimentación escolar y de los servicios de salud no urgentes de consejería en temas de nutrición.
Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud (0% indica que no hay impacto): 0% Atención obstétrica de emergencia, tratamiento para el VIH y la tuberculosis, servicios de salud mental, psicosocial y adicciones, otra atención de emergencia, servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud. < 10% Atención prenatal, obstétrica, postnatal, esencial del recién nacido, inmunización, atención clínica para víctimas de violencia de género, tratamiento para enfermedades no transmisibles (diálisis, terapia física), programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada, Apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho. 10-25% Consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones), anticoncepción (servicios de salud sexual y reproductiva) 75-100% Programas de nutrición para niños que van a la escuela y para niños y niñas adolescentes

	<p>Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación: Barbados, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Granada, San Cristóbal y Nieves, San Vicente y las Granadinas.</p> <p>Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación: Santa Lucía.</p>
Argentina	<p>Marzo: Acaparamiento de insumos médicos y temor a la saturación de los servicios de salud.</p> <p>Mayo: Impacto en los servicios de inmunización y de visitas preventivas. Postergación de los servicios de nutrición. Dificultad en gobernar el sistema de salud y de unificar la respuesta por su segmentación entre la atención pública, la seguridad social y la privada. Violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna relacionada con la respuesta a la pandemia.</p> <p>Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud (0% indica que no hay impacto):</p> <p>0% Programas de protección y promoción de la lactancia, suplementación con vitamina A</p> <p>10-25% Atención prenatal, obstétrica, postnatal, inmunización, anticoncepción, tratamiento para la tuberculosis</p> <p>50-75% Consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones)</p> <p>Se mantienen: transferencias monetarias.</p> <p>Se amplían: bonos alimentarios en especie y programas de alimentación escolar.</p> <p>Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.</p>
Bahamas	<p>Abril: Se mantienen: bonos alimentarios en especie y transferencias monetarias.</p> <p>Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación.</p>
Belice	<p>Mayo: Postergación de ferias de salud y otras actividades comunitarias, con lo cual el personal de salud no puede llegar a las comunidades aisladas. Suspensión o limitación de los servicios públicos y de los programas de inmunización, pero el Ministerio de Salud ha solicitado a los padres que lleven a los niños programados para vacunación a los establecimientos de salud. Falta de información suficiente por no estar disponible de manera pública, sólo a través de personas clave en el Ministerio de Salud. Requerimiento de llevar máscaras para ir a los establecimientos de salud, pero las máscaras son de difícil acceso. Suspensión de los servicios antiparasitarios y de provisión de vitamina A en las escuelas por el cierre de las escuelas. Violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna relacionada con la respuesta a la pandemia.</p> <p>Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud (0% indica que no hay impacto):</p> <p>0% Atención obstétrica, obstétrica de emergencia, esencial del recién nacido, atención clínica para víctimas de violencia de género, tratamiento para el VIH, tuberculosis, malaria, otra atención de emergencia, servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud, fortificación con micronutrientes múltiples en polvo</p> <p>< 10% Tratamiento para enfermedades no transmisibles (diálisis, terapia física).</p> <p>10-25% Atención prenatal y de anticoncepción, programas de protección y promoción de la lactancia materna.</p> <p>25-50% Apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho, detección temprana y tratamiento de la desnutrición crónica y aguda grave</p> <p>50-75% Atención postnatal, inmunización, consultas preventivas para niños o adultos, servicios de salud mental, psicosocial y adicciones, otros servicios de salud comunitaria, programas de promoción de la alimentación complementaria adecuada, suplementación con vitamina A, profilaxis antiparasitaria, programas de nutrición para niños y niñas adolescentes.</p> <p>75-100% Programas de nutrición para niños que van a la escuela</p> <p>Abril: Se mantienen: bonos alimentarios en especie y programas de alimentación escolar.</p> <p>Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación.</p>
Bolivia	<p>Marzo: Etapa inicial de la pandemia (12 de marzo).</p> <p>Mayo: Impacto en la atención en general y en los programas de prevención de la enfermedad. Disminución de la suplementación con micronutrientes y vitamina A por la prioridad a la respuesta a la COVID-19. Suspensión de las clases y consiguiente suspensión de la alimentación complementaria y de los desayunos en las escuelas. Falta de información completa de la situación por la dispersión rural de la población.</p> <p>Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud:</p> <p>< 10% Atención obstétrica de emergencia, atención clínica para víctimas de violencia de género, tratamiento para enfermedades no transmisibles, otra atención de emergencia.</p> <p>10-25% Atención prenatal, obstétrica, postnatal, detección temprana y tratamiento de la desnutrición crónica y aguda grave</p> <p>25-50% Atención esencial del recién nacido, inmunización, consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones), anticoncepción, tratamiento para el VIH, tuberculosis, malaria, servicios de salud mental, psicosocial y adicciones, programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada, suplementación con vitamina A, profilaxis antiparasitaria, apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho.</p> <p>50-75% Fortificación con micronutrientes múltiples en polvo</p> <p>75-100% Programas de nutrición para niños que van a la escuela y para niños y niñas adolescentes</p> <p>Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.</p>

