INFORME 2021/22

DESIGUAL Y LETAL

CENTER for ECONOMIC and SOCIAL RIGHTS

AMNISTÍA INTERNACIONAL

AMNISTÍA INTERNACIONAL

Es un movimiento global de más de 7 millones de personas que trabajan en favor del respeto y la protección de los derechos humanos.
Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales.
Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso.

ÍNDICE: **AMR 01/5483/2022**
IDIOMA ORIGINAL: **ESPAÑOL**
AMNESTY.ORG

AMNISTÍA INTERNACIONAL

CENTER FOR ECONOMIC AND SOCIAL RIGHTS

(CESR, Centro por los Derechos Económicos y Sociales)

Es una ONG internacional que trabaja para transformar el sistema económico dominante, usando los derechos humanos. Con más de 25 años de historia, genera evidencia, herramientas y alianzas que desafían políticas económicas injustas para avanzar hacia un sistema que combata la desigualdad, y funcione para las personas y el planeta.

CENTER for ECONOMIC and SOCIAL RIGHTS

(PÁG.) 06
RESUMEN EJECUTIVO

En marzo de 2020, murió en Brasil, por complicaciones del COVID 19, Aruká Juma, el último hombre del pueblo Indígena Juma.

Claves para entender el impacto desproporcionado de COVID-19 en América Latina y el Caribe pág 08

Conclusiones y recomendaciones pág 11

(PÁG.) 14
METODOLOGÍA

Las conclusiones y las recomendaciones de este informe están basadas en un análisis de las obligaciones que los Estados de la región

(PÁG.) 19
EFECTOS DE LA PANDEMIA AFECTAN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

(PÁG.) 23
POLÍTICAS PARA MITIGAR EFECTOS DE LA PANDEMIA INSUFICIENTES Y SIN ATENCIÓN A FACTORES ESTRUCTURALES

(PÁG.) 29
¿POR QUÉ NO FUERON SUFICIENTES LOS ESFUERZOS DE LOS PAÍSES? 5 CLAVES

(PÁG.) 77
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#1 Combatir La Desigualdad Y La Discriminación pág 79

#2 Combatir la inequidad en los determinantes sociales de la salud pág 80

#3 Ampliar la protección social pág 81

#4 Aumentar el gasto público en salud y asegurar un gasto de calidad pág 82

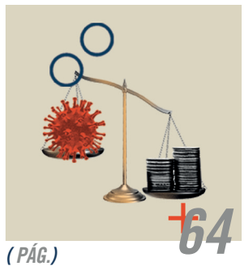
#5 Asegurar políticas fiscales justas pág 83

(PÁG.) 30
CLAVE #1
LA DESIGUALDAD Y LAS DISCRIMINACIONES SUBYACENTES

(PÁG.) 40
CLAVE #2
INEQUIDAD EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

(PÁG.) 47
CLAVE # 3
MEDIDAS PARCIALES DE PROTECCIÓN SOCIAL

(PÁG.) 56
CLAVE #4
SISTEMAS DE SALUD MAL FINANCIADOS CON GASTO DEFICIENTE



(PÁG.) 64
CLAVE #5
POLÍTICAS FISCALES INEFECTIVAS PARA EL COMBATE A LA DESIGUALDAD

RESUMEN EJECUTIVO

LA REGIÓN CONCENTRA CASI EL...

30%
de las muertes
totales
por COVID-19

En marzo de 2020, murió en Brasil, por complicaciones del COVID 19, Aruká Juma, el último hombre del pueblo Indígena Juma. Este hombre de casi 90 años había sobrevivido a una masacre en la década de 1960 ordenada contra su pueblo por comerciantes interesados en el caucho y las nueces de sus territorios ancestrales, pero sucumbió a la pandemia que se extendió rápidamente por las comunidades indígenas de Brasil. El COVID-19 fue el golpe de gracia para desaparecer a un pueblo que, como tantos otros Pueblos Indígenas de Brasil y de toda América Latina y el Caribe, sufrieron históricamente exterminio y despojo, por la colonización primero y por la sistemática discriminación después. Entre los Pueblos Indígenas de Brasil el COVID-19 se extendió debido a que las autoridades no desarrollaron acciones adecuadas, destinadas a protegerlos: no establecieron barreras sanitarias, ni información accesible y sensible a las diferencias étnicas dentro del país, ni la expulsión de invasores de sus territorios ni otras medidas para asegurarles atención social ni protección de la salud.

La vida y la muerte de Aruká Juma y de su pueblo es un ejemplo paradigmático de las desigualdades sistémicas[1] de la región y del impacto letal que el COVID-19 tuvo sobre esas desigualdades. Aunque la pandemia ha afectado a todo el planeta, los países de LAC fueron especialmente azotados. A pesar de que varios gobiernos de la región adoptaron medidas ambiciosas basadas en un análisis del perfil epidemiológico de la crisis, en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta febrero de 2022, la región concentra el 28% de las muertes totales por COVID-19, teniendo apenas el 8.4% de la población mundial. Más de 1.6 millones de personas habrían fallecido a causa de COVID-19.

Las falencias de los Estados de la región para enfrentar la pandemia no solamente han costado miles de vidas, sino que también han contribuido substancialmente a una mayor persistencia de la pobreza a dos años de iniciada la pandemia. Si bien varios gobiernos de la región hicieron también un uso significativo de recursos públicos de emergencia para enfrentar la crisis en relación con temas sociales, la región ha sido la más afectada en términos de actividad económica y pérdida de empleo. De acuerdo con CEPAL, el número estimado de personas en situación de pobreza en la región el año pasado siguió siendo 14 millones mayor que antes de la pandemia. Esta cifra es mayor a la población entera de Bolivia. Adicionalmente, el número de personas en pobreza extrema aumentó en 16 millones con respecto a 2019.

En consecuencia, el análisis aislado de las medidas sanitarias y de emergencia económica de los Estados es insuficiente para explicar tanto la magnitud de los impactos, como la forma en que distintos grupos de la población dentro de los países se han visto afectados. Para tener un panorama más completo es necesario analizar otros factores claves en la evolución de la pandemia en los países de LAC, tales como las desigualdades socioeconómicas previas, las brechas en los determinantes sociales de la salud, la desfinanciación de los sistemas de salud, la fragmentación de los sistemas de protección social, las políticas fiscales en la región y la corrupción.

En particular, la información documentada en este informe y por diversas instituciones de desarrollo internacionales da cuenta de la magnitud de diferentes dimensiones de la desigualdad estructural en la región: las diferencias de ingresos dentro de los países, la exclusión de grupos históricamente marginados por el colonialismo y el sistema patriarcal, la falta de sistemas de protección social amplios e incluyentes, una infraestructura de salud deficiente en cantidad y calidad, y una política fiscal poco progresiva e insuficiente para poder movilizar recursos para reducir las amplias desigualdades sociales y económicas que padecen millones de personas en la región.

La pandemia ha puesto en evidencia la vulnerabilidad del modelo económico y social de la región y sus implicaciones sobre los derechos humanos. Este informe documenta cómo las personas en la región han sufrido impactos desproporcionados en términos del derecho a la vida, a la salud, a la protección social, a un nivel de vida adecuado y al trabajo, no solo en comparación con países de mayores ingresos sino también con regiones de nivel de ingresos similar o inferior. Estos impactos no se han distribuido de manera equitativa en cada país, y han afectado particularmente a poblaciones en situación de desventaja, exacerbando las desigualdades.

Este informe analiza las crisis descritas, profundizadas por el COVID-19 en América Latina y el Caribe, desde una perspectiva de derechos humanos. La perspectiva de derechos humanos permite entender que muchos de estos problemas estructurales de la

1. Por desigualdades sistémicas se entienden todas aquellas barreras históricas en la dimensión social, económica y política, que tienen como consecuencia una distribución desigual de poder, oportunidades, ingresos, y cualquier otro recurso que incida en el ejercicio de los derechos económicos y sociales. En este caso, la discriminación sistémica tiene su origen en estas desigualdades, aunque no todas las desigualdades constituyen discriminación.

región son también violaciones a los derechos humanos y ofrecer soluciones fundadas en las obligaciones internacionales que los Estados han adquirido en base a los tratados de derechos humanos que han ratificado. El análisis se centra en 17 países que representan la mayoría de la población de la región y la mayoría de los casos reportados durante la pandemia en 2020 y hasta febrero de 20222.Los países analizados en este informe son Estados Parte[3] del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), entre otros tratados relevantes para este análisis. De igual manera, casi todos los países analizados en este informe son partes del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador).[4]

CLAVES PARA ENTENDER EL IMPACTO DESPROPORCIONADO DE COVID-19 EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La metodología utilizada, que combina información cuantitativa y cualitativa y un análisis basado en las obligaciones del derecho internacional de los derechos humanos, permiten demostrar que la violación de derechos humanos, en particular los derechos económicos y sociales, no es solo un problema de recursos inadecuados: es un problema de decisiones de políticas públicas que favorecen o no a ciertos sectores de la población. Partiendo de este análisis, el informe ofrece cinco claves para entender, desde una perspectiva de derechos humanos, por qué no han sido suficientes los esfuerzos de los Estados de la región para enfrentar la pandemia:

CLAVE #1 – LA DESIGUALDAD Y LAS DISCRIMINACIONES SUBYACENTES:

Las desigualdades previas a la pandemia tuvieron como consecuencia que los efectos económicos y de salud fueran desproporcionados y afectaran a los grupos en mayor situación de vulnerabilidad. Ellas son producto de procesos históricos de exclusión y de las decisiones discriminatorias de política pública por parte de los gobiernos que han fallado en reducirlas. Estas brechas son multidimensionales y tienen que ver con factores económicos, de género y étnico-raciales, entre otros. El 20% más rico en la región concentra la mitad de los ingresos totales de los hogares mientras que el más pobre sólo 5%. Además, las mujeres enfrentan muchos retos en materia de inclusión económica y una carga desproporcionada en las tareas de cuidados, que reduce sus oportunidades. Finalmente, los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes tienen menores oportunidades económicas y enfrentan discriminación estructural, por parte de toda la sociedad. Las medidas de emergencia que han tomado los gobiernos no han sido suficientes para cumplir con su deber de erradicar la discriminación y promover activamente la igualdad sustantiva en el disfrute de los derechos humanos, en especial los derechos económicos y sociales.

CLAVE #2- INEQUIDAD EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD5:

Existen factores complementarios a los servicios de salud, que aseguran el disfrute de este derecho de manera integral, como el acceso a agua potable limpia, la alimentación, la vivienda adecuada y las condiciones de trabajo. En materia de alimentación, LAC es la región con mayor prevalencia de obesidad en el mundo, afectando especialmente el derecho a la alimentación de personas en situación de pobreza. Pueblos Indígenas y Afrodescendientes están también entre las poblaciones con mayor inseguridad alimentaria. Por otro lado, existen todavía muchos países de la región donde el acceso a agua potable limpia en comunidades rurales es relativamente bajo. Finalmente, las altas tasas de informalidad laboral en LAC abonan a una mayor precariedad y afectan la seguridad e higiene en el trabajo. Estos factores, consecuencia de años de inversión y desempeño insuficientes en materia de derechos económicos y sociales en la región, contribuyeron a una mayor mortalidad del COVID-19 e impactos más agudos en materia laboral.

CLAVE #3 – MEDIDAS PARCIALES DE PROTECCIÓN SOCIAL:

La ausencia de mecanismos de protección social verdaderamente universales, integrales y sostenibles, ha tenido consecuencias negativas en la región. Aunque los países analizados en la región implementaron 430 medidas de protección social de emergencia, sus efectos para mitigar la pobreza fueron limitados. Con excepción del Perú, el aumento de la cobertura de estos programas en la región estuvo por debajo del promedio global. Ello se explica por tres factores. Primero, la alta vulnerabilidad de los ingresos de los hogares- en 2019, casi el 80% de la población de LAC vivía con ingresos de apenas hasta tres veces la línea de pobreza. Segundo, precariedad laboral- más de la mitad de las personas trabajadoras no contaban con afiliación a la seguridad social. Por último, en muchos países las políticas que son esenciales para garantizar el derecho a la salud o un piso mínimo de protección social están fragmentadas y son excluyentes- el 30% de la población de LAC no cuenta con acceso a la salud pública por falta de aseguramiento.

CLAVE #4 – SISTEMAS DE SALUD CON BAJO FINANCIAMIENTO Y GASTO DEFICIENTE:

Existen problemas estructurales en los sistemas de salud de la región en términos de acceso gratuito y universal, suficiencia de recursos presupuestarios y humanos, y corrupción. Estos factores hacen que los sistemas sanitarios de la región no cumplan con los requisitos de accesibilidad, disponibilidad, calidad y pertinencia cultural que establece el derecho a la salud. Millones de hogares en la región solventan sus gastos de salud con ingresos propios: en promedio, el gasto de bolsillo en los países en LAC representa 35% del gasto total en salud. A excepción de Argentina y Uruguay, los países analizados en el reporte gastan menos del 6% del PIB en salud pública, lo cual es el estándar establecido por la Organización Panamericana de la Salud para alcanzar la cobertura universal de salud, que es el fundamento de un sistema de salud equitativo. A excepción de Argentina, Brasil y Uruguay, la mayoría de los sistemas de salud analizados mostraban en 2019 deficiencias en términos de infraestructura y recursos humanos con respecto a los estándares de la OCDE. La corrupción también está vinculada con injusticias estructurales que frecuentemente terminan afectando a las personas en mayor situación de vulnerabilidad.

Antes de la pandemia, la mayoría de los sistemas de salud analizados mostraban deficiencias en términos de infraestructura y recursos humanos. Aunque casi ningún país del mundo parecía estar preparado para la pandemia, lo cierto es que,

2. Dichos países son: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, y Uruguay (17 países). Estos países concentran el 91% de la población y el 96% del PIB de la región. No se incluye en el análisis general el caso de Venezuela, ya que se tomó la decisión metodológica de no incluir cifras oficiales debido a la falta de confiabilidad y la opacidad de la información. **3.** Cuba es el único Estado de la región de América Latina y el Caribe que no ha ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. No obstante, como firmante del mismo, según el derecho internacional está obligada a abstenerse de cualquier acción que atente contra el objeto o propósito del tratado, según el artículo 18 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, de 1969. **4.** Los países que aún no son Estados parte del Protocolo de San Salvador son Cuba, Chile, República Dominicana y Venezuela. **5.** La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". En este sentido, el análisis se enfoca a aquellos determinantes que incidieron especialmente durante la pandemia del COVID-19

desde casi su inicio, los países analizados reportaban haber llegado a los límites de capacidad de atención de sus servicios públicos de hospitalización y unidades de cuidado intensivo (UCI).[6] Los déficits en este sentido fueron pronunciados para casi todos los países analizados sobre los que se cuenta con información.

CLAVE #5 – POLÍTICA FISCAL INEFECTIVA PARA EL COMBATE DE LA DESIGUALDAD: El derecho internacional contiene una obligación para los Estados de procurar hasta el máximo de los recursos disponibles para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos económicos y sociales. La política fiscal debe permitir entonces que haya recursos suficientes para garantizar el derecho a la salud, para financiar derechos que son determinantes de esta última (agua, alimentación, vivienda), y como mecanismo para reducir la desigualdad. Los países de la región se caracterizan por una baja recaudación tributaria como porcentaje del PIB. En promedio, la región sólo recauda el 18% del PIB en impuestos, frente al promedio de 33% de la OCDE. Además, la política fiscal tiene poco efecto redistributivo, debido a una estructura tributaria basada principalmente en impuestos indirectos.