Brasil	
	<p>Marzo: Temor al colapso de los servicios de salud por la falta de financiamiento y deterioro en la calidad en los últimos años. Circulación de noticias falsas.</p> <p>Mayo: Temor de la población a buscar atención (prenatal, inmunización, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual, monitoreo del desarrollo infantil). Disminución del número de profesionales de la salud por sospecha o diagnóstico de COVID-19. Saturación de los hospitales con casos confirmados de COVID-19. Dificultad para las personas con otras condiciones de salud en acceder a la atención hospitalaria en varias ciudades del país. Falta de información sobre el sistema de salud pública dada la alta descentralización del Sistema Único de Salud (SUS) y la prioridad del Ministerio de Salud, de los estados y de los municipios en responder a los casos de COVID-19. Cierre de escuelas. Pérdida de ingresos para las personas autoempleadas o con trabajo informal. Suspensión del Programa de MMP por falta de producción nacional.</p>
	<p>Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud (0% indica que no hay impacto):</p> <p>0% Atención obstétrica de emergencia, tratamiento para el VIH, tuberculosis, malaria, enfermedades no transmisibles, servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud.</p>
	<p>Abril: Se mantienen: transferencias monetarias. Se amplían: programas de alimentación escolar.</p>
	<p>Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.</p>
	<p>La postergación de la búsqueda de atención rutinaria en los establecimientos de salud, asociada a la dificultad en el transporte, puede incidir en las consultas prenatales y en la atención de urgencias obstétrico-ginecológicas. La falta de orientación y de obtención de medicamentos puede repercutir en la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis.</p>
Chile	
	<p>Marzo: Interrupción de los centros infantiles. Cierre de las fronteras, con el consiguiente impacto en la migración desde Perú y Bolivia.</p>
	<p>Abril: Se mantienen: programas de alimentación escolar y transferencias monetarias. Se introducen nuevas medidas: bonos alimentarios en especie.</p>
Colombia	
	<p>Abril: Se mantienen: programas de alimentación escolar y transferencias monetarias. Se amplían: bonos alimentarios en especie.</p>
	<p>Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación.</p>
Costa Rica	
	<p>Marzo: Inicio de las medidas de mitigación para evitar saturar los servicios de salud y para aportar alivio fiscal de las utilidades y de los impuestos a la población.</p>
	<p>Abril: Se mantienen: programas de alimentación escolar y transferencias monetarias. Se introducen nuevas medidas: bonos alimentarios en especie.</p>
	<p>La respuesta a la pandemia se apoya en la atención primaria en salud, que se ha activado para que siga funcionando con normalidad. El control de las cadenas de contacto de la transmisión de COVID-19 se realiza a nivel comunitario. Se han fortalecido los hospitales regionales con equipos de protección personal y la disponibilidad de pruebas de COVID-19. A cada persona que llega a un hospital se le toma la temperatura y se evalúan los síntomas; en caso de sospecha, se le dirige a la emergencia para separarlos del resto de personas que acuden. Se designó un área del Centro Nacional de Rehabilitación, que cuenta con terapia respiratoria, para atender a las personas con COVID-19. Se creó una normativa según la cual a las mujeres embarazadas de bajo riesgo se les llama por teléfono y se verifica que han realizado los exámenes. Si se detecta o si ya se había diagnosticado riesgo medio, la mujer tiene que acudir a una clínica del sistema de atención primaria y, si tiene riesgo alto, a un hospital. Para garantizar el acceso a los medicamentos, se realizó un convenio de cooperación público-privada según la cual se utilizan carros de alquiler, de correos y de los municipios con vehículos disponibles, y se aporta gasolina y chóferes, para distribuir los medicamentos a domicilio y evitar los desplazamientos de la población. Este sistema de distribución incluye medicamentos para enfermedades crónicas, como antihipertensivos, insulina y antirretrovirales, así como anticonceptivos, pero se excluyen los medicamentos de alto riesgo. El programa está muy bien valorado por la población. No ha habido impacto en los programas de salud sexual y reproductiva para la población adolescente.</p>
Cuba	
	<p>Desarrollo de plan para el control de la COVID-19 coordinado por grupo intersectorial de trabajo del Ministerio de Salud Pública y del Estado Mayor de la Defensa Civil. Consiste en: el refuerzo de la vigilancia epidemiológica, en particular en las fronteras; reorganización de la atención en todos los establecimientos de salud, con mayor descentralización de la atención a las comunidades para evitar la saturación de los hospitales, limitación del acceso a los hospitales y postergación de las cirugías no urgentes; capacitación de todo el personal de salud en diagnóstico y atención; medidas de protección orientadas a la población con la promoción del uso de máscaras caseras. Implementación de medidas intersectoriales en las escuelas para informar a la población y diagnosticar las infecciones respiratorias de forma temprana y alivio fiscal para el pago de las utilidades. Mantenimiento del apoyo a la atención de la niñez en la atención primaria y de los niños y niñas con discapacidad que van a la escuela. Activación de todos los Consejos de Defensa municipales y provinciales. Aumento de los casos de violencia de género.</p> <p>Mayo: Sin impacto en la atención en salud.</p>

Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud (0% indica que no hay impacto):
0% Atención prenatal, obstétrica, postnatal, obstétrica de emergencia, esencial del recién nacido, inmunización, consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones), anticoncepción, atención clínica para víctimas de violencia de género, tratamiento para el VIH, tuberculosis, malaria, enfermedades no transmisibles, servicios de salud mental, psicosocial y adicciones, otra atención de emergencia, otros servicios de salud comunitaria, servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud, programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada, suplementación con vitamina A, fortificación con micronutrientes múltiples en polvo, programas de nutrición para niños que van a la escuela y para niños y niñas adolescentes, apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho, detección temprana y tratamiento de la desnutrición crónica y aguda grave.

Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación.

No hay colapso del sistema de salud, que cuenta con la fortaleza del modelo de medicina familiar y la red de servicios integrales en el primer nivel de atención (en consultorios y policlínicos). Sin embargo, la limitación en el transporte público puede impactar el acceso al segundo nivel de atención (hospitales). La prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis no se ha interrumpido por la respuesta a la pandemia. El acceso a métodos anticonceptivos, en venta en las farmacias comunitarias, no está afectado por la pandemia.

El Salvador

Limitación de los agentes de salud comunitaria para realizar visitas a los hogares, incluyendo para inmunización. Continuación de los servicios de inmunización en los centros de atención primaria. Falta de acceso a información sobre la discontinuación de los servicios de salud. Cambio de la distribución de la alimentación escolar a la alimentación en los hogares. Violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna relacionada con la respuesta a la pandemia.

Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud:

10-25% Programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada.

Abril: Se mantienen: transferencias monetarias.
Se amplían: bonos alimentarios en especie.

Se ha perdido el seguimiento de mujeres embarazadas y niños en los servicios de salud, lo cual conlleva a la falta de continuidad de la atención de embarazadas con VIH, sífilis u otras infecciones de transmisión sexual y a la verificación de la adherencia al tratamiento, así como el monitoreo del desarrollo infantil temprano y los programas de inmunización. La limitación en el acceso a las visitas domiciliarias ha reducido el alcance de las acciones comunitarias.

Ecuador

Marzo: Presión adicional en un sistema de atención debilitado por las medidas de austeridad implementadas unos meses antes de la pandemia, con particular afectación al personal de salud. Temor de la capacidad del sector salud para responder a otras condiciones de salud y a aportar una atención integral. Suspensión de los centros infantiles y educativos para evitar infecciones, pero con la consiguiente sobrecarga de las mujeres para atender a los niños en el hogar.

Mayo: Impacto en los servicios de inmunización, de atención prenatal y postnatal, de atención pediátrica y nutricional, de la protección y promoción de la lactancia. Falta de información pública disponible del Ministerio de Salud. Violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna relacionada con la respuesta a la pandemia.

Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud (0% indica que no hay impacto):

0% Servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud.

< 10% Atención obstétrica de emergencia y otra atención de emergencia.

25-50% Atención prenatal, obstétrica, postnatal, esencial del recién nacido, inmunización, consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones), otros servicios de salud comunitaria, programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada, suplementación con vitamina A, profilaxis antiparasitaria, programas de nutrición para niños que van a la escuela, apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho.

50-75% Anticoncepción (servicios de salud sexual y reproductiva).

Abril: Se mantienen: transferencias monetarias.
Se introducen nuevas medidas: bonos alimentarios en especie.

Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.

Guatemala

Marzo: Cierre de actividades (22 de marzo). Temor por la capacidad institucional limitada. Cierre de los centros infantiles.

Mayo: Falta de existencia de guías del Ministerio de Salud para el personal de salud sobre cómo proceder ante la pandemia. Impacto en todos los programas públicos, como inmunizaciones, atención prenatal, al VIH y a la tuberculosis, al desarrollo infantil temprano, al monitoreo del crecimiento, a la identificación temprana de la malnutrición aguda, a la asesoría en alimentación adecuada de lactantes y niños pequeños y a la comunicación para el cambio de comportamiento. Violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna relacionada con la respuesta a la pandemia.

Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud (0% indica que no hay impacto):

0% Otra atención de emergencia

10-25% Atención postnatal, tratamiento para el VIH y para la tuberculosis.

25-50% Programas de protección y promoción de la lactancia materna, suplementación con vitamina A, fortificación con micronutrientes múltiples en polvo.

50-75% Programas de promoción de la alimentación complementaria adecuada, profilaxis antiparasitaria, programas de nutrición para niños y niñas adolescentes, apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho, detección temprana y tratamiento de la desnutrición crónica y aguda grave.

	Abril: Se mantienen: programas de alimentación escolar y transferencias monetarias
	Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación.
Guyana	
Marzo:	Activación del Centro Nacional de Operaciones de Emergencia para aportar apoyo intersectorial.
Mayo:	Impacto en la salud comunitaria, en el programa de inmunización, en particular en el interior del país, y en el monitoreo nutricional para mujeres embarazadas, lactantes y adolescentes. Falta de evaluación formal de impacto en el sector salud.
	<p>Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud (0% indica que no hay impacto):</p> <p>0% Atención obstétrica, obstétrica de emergencia, esencial del recién nacido, atención clínica para víctimas de violencia de género, otra atención de emergencia, servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud.</p> <p>< 10% Atención prenatal, postnatal, inmunización, anticoncepción, tratamiento para el VIH y para enfermedades no transmisibles, programas de protección y promoción de la lactancia materna, profilaxis antiparasitaria.</p> <p>10-25% Consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones), Programas de promoción de la alimentación complementaria adecuada, fortificación con micronutrientes múltiples en polvo, programas de nutrición para niños y niñas adolescentes, apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho, detección temprana y tratamiento de la desnutrición crónica y aguda grave.</p> <p>25-50% Programas de nutrición para niños que van a la escuela</p> <p>50-75% Otros servicios de salud comunitaria.</p>
Haití	
	Abril: Se mantienen: transferencias monetarias. Se introducen nuevas medidas: bonos alimentarios en especie.
	Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.
Honduras	
Marzo:	Falta de impacto en la atención en salud. Primeros decesos, todos con diagnóstico tardío. Discriminación hacia personas con COVID-19
Mayo:	Disminución de todos los servicios de salud debido a la falta de demanda de atención por el aislamiento. Impacto en las reuniones comunitarias de monitoreo de los niños menores de 2 años. Dificultad agravada por la epidemia de dengue existente antes de la pandemia y con gran afectación en la población menor de 15 años.
	Abril: Se mantienen: programas de alimentación escolar y transferencias monetarias. Se introducen nuevas medidas: bonos alimentarios en especie.
	Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.
	El sistema de salud está colapsado. La población teme acudir a los centros de salud por el riesgo de contagiarse y quienes acuden a la emergencia tienen dificultad en recibir atención por la sobrecarga de los servicios de salud. Los insumos se han priorizado para la respuesta a la pandemia en detrimento de los necesarios para la atención prepandemia. El sistema de salud tiene poca capacidad para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis y se ha dificultado el acceso a las pruebas de VIH y sífilis. El costo de los métodos anticonceptivos es una barrera de acceso. Las medidas de distanciamiento establecidas y el temor a contagiarse de COVID-19 limita la demanda de vacunas por parte de la población y las actividades comunitarias del servicio de inmunización por parte del personal de salud. A pesar de que los establecimientos de salud están abiertos, los servicios de inmunización de algunos establecimientos están cerrados porque, con la falta de dotación de equipo de protección personal al personal vacunador, existe renuencia del personal a vacunar o porque no se ha podido sustituir al personal vacunador mayor de 60 años o que no tiene transporte particular para movilizarse al establecimiento.
Jamaica	
Marzo:	Declaración de desastre nacional por el primer ministro (13 de marzo), con la consiguiente restricción de movimiento de la población. Temor de sobrecargar un sistema de salud ya desbordado. Confianza de la población en el gobierno por la toma de decisiones políticas tempranas y por la fuerte preparación. Cierre de las escuelas, con la consiguiente sobrecarga para las mujeres del cuidado de los niños y posible repercusión en el acceso al empleo, a los alimentos y a la atención médica. Discriminación hacia familias con personas con COVID-19. Temor al aumento de la violencia de género y otras formas de violencia doméstica por la restricción de movimiento.
	Abril: Se mantienen: transferencias monetarias. Se introducen nuevas medidas: bonos alimentarios en especie.
	Falta claridad por parte del Ministerio de Salud sobre los servicios de salud más afectados y que requieren fortalecerse. La prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis, el monitoreo del desarrollo infantil temprano y los programas de inmunización se han empeorado por la falta de seguimiento de las mujeres embarazadas y de los niños. No se están realizando actividades de información y servicios de alcance comunitario.
México	
Marzo:	Ninguna actividad. Se reportan casos de violencia de género asociada al confinamiento.
Mayo:	Impacto en los servicios de atención a las enfermedades no transmisibles o crónicas y postergación de muchas cirugías. Falta de información oficial de la Secretaría de Salud por su dedicación casi exclusiva a atender a la pandemia. Impacto en la consejería en nutrición materna, para lactantes y para niños pequeños. Impacto en los programas de nutrición y salud escolar. Violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna relacionada con la respuesta a la pandemia.