Las respuestas tributarias a la pandemia muestran que en LAC fueron más recurrentes los alivios tributarios a empresas que a las personas, en comparación con lo sucedido en los países de la OCDE y de la región Asia-Pacífico (salvo para el caso de las reducciones de IVA). Las modificaciones a impuestos directos como el impuesto a la renta personal, mediante los cuales podrían mejorarse la progresividad del sistema tributario, también fueron mucho menos recurrentes en la región. América Latina hizo un menor uso de medidas tributarias igualadoras para mitigar el impacto de la pandemia sobre los grupos más afectados. Por consiguiente, la respuesta fiscal de la región no estaba encaminada y no ha sido adecuada para mitigar el incremento de la desigualdad en muchos países.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este análisis desde la perspectiva de derechos humanos permite concluir que la desigualdad socioeconómica de la región, así como las otras claves estructurales que explican el impacto devastador que el COVID-19 tuvo en la región, no son meramente una consecuencia no deseada de la pandemia, son el resultado concreto de acciones discriminatorias e inequitativas, además de omisiones de los gobiernos durante la pandemia, que no hicieron lo suficiente para proteger a los grupos históricamente marginados de manera efectiva.

No es sorprendente que la región más desigual del mundo ha sido una de las más afectadas por la pandemia, concentrando casi un tercio de las muertes mundiales por COVID-19. Las graves crisis de derechos humanos que atravesaba América Latina y el Caribe crearon tierra fértil para que eventualmente se convirtiera en el epicentro del nuevo coronavirus. El impacto de la pandemia no solo se ha sentido por los números de contagios y víctimas fatales, sino también por las consecuencias inmediatas y futuras con relación al ejercicio de derechos económicos y sociales, sobre todo de grupos históricamente discriminados como los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes, las mujeres y niñas, y las personas migrantes y refugiadas, entre otros. Pero esos impactos son también el resultado de las respuestas equivocadas de los propios gobiernos.

Uno de los hallazgos centrales del presente informe es que los países más desiguales de la región son los que sufrieron los impactos más letales. En general, con excepción de los países de menor extensión geográfica en Centroamérica y el Caribe (cuyo tamaño y aislamiento relativo pudo estar asociado a un menor impacto del virus), los países más desiguales de la región (como Perú, México, Brasil, Chile, Colombia y Paraguay) han tenido cifras muy altas de muertes por COVID-19 por cada millón de habitantes. Estos hallazgos son consistentes si se observa lo sucedido con el indicador de exceso de muertes por cien mil habitantes.

Las estructuras sociales desiguales y sistémicas que permiten y facilitan que ciertas personas sean discriminadas en el acceso a sus derechos y que sostienen la desigualdad económica y social, no son catástrofes naturales: son creadas y sostenidas por decisiones de quienes ocupan posiciones de poder. Los arreglos institucionales que crean y sostienen la desigualdad económica y social, generan a la vez diferencias significativas y relevantes en las oportunidades que esas personas tienen de gozar de sus derechos y en el poder político que tienen para cambiar estas instituciones. Son procesos de largo plazo, que incluyen, pero no se limitan, a las decisiones sobre el uso de los recursos públicos para garantizar derechos. Un motor primordial de las desigualdades en América Latina y el Caribe es el legado del colonialismo, que nace de una herencia de jerarquías y sistemas de conocimiento centrados en Europa que han fomentado la discriminación social.

6. Véase, por ejemplo, para el caso de Perú a Barreto C. y Mejía M. (2020), "Peru's intensive care units at capacity as virus cases surge"; https://apnews.com/article/lima-coronavirus-pandemic-peru-847fb33c1f5c49ca70b66227f0435e2e

Por eso, desde una perspectiva de derechos humanos, el Estado tiene la obligación de cumplir un rol igualador para corregir los resultados desiguales que genera el funcionamiento de los mercados y de estas estructuras sociales profundamente desiguales, en temas centrales que son determinantes para el goce del derecho a la salud y otros derechos humanos. Ejemplo de ello son los mercados laborales segmentados, donde se requiere evitar que la desigualdad en las condiciones laborales implique también una acumulación de desventajas en otras áreas como salud, educación, protección social, acceso a tecnologías digitales, entre otras.

Sin embargo, por diseño, los sistemas de salud, protección social y de provisión de bienes y servicios públicos de la región no solo no corrigen estas desventajas, sino que las profundizan. Esto significa que el nivel de ingresos puede determinar también diferencias considerables en el acceso a bienes y servicios básicos, con lo cual la acción del Estado puede terminar amplificando – en vez de corregir – las desigualdades.

La perspectiva de derechos humanos ofrece también claves para modificar estas estructuras y permitir una recuperación justa, así como para evitar que subsiguientes crisis afecten nuestra región de una manera tan desigual y letal, recayendo desproporcionadamente sobre las mismas personas y colectivos que han sido históricamente marginalizados por estas decisiones estatales, muchas veces influenciadas por los grupos informales de poder.

El mensaje central del informe es que estos graves problemas de desigualdades estructurales de la región deben ser abordados con urgencia para salir de las crisis de derechos humanos ocasionada por el COVID-19 y propone una hora de ruta para evitar que tales crisis se repitan.

En este contexto, el Centro por los Derechos Económicos y Sociales (CESR, por sus siglas en inglés) y Amnistía Internacional consideran que **los Estados de la región deben, como mínimo, cumplir con su deber de garantizar un gasto público en salud suficiente de acuerdo con el estándar de por lo menos un 6% del PIB establecido por la Organización Panamericana de Salud. Para esto deben organizar su política fiscal, tanto de recaudación como de gasto, de una manera progresiva que reduzca significativamente la desigualdad socioeconómica y la discriminación en el acceso al derecho a la protección social, así como a otros derechos humanos que son determinantes sociales de la salud.**

Los países de la región tienen un amplio margen de maniobra para movilizar más recursos para la garantía plena de los derechos. Una primera opción es adoptar impuestos a la riqueza y fortalecer la progresividad del impuesto a la renta. En 2019, el 1% más rico de la región concentraba en promedio el 24,6% de los ingresos, y las estimaciones sobre la concentración de la riqueza son mucho mayores. Una segunda opción es fortalecer la lucha contra la evasión y la elusión. Según estimaciones de la CEPAL, la evasión del impuesto sobre la renta y del impuesto sobre el valor agregado implicó pérdidas de 325.000 millones de dólares, lo que equivalía al 6,1% del PIB de la región en 2018. Una tercera opción es eliminar los gastos fiscales innecesarios. En la mayoría de los países las exenciones fiscales a las empresas representan entre 14 y 24% de la recaudación efectiva, aunque en algunos casos supera el 30%.

Así como el espacio democrático es una condición previa necesaria para el ejercicio de los derechos civiles y políticos, el espacio fiscal es esencial para que los Estados creen las condiciones materiales en las que las personas puedan vivir con dignidad, mediante el pleno goce de sus derechos económicos y sociales[7]. La adopción de medidas para reformar la arquitectura financiera y tributaria a nivel global debería ser un imperativo de derechos humanos por parte de la comunidad internacional; pero los Estados latinoamericanos deben también avanzar de forma decidida en reformas domésticas para movilizar el máximo de los recursos disponibles para la garantía de los derechos humanos.

Asimismo, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los países de ingresos bajos y medios necesitarán también de ayuda y cooperación internacional para gestionar plenamente el impacto de COVID-19 en sus poblaciones. [8] Según las obligaciones asumidas por los Estados parte del PIDESC más allá de sus fronteras (obligaciones extraterritoriales), la asistencia y cooperación internacionales son obligaciones de derechos humanos para aquellos países que estén en condiciones de hacerlo. [9]

En este sentido, las organizaciones proponen cinco recomendaciones para que los Estados de América Latina y el Caribe afronten de manera urgente y decidida las desigualdades estructurales como un imperativo prioritario de derechos humanos. Estas claves pueden utilizarse como una hoja de ruta para una recuperación justa.

- **Implementar políticas fiscales, sociales y laborales para reducir la desigualdad de ingresos y la discriminación, y lograr una igualdad sustantiva.**[10] Esto implica también, que las políticas de emergencia que persisten en materia de la política de salud y de protección social deberán de tener como prioridad a las personas consideradas en riesgo, generando mecanismos efectivos de focalización que atiendan las problemáticas específicas de cada grupo cuando sea necesario.

- **Abordar las causas raíz de las desigualdades en los determinantes sociales de la salud, incluyendo su génesis colonial y racista,** conforme al principio de no-discriminación. Los Estados deben de adoptar políticas complementarias en materia de seguridad alimentaria para grupos vulneradas- especialmente los más afectados por el COVID- provisión de agua potable accesible en comunidades rurales donde existan brecha de cobertura, y medidas que permitan una vivienda digna.

- **Corregir la fragmentación de los sistemas de protección social de la región, avanzando hacia políticas universales sensibles a las diferencias que apunten a la garantía de los derechos sociales.** La protección social debe tener en cuenta las inequidades de género, incluyendo la pesada y desigual carga de trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres.

- **Incrementar el financiamiento de los sistemas de salud pública, para promover el disfrute del más alto nivel de salud en condiciones de igualdad.** A la vez, combatir la corrupción y la baja calidad del gasto público en este rubro que ocasiona pérdidas considerables de recursos a los sistemas de salud.

- **Implementar políticas fiscales redistributivas,** entendiendo por éstas, tanto las políticas de impuestos como las de gasto público, que le permitan a los Estados movilizar recursos suficientes para hacer frente a estas prioridades.

7. CESR. (2021). Freeing Fiscal Space: A Human Rights Imperative in Response to COVID-19. Stiftung Entwicklung und Frieden. Germany Disponible: https://www.cesr.org/sites/default/files/2021/Freeing_Fiscal_Space.pdf. **8.** OMS (2020). Atendiendo los Derechos Humanos como Clave para la Respuesta del COVID-19. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: Addressing Human Rights as Key to the COVID-19 Response (who.int) (original en inglés). **9.**Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general Nº 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12) (E/C.12/2000/4), pár. 38 y 45. **10.** Este objetivo es consecuente con las obligaciones adquiridas por los Estados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030, en el marco de Naciones Unidas De acuerdo con el Objetivo 10, los Estados deben "Reducir las desigualdades y garantizar que nadie se queda atrás forma parte integral de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La desigualdad dentro de los países y entre estos es un continuo motivo de preocupación. A pesar de la existencia de algunos indicios positivos hacia la reducción de la desigualdad en algunas dimensiones, como la reducción de la desigualdad de ingresos en algunos países y el estatus comercial preferente que beneficia a los países de bajos ingresos, la desigualdad aún continúa.".

METODOLOGÍA

Las conclusiones y las recomendaciones de este informe están basadas en un análisis de las obligaciones que los Estados de la región han adquirido al ratificar ciertos tratados de derecho internacional de los derechos humanos. De estos tratados emanan una serie de obligaciones internacionales vinculantes que deben guiar las acciones de los Estados.

En particular, este informe hace un análisis del cumplimiento de los Estados de la región del deber de no discriminación en torno al derecho a la salud y al derecho a la seguridad social en su respuesta a la pandemia de Covid-19, visto a la luz de la obligación transversal de invertir el máximo de los recursos disponibles en la realización progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales. En este sentido, el informe analiza la desigualdad socioeconómica de la región como resultado concreto de acciones gubernamentales que han fallado en cumplir con el deber de no discriminación, además de las omisiones de los gobiernos de promover la igualdad sustantiva de los grupos históricamente marginados.

Los países analizados en este informe son Estados Partes[11] del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), entre otros tratados relevantes para este análisis, lo que supone que "se compromete[n] a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga[n]"[12] y que tales medidas deben ser "deliberadas, concretas y orientadas lo más claramente posible hacia la satisfacción de las obligaciones reconocidas en el Pacto".[13] De igual manera, casi todos los países analizados en este informe[14] son partes del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador).[15]

En línea con una metodología desarrollada para analizar los factores estructurales que obstaculizan la garantía de los derechos económicos y sociales (la metodología "OPERA") , el informe utiliza información sobre el contexto, los resultados, los esfuerzos de política y los recursos movilizados por los Estados, para evaluar el cumplimiento de sus obligaciones en la materia.[16] Además, ofrece recomendaciones, basadas en el marco del derecho internacional de los derechos humanos, sobre cómo asegurar una recuperación justa.

Asimismo, los compromisos diseñados y asumidos por los Estados en materia de desarrollo sostenible son relevantes como guías de política pública. Por ejemplo, en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, acuerdo de los Estados partes de las Naciones Unidas,[17] los países se han propuesto una serie de objetivos en temas de igualdad y salud, que tienen una relación directa con el marco del derecho internacional de los derechos humanos y lo complementan.[18] Estos Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen el objetivo 1 en torno a poner en práctica sistemas de protección social, el objetivo 3 en torno al acceso a la salud universal, y el objetivo 10 en torno a la reducción de la desigualdad, entre otros objetivos relevantes.

Para establecer relaciones entre las fallas de las políticas públicas y las violaciones de los derechos económicos y sociales antes y durante la pandemia de Covid-19, es preciso analizar tanto los resultados como la conducta del Estado. En este sentido, la metodología desarrollada en este informe incluye tanto análisis cualitativo como cuantitativo. Dado que los tratados de derechos económicos, sociales y culturales reconocen la relevancia de los recursos para hacer efectivos estos derechos, el informe analiza también el esfuerzo fiscal de los Estados para invertir en políticas sociales apropiadas. Sin embargo, en importante remarcar que la violación de derechos económicos y sociales no es solo un problema de recursos inadecuados: es un problema de decisiones de políticas públicas que favorecen o no a ciertos sectores de la población. Estos sesgos se reflejan casi siempre en la política fiscal.

En primer lugar, el informe realiza un análisis cuantitativo de varias variables. Por un lado, los decesos y contagios que tuvieron 17 países que representan la mayoría de la población de la región[19] y la mayoría de los casos reportados, durante la pandemia en 2020 y hasta diciembre de 2021.[20] Por razones metodológicas, se usó el indicador de "exceso de mortalidad"[21] y de forma complementaria se incluyó también, en algunos casos, las correlaciones con indicadores como el número de muertes registradas ajustado al tamaño de la población.

Asimismo, se identificaron bases de datos disponibles, para realizar análisis estadísticos sobre las dimensiones de las desigualdades preexistentes y de las incapacidades estructurales de los Estados para garantizar de forma equitativa el derecho a la salud, así como otros derechos que son considerados determinantes sociales de la salud. El equipo de investigación seleccionó indicadores claves de aspectos particularmente sensibles afectados en el contexto de la pandemia, en materia de derechos sociales: tales como, trabajo decente, alimentación, acceso al agua y acceso a una vivienda digna. La literatura secundaria, y en particular algunas estadísticas publicadas por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) se usaron extensivamente para ilustrar los hallazgos. Los gráficos y tablas que se presentan en el informe provienen de bases de datos de cifras oficiales, muchas veces recopiladas por organismos internacionales. Donde faltan países en ciertas tablas o gráficos, significa que dichos países no contaban con datos en el tema analizado y por ende no era posible incluirlos en una comparación con otros países que sí contaban con datos actualizados.

11. Cuba es el único Estado de la región de América Latina y el Caribe que no ha ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. No obstante, como firmante del mismo, según el derecho internacional está obligada a abstenerse de cualquier acción que atente contra el objeto o propósito del tratado, según el artículo 18 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, de 1969.**12.** Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2.1 (adoptado en 1966, en vigor desde 1976). Disponible en: https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights **13.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) de la ONU, Observación general 3, párr. 2, diciembre de 1990, E/1991/23. Disponible en: https://www.escr-net.org/es/recursos/observacion-general-no-3-indole-obligaciones-estados-partes **14.** Los países que aún no son Estados parte del Protocolo de San Salvador son Cuba, Chile, República Dominicana y Venezuela. **15.** Véase el texto completo del Protocolo de San Salvador, adoptado en El Salvador, 1988, con entrada en vigor en 1999. Disponible en: https://www.cidh.oas.org/basicos/basicos4.htm. El artículo 10 del Protocolo consagra el derecho a la salud, dándole un tratamiento más detallado que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. **16.** Center for Economic and Social Rights (CESR), 2012. (Original solo en inglés) The OPERA framework: Assessing compliance with the obligation to fulfill economic, social and cultural rights. Disponible en: https://www.cesr.org/sites/default/files/the.opera_. framework.pdf. **17.** Naciones Unidas, Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development, disponible en: https://sdgs.un.org/2030agenda. **18.** El derecho a la salud está intimamente vinculado con el desarrollo de los países de la región, y por su parte, los derechos humanos ofrecen una perspectiva importante a los procesos y resultados del desarrollo. Según el Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, "El enfoque basado en los derechos humanos requiere principios de derechos humanos, que son: universalidad, indivisibilidad [conexión entre los derechos], igualdad y no discriminación, participación, rendición de cuentas." https://unsdg.un.org/es/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach.**19.** Dichos países son: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, y Uruguay (17 países). Estos países concentran el 91% de la población y el 96% del PIB de la región. No se incluye en el análisis general el caso de Venezuela, ya que se tomó la decisión metodológica de no incluir cifras oficiales debido a la falta de confiabilidad y la opacidad de la información. **20.** Hay varias maneras de medir el impacto de la pandemia; cada una enfrenta un reto particular de precisión debido a las diferencias entre los gobiernos para recopilar datos. Las mediciones comunes se han basado en tasas de casos, muertes y letalidad. No obstante, el subregistro de casos y uso de pruebas indica que estas mediciones deben tomarse con extrema cautela, pues están sujetas a múltiples errores y sesgos de medición que ponen en cuestión la veracidad de las cifras reportadas y limitan la comparabilidad. De hecho, la comunidad científica ha reconocido los problemas de subregistro generalizado de las muertes por Covid-19 en el mundo (particularmente en países de ingresos bajos y medios), por lo que se considera un mejor estimador del impacto del Covid-19, en términos de vidas humanas, al indicador denominado "exceso de mortalidad. **21.** El exceso de mortalidad se determina comparando las muertes en un año concreto con las que se habrían esperado en función de los datos de años anteriores. Esta medición será usada como base para los cálculos hecho en la última sección de este informe.

En base a esta información disponible, se llevó a cabo un análisis estadístico básico que cruza ciertas variables importantes que demuestran el nivel de disfrute de varios derechos, con variables sobre Covid-19 en términos de contagios y muertes. La relación entre estas variables se analizó a través de correlaciones y regresiones lineales simples[22] para determinar si existen relaciones relevantes entre dichas variables. Estas regresiones, aunque lejos de explicar la causa de los resultados en salud en la región, sugieren correlaciones significativas entre muchas de las variables. Para una explicación más pormenorizada de las regresiones simples y la econometría en general, puede consultarse el Anexo 1 de este informe.

Ese análisis cuantitativo se contrasta con un análisis cualitativo de las medidas de políticas públicas que los Estados han tomado para mitigar el impacto de la pandemia, de los recursos movilizados y de los efectos que políticas y asignación de recursos han tenido, tomando en cuenta el contexto histórico de la región.

Todo este análisis se contrasta con las obligaciones de los Estados a partir del marco normativo del derecho internacional de los derechos humanos (DIDH), para concluir cuales son las cinco claves que explican el impacto tan desigual y letal de la pandemia en Latinoamérica y el Caribe. y cómo asegurar que no vuelva a ser tan vulnerable a futuras crisis.

LA NATURALEZA DE LAS OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES:

Según el derecho internacional, los Estados tienen obligaciones jurídicamente vinculantes, algunas inmediatas y algunas progresivas, en relación con estos derechos. Los derechos económicos, sociales y culturales no son meras aspiraciones, ni objetivos discrecionales que puedan sacrificarse durante una crisis, como la desarrollada a consecuencia de la pandemia de Covid-19. No obstante, la no satisfacción de algunas dimensiones de los derechos económicos, sociales y culturales no implica por sí sola una violación de las obligaciones de los Estados. Para demostrar que se ha producido una violación, se necesitan pruebas de que el Estado no ha tomado medidas, que estas han sido inadecuadas, o que haya impedido o no haya cooperado con otros Estados para adoptar las medidas a su alcance para la realización efectiva de un derecho.

La falta de voluntad, la negligencia o la discriminación por parte del Estado puede traducirse en violaciones a las obligaciones de respetar, proteger o realizar los derechos. Por ejemplo:

- **Incumplimiento discriminatorio.** La no discriminación es una obligación inmediata que afecta de manera transversal a todas las obligaciones de respetar, proteger y realizar los derechos. La adopción de leyes, políticas y prácticas que contravienen el principio de no discriminación, o la omisión en adoptar medidas para hacer frente a una discriminación, constituyen una violación de los derechos humanos. Esta discriminación incluye cualquier trato diferenciado con un efecto discriminatorio en base a ciertas características como raza, género, discapacidad, o estatus migratorio o económico, lo cual incluye no solo la discriminación formal sino también la discriminación sustantiva de facto.[23] La discriminación puede ser directa, en el sentido de acciones que activamente excluyen a ciertos grupos, o indirecta, cuando las políticas o las leyes son en "apariencia neutras pero (…) tienen un impacto desproporcionado en los derechos" de grupos afectados por los motivos prohibidos de discriminación.[24] En este sentido, la marcada desigualdad en muchos países puede considerarse una manifestación de discriminación tanto directa como indirecta, en el sentido de que los gobiernos no han hecho lo suficiente para revertir las enormes brechas de facto en el acceso a ciertos servicios básicos y poner en práctica programas que promuevan la igualdad sustantiva de las mujeres y de otros colectivos en desventaja en la economía y sociedad actual.

- **No conceder prioridad a la obligación de asegurar la satisfacción de por lo menos niveles mínimos esenciales de los derechos** contenidos en los tratados antes citados, especialmente con respecto a las personas más desfavorecidas (por ejemplo, garantizar educación primaria a todas las niñas y niños bajo su jurisdicción). En los casos en que los Estados alegan que la limitación de recursos les impide cumplir con sus obligaciones mínimas, deben demostrar que han hecho todos los esfuerzos posibles por utilizar los recursos disponibles con el fin de cumplir, con carácter prioritario, dichas obligaciones.[25]

- **Adopción de medidas deliberadamente regresivas,**[26] entre ellas: supresión o reducción injustificada de los derechos ya otorgados; desinversión a gran escala en servicios sociales; reasignación de los recursos a ámbitos diferentes en perjuicio de los derechos económicos, sociales y culturales, por ejemplo, gasto militar injustificado excesivo.

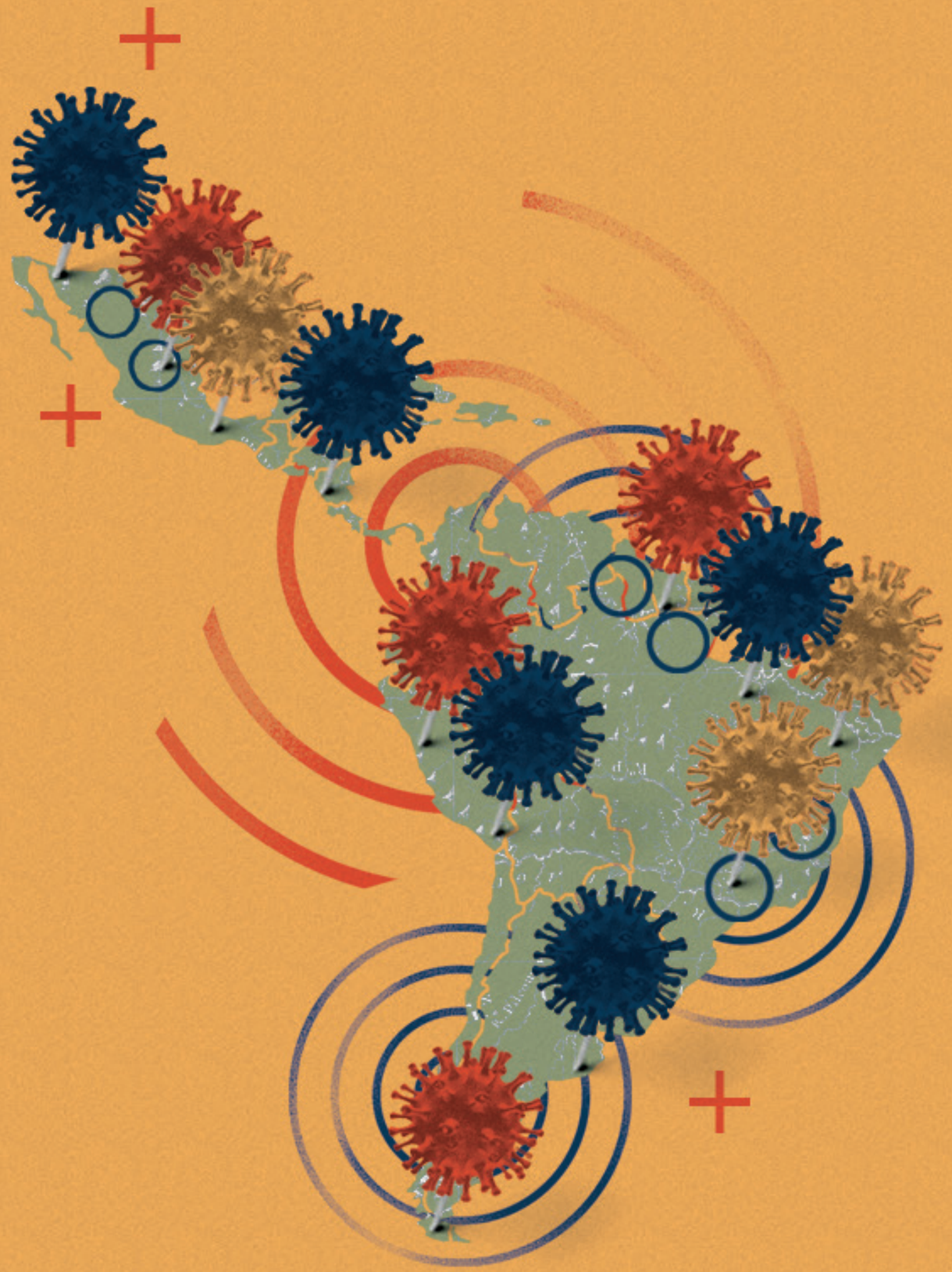
- **No utilización del máximo de los recursos disponibles** en la adopción de medidas para garantizar el derecho, que incluye un análisis detallado de los recursos fiscales disponibles en términos de su generación, disponibilidad, asignación, movilización, distribución y asignación por parte del Estado. Los Estados pueden conculcar los derechos al no adoptar las medidas necesarias de acuerdo con sus obligaciones.[27] Las limitaciones de recursos de ningún modo eliminan la obligación de avanzar de la forma más expedita posible en la garantía de los derechos, dadas las circunstancias existentes, otorgando prioridad a las poblaciones más desfavorecidas.[28]

Sobre el derecho a la salud en particular, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) establece los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad como los puntos clave del derecho. De esta manera, los Estados podrían estar incumpliendo con sus obligaciones si fallan en garantizar que los servicios no sólo estén disponibles para la población, sino que no existan obstáculos para que las personas accedan a ellos, siendo al mismo tiempo sensibles a los diferentes contextos culturales y preservando una atención de alta calidad.[29]

Esta condición es, sin embargo, necesaria mas no suficiente, ya que se necesita asegurar acceso equitativo a los determinantes sociales subyacentes de la salud, que abarcan todos los ámbitos de la vida.[30]

De igual manera es importante enfatizar que los Estados no solamente tienen la obligación de implementar medidas acordes con las pautas detalladas y asegurando el principio de no-discriminación, sino también de llevar a cabo estas medidas con un enfoque de participación, transparencia y rendición de cuentas.[31] Estas consideraciones procesales son fundamentales para asegurar que las medidas implementadas tengan el beneficio esperado para las poblaciones más afectadas y cumplan con la obligación de proteger los derechos humanos.

22. Véase el Anexo Estadístico para mayor detalle. **23.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General. No. 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (E/C.12/GC/20) párr. 8. **24.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, E/C.12/GC/20, OBSERVACIÓN GENERAL Nº 20, párr 10. **25.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general Nº 3, La índole de las obligaciones de los Estados Parte (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto). (UN. Doc. 14/12/90), párr. 10. **26.** Ibid, párr 9. **27.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general Nº 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12) (E/C.12/2000/4), pár. 49. **28.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general Nº 3, La índole de las obligaciones de los Estados Parte (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto). (UN. Doc. 14/12/90), párr. 11 y 12. **29**. Observación general Nº 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4. **30.** Ibid, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación 14, párr 16. Véase también el informe base de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud: Subsanar las desigualdades en una generación: Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008, disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084. Además de este enfoque de la OMS sobre determinantes sociales de la salud, existe otro enfoque (alternativo a la epidemiología clásica) de la medicina social y salud colectiva latinoamericana denominado "Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad (DSPSE)", enfoque que, amerita señalar, ha sido hasta la fecha bastante invisibilizado en la agenda global dominante en pro de la equidad en salud. Véase, para mayor detalle, a Morales-Borrero C. et al (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev. salud pública. 15 (6): 797-808, 2013. **31.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, La Promesa de no dejar a nadie atrás: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, E/C.12/2019/1, 5 de abril de 2019, Párr 13.



PANORAMA GENERAL DEL
COVID-19 EN AMÉRICA LATINA

EFECTOS DE LA PANDEMIA AFECTAN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

PANORAMA GENERAL DEL COVID-19 EN AMÉRICA LATINA - **EFECTOS DE LA PANDEMIA AFECTAN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS Y SOCIALES**

60%
de los niños y niñas
PERDIERON UN AÑO ESCOLAR ENTERO en el mundo están en América Latina y el Caribe.

La pandemia del COVID-19 ha sido devastadora para el derecho a la vida, a la salud y a una vida digna de millones de personas en América Latina y el Caribe (LAC). Aunque la pandemia ha afectado a todo el planeta, los países de LAC fueron especialmente azotados. Hasta febrero de 2022, 1.6 millones de personas en América Latina y el Caribe han muerto a causa de la pandemia, casi un tercio de las muertes a nivel global- a pesar de que la región vive sólo el 8.4% de la población mundial. A pesar de que varios de los países de LAC adoptaron medidas orientadas por las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de sus personas expertas en epidemiología, no han sido suficientes para frenar un avance agresivo de la pandemia en la región. Hasta mediados de febrero de 2022, la tasa de mortalidad de la región es la más alta después de Norteamérica y tiene el índice de letalidad más alto **(ver A1 Anexo Estadístico),**

Adicionalmente, la pandemia ha tenido también impactos devastadores sobre otros derechos económicos y sociales. Esto se debe a que fue la región del mundo que sufrió tanto la peor contracción económica, como la caída más drástica del empleo en 2020 **(Ver A2 en Anexo Estadístico).** A pesar de la incipiente recuperación económica en 2021, el crecimiento económico no ha sido incluyente ni suficiente para que millones de hogares puedan recuperar sus niveles de vida previos a la pandemia, especialmente las personas más pobres y con mayores barreras sociales y económicas, por lo que desigualdad podría crecer.