	<p>Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud: 10-25% Apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho 25-50% Programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada. 75-100% Programas de nutrición para niños que van a la escuela y para niños y niñas adolescentes</p>
	Abril: Se mantienen: programas de alimentación escolar y transferencias monetarias.
	Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación.
	La población con mayor exclusión social carece de información sobre las opciones para acceder a los servicios de salud. El control prenatal, la atención oportuna del parto y el acceso a los servicios de salud, la falta de información sobre la salud de las personas y lograr que las mujeres embarazadas diagnosticadas con VIH, sífilis u otras infecciones de transmisión sexual sigan en contacto con los servicios de salud son grandes retos en un contexto de desigualdad social estructural.
Nicaragua	
	Marzo: Elaboración de un plan nacional de contingencia del Ministerio de Salud con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.
	Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación.
Panamá	
	Marzo: Cancelación de la atención ambulatoria y de cirugías no urgentes; incluye la cancelación de la atención prenatal, de los servicios de salud sexual y reproductiva, del monitoreo pediátrico y de las consultas preventivas. Cierre de los centros infantiles y educativos, con la siguiente sobrecarga para las mujeres para atender a los niños en el hogar. Dispensación de recetas médicas para 3 y 6 meses para reducir las visitas a los centros de salud. Supermercados limitados a 50 personas. Demanda de medidas económicas por parte de la población. Falta de ingreso y de compra de alimentos para las personas en el sector informal, con mayor afectación a las mujeres. Distribución de alimentos y bonos para supermercados, pero sin claridad sobre su cantidad y frecuencia. Temor de que los servicios de atención a la violencia doméstica no funcionen. Demanda de algunos grupos de población solicitando el cierre de fronteras para evitar la migración hacia el país; más de 2,500 migrantes que llegaron desde Colombia no pueden continuar el paso hacia Costa Rica y, de ellos, el 27% son menores de edad, la mayoría menores de 5 años. Prohibición de visitar los centros de acogida de menores y los centros de detención juvenil. Mayo: Suspensión de los programas de nutrición para niños que van a las escuelas por estar cerradas.
	<p>Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud: 75-100% Fortificación con micronutrientes múltiples en polvo.</p>
	Abril: Se introducen nuevas medidas: programas de alimentación escolar.
	Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación.
Paraguay	
	Marzo: Priorización de los servicios de emergencia. Sin interrupción de la atención, pero pasan a segundo plano los servicios de control del niño sano y en riesgo, atención prenatal, enfermedades crónicas. Temor de aumento de la mortalidad por causas prevenibles, sobre todo de la mortalidad materna y neonatal y de la cardiovascular. Temor de disminución de la cobertura de inmunización y de la seguridad alimentaria. Provisión de kits de alimentos y transferencia de efectivo a familias en situación de vulnerabilidad a través de pagos en formato digital (Programa Nangareko). Implementación de un centro de llamadas del Ministerio de Salud atendido por funcionarios del ministerio y estudiantes de los últimos años de la carrera de medicina y odontología para autorreportes, consultas y denuncias. Implementación de la entrega a domicilio de alimentos, productos de limpieza, farmacia y otros de medianas y pequeñas empresas comunicado a través de las redes sociales. Consultas médicas vía Whatsapp y/o Facebook para no acudir a los centros de salud y para evitar salir de casa. Distribución de la merienda escolar en formato de paquetes de alimentos por períodos de 10 días. Continuación del protocolo de prevención y atención a mujeres sobrevivientes de violencia. Reporte de 2.028 denuncias por violencia familiar en el mes de marzo, 200 casos más que en marzo de 2019. Discriminación hacia personas con COVID-19. Mayo: Disminución de los servicios de atención prenatal debido a las restricciones impuestas por el gobierno y al temor de la población a contagiarse en los establecimientos de salud. Falta de pruebas de diagnóstico para las patologías obstétricas, lo cual resulta en mayor morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Falta de servicios de salud sexual y reproductiva y de anticoncepción, lo cual lleva a un mayor número de embarazos no deseados y, en particular, al embarazo adolescente. Falta de datos oficiales nacionales. Impacto potencial en la distribución mensual de leche fortificada del Programa Alimentario Nutricional Integral para menores de 5 años en riesgo nutricional y para las mujeres embarazadas de bajo peso debido las restricciones impuestas por el gobierno.
	<p>Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud (0% indica que no hay impacto): 0% Atención postnatal, obstétrica de emergencia, esencial del recién nacido, inmunización, tratamiento para el VIH y la tuberculosis, otros servicios de salud comunitaria, servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud, programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada, programas de nutrición para niños que van a la escuela, apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho. 10-25% Consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones), anticoncepción (servicios de salud sexual y reproductiva).</p>
	Abril: Se mantienen: transferencias monetarias. Se amplían: bonos alimentarios en especie.