De acuerdo con estimaciones recientes de CEPAL, en 2020 el número de personas en pobreza y pobreza extrema con respecto a 2019 se incrementó en 17 y 11 millones, respectivamente. Aunque la pobreza disminuyó moderadamente en 2021 en comparación con 2020 debido a la recuperación económica y laboral, los niveles de pobreza siguen siendo mayores a lo observado antes de la pandemia. En contraste, se observa un alarmante incremento de la pobreza extrema con respecto a 2020. El número estimado de personas en situación de pobreza en la región el año pasado siguió siendo 14 millones mayor que antes de la pandemia. Adicionalmente, el número de personas en pobreza extrema aumentó en 16 millones con respecto a 2019[32].

La CEPAL estima que, a raíz de la pandemia, alrededor de 59 millones de personas pertenecientes a los estratos medios (una cifra mayor a la población de Colombia) estaría experimentando un proceso de movilidad social descendente, de las cuales 25 millones habrían pasado a los estratos bajos y 3 millones habrían caído por debajo de la línea de pobreza.[33]

La persistencia de la pobreza se explica por la crisis en el mercado laboral desencadenada por la pandemia. De acuerdo con Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 2020 salieron del mercado de trabajo 30 millones de personas en la región. Las fuentes de ingresos de los estratos más pobres fueron sensiblemente afectadas, lo que incrementó la desigualdad económica en la mayoría de los países. De igual manera, la brecha de género en la participación del mercado laboral podría incrementarse, ya que se estima que en 2021 la tasa de participación de las mujeres apenas regresaría a niveles similares a 2016: una de cada dos mujeres no participó en el mercado laboral. El desempleo femenino alcanzó el 11.8% en 2021, mientras que el masculino fue menor, 8.1%[34].

En materia de educación, casi el 60% de los niños y niñas que perdieron un año escolar entero en el mundo están en América Latina y el Caribe. [35] En promedio, entre marzo de 2020 y diciembre de 2021, la región tuvo cierres de escuelas por un período de 158 días, muy por encima de la media mundial que fue de 95 días.[36] Incluso en los países donde se implementó la educación remota, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha documentado evidencia de que la brecha digital afecta el aprendizaje de largo plazo de niños y niñas[37]. Además, la salud mental de aproximadamente el 60% de niñas y adolescentes de América Latina fue afectada por un contexto adverso y de aislamiento derivado del aprendizaje virtual[38].

En relación con el derecho a la alimentación, decenas de millones de personas en la región no pudieron tener un acceso suficiente de alimentos en la región. Desde el inicio de la pandemia, 44 millones de personas entraron en situación de inseguridad alimentaria, de las cuales 21 millones pasaron a sufrir inseguridad alimentaria grave. Esto quiere decir que la población en inseguridad alimentaria moderada o grave en América Latina y el Caribe ascendió al 40.4% de la población en 2020, lo cual representa un aumento de 6.5 puntos porcentuales frente al año anterior.[39] El aumento en la prevalencia de la inseguridad alimentaria en América Latina fue mayor que en otras regiones del mundo.[40]

En estas condiciones, los países de LAC tendrán dificultad de cumplir para 2030 las Metas de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas.[41] Por primera vez desde el 2015, el Índice de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)[42] calculado por la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible sufrió un retroceso a escala global en 2020, pero dicho retroceso fue mayor en el caso de América Latina y el Caribe, siendo particularmente agudos los retrocesos en los casos de Brasil y Venezuela.[43] Solo un tercio de las metas vinculadas a los ODS en la región se encuentran en una trayectoria de avance adecuada.[44]

La magnitud de la crisis requiere un enfoque en las políticas públicas con un enfoque de recuperación transformadora que priorice el cumplimiento de las obligaciones en derechos humanos como piedra angular de la Agenda 2030.[45]

32. CEPAL (2022). Panorama Social de América Latina 2021. Enero de 2022. Naciones Unidas. Santiago de Chile. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/1/S2100655_es.pdf. **33.** CEPAL, Panorama Social de América Latina, 2020 (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago, 2021, pp. 75-76. **34.** Ibid . **35.** UNICEF 3 de cada 5 niños que pedieron un año escolar en el mundo durante la pandemia, viven en América Latina y el Caribe 02 marzo 2021 https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/3-de-cada-5-ninos-y-ninas-que-perdieron-un-a%C3%B1o-escolar-en-el-mundo-durante-la-pandemia-viven-en-america-latina-y-el-caribe. **36.** Ibíd. **37.** UNICEF, 2020. Unequal access to remote schooling amid COVID-19 threatens to deepen global learning crisis https://www.unicef.org/press-releases/unequal-access-remote-schooling-amid-COVID-19-threatens-deepen-global-learning. **38.** UNICEF, 2021. Impacto del COVID-19 en las niñas de América Latina y el Caribe. https://www.unicef.org/lac/impacto-del-COVID-19-en-las-ninas-de-america-latina-y-el-caribe. **39.** M. Torero, presentación efectuada en la Tercera Reunión Hemisférica de Ministros/as y Secretarios/as de Agricultura de las Américas,Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 15 de abril de 2021, citado en CEPAL., 2021. La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad. Informe Especial COVID-19, p. 21. **40.** United Nations, 2021. The Sustainable Development Goals Report, p. 28. **41.** Ibíd., p. 99. **42.** Los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) son un conjunto de objetivos globales establecidos por la Organización de las Naciones Unidas para alcanzarse en 2030. Incluyen erradicar la pobreza extrma, reducir la desigualdad y proteger el planeta. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/. **43.** Jeffrey D. Sachs, Christian Kroll, Guillaume Lafortune, Grayson Fuller, and Finn Woelm. Sustainable Development Report: 2021. The Decade of Action for the Sustainable Development Goals. Cambridge University Press. DOI 10.1017/9781108, p. 14. **44.** CEPAL, Construir un futuro mejor: acciones para fortalecer la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (LC/FDS.4/3/Rev.1), Santiago, 2021, p. 93. **45.** Kate Donald, "A rights-based economy: In critical times, a roadmap for action" En: Global Civil Society Report on the 2030 Agenda and the SDGs. Spotlight on Sustainable Development 2021: Demanding justice beyond rhetoric, pp. 81-84.

PANORAMA GENERAL DEL
COVID-19 EN AMÉRICA LATINA

POLÍTICAS PARA MITIGAR EFECTOS DE LA PANDEMIA

INSUFICIENTES Y SIN ATENCIÓN A FACTORES ESTRUCTURALES

A

lineamientos y acciones para que los países las pudieran retomar y adaptar a sus contextos locales, y así contener el avance de los contagios. Para detener la cadena de contagios, se recomendó la adopción de herramientas de diagnóstico a través de la aplicación de pruebas, la identificación de contactos, el distanciamiento social, el uso de cuarentenas y la revisión de protocolos de viajes.[46] En todo momento, la OMS hizo hincapié en que cualquier medida restrictiva de salud pública tenía que contemplar sus efectos sociales.

Hacia finales del mes de abril de 2020, la mayoría de los gobiernos de la región implementaron varias de estas medidas, particularmente el distanciamiento social, las cuarentenas y controles fronterizos, entre otros[47]. Estas medidas fueron especialmente importantes en la fase previa a la vacunación masiva. Su eficacia tuvo una fuerte conexión con los factores sociales subyacentes y la capacidad institucional de los Estados para implementarlas. La pandemia ha puesto en evidencia la necesidad de una respuesta integral en la que las medidas en el ámbito epidemiológico se complementen con otros ámbitos relacionados a los derechos económicos y sociales.

En este sentido, y desde un enfoque de derechos humanos, el Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de las Naciones Unidas (Comité DESC)[48] y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)[49] publicaron directrices basadas en estándares internacionales de derechos humanos para guiar el tipo de medidas que los países debían implementar para enfrentar la emergencia sanitaria.

Algunas de estas medidas sugeridas eran programas específicos para proteger los empleos, salarios y prestaciones de todas las personas trabajadoras; moratorias para los desalojos o las ejecuciones hipotecarias durante la pandemia; programas de protección social para garantizar la seguridad alimentaria y económica; medidas específicas para proteger la vida de grupos minoritarios vulnerados; respuestas de prevención y atención contra la violencia de género, entre otras.

Un componente esencial y complementario a las medidas epidemiológicas de las respuestas adoptadas por los países ha sido las medidas de protección social. Según el Comité DESC, la protección social consiste en "un conjunto de garantías básicas de seguridad social que aseguren el acceso universal a unos servicios esenciales de atención de la salud y una seguridad básica de los ingresos."[50] La protección social puede incluir una variedad de medidas, incluyendo las transferencias monetarias o en especie, pero también pueden incluir acceso a servicios, medidas laborales, seguros y pensiones.

Un análisis con información preliminar del Banco Mundial, en América Latina y el Caribe, muestra que todos los países estudiados, con excepción de Cuba, hicieron uso de transferencias monetarias en efectivo como medida principal de mitigación en el contexto de la crisis económica causada por la pandemia. Como muestra la Tabla 2, el énfasis de la mayoría de los países fue en apoyos monetarios o en especie de emergencia por sobre otras medidas de seguridad social o de regulación del mercado laboral. En ningún país con brechas de cobertura de salud universal

TABLA 1.

Medidas de protección social COVID-19 establecidas

(Act. 11 dic. 2020)

		01 ARG	02 BOL	03 BRA	04 CHI	05 COL	06 CRI	07 CUB	08 DOM	09 ECU	10 SLV	11 GTM	12 HND	13 MEX	14 NIC	15 PRY	16 PER	17 URY	TOTAL
ASISTENCIA SOCIAL	Transferencias en efectivo*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	16
	Obra Pública													●					1
	En Especie (en especie/alimentación en escuelas)	●	●	●	●	●	●		●	●	●		●		●	●		●	14
	Servicios Públicos y apoyo financiero	●	●	●	●	●					●			●			●	●	10
SEGURIDAD SOCIAL	Baja remuneración de desempleo	●	●	●	●	●	●		●		●			●			●	●	11
	Seguro médico																		0
	Pensiones y prestaciones por incapacidad	●		●	●		●			●							●		6
	Contribuciones a la seguridad social (subsidio)	●		●		●	●							●					5
MERCADO DE TRABAJO	Subsidios Salariales	●	●	●				●	●			●						●	8
	Activación (capacitación)																		0
	Ajuste a las regulaciones		●	●	●		●							●					5
	Subsidios a las jornadas reducidas de trabajo			●	●														2
	No. de programas de protección social por país	7	6	9	7	5	6	1	4	3	4	2	2	6	1	2	4	5	78

Fuente | elaboración propia con base en el Banco Mundial 2020, "Base de datos mundial sobre protección social y respuestas laborales a COVID-19". Información preliminar. Información consultada el 16 de febrero de 2021.

46. Véase, por ejemplo, World Health Organization, "Overview of Public Health and Social Measures in the Context of COVID-19" , 18 de mayo de 2020, disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-COVID-19. **47.** Sobre estas restricciones y sus consecuencias, véase el informe Cuando la protección se vuelve represión (2021) https://www.amnesty.org/es/documents/amr01/2991/2020/es/. **48.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Declaración sobre la pandemia de enfermedad por COVID-19 y los derechos económicos, sociales y culturales. E/C.12/2020/1. 17 de abril de 2020. **49.**Comisión Interamericana de Derechos Humanos Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, Resolución 1/2020, disponible en: https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf. **50.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Niveles mínimos de protección social: un elemento esencial del derecho a la seguridad social y de los objetivos de desarrollo sostenible E/C.12/2015/1. Párr 7. El concepto está tomado de la Recomendación Nro. 202 de la OIT sobre pisos de protección social.

se habilitó algún seguro médico de emergencia para la cobertura de la población no afiliada[51], ni tampoco medidas de capacitación para los contingentes de población en la economía informal que entraron en la inactividad debido a la pandemia, y que podrían haberse beneficiado de medidas de reentrenamiento laboral (virtual) para facilitar su ingreso al mercado laboral formal.[52]

La gran mayoría de países adoptaron medidas para proveer alguna forma de apoyo de emergencia para el amplio sector de personas con escasos recursos o empleos informales que fueron afectados por la pandemia. Muchas de estas medidas siguieron las directrices del Comité DESC y la CIDH mencionadas anteriormente.

Aunque muchos países implementaron mecanismos y programas nuevos, en algunos casos, como en México, se utilizaron los programas sociales existentes y no se creó ni ningún programa nuevo o de emergencia a nivel nacional.[53] En Brasil, a pesar de que las medidas de apoyo llegaron a 68 millones de personas y redujeron los niveles de pobreza en 2020, su implementación ha estado plagada de las incoherencias, discontinuidades y montos insuficientes, orillando a las familias a niveles de empobrecimiento cada vez mayores[54]. Solo 45,6 millones de personas están siendo atendidas con importes que oscilan entre los 150, 250 y 375 reales. Con base en esta nueva ayuda, una investigación de la Universidad de São Paulo (USP) estima que 6,1 millones de personas se encontrarían en situación de pobreza en Brasil en 2021 en comparación con el año anterior.[55]

A lo largo de la región, la eficacia en la entrega de los apoyos sufrió de demoras para llegar a las personas. Los retrasos fueron causados por una variedad de factores como la falta de acciones inmediatas y contundentes al inicio de la pandemia, la rigidez fiscal en muchos países, y problemas operativos.[56] Según la CEPAL, hubo una "larga espera para muchos hogares vulnerables". Debido a la precariedad laboral y social de muchos hogares, millones de personas no pudieron cubrir sus necesidades básicas, viéndose obligadas a continuar con sus actividades económicas, con consecuencias en muchas ocasiones fatales. En cualquier caso, se estima que, hacia mediados de junio de 2020, varios gobiernos habían logrado entregar al menos una parte de sus programas de emergencia a la mayoría de los destinatarios previstos.[57]

Aunque se invirtieron cuantiosos recursos en las medidas de protección social de emergencia adoptadas, la respuesta de la mayoría de los gobiernos ha sido claramente insuficiente. La pandemia ha mostrado las debilidades estructurales en los sistemas de salud y protección social de la región, así como la insuficiencia de recursos fiscales[58]. Estos factores también han contribuido a que América Latina y el Caribe sea la región más desigual del mundo[59]. Es por ello que las políticas públicas deben tomar en consideración cinco aspectos clave para una recuperación incluyente: 1) la persistencia de arraigadas discriminaciones y la desigualdad socioeconómica; 2) las brechas en los determinantes sociales de la salud, 3) la fragmentación de los sistemas de protección social; 4) los problemas de inversión y gasto deficiente de los sistemas de salud, y 5) la debilidad fiscal de los Estados.

EN BRASIL...