Perú	
	Marzo: Cancelación de la atención ambulatoria (inmunización, prenatal, obstétrica, anticoncepción, pediátrica, de adultos, de nutrición), de actividades de promoción de la salud y de visitas a domicilio (por ejemplo, para administrar vacunas contra el meningococo a personas mayores de 60 años en zonas periurbanas de Lima por falta de equipo personal de protección). Mantenimiento de los servicios de emergencia. Mantenimiento de los servicios de respuesta a la violencia familiar y de género, con una línea específica para la violencia contra los niños, con campaña de comunicación para alertar a la población sobre esos servicios.
	Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.
República Dominicana	
	Marzo: Saturación de los servicios de salud. Falta de equipo personal de protección para el personal de salud. Preocupación por la posibilidad de contagio en los establecimientos de salud para las embarazadas y las personas con VIH, tuberculosis u otras condiciones que requieren atención. Desaceleración económica por la reducción del turismo y de las remesas desde Europa y Estados Unidos y por el impacto en las empresas pequeñas y medianas, que son las grandes empleadoras formales de la población. Impacto económico significativo esperado en hogares en situación de pobreza encabezados por mujeres, en particular porque son las cuidadoras de las personas enfermas, con discapacidad o mayores. Discriminación hacia personas con COVID-19. Mayo: Impacto en los servicios de inmunización, atención prenatal y postnatal, atención pediátrica, servicios esenciales para personas con VIH, incluyendo la distribución de antirretrovirales, asesoramiento y pruebas de CD4 y carga viral. Reubicación de alrededor del 30% del personal médico y de enfermería para atender a casos de COVID-19. Designación de alrededor del 40% de los 170 hospitales públicos a la atención de casos de COVID-19, lo cual amenaza la continuidad de los servicios esenciales para niños y mujeres embarazadas. Falta de procesamiento de los indicadores de producción de servicios durante la pandemia, con lo cual la información es muy limitada y sólo puede obtenerse directamente de algunos actores claves del sistema de salud. Impacto en la des-nutrición crónica, que lleva estable en un 2%. Impacto en los servicios de nutrición en los establecimientos de salud y en la comunidad (consejería nutricional, apoyo a la lactancia, monitoreo del crecimiento, distribución de micronutrientes y de alimentos fortificados) por las restricciones de movimiento y por la reducción del personal de salud de mayor edad, con enfermedades crónicas o reasignados a la atención de la COVID-19.
	Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud (0% indica que no hay impacto): 0% Atención obstétrica, obstétrica de emergencia, servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud < 10% Atención esencial del recién nacido 10-25% Atención prenatal, inmunización, fortificación con micronutrientes múltiples en polvo, programas de nutrición para niños y niñas adolescentes, apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho. 25-50% Atención postnatal, anticoncepción, atención clínica para víctimas de violencia de género, otra atención de emergencia, otros servicios de salud comunitaria, programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada. 50-75% Consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones).
	Abril: Se mantienen: bonos alimentarios en especie y transferencias monetarias.
	Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.
	El sistema de salud pública se ha volcado a la atención de las personas con COVID-19 y ha relegado a un segundo plano la atención de otras condiciones de salud, incluyendo las enfermedades crónicas y la salud sexual y reproductiva. Algunos establecimientos de salud han reducido los servicios que ofrecen o han sido designados como hospitales para manejar los casos de COVID-19 y han suspendido cualquier otro tipo de atención, sin facilitar a la población información sobre a qué otros centros acudir. En la capital, Santo Domingo, se habilitó un hospital regional especializado en atención materno-infantil para atender a mujeres embarazadas con COVID-19 y se publicaron directrices para manejar la enfermedad en embarazadas y recién nacidos (85), pero la infraestructura sanitaria del primer nivel de atención está colapsada, lo cual ha paralizado las consultas de atención materno-infantil. La prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis, difícil por las limitaciones del control prenatal, se ha empeorado por la falta de seguimiento de los programas de prevención y manejo de las personas con VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Fuera del sector público, Profamilia y otros centros han mantenido sus servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la anticoncepción, pero en el sector público los servicios están suspendidos o reducidos. La población más desatendida en las zonas urbanas y la que vive más alejada de los centros urbanos tiene mayor dificultad en acceder a la atención por las limitaciones de horarios por el toque de queda y por el costo del transporte público y el aumento de la pobreza, además del temor de contagiarse en los establecimientos. Existe una insuficiencia de personal de salud y el personal tiene miedo a acudir al trabajo. El modelo de salud está centrado en los hospitales, se enfoca en la atención especializada de tercer nivel y carece de una atención comunitaria articulada para el seguimiento de la salud de la población, lo cual constituye una gran limitación para responder a la pandemia.
Surinam	
	Marzo: El gobierno, con el apoyo de la OPS y de UNICEF, establece una lista de decisiones para tomar a las 24 horas, 48 horas y primera semana tras el diagnóstico del primer caso. Movilización conjunta entre el gobierno y el equipo de país de las Naciones Unidas para establecer un plan de respuesta y solicitar recursos de bancos locales y del sector privado dadas las dificultades para movilizar recursos de donantes. Disrupción del programa de inmunización: la administración de la vacuna DTP-Hep-HibB1 disminuye del 71% al 52% entre el 15 de febrero y el 15 de marzo.
	Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación.
Uruguay	
	Marzo: Continuación del funcionamiento del sistema de salud, salvo por la postergación de las cirugías no urgentes. Innovación tecnológica para la comunicación a través de redes sociales.
	Abril: Se mantienen: programas de alimentación escolar y transferencias monetarias.
	Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación.