68
MILLONES
de personas
se beneficiaron de la ayuda de emergencia

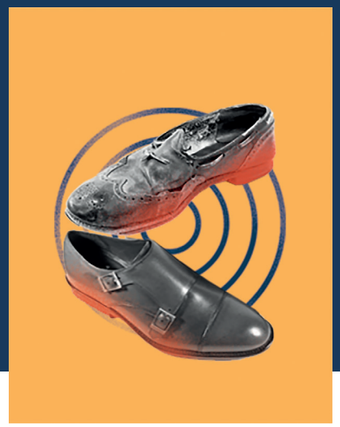
6.1
MILLONES
de personas
estarán en situación de pobreza en 2021

51. Existe una alta heterogeneidad en los modelos de salud de la región. De acuerdo con CEPAL, existen países con una cobertura amplia y brechas modestas como Chile, Argentina, Brasil, Costa Rica, etc. Mientras que otros países como México, Perú, Colombia o Ecuador tienen brechas de cobertura moderada o países como Bolivia, El Salvador o Nicaragua con brechas severas, derivado del esquema de protección social y el gasto per cápita en materia de salud. Para más información ver Cecchini, Filgueira y Robles (2014), Sistema de Protección social en América Latina y el Caribe, CEPAL, disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36831/1/S2014250_es.pdf. **52.** Por ejemplo, un estudio reciente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) muestra que "en promedio, el incremento de un año de educación está asociado con una reducción de 1.6 p.p. en la tasa de informalidad, aunque con diferencias importantes entre países. Por ejemplo, Colombia, El Salvador, Bolivia y República Dominicana reportan un mayor efecto amortiguador , mientras Argentina, Brasil y Costa Rica las reducciones son menores". Ver Acevedo, Ivonne, Francesca Castellani, Giulia Lotti, and Miguel Székely. "Informalidad en los tiempos del COVID-19 en América Latina: implicaciones y opciones de amortiguamiento." Banco Interamericano de Desarrollo (2021). **53.** CEPAL: Policy expansion in compressed times; https://www.cepal.org/en/publications/46016-policy-expansion-compressed-time-assessing-speed-breadth-and-sufficiency-post - página 8. **54.** Anistia Internacional Brasil, Covid-19 e direitos humanos no Brasil: caminhos e desafios para uma recuperação justa (AMR 19/4299/2021). Disponible en: https://anistia.org.br/informe/novo-relatorio-covid-19-e-direitos-humanos-no-brasil-caminhos-e-desafios-para-uma-recuperacao-justa/ **55.** Ibid. **56.** CEPAL (2020), Policy expansion in compressed times; https://www.cepal.org/en/publications/46016-policy-expansion-compressed-time-assessing-speed-breadth-and-sufficiency-post. **57.** CEPAL (2020), Policy expansion in compressed times; https://www.cepal.org/en/publications/46016-policy-expansion-compressed-time-assessing-speed-breadth-and-sufficiency-post. **58.** CEPAL y Organización Panamericana de la Salud (OPS), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía Y el desarrollo social" (2021). **59.** Bárcena, A. (2016). Latin America is the world's most unequal region. Here's how to fix it. ECLAC. Disponible en https://www.cepal.org/en/articulos/2016-america-latina-caribe-es-la-region-mas-desigual-mundo-como-solucionarlo

PANORAMA GENERAL DEL
COVID-19 EN AMÉRICA LATINA

¿POR QUÉ NO FUERON SUFICIENTES LOS ESFUERZOS DE LOS PAÍSES?

5 CLAVES



CLAVE #1: LA DESIGUALDAD Y LAS DISCRIMINACIONES SUBYACENTES

Las múltiples desigualdades en la región tienen en la mayoría de las ocasiones un trasfondo histórico de largo plazo y han sido persistentes. Esto amplifica los efectos negativos de las crisis de salud y económica producidas por la pandemia de COVID-19, además de dificultar una respuesta articulada y eficaz por parte de los gobiernos para proteger a las poblaciones más vulneradas.

Algunas personas enfrentan mayores obstáculos y condiciones específicas para lograr disfrutar plenamente de sus derechos por las discriminaciones que padecen. De acuerdo con el derecho internacional, las personas pueden ser discriminadas en el acceso a sus derechos por una amplia gama de motivos, como su sexo, raza, idioma, etnia, edad, identidad de género y orientación sexual; por su condición de inmigrante o de salud, por presentar alguna discapacidad, por su condición social, entre otras circunstancias.[60] Muchas personas se enfrentan a la discriminación por varios motivos a la vez, una desigualdad interseccional que da lugar a un agravamiento de las barreras y dificultades para poder tener acceso a sus derechos económicos y sociales.

Para poder atender estas barreras y obstáculos, el marco del derecho internacional de los derechos humanos exige igualdad sustantiva, más allá de la igualdad formal ante la ley. Este concepto se refiere a que los Estados adopten medidas sensibles a las problemáticas de estos grupos para disminuir o eliminar las condiciones que causan o contribuyen a perpetuar la discriminación de grupos o individuos, muchas veces víctimas de injusticias históricas o prejuicios persistentes.[61] Condiciones sociales distintas implican medidas de política pública sensibles a las diferencias, focalizadas para asegurarse que aquellos grupos de personas que se encuentran en una situación de desventaja puedan gozar sus derechos en condiciones de igualdad.[62] Esto implica asegurar igualdad de oportunidades mediante una mejora de las condiciones que generan esas oportunidades- educación, salud, ingresos del hogar, alimentación y una redistribución de los recursos que lo permita.

La actual crisis que padece la región es menos una catástrofe natural y más el resultado de decisiones políticas y de política pública de quienes detentan y ejercen el poder. Los arreglos institucionales que crean y sostienen la desigualdad económica y social, generan a la vez diferencias significativas y relevantes en las oportunidades que esas personas tienen de gozar de sus derechos y en el poder político que tienen para cambiarlos. Son procesos que incluyen, pero no se limitan, a las decisiones sobre el uso de los recursos públicos para garantizar derechos, el tipo de impuestos para financiarlos, y el diseño de las políticas y quiénes se ven beneficiadas por ellas.

Uno de los efectos más graves generados por la crisis sanitaria y las medidas de contención de la pandemia fue la crisis económica y laboral que incrementó las abismales diferencias de ingresos y riqueza en la región. Esta desigualdad económica atraviesa a grupos que sufren discriminación y han sido históricamente marginados. La desigualdad y discriminación previas al COVID-19 exacerbaron los impactos de la pandemia sobre ciertos grupos.

Existe una correlación entre mayores niveles de desigualdad de ingresos y el impacto de la pandemia en términos de vidas perdidas en América Latina. En general, con excepción de los países de menor extensión geográfica en Centroamérica y el Caribe (cuyo tamaño y aislamiento relativo pudo estar asociado a un menor impacto del virus), los países más desiguales de la región (como Perú, México, Brasil, Chile, Colombia y Paraguay) han tenido cifras muy altas de muertes por COVID-19 por cada millón de habitantes.[63] Estos hallazgos son consistentes si se observa lo sucedido con el indicador de exceso de muertes por cien mil habitantes.

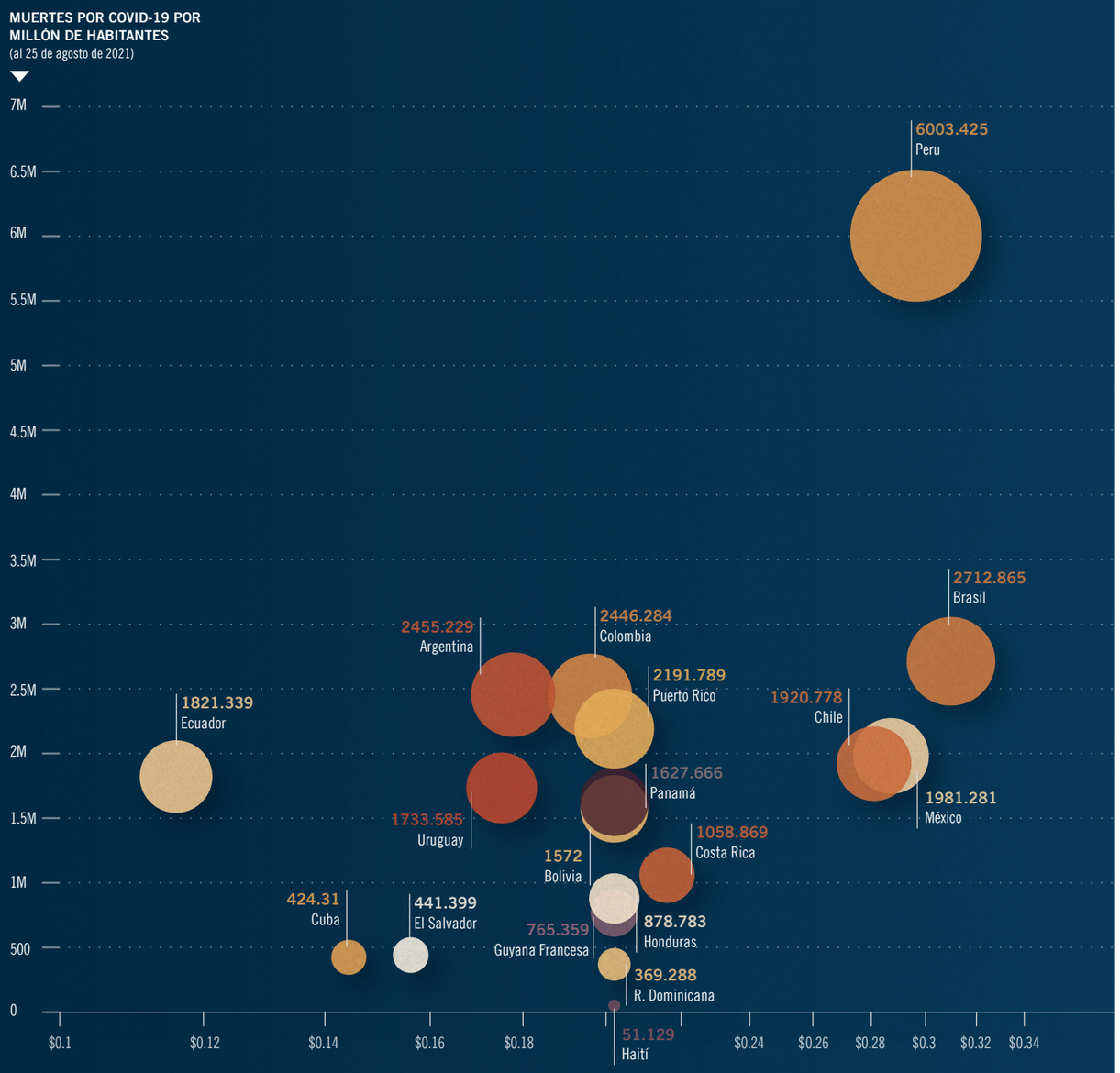
60. E/C.12/GC/20, OBSERVACIÓN GENERAL Nº 20 **61.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General No. 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/20 (2 de julio de 2009), par. 8 **62.** Comité de Derechos Humanos, Observación General 18, párrafo 10, CESCR E/C.12/GC/20, OBSERVACIÓN GENERAL Nº 20, CEDAW OBSERVACIÓN GENERAL 25. **63.** Véase World Inequality Database, "Top 10% national income share", available at: https://wid.world/world/#sptinc_p90p100_z/US;FR;DE;CN;ZA;GB;WO/last/eu/k/p/yearly/s/false/24.322/80/curve/false/country

GRÁFICO 1

MORTALIDAD ASOCIADA A LA PANDEMIA Y DESIGUALDAD

MUERTES TOTALES POR COVID-19

(Por millón de habitantes vs concentración del ingreso en el 1% más rico de la población)

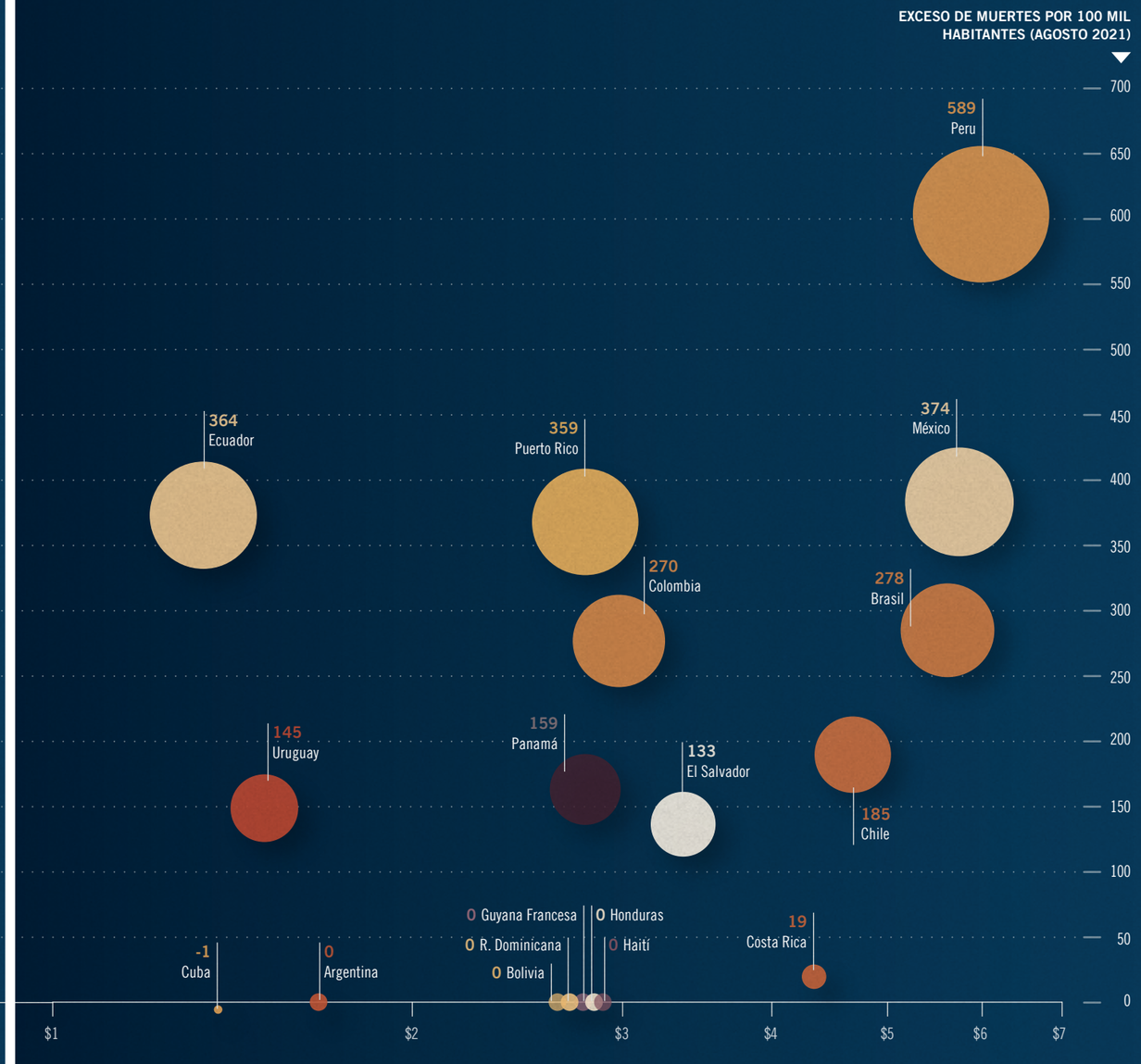


PARTICIPACIÓN DEL 1% MAS RICO EN EL INGRESO TOTAL, 2019

EXCESO DE MORTALIDAD

Con base en el dato más reciente disponible al 15 de agosto de 2021 vs índice de Palma

(relación entre los ingresos del 1% más rico y los del 40% antes de impuestos y transferencias)



ÍNDICE DE PALMA, 2019

Fuente: Elaboración propia con base en i) World Income Inequality Database para datos sobre concentración del ingreso e índice de Palma; ii) Our World in Data (Universidad de Oxford) para exceso de mortalidad y muertes totales registradas por millón de habitantes.