Venezuela
Marzo: Colapso de un sistema de salud ya debilitado antes de la pandemia. Mantenimiento de los servicios de inmunización y de emergencia. Restricción de la atención prenatal, obstétrica, de anticoncepción, preventiva pediátrica y de adultos, tratamiento de VIH y tuberculosis, tratamiento de enfermedades no transmisibles (como diálisis y terapia física), servicios de nutrición y distribución de alimentos y de la atención infantil.
Abril: Se mantienen: transferencias monetarias. Se introducen nuevas medidas: bonos alimentarios en especie.
Mayo: Se mantienen los servicios de vacunación.

Fuente: Elaboración propia a partir de cuatro fuentes: en azul, de la Encuesta mensual COVID-19 de UNICEF realizada en marzo y mayo de 2020 y facilitada por la Unidad de Alianzas Públicas de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de UNICEF (12), en verde, del informe *Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una catástrofe alimentaria: Acciones urgentes contra el hambre en América Latina y el Caribe*, de CEPAL y FAO (31), en amarillo, de los Resultados del 3er cuestionario sobre la situación del PNI en la Región de las Américas, de la OPS, realizado en mayo de 2020 (32) y, en naranja, de una encuesta realizada por la autora entre abril y mayo de 2020 a personas clave de distintos países (13).

Agradecimientos

Maaïke Arts, Mariana Coolican, Marcela Meléndez y Claudio Santibáñez aportaron comentarios a versiones anteriores del informe y Lorena Barbería, Manuel Colomé-Hidalgo, Novia Condell, Mark Connolly, Zoe Díaz Bernal, Ricardo Elías Melgen, Luiz Galvão, José Ledesma, Pedro Mas, Enrique Minor Campa, José Ramírez, Amelia Rodríguez Olivares, Rocío Sáenz, Mario Ernesto Soriano Lima, Manuel Urbina Fuentes y Carina Vance aportaron información para la elaboración de este informe.

Referencias

- CEPAL, OPS. Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/45840-salud-economia-convergencia-necesaria-enfrentar-covid-19-retomar-la-senda. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud; 2020.
- Castro A. Respuesta a la pandemia de COVID-19 en poblaciones urbano-marginales y rurales en América Latina. Disponible en: www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/blog/2020/respuesta-a-la-pandemia-de-covid-19-en-poblaciones-urbano-margin.html. Nueva York: PNUD América Latina y el Caribe; 2020.
- Johns Hopkins University. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Disponible en: coronavirus.jhu.edu/map.html. 2020.
- IHME. COVID-19 Projections. Disponible en: www.healthdata.org/covid. Seattle: University of Washington; 2020.
- Naciones Unidas. World Population Prospects 2019. Disponible en: population.un.org/wpp/Download/Standard/Population. Nueva York: Departamento de Economía y Asuntos Sociales de las Naciones Unidas; 2020.
- López-Calva LF. A greater tragedy than we know: Excess mortality rates suggest that COVID-19 death toll is vastly underestimated in LAC. Disponible en: www.latinamerica.undp.org/content/rblac/en/home/presscenter/director-s-graph-for-thought/a-greater-tragedy-than-we-know--excess-mortality-rates-suggest-t.html. Nueva York: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; 2020.
- The Economist. Tracking COVID-19 excess deaths across countries. Disponible en: www.economist.com/graphic-detail/2020/07/15/tracking-covid-19-excess-deaths-across-countries. 2020.
- Roberton T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Global Health*. 2020.
- Riley T, Sully E, Ahmed Z, Biddlecom A. Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2020;46:73-6.
- Phillips DE, Bhutta ZA, Binagwaho A, Boerma T, Freeman MC, Hirschhorn LR, et al. Learning from Exemplars in Global Health: a road map for mitigating indirect effects of COVID-19 on maternal and child health. *BMJ Glob Health*. 2020;5(7).
- Independent Accountability Panel for Every Woman Every Child Every Adolescent. 2020 Report: Caught in the COVID-19 storm: women's, children's and adolescents' health in the context of UHC and the SDGs. Disponible en: www.everywomaneverychild-lac.org/e/wp-content/uploads/2020/07/IAP-2020-Full-Report-3.pdf. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
- UNICEF. COVID-19 Monthly Survey. Nueva York: UNICEF; 2020.
- Castro A. Cuestionario. Desafíos en la salud materna, infantil y adolescente durante la pandemia en América Latina y el Caribe. Disponible en: docs.google.com/forms/d/1iTPacOEDpwlGcQNI3WABMcU6jj17tXe0eLpHBqFJBcU/edit. 2020.