Esta asociación estadística es consistente con las diversas investigaciones que explican las conexiones entre los altos niveles de desigualdad económica y las privaciones de derechos humanos.[64] Sociedades más desiguales tienen mayores problemas de violencia, abuso de drogas, escasa cohesión social y problemas de salud, entre otras desventajas en términos de indicadores sociales.[65] La extrema desigualdad socioeconómica erosiona el principio de igualdad y se ha convertido en una causa estructural de privaciones o violaciones de los derechos humanos.[66] El Comité DESC ha destacado la importancia de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible como "compromiso global" y exige a los Estados parte del PIDESC que proporcionen información sobre el impacto de las desigualdades de ingresos y de riqueza en el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales en relación con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 10 de la Agenda 2030, que establece metas de reducción de la desigualdad para 2030.[67]

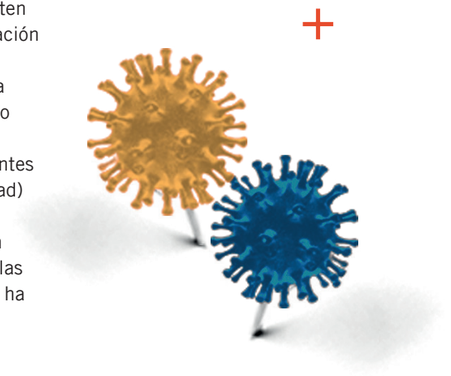
Los países de la región se caracterizan por tener élites económicas excesivamente privilegiadas, clases medias reducidas y grandes mayorías empobrecidas. En 2019, el 20% más rico de la población de la región concentraba la mitad de los ingresos totales de los hogares, mientras que el 20% más pobre sólo recibía el 5% de estos.[68] Dentro de la región, Brasil y Colombia son los dos países donde el 20% más rico tiene una mayor participación del ingreso (entre 57% y 58%) y el 20% recibe proporcionalmente menos (3%) **(Ver A3 en Anexo Estadístico)**. Con base en las últimas estimaciones de CEPAL, se confirma que, a raíz de la pandemia de COVID-19, la desigualdad de ingresos aumentó en la región y que en 2020 se detuvo la tendencia decreciente observada desde 2002.[69]

Esta estructura económica caracterizada por la concentración de la riqueza afecta el principio de igualdad sustantiva, ya que la movilidad social tiende a ser mucho menor en sociedades muy desiguales,[70] y nacer en un hogar rico o pobre termina influyendo poderosamente en los derechos que las personas pueden disfrutar. Las condiciones de origen desiguales determinan los resultados de una persona en términos de salud, educación y otras dimensiones en los países de ingresos bajos o medianos, incluidos los países de América Latina y el Caribe.[71] En países como Colombia o Brasil, una familia de ingresos bajos necesitaría del trabajo de 11 o 9 generaciones, respectivamente, para alcanzar el ingreso promedio actual en dichos países, más del doble de tiempo que le tomaría a una familia pobre en un país desarrollado.[72]

La intersección de esta desigualdad económica con el género, la condición étnico-racial, la orientación sexual, la identidad de género y el estatus migratorio, restringe el acceso a oportunidades educativas, de salud y de empleo, refuerza la discriminación socioeconómica. Por ejemplo, en los países de América Latina los ingresos laborales de las mujeres indígenas suelen estar sistemáticamente por debajo del de los hombres indígenas, o el de los hombres y mujeres no indígenas ni afros, con cierta independencia de los niveles educativos **(Ver A4 en Anexo Estadístico).**

En materia de igualdad de género, por ejemplo, la pandemia ha generado impactos desproporcionados sobre las mujeres, debido a la precariedad económica que enfrentan y a los roles de género, sociales y culturales.[73] En materia laboral, las mujeres, las personas jóvenes y las personas que trabajan en el sector informal han sido las más afectadas. Mientras que para el caso de los hombres en América Latina y el Caribe la participación laboral en 2020 cayó en 5% y la ocupación se contrajo un 7,2%, para las mujeres fue del 8,1% y 10,2%, respectivamente (OIT-CEPAL, 2021). Esta caída en la participación laboral de las mujeres implica un retroceso en los avances alcanzados en los últimos 18 años,[74] con el agravante de que las cargas de trabajo de cuidado no remunerado aumentaron para ellas, lo cual puede dificultar retomar el cierre de las brechas en ausencia de medidas para redistribuir y reducir dichas cargas.[75]

Durante la pandemia de COVID-19, resalta la ausencia de medidas orientadas a garantizar mayor corresponsabilidad social respecto de las tareas de cuidado. Según las Naciones Unidas, en América Latina, las mujeres dedican 1.7 veces más al trabajo de cuidados no remunerado que los hombres, y este trabajo no remunerado representa entre el 15 y el 25% de los PIB nacionales en la región.[76] La desigualdad en las cargas de cuidado entre hombres y mujeres es un determinante importante de las barreras estructurales y la desigualdad de género en la región. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y varios procedimientos especiales de Naciones Unidas han reconocido las cargas desiguales y desproporcionadas de trabajo de cuidado no remunerado y la forma en que estas comprometen el derecho a la salud, la educación y el trabajo decente para las mujeres.[77] En el contexto de la pandemia, la carga del cuidado que recae sobre las mujeres (madres, abuelas y otras parientes o integrantes de una comunidad) ha crecido exponencialmente por las medidas de contención implementadas, así como por las nuevas dinámicas de vida que ha impuesto la pandemia.[78]



64. Rodrigo Uprimny Yepes and Sergio Chaparro Hernandez, "Inequality, Human Rights and Social Rights: Tensions and Complementarities" Humanity Journal, February, 2020.Center for Economic and Social Rights (2016). From Disparity to Dignity: Tackling Economic Inequality through the Sustainable Development Goals. New York, Center for Economic and Social Rights. **65.** See: Richard Wilkinson and Kate Pickett, The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better (London: Allen Lane, 2010). Also: Kate Pickett and Richard Wilkinson, "Population Health: Behavioral and Social Science Insight. Income Inequality and Health: A Casual Review" (Rockville, MD: US Department of Health and Human Services: Agency for Healthcare Research and Quality, 2015). See graph: "People Live Longer in more Equitable Countries" https://inequality.org/facts/inequality-and-health/ **66.** Rodrigo Uprimny Yepes and Sergio Chaparro Hernandez, "Inequality, Human Rights and Social Rights: Tensions and Complementarities" Humanity Journal, February, 2020. **67.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, The Pledge to ´Leave No One Behind´: The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights and the 2030 Agenda for Sustainable Development. E/C.12/2019/1, párr 5. **68.** CEPAL (2021) Panorama Social de América Latina, 2020 (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago, 2021, pp. 76-79. **69.** CEPAL. (2022). Panorama Social de América Latina. Naciones Unidas. Santiago de Chile. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/1/S2100655_es.pdf **70.** Este resultado se conoce en la literatura como la 'Gran Curva de Gatsby' que muestra que hay una correlación entre mayores niveles de desigualdad (medida por el índice de Gini) y menores niveles de movilidad social. Al respect, ver: Corak, Miles. "How the Great Gatsby Curve got its name." (2016). **71.** La base de datos más completa sobre movilidad social a nivel global que cubre varias cohortes desde la década de los cincuentas muestra que si bien la movilidad absoluta -es decir el hecho de que las nuevas generaciones alcanzan mejores resultados que las de sus padres- ha aumentado tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, en estos últimos la movilidad relativa -es decir el hecho de que los resultados de las nuevas generaciones no dependan de la posición social de sus padres- ha disminuido. Ver: Van der Weide, Roy, Christoph Lakner, Daniel Gerszon Mahler, Ambar Narayan, and Rakesh Ramasubbaiah. "Intergenerational mobility around the world." (2021). **72.** OECD, "A Broken Social Elevator? How to promote social mobility" (2018), at https://www.oecd.org/els/soc/1-5%20generations.png **73.** Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Recomendación general 25, párr 8, disponible en: https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommendation%2025%20(Spanish).pdf **74.** CEPAL y Organización Panamericana de la Salud (OPS), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía Y el desarrollo social" (2021), p. 16. **75.** (Comisión Interamericana de Mujeres, 2021). **76.** https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/05/lac%20brief%20espanol%20final%20jun%201.pdf?la=es&vs=5245 **77.** CEDAW Article 11, Relatora Especial de la ONU sobre derechos humanos y pobreza extrema, Informe A/68/293 **78.** Puede encontrarse una exposición más detallada sobre este tema en el informe de Oxfam (2020). Organización Social de los Cuidados a la Luz del COVID 19. Un análisis para América Latina y el Caribe, págs. 14-19, 37 y 38, disponible en: https://drive.google.com/file/d/1d03PM_pH57H4nWn838zBcesAM-BkmKU1/view?usp=sharing

ARGENTINA:

LA IMPORTANCIA DE CONSIDERAR LA DIMENSIÓN DE GÉNERO EN LA RESPUESTA A LA PANDEMIA

De acuerdo con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Argentina fue uno de los países con el mayor número de respuestas antes la pandemia con enfoque de género en la región y a nivel mundial. Sin embargo, la desigualdad en la carga de cuidados sigue siento un reto significativo. De acuerdo con el Ministerio de Economía, el valor del trabajo doméstico no remunerado alcanzó 16% del PIB en 2020; 3 de cada 4 horas de este trabajo es realizado por mujeres.

Aunque el país ha aumentado su gasto en programas con enfoque de género, existen todavía demandas por parte de la sociedad civil para enfrentar la pandemia:

- Avanzar en la reforma al sistema de licencias por responsabilidades familiares para reconocer los diversos tipos de conformaciones familiares y regímenes laborales. Un punto clave es la necesidad de crear esquemas para los trabajadores mono tributistas autónomos e informales para acceder a esquemas de cuidados.

- Se observó un déficit en las medidas de apoyo a familias, en especial a las mujeres por sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidado que aumentó en el contexto de la pandemia. Más allá del Ingreso Familiar de Emergencia- es necesario otorgar una compensación económica para apoyar la contratación de servicios de cuidados y delegar parte de estas tareas. Gran parte de las familias han experimentado una superposición del trabajo remunerado y de cuidados. Los centros educativos y de cuidados permanecieron cerrados casi todo 2020 en prácticamente todo el país, y quienes tenían responsabilidades de cuidados sólo tuvieron la posibilidad de no asistir a sus espacios de trabajo sin que se hayan habilitado licencias.

- Integrar a las políticas de transferencia de ingresos a la población en edad de trabajar políticas de formación profesional y de apoyo a la inserción laboral.

- Incorporar la perspectiva de género al artículo 179 de la Ley de Contrato de Trabajo que regula la obligación de proveer espacios de cuidado para la primera infancia, fortalecimiento de espacios de cuidado comunitario, y comedores, que han sido de vital importancia en el contexto de la pandemia.

- Presentar el proyecto de ley para un sistema integral de cuidados, el cual sigue siendo una deuda pendiente.

Por otro lado, antes de la pandemia (2018-2019) la población Indígena en varios países de América Latina tenía niveles de pobreza de 2 a 7 veces mayores a los de la población no Indígena.[79] Debido a estas profundas desigualdades previas, las medidas implementadas durante la pandemia dirigidas a los Pueblos Indígenas en 2020 no fueron suficientes para mitigar los efectos negativos de la pandemia.[80] Los Pueblos Indígenas han tenido que recurrir a estrategias comunitarias para enfrentar la actual crisis, ante la ausencia de servicios de salud culturalmente apropiados y otras omisiones por parte de los Estados.[81]

En materia de discriminación por motivos raciales, un estudio de caso de Brasil publicado en The Lancet, por ejemplo, muestra que entre la población hospitalizada por COVID-19, las personas mestizas, negras y mulatas enfrentaron mayores tasas de mortalidad. Esto podría estar asociado con las comorbilidades que estas poblaciones enfrentan por vivir mayoritariamente en regiones más pobres.[82] De hecho, un estudio de las Naciones Unidas para varios países de la región demuestra que el porcentaje de personas que vive en pobreza o extrema pobreza es mayor en la población Afrodescendiente que en la no-afrodescendiente.[83]

Las personas LGBTI+ sufren también de múltiples formas de discriminación, no solo en el acceso a ciertos servicios médicos, pero también para acceder a derechos que son determinantes claves para su salud, como son la educación, el trabajo y la vivienda.[84] La ausencia de inclusión de las personas LGBTI+ en las políticas públicas y la investigación, así como los retos específicos que dichas personas enfrentan en materia de salud, han sido más agudas durante la pandemia.[85]

ANTES DE LA PANDEMIA (2018-2019)

la población Indígena en varios países de América Latina tenía

NIVELES DE POBREZA DE:

2 a 7

veces mayores a los de la población no Indígena

79. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina Abya Yala, 2020. Gráfico 1, página 14. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf **80.** https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf **81.** CEPAL El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América 2020 https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46543/S2000817_es.pdf (FILAC, 2021, Cultural Survival, 2021) **82.** (Baqui et al, 2020) **83.** https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estudio_afrodescendientes_y_la_matriz_de_la_desigualdad_social_en_america_latina_retos_para_la_inclusion.vf_.pdf, página 111. **84.** PNUD Informe Regional de Desarrollo Humano 2021 2021 https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/regional-human-development-report-2021.html . Página 50 **85.** Signorelli, Marcos, Rodrigo Otavio Moretti-Pires, Daniel Canavese de Oliveira, Richard Miskolci, Mauricio Polidoro, and Pedro Paulo Gomes Pereira. "The health of LGBTI+ people and the COVID-19 pandemic: a call for visibility and health responses in Latin America." Sexualities (2020): 1363460720942016.

Las desigualdades que enfrentan las personas LGBTI+ en el acceso y la atención en salud deben ser consideradas por los Estados en todas las decisiones en respuesta a la pandemia.

Finalmente, las personas migrantes, solicitantes de asilo y refugiadas también padecen los efectos de la desigualdad en sus países de origen y de tránsito. En la mayoría de los países de la región (con excepción de Brasil, Panamá y Guatemala), la probabilidad de una persona de encontrarse en situación de pobreza es entre 1.3 y 5 veces mayor en caso de ser inmigrante en comparación con una persona no migrante[86] La discriminación que sufren en el acceso a la salud se agravó en el contexto de la pandemia[87], pese a las protecciones que establece el derecho internacional de los derechos humanos al respecto. En este sentido, el Comité en Contra de todas las formas de Discriminación Racial (CERD) ha dicho que los países tienen la obligación de respetar el derecho a la salud de las personas no-ciudadanas y abstener de negarles el acceso a servicios médicos.[88] Además, la Convención de 1951 de Refugiados señala que las personas refugiadas deben tener el mismo acceso a la salud como las poblaciones que les reciben.[89] Así, los gobiernos de Chile, Colombia, México, República Dominicana, Guatemala, El Salvador y Costa Rica no han tomado

CONVENCIÓN DE 1951 DE REFUGIADOS

Señala que las

PERSONAS REFUGIADAS

deben **tener el mismo acceso a la salud como las poblaciones** que les reciben

las medidas suficientes para asegurar un acceso completo para la población migrante independientemente de su estatus legal en el país, y en algunos casos han obstaculizado de manera significativa el acceso a las vacunas de las personas refugiadas y migrantes, o lo han bloqueado directamente.[90]

Ante este panorama, la respuesta de política pública por parte de los Estados ha sido insuficiente en muchos casos e incluso contraproducente en otros. Una falla importante y generalizada en la región es la falta de información desagregada por las características socioeconómicas que determinan la discriminación. [91] La igualdad sustantiva no puede alcanzarse sin información confiable que permita hacer un diagnóstico completo de las problemáticas de estos grupos. Como consecuencia, se invisibiliza a las personas más vulnerables y por ende corren más riesgo a ser sujetas a una discriminación indirecta que es fomentada por los sistemas desiguales que se diseñan sin contemplar su impacto en todos los sectores de la sociedad. Un ejemplo de estos es la falta de estadísticas económicas y sociales en varias encuestas de hogares. Lo mismo ocurre con las estadísticas de defunciones: no son desglosadas por raza en Argentina, Bolivia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.[92]

De igual manera, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que “en la mayoría de los países hay una falta de información de salud desagregado por grupo étnico, condición de discapacidad o nivel socioeconómico, como ingreso, empleo o educación. Esto significa una debilidad para hacer frente a inequidades en la salud y limita el monitoreo de intervenciones y políticas.”[93]

En conclusión, desde una perspectiva de derechos humanos, el Estado tiene la obligación de cumplir un rol igualador para corregir los resultados desiguales que genera el funcionamiento de los mercados y las estructuras sociales excluyentes. Sin estos mecanismos compensatorios y redistributivos, se continuará con la acumulación en los grupos más vulnerados de desventajas en áreas como salud, educación, protección social, acceso a tecnologías digitales, entre otras. Los siguientes aspectos claves del reporte analizan la relación de esta desigualdad con cuatro áreas de política pública que explican el impacto desproporcionado del COVID-19 en la región: los determinantes sociales de la salud (alimentación, vivienda, trabajo); las medidas emergentes de protección social y su insuficiencia; el financiamiento y gasto de los sistemas de salud, y el sistema fiscal.

86. Cecchini, R. Holz y H. Soto de la Rosa (coords.), Caja de herramientas. Promoviendo la igualdad: el aporte de las políticas sociales en América Latina y el Caribe (LC/TS.2021/55), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021, p. 194. **87.** Ibíd,. pp. 192-193. **88.** Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discvriminación Racial (CERD) (2005); General recommendation 30 on discrimination against non-citizens, párr 36 **89.** Artículos 23 y 24 **90.** Amnistía Internacional, Las vacunas en las Américas: Diez imperativos de derechos humanos para garantizar la salud de todas las personas: https://www.amnesty.org/es/latest/news/2021/03/americas-programas-vacunacion-10-imperativos-derechos-humanos/ 25 de marzo de 2021, **91.** Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “en las estrategias, las políticas y los planes nacionales deben utilizarse indicadores y elementos de comparación apropiados, desglosados en función de los motivos prohibidos de discriminación **92.** UNFPA Afrodescendientes y la matriz de desigualdad social en América Latina Página 79. 28 de octubre 2020. Página 79. **93.** 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 01 de octubre de 2019 https://iris.paho.org/handle/10665.2/51615. Página 11

CLAVE #2: INEQUIDAD EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Debido a la naturaleza de los derechos humanos como interdependientes e indivisibles, el derecho a la salud depende del cumplimiento de muchos otros derechos[94]. Para que las personas ejerzan su derecho a la salud, los gobiernos deben garantizar que los servicios sanitarios no solo estén disponibles para la población, sino que no existan obstáculos para que las personas accedan a ellos, siendo al mismo tiempo sensibles a los diferentes contextos culturales y preservando una atención de alta calidad.[95] Esta condición es, sin embargo, necesaria mas no suficiente. Las normas internacionales de derechos humanos exigen que también los principales factores determinantes de la salud sean reconocidos por los Estados, como el acceso a agua limpia potable, el suministro de alimentos sanos, una vivienda adecuada y condiciones sanas en el trabajo y en el medio ambiente; así como acceso a la educación e información sobre salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva.[96] El acceso equitativo a estos factores determinantes de la salud, que en el campo de la salud publica son denominados determinantes sociales de la salud, son claves para el goce del derecho a la salud.[97]

Sin embargo, las múltiples y abismales desigualdades perpetuadas a través del colonialismo, el patriarcado, y un modelo económico excluyente han permitido la aparición de jerarquías sociales a lo largo de los siglos y han permitido que el orden social no sea justo y, por esta razón, que los resultados en materia de salud se vean perjudicados.[98]

Este orden social constituye la base sobre la que los individuos desarrollan su vida y conlleva una relación dinámica con una serie de determinantes sociales de la salud. Las características biológicas y de comportamiento de los individuos interactúan con los sistemas sanitarios que son a su vez determinantes de la salud general de la población. Asimismo, existe un creciente reconocimiento de la importancia de cómo distintas dimensiones que afectan la vida diaria[99] tienen una influencia crucial sobre los resultados en salud. De igual manera, las amenazas al medio ambiente como el cambio climático son factores claves, en gran medida influidos por cambios en la relación que muchas poblaciones tienen con la tierra.[100]

Durante la pandemia, varias condiciones pasaron a primer plano como factores clave relacionados con la resistencia o la vulnerabilidad de las poblaciones frente a un nuevo virus. Estas condiciones incluyen la naturaleza cambiante de las sociedades rurales y urbanas y el impacto que esto tiene en las brechas de acceso al derecho a la alimentación, el nivel de vida de los hogares en términos de hacinamiento y acceso al agua, y las condiciones de trabajo.

DESIGUALDAD, TERRITORIO Y ALIMENTACIÓN

Como resultado de los procesos coloniales, la relación de las poblaciones de América Latina y el Caribe con los recursos naturales ha configurado un modelo extractivista. Durante las dos últimas décadas, la región ha sido el primer destino mundial de la inversión extranjera en exploración minera.[101] La región alberga a los principales productores mundiales de cobre, oro y plata[102]. En el mercado agrícola, la región es la primera productora de soya, café y azúcar,[103] y es un proveedor clave de otras materias primas en el mercado mundial.

Esta dinámica ha dado lugar a que las economías de América Latina y el Caribe sigan un modelo basado en la extracción y exportación de materias primas que prioriza la apropiación de la naturaleza, el control de los alimentos, los cultivos altamente rentables en los mercados internacionales, y la minería.[104] Este modelo implica profundos cambios en la estructura de propiedad agrícola y en los patrones de producción y consumo de las comunidades rurales. En la actualidad, al menos un tercio de los megaproyectos en América Latina y el Caribe afectan a territorios de Pueblos Indígenas.[105]

94. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Los Derechos Humanos, ¿En qué consisten los derechos humanos?, disponible en: https://www.ohchr.org/sp/issues/pages/whatarehumanrights.aspx#:~:text=Los%20derechos%20humanos%20son%20los,idioma%20o%20cualquier%20otra%20condici%C3%B3n. **95.** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) elabora este marco de interpretación para el derecho a la salud, con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad como los puntos clave del derecho. Observación general Nº 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4. **96.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, Observación general Nº 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4. **97.** Ibid, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación 14, párr 11. Véase también el informe base de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud: Subsanar las desigualdades en una generación: Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008, disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084. Además de este enfoque de la OMS sobre determinantes sociales de la salud, existe otro enfoque (alternativo a la epidemiología clásica) de la medicina social y salud colectiva latinoamericana denominado "Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad (DSPSE)", enfoque que, amerita señalar, ha sido hasta la fecha bastante invisibilizado en la agenda global dominante en pro de la equidad en salud. Véase, para mayor detalle, a Morales-Borrero C. et al (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev. salud pública. 15 (6): 797-808, 2013. **98.** Informe de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, 7 de abril de 2021, A/HRC/47/28 **99.** Como el nivel educativo, el acceso a una alimentación nutritiva, el tipo de trabajo, las condiciones de la vivienda, los niveles de ingreso, los beneficios de los sistemas de protección social, la exposición a niveles de violencia, entre otras. **100.** Organización Panamericana de la Salud (OPS): Sociedades Justas: Equidad en la Salud y la Vida Digna: Resumen Ejecutivo de la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, (2018), página 7. **101.** S&P Global Mining Intelligence, 2020 https://synergyresourcecapital.com/latin-america/ [Tengo otras fuentes para este mismo dato, tengo que hallarlos*******] **102.** Chile año con año es el país productor primer o segundo del mundo, y Perú en oro y plata, según el United States Geological Survey (UDGS). Véase Mineral Commodity Summaries, disponible en: https://www.usgs.gov/centers/nmic/mineral-commodity-summaries **103.** Brasil es el primer productor mundial de café, azúcar y soya en el mundo según los datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). Índices disponibles en: https://www.fao.org/faostat/en/#rankings/countries_by_commodity **104** Informe de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia, El extractivismo mundial y la igualdad racial , A/HRC/41/54, mayo de 2019, párr 34 and 35 **105.** UN Food and Agricultural Organization (FAO): Indigenous Peoples and Food Security in Latin America and the Caribbean. Disponible en: http://www.fao.org/americas/priorities/pueblos-indigenas/en. Último acceso 6 de octubre de 2021

Esto se ha traducido en cambios irreversibles en los modos de vida tradicionales de subsistencia[106] afectando el derecho de millones de personas a un nivel de vida adecuado y el disfrute del derecho a la salud en la región.[107]

El acaparamiento de tierras a través de inversionistas multinacionales a gran escala predispone a un enfoque de monocultivos que ha roto los vínculos con los sistemas productivos que garantizaban la seguridad alimentaria[108], afectando al derecho a la alimentación.[109] El crecimiento de los modelos comerciales que promueven la agricultura orientada a la exportación ha tenido un impacto directo en los cambios de las dietas y los hábitos alimentarios.[110] El modelo actual prioriza la producción de granos ricos en carbohidratos con poco contenido nutricional, en vez de las frutas y verduras.[111] Esto, a su vez, ha provocado cambios drásticos en los resultados en salud: según la ONU, por cada persona que pasa hambre en LAC, más de seis tienen sobrepeso u obesidad,[112] en gran parte debido a que las dietas han pasado de tener diversos insumos agrícolas a mercados concentrados, lo que ha dado lugar a un mayor consumo de comida con alto contenido calórico, poco nutritiva y ultra procesada que, en muchos casos, es más asequible que los alimentos saludables.[113] La desigualdad es un obstáculo importante para el acceso a alimentos nutritivos, ya que los grupos históricamente marginados por los procesos de colonialismo y racismo, y las personas de menores ingresos, se han quedado atrás.[114] Estos cambios en la dieta y el consumo han provocado una epidemia de obesidad en la región.[115]

SEGÚN LA OMS...

LAS AMÉRICAS ES LA REGIÓN que concentra el mayor porcentaje de adultos con obesidad en el mundo.[108] En general, las tasas de obesidad en América Latina son comparables a las de los países con mayores niveles de desarrollo. Es alarmante observar la disparidad de género de la obesidad en la región, con mayores tasas de obesidad entre las mujeres que entre los hombres.[109]
Según cifras globales de la OMS, (actualizados hasta 2016), Argentina, Chile, Venezuela, Costa Rica y México son los países de América Latina que tienen el mayor porcentaje de personas con obesidad y sobrepeso.[110]

Según la OMS, las Américas es la región que concentra el mayor porcentaje de personas adultas con obesidad en el mundo. El caso de Perú es alarmante ya que, según datos oficiales más recientes para 2019, cerca del 70% de adultos peruanos padece de obesidad y sobrepeso,[116] por encima de las cifras globales de 2016 de la OMS, donde este indicador se ubicaba en 56.3%.[117]

Los cambios estructurales relativos a la alimentación, sumados a la evolución del modo de vida y los factores ambientales, conductuales y económicos, han llevado a que, en buena parte de los países de la región, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) (principalmente cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y pulmonares crónicas)[118] hayan reemplazado desplazado gradualmente a las enfermedades por patógenos transmisibles en términos de prevalencia en buena parte de los países de la región.[119]

Según la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la interacción entre el COVID-19 y otras enfermedades ha sido crucial para explicar la evolución de la pandemia en la región. “Nunca hemos visto una relación tan letal entre una enfermedad infecciosa y las ENT. Algunos de los datos son realmente alarmantes. Especialmente para nuestra región, donde las ENT están extendidas ampliamente”.[120]

Dentro de las categorías de ENTs, las enfermedades cardiovasculares son las más recurrentes. De hecho, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en América Latina,[121] y una de las causas principales de las enfermedades cardiovasculares son las dietas insalubres.[122] La relación de estos padecimientos con determinantes sociales es muy clara, ya que la desigualdad de ingresos en América Latina se destaca por su relación con los altos índices de muertes por enfermedades cardiovasculares **(Ver A5 en Anexo Estadístico).** La región se destaca como la que registra sistemáticamente la mayor tasa de desigualdad de ingresos, así como la mayor tasa de fallecimientos cardíacos, según un estudio publicado por el Journal of the American College of Cardiology.[123]

SERVICIOS BÁSICOS DE LA VIVIENDA

Un número considerable de hogares en la región no contaba con las condiciones básicas dentro de sus viviendas para adoptar las medidas establecidas por los gobiernos para la contención del contagio por el COVID-19, un virus que se propaga rápidamente en espacios hacinados y poco higiénicos. Aunque LAC es la región más urbanizada del mundo,[124] la calidad de los espacios de la vivienda dista mucho de ser ideal: en 2019, el 30% de los hogares de la región se consideraban hacinados y este porcentaje se elevaba al 50% en los hogares pobres.[125] Estas condiciones hacen casi imposible el distanciamiento social.

106. Ibid, párr 51 **107.** Según la OPS, “la relación con la tierra y el continuo impacto del colonialismo, el racismo y el pasado de esclavitud son factores críticos que frenan el avance hacia la meta de la región de que la población lleve una vida digna y de que disfrute del grado más alto posible de salud.”: Véase el informe Sociedades Justas: Equidad en la Salud y la Vida Digna: Resumen Ejecutivo de la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, (2018), página 7, **108.** Press Release, UN Special Rapporteur on the Right to food recommends principles and measures to discipline “land grabbing” 11 June 2009, http://www.srfood.org/images/stories/pdf/otherdocuments/21-srrtf-pressrelease-landgrab-090609-final-2.pdf **109.** El derecho a la alimentación está consagrado en el artículo 11.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la interpretación del derecho está pormenorizado en la Observación 12 del Comité CESCR, disponible en: https://www.refworld.org.es/type,GENERAL,,47ebcce12,0.html **110.** A/HRC/19/59/Add.2, párr 11. **111.** bid – párr 50. **112.** Naciones Unidas, La obesidad se triplica en América Latina por un mayor consumo de ultraprocesados y comida rápida. 12 de noviembre de 2019, disponible en: https://news.un.org/es/story/2019/11/1465321 **113.** Ibid. **114.** Informe provisional de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la alimentación, A/74/164, 2019, Resumen, p. 2. **115.** Organización Panamericana de la Salud, Tackling malnutrition in Latin America and the Caribbean: challenges and opportunities, (2016), disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31185 **116.** Instituto Nacional de Salud de Perú (2019). “Cerca del 70% de adultos peruanos padecen de obesidad y sobrepeso”; https://web.ins.gob.pe/index.php/es/prensa/noticia/cerca-del-70-de-adultos-peruanos-padecen-de-obesidad-y-sobrepeso **117.** Our World in Data. “Share of adults that are overweight or obese”, 2016. Disponible en: https://ourworldindata.org/obesity **118.** La OPS/OMS indica que muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental; https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles **119.** Ibid ****** **120.** Carissa F. Etienne, Directora de la OPS, mayo de 2020. OPS (2020). “Directora de la OPS dice que la lucha contra la pandemia COVID-19 debe incluir atención de enfermedades crónicas”; https://www.paho.org/es/noticias/26-5-2020-directora-ops-dice-que-lucha-contra-pandemia-COVID-19-debe-incluir-atencion **121.** OMS Enfermedades cardiovasculares 17 de mayo de 2017 https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) **122.** OMS Enfermedades cardiovasculares 17 de mayo de 2017 https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds) **123.** Pooja Dewan et. al Income Inequality and Outcomes in Heart Failure: a Global Between-Country Analysis. J Am Coll Cardiol HF. 2019 Apr, 7 (4) 336–346. See also the graph presenting the facts of the study in https://inequality.org/facts/inequality-and-health/ **124.** CEPAL, Panorama Social, 2020, página 16 **125.** Ibid, página 17. El hacinamiento se considera en umbrales de más de 2 personas por dormitorio, hasta más de 3 personas por dormitorio.