14. OMS. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020: resumen de orientación. Disponible en apps.who.int/iris/handle/10665/332450. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
15. Peterman A PA, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, van Gelder, N. Pandemics and Violence Against Women and Children. Center for Global Development Working Paper 528. Disponible en: www.cgdev.org/publication/pandemics-and-violence-against-women-and-children. Washington, DC: Centre for Global Development; 2020.
16. Cousins S. COVID-19 has “devastating” effect on women and girls. *The Lancet*. 2020;396(10247):301-2.
17. Plan Internacional. COVID-19: alarmante aumento de la violencia contra las niñas y las mujeres en América Latina y El Caribe. Disponible en: plan-internacional.org/es/press-release/2020-05-19-covid-19-alarante-aumento-de-la-violencia-contra-las-ninas-y-las-mujeres. 2020.
18. FILAC. Los Pueblos Indígenas ante la pandemia del COVID-19. Primer Informe Regional. Disponible en: indigenascovid19.red/archivos/13326. La Paz: Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe; 2020.
19. Hallal PC, Hartwig FP, Lessa Horta B, Silveira MF, Struchiner CJ, Vdaleti LP, et al. Remarkable Variability in SARS-CoV-2 Antibodies across Brazilian Regions: Report on Two Successive Nationwide Serological Household Surveys. SSRN Disponible en: ssrn.com/abstract=3640428. 2020.
20. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;38(2):96-109.
21. CEPAL. Dimensionar los efectos del COVID-19 para pensar en la reactivación. Disponible en: www.cepal.org/es/publicaciones/45445-dimensionar-efectos-covid-19-pensar-la-reactivacion. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2020. 21 pp.
22. Cáceres C, Castro A. Will Peruvians' Access to Health Care Improve? *Latin America Advisor*. 2020;July 23, p. 3.
23. CEPAL. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en el nuevo contexto mundial y regional. Escenarios y proyecciones en la presente crisis. Disponible en: repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45336/6/S2000208_es.pdf. Santiago de Chile: CEPAL; 2020.
24. EWEC. Asegurando la continuidad en la prestación de los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente para la población en el contexto de COVID-19. Disponible en: www.everywomaneverychild-lac.org/garantizar-continuidad-servicios-esenciales-salud. Nueva York: Naciones Unidas; 2020.
25. Countdown Equity Analysis G, Boerma JT, Bryce J, Kinfu Y, Axelson H, Victora CG. Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 Countdown countries. *The Lancet*. 2008;371(9620):1259-67.
26. Wehrmeister FC, Barros AJD, Hosseinpoor AR, Boerma T, Victora CG. Measuring universal health coverage in reproductive, maternal, newborn and child health: An update of the composite coverage index. *PLoS One*. 2020;15(4):e0232350.
27. OMS. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328919/WHO-HIS-HGF-19.1-spa.pdf?ua=1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
28. UNICEF. The State of the World's Children 2019. Disponible en www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2019. Nueva York: UNICEF; 2019.
29. OPS. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Disponible en: iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
30. OPS. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas. Disponible en: iris.paho.org/handle/10665.2/51543. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
31. CEPAL y FAO. Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una crisis alimentaria: acciones urgentes contra el hambre en América Latina y el Caribe. Disponible en: repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45702/4/S2000393_es.pdf. Santiago de Chile: CEPAL; 2020.
32. OPS. Resultados del 3er cuestionario sobre la situación del PNI en la Región de las Américas, 26 de mayo de 2020. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
33. OPS. La salud en las Américas. Disponible en: www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es. Organización Panamericana de la Salud; 2017.
34. BID. El impacto del COVID-19 en las economías de la región. La pandemia de COVID-19 en Centroamérica, Haití, México, Panamá y República Dominicana. Disponible en: dx.doi.org/10.18235/0002279. Washington, DC.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020. 57 p.
35. Más Bermejo P, Vidal Ledo MJ, Baldoquín Rodríguez W, Seuc Jo AH, Guinovart Díaz R, Noriega Bravo V. Lucha anti epidémica en la COVID-19 en Cuba. *Organización de la investigación epidemiológica. Información para Directivos de la Salud*. 2020;32.
36. OPS. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Disponible en: iris.paho.org/handle/10665.2/51615. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
37. Bamba C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2020.
38. Santos DS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Knobel R, Katz L, et al. Disproportionate impact of COVID-19 among pregnant and postpartum Black Women in Brazil through structural racism lens. *Clin Infect Dis*. 2020.

39. UNICEF, Universidad de Tulane. Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas. Disponible en: www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-03/20170630_UNICEF_InformeSobreEquidadEnSalud_ESP_LR_0.pdf. Panamá: UNICEF; 2016.
40. Naciones Unidas. Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible. Disponible en: www.un.org/sustainabledevelopment/es. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2015.
41. Fore HH. A wake-up call: COVID-19 and its impact on children's health and wellbeing. The Lancet Global Health. 2020.
42. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet Glob Health. 2018;6(4):e380-e9.
43. UNICEF, Johns Hopkins University. LiST Data Dashboard. Nueva York: UNICEF; 2020.
44. Proyecto ISLAC. COVID-19 en América Latina y el Caribe. Impacto en los servicios de salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia. Universidad de Tulane, Universidad de Santiago de Chile, Every Woman Every Child y Fundación Bernard van Leer. Información disponible en: www.islaccovid.org.
45. Takemoto MLS, Menezes MO, Andreucci CB, Nakamura-Pereira M, Amorim MMR, Katz L, et al. The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. Int J Gynaecol Obstet. 2020.
46. OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas. Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017. Disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
47. OMS. Q&A: Breastfeeding and COVID-19. Disponible en: www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-and-breastfeeding. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
48. UNICEF. Adoption of breastfeeding recommendations in the context of COVID-19. Key findings from an online survey in low- and middle-income countries. Nueva York: UNICEF; 2020.
49. UNICEF. Otros 6,7 millones de niños menores de 5 años podrían sufrir de emaciación este año debido a la COVID-19, según UNICEF. Disponible en: www.unicef.org/nicaragua/comunicados-prensa/otros-67-millones-de-ni%C3%B1os-menores-de-5-a%C3%B1os-podr%C3%ADan-sufrir-de-emaciaci%C3%B3n-este. Nueva York: UNICEF; 2020.
50. Akseer N, Kandru G, Keats EC, Bhutta ZA. COVID-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. Am J Clin Nutr. 2020.
51. Headey D, Heidkamp R, Osendarp S, Ruel M, Scott N, Black R, et al. Impacts of COVID-19 on childhood malnutrition and nutrition-related mortality. The Lancet. 2020.
52. Fore HH, Dongyu Q, Beasley DM, Ghebreyesus TA. Child malnutrition and COVID-19: the time to act is now. The Lancet. 2020.
53. Miranda MC, Nóbrega FJ, Sato K, Pompéia S, Sinnes EG, Bueno OFA. Neuropsychology and malnutrition: a study with 7 to 10 years-old children in a poor community. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2007;7:45-54.
54. Fernández NAR. Deficiencia de hierro en niños escolares y su relación con la función cognitiva. Salud. 2006;10(2):10-6.
55. Kar BR, Rao S, Chandramouli BA. Cognitive development in children with chronic protein energy malnutrition. Behavioral and Brain Functions. 2008;4(31):1-12.
56. McEwen B, Stellar E. Stress and the individual: mechanisms leading to disease. Arch Intern Med. 1993;153:2093-101.
57. Shonkoff JP, Garner AS, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012;129(1):e232-46.
58. OMS, UNICEF. Immunization coverage: Are we losing ground? Disponible en: data.unicef.org/wp-content/uploads/2020/07/WUENIC-Immunization-coverage-are-we-losing-ground-brochure-2020.pdf. Nueva York: UNICEF; 2020.
59. OPS. Summary of the Status of National Immunization Programs during the COVID-19 Pandemic, July 2020. Disponible en: iris.paho.org/handle/10665.2/52544. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
60. Roberts L. Pandemic brings mass vaccinations to a halt. Science. 2020;368(6487):116-7.
61. Guttmacher Institute. Haciendo cuentas: Invertir en anticoncepción y salud materna y neonatal. Disponible en: www.guttmacher.org/es/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017#seenote. Nueva York: Guttmacher Institute; 2019.
62. Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Supplement to: Robertson T, Carter ED, Chou VB. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. The Lancet Global Health. 2020.
63. Nuguer V, Powell A. Políticas para combatir la pandemia: Informe macroeconómico de América Latina y el Caribe de 2020. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Informe_macroekon%C3%B3mico_de_Am%C3%A9rica_Latina_y_el_Caribe_2020_Pol%C3%ADticas_para_combatir_la_pandemia.pdf. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020.
64. Ghebreyesus TA, Fore HH, Kanem N, Watkins K. Winning the War Against Maternal and Child Deaths. Available at: www.project-syndicate.org/commentary/covid19-defend-progress-on-maternal-child-mortality-by-tedros-adhanom-ghebreyesus-et-al-2020-05. Project Syndicate, May 21. 2020.

65. Banco Mundial. Global Economic Prospects, June 2020. Disponible en: www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects#overview. Washington, DC: Banco Mundial; 2020.
66. OMS. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. Interim guidance. 1 June 2020. Disponible en: www.who.int/publications/i/item/10665-332240. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
67. Hale T, Phillips T, Petherick A, Kira B, Angrist N, Aymar K, et al. Lockdown rollback checklist: Do countries meet WHO recommendations for rolling back lockdown? Version 4.0. Disponible en: www.bsg.ox.ac.uk/research/publications/lockdown-rollback-checklist. Oxford: Blavatnik School of Government, University of Oxford; 2020.
68. EWEC. Immediate Steps to Safeguard Progress for Every Woman, Child and Adolescent. Disponible en: www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2020/06/EWEC-HL-Roundtable-Outcome-Document.pdf. 2020.
69. Ministerio de Salud de Brasil. Nota Técnica N° 16/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Disponible en: xpolitics.org/ptbr/wp-content/uploads/sites/2/2020/06/1591269873_ministerioaborto.pdf. Brasilia: Ministerio de Salud de Brasil; 2020.
70. Buss PM. De pandemias, desenvolvimiento e multilateralismo, diplomatie.org.br/de-pandemias-desenvolvimento-e-multilateralismo. Le Monde Diplomatique Brasil, 3 de abril de 2020. 2020.
71. CLAP. Cuidados del recién nacido en épocas de la COVID-19. Disponible en: www.paho.org/clap/images/PDF/alianzaneonatal/Webinar_RN_consolidada.pdf. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología; 2020.
72. UNFPA. Atención en Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar durante la emergencia sanitaria por la COVID-19 en América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/atenci%C3%B3n-en-salud-sexual-y-reproductiva-y-planificaci%C3%B3n-familiar-durante-la-emergencia>. 2020.
73. UNFPA. La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos, la Salud Materna y Neonatal y la COVID-19. Disponible en: www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-SSR-23Mar20.pdf. Nueva York.: UNFPA; 2020.
74. UNFPA. La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos: Necesidades de Anticonceptivos Modernos y otros Insumos Médicos, incluidos aquellos para la Prevención, Protección y Respuesta a la COVID-19. Disponible en: www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-Supplies-23Mar20.pdf. 2020.
75. UNFPA. Los Adolescentes y los Jóvenes y la Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). Disponible en: www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-Youth-24Mar20.pdf. Nueva York.: UNFPA.; 2020. 3 pp p.
76. UNFPA. Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil. Disponible en: www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_23_April_2020_ES.pdf. Nueva York. : UNFPA; 2020. 8 pp p.
77. IAWG. Orientación programática para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios y frágiles durante la pandemia de la COVID-19. Disponible en: cdn.iawg.rgn.io/documents/Full-Programmatic-Guidance_SPANISH_EW.pdf?mtime=20200410210154&focal=none#asset:31426. Nueva York Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crisis; 2020.
78. OPS. El programa de inmunización en el contexto de la pandemia de COVID-19. Versión 2: 24 de abril. Disponible en: iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52055/OPSFLIMCOVID19200008_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. 2020.
79. OMS. Marco para la toma de decisiones: puesta en práctica de campañas de vacunación masiva durante la COVID-19. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332256/WHO-2019-nCoV-Framework_Mass_Vaccination-2020.1-spa.pdf. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
80. OPS. Promoción de la equidad en la salud, la igualdad étnica y de género, y los derechos humanos en la respuesta a la COVID 19: consideraciones clave. Disponible en: bit.ly/LEquidad202011. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
81. UNFPA. Implicaciones del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina y el Caribe. Disponible en: lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/1-Covid-Indigenas%20%281%29.pdf. 2020.
82. UNFPA. La Igualdad de Género y los Esfuerzos para Hacer Frente a la Violencia de Género (VG) y la Prevención, Protección y Respuesta a la Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). Disponible en: www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID19-TechBrief-GBV-23Mar20.pdf. 2020.
83. UNFPA. COVID-19: Un Enfoque de Género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género. Informe técnico. Disponible en: www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf. 2020.
84. Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. Directrices para prevención y manejo de enfermedad respiratoria por coronavirus (COVID-19) en embarazadas y recién nacidos (abril de 2020). Disponible en: repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/1758/9789945621013.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2020.

unicef 



www.latinamerica.undp.org

Agradecemos el apoyo de la Cooperación Española.