Por otro lado, a pesar de que el acceso al agua es un derecho humano y es indispensable para vivir una vida digna[126] y para gozar de otros derechos humanos como la salud, la región presentaba brechas de infraestructura básica para el acceso a fuentes de agua limpia y potable antes de la pandemia. Estudios recientes muestran una estrecha relación entre el exceso de mortalidad y varios indicadores de vulnerabilidad habitacional, incluyendo el porcentaje de población en condiciones de hacinamiento o el acceso al agua y al saneamiento.[127] La brecha de cobertura de servicio básico de agua entre áreas rurales y urbanas es significativamente amplia en Nicaragua, Bolivia, Ecuador y Colombia **(Ver A6 en anexo estadístico).** Esta desigualdad del territorio se traduce en desigualdad social, ya que los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes están sobrerrepresentados en cuanto a la proporción de la población en las zonas rurales con menos acceso al agua y otros servicios.[128] Las mujeres y las niñas también se ven afectadas de manera desproporcionada por la falta de acceso a agua limpia y segura, debido a las expectativas sociales sobre su responsabilidad en las tareas del hogar, como cocinar y lavar la ropa. La menstruación también aumenta la necesidad de acceso a instalaciones sanitarias adecuadas.

En relación con el acceso a internet, la disponibilidad de servicios de conectividad en el sistema educativo, y en particular en las escuelas y hogares rurales ha sido una limitante considerable para sustituir las clases presenciales en los momentos críticos de la pandemia, lo cual explica en parte el gran desastre educativo que enfrenta la región producto del COVID-19. Se estima que 167 millones de estudiantes en la región perdieron hasta un año de escolaridad presencial con impacto en su aprendizaje.[129] En América Latina, como en otras regiones, las mujeres se han visto particularmente afectadas por los cierres escolares, ya que sobre ellas recae el trabajo de cuidado de los niños, dados los roles de género establecidos. Por ende, en muchos

EN LOS 18 PAÍSES

46%
DE PERSONAS que se declaran indígenas **no tenían seguro** de salud

FRENTE AL...

30%
DE LAS PERSONAS de los no indígenas

casos, las mujeres han tenido que dejar su trabajo, lo cual ha supuesto un deterioro alarmante en el disfrute del derecho al trabajo y en el derecho a un nivel de vida adecuado, derivado de la pérdida de ingresos.[130]

Además de la calidad de la vivienda, el acceso a agua y al internet, desde una perspectiva de derechos humanos y de género es importante reconocer también que la violencia doméstica y la carga pesada del trabajo de cuidado no remunerado son determinantes de salud cruciales para las mujeres. Ambos han empeorado durante la pandemia, pues además de exacerbar las cargas de cuidado debido al deterioro de su participación laboral, al cierre de centros educativos, entre otros factores, varias mujeres quedaron expuestas al encierro con sus agresores, sin la posibilidad de acudir a los centros de salud, de ayuda psicológica o a otros servicios.[131]

CONDICIONES LABORALES

La existencia de mercados laborales fragmentados ha generado un impacto desproporcionado de la pandemia sobre las condiciones de trabajo de las personas de menores ingresos y las mujeres. La destrucción de empleo fue mucho más profunda en el sector informal que en el formal. Según la OIT y la CEPAL, para el segundo trimestre de 2020 la contracción del empleo informal duplicaba a la del empleo formal o registrado en todos los países.

Ese impacto es mayor para el caso de categorías ocupacionales con mayor participación femenina, como es el caso del servicio doméstico y el trabajo familiar no remunerado.[132] Entre 2019 y 2020, el nivel de ocupación se redujo casi 25 millones de personas, cerca de 13 millones de las cuales son mujeres. La sobrecarga de la demanda de cuidados en los hogares en un contexto de cierre de establecimientos educativos y carencia de servicios de cuidados ha llevado a que más mujeres que hombres hayan abandonado los trabajos remunerados[133] y ha dificultado la posibilidad de que las mujeres se reintegren al mercado laboral.[134]

Adicionalmente, la mayoría de los puestos de trabajo con las protecciones laborales básicas están en el sector formal y benefician a los sectores de mayores ingresos. En cambio, las personas de menores ingresos suelen trabajar en el sector informal, con escasos mecanismos de protección social vinculados a su condición laboral. Mientras que el 62% de los ocupados entre el 20% más pobre son trabajadores por cuenta propia no calificados, este porcentaje desciende a 21% entre el 20% más rico. En promedio, 42% de los trabajadores en América Latina y el Caribe recibe ingresos laborales inferiores a los salarios mínimos.[135] La pandemia afectó en mayor medida a las personas de menores ingresos, pues estas se ocupaban mayormente en el sector informal, en el que el teletrabajo no era una opción y las protecciones salariales son prácticamente inexistentes. La CEPAL estima que para el 20% más pobre de la población en la

126. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General No. 15, ha reconocido que el agua es un derecho humano amparado por el párrafo 1 del artículo 11 del Pacto Internacional, que habla de un nivel de vida adecuado.Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoce que el medioambiente está vinculado con el derecho al agua **127.** CEPAL (2021), "La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad", Informe Especial COVID-19, N° 11, Santiago, julio. **128.** CEPAL) sobre la base de Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC) (2020a), "Los pueblos indígenas ante la pandemia del COVID-19", Segundo Informe Regional, junio 2020. Disponible [en línea] http://www. lac.org/wp/comunicacion/ lac- informa/segundo-informe-del- lac-revela-la-compleja-situacion-y-el-riesgo-de-los-pueblos-indigenas-frente-a-la- COVID-19/; FILAC (2020b) **129.** CEPAL, 2021. Presentación: La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. Disponible en https://issuu.com/publicacionescepal/docs/ppt_informecepal-ops_es/9, p. 9 **130.** https://www.worldbank.org/en/results/2021/05/05/the-gendered-impacts-of-COVID-19-on-labor-markets-in-latin-america-and-the-caribbean **131.** CEPAL y Organización Panamericana de la Salud (OPS), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía Y el desarrollo social" (2021), p. 49. Ver también https://www.statista.com/statistics/1113975/gender-violence-growth-coronavirus-latin-america/ https://lac.unwomen.org/en/noticias-y-eventos/articulos/2020/11/impacto-de-la-pandemia-COVID-en-violencia-contra-las-mujeres https://caribbean.unwomen.org/en/materials/publications/2021/3/summary-report---status-of-women-and-men-in-COVID-19 **132.** CEPAL/OIT. Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe. Trabajo decente para los trabajadores de plataformas en América Latina (2021), p. 14-18 **133.** https://www.worldbank.org/en/results/2021/05/05/the-gendered-impacts-of-COVID-19-on-labor-markets-in-latin-america-and-the-caribbean **134.** CEPAL "La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad", Informe Especial COVID-19, N° 11, Santiago, julio **135.** S. Cecchini, R. Holz y H. Soto de la Rosa (coords.), Caja de herramientas. Promoviendo la igualdad: el aporte de las políticas sociales en América Latina y el Caribe (LC/TS.2021/55), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021, p. 29.

región, el ingreso laboral promedio por ocupado habría caído un 40% en 2020, mientras que entre el 20% más rico la caída habría sido del 5%.[136]

Esta precarización de los grupos con mayores desigualdades afecta las condiciones en que se realiza el trabajo. La OPS estima que la posibilidad de implementación del teletrabajo solo cobija al 25% de la población trabajadora de la región. Las poblaciones de menores ingresos tienen mayor probabilidad de desempeñar trabajos de primera línea o en puestos de alta exposición. La pandemia de COVID-19 ha afectado casi todos los aspectos relacionados con las condiciones en el trabajo, desde las medidas para evitar la transmisión en los lugares de trabajo hasta nuevos riesgos en términos de salud física y mental.[137] Varios especialistas han advertido de la difícil situación que atraviesa la región en este contexto, donde la salud mental ha sido la menos priorizada dentro de la ya baja inversión pública en salud en la pre-pandemia[138] y las capacidades de respuesta de los sistemas de salud varían considerablemente.[139]

Teniendo en cuenta las múltiples implicaciones de los determinantes sociales de la salud señalados anteriormente, cualquier esfuerzo por parte de los Estados para abordar estos factores estructurales debe de considerar las particularidades que enfrentan los grupos más vulnerados e incluirlos en los procesos de diseño de política. Abordar estos factores implica garantizar el derecho al acceso a la información y a la participación, y un enfoque multisectorial que coordine las intervenciones sanitarias con la política social, educativa, laboral y de provisión de bienes públicos. Garantizar el derecho a la salud no puede dejarse exclusivamente en manos de los ministerios de salud,[140] y los Estados tienen la obligación de utilizar el máximo de recursos disponibles, que deben considerarse no sólo monetarios, sino también administrativos, educativos y sociales, entre otros.[141] La utilización de todos los recursos disponibles puede incluir un enfoque coordinado en el que participen varios ministerios e instituciones públicas de todos los niveles de gobierno.[142] Si no se adopta un enfoque integral de los impulsores sociales de la mala salud, América Latina y el Caribe seguirá enfrentando los mismos obstáculos para el bienestar de su población.

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA ESTIMA QUE:

25%

DE LOS TRABAJADORES

tiene la posibilidad de **implementación del teletrabajo**

CLAVE # 3: MEDIDAS PARCIALES DE PROTECCIÓN SOCIAL

La **pandemia reveló** la fragilidad de los sistemas de protección social de la región. Si bien los países de la región habían logrado importantes reducciones en los niveles de pobreza (tendencia que se empezó a debilitar en los años previos a la pandemia), la gran mayoría de la población permanecía en una situación de alta vulnerabilidad frente a posibles cambios en la situación macroeconómica. La CEPAL estima que, en 2019, 491 millones de personas en Latinoamérica (el 79,4% de la población) vivían con ingresos de apenas hasta tres veces el valor de la línea de pobreza.[143] En ausencia de sistemas de protección social amplios e incluyentes, la apuesta por políticas sociales basadas en las transferencias de ingresos —que solo cubrían a un 18.5% de la población antes de la pandemia— apenas podía sustentar unos logros muy frágiles.

Según la Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, los "pisos de protección social" pueden ser instrumentales para satisfacer las obligaciones de contenido mínimo del derecho a la seguridad social conforme al PIDESC. El concepto "piso de protección social" es desarrollado por la Recomendación 202 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), que en su artículo 5 ofrece pautas a los Estados sobre el alcance y las garantías que deben contener tales pisos de protección social.[144] Como eje en cualquier política de protección social, se contempla la necesidad de garantizar, además del acceso a un paquete esencial de salud, seguridad básica de ingreso para las y los niños, las personas de edad activa que no puedan obtener ingresos suficientes, y las personas de edad. También los Objetivos de Desarrollo Sostenible incluyen el

136. S. Cecchini, R. Holz y H. Soto de la Rosa (coords.), Caja de herramientas. Promoviendo la igualdad: el aporte de las políticas sociales en América Latina y el Caribe (LC/TS.2021/55), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021, p. 29. **137.** OPS/OMS, Desigualdades en la población trabajadora de América Latina y el Caribe: Perspectivas para mejorar la salud y el bienestar, disponible en: https://www.paho.org/es/eventos/desigualdades-poblacion-trabajadora-america-latina-caribe-perspectivas-para-mejorar-salud **138.** Gallo C. (2020). "Los desafíos en materia de salud mental que deja la pandemia en América Latina". France 24; https://www.france24.com/es/20200708-america-latina-salud-mental-pandemia **139.** WHO (s.f.). Global Health Observatory data repository y de WHO (2018). Mental Health Atlas 2017, págs. 33 y 34. **140.** Según la OPS, "Muchos de los factores que determinan los patrones y la magnitud de las inequidades en la salud dentro de un país se encuentran fuera del control directo de los ministerios de salud." Véase el informe Sociedades Justas: Equidad en la Salud y la Vida Digna: Resumen Ejecutivo de la Comisión de la OPS sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, (2018), página 11. **141.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 3, párr. 7. **142.** Véase, por ejemplo: O'Neill Institute for National and Global Health, Georgetown University, Health Equity Programmes of Action: An Implementation Framework, January 2019 **143.** CEPAL, (2021c), Panorama Social de América Latina, 2020 (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago. **144.** Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R202

COLOMBIA:

AGRAVACIÓN DE LA POBREZA

Por un lado, los mecanismos de protección social de emergencia, incluido el nuevo programa de transferencias monetarias denominado Ingreso Solidario, no fueron adecuados para contener el aumento de la pobreza monetaria y la desigualdad. Entre 2019 y 2020, la pobreza monetaria aumentó del 35,7% al 42,4%, un retroceso de más de una década. La desigualdad, medida por el índice de Gini, continuó con una tendencia ascendente que comenzó en 2017, pero de forma más pronunciada. Las zonas urbanas fueron las más afectadas conforme a estos indicadores. Los ingresos del 20% más pobre en algunas de las principales ciudades, como Bogotá, Bucaramanga o Cali, cayeron más del 50% en un año. Según las propias cifras oficiales, los programas de transferencias en efectivo, previamente celebrados como un gran logro de la política social, apenas pudieron contener el aumento de la pobreza en 2,6 puntos porcentuales. Esto significa que solo lograron reducir la tasa de pobreza del 44,6% al 42%.

Pero la pobreza monetaria ofrece apenas un panorama incompleto de la situación. Si bien en centros poblados y en zonas rurales, el panorama del impacto de la COVID-19 no parecía ser tan desolador como en las ciudades conforme al indicador de pobreza monetaria (que siguió cayendo del 47,5% al 42,9% entre 2019 y 2020 a pesar de la pandemia), las cifras de pobreza multidimensional revelaron una realidad dramática oculta, que muestra la necesidad de una protección social integral que vaya más allá de las transferencias monetarias. 489.000 personas entraron en la pobreza multidimensional entre 2019 y 2020 en toda Colombia. Este aumento se explica principalmente por el incremento de la pobreza multidimensional en los centros poblados y en zonas rurales, donde pasó de 34,5% a 37,1%, una tasa 3 veces superior a la de las cabeceras municipales. Casi 7 de cada 10 personas que entraron en la pobreza multidimensional viven en zonas rurales. Estos aumentos fueron jalonados por el deterioro en tres indicadores: inasistencia escolar, desempleo de larga duración y trabajo informal. En el caso de la inasistencia escolar, este indicador se disparó en todo el país, llegando a niveles particularmente alarmantes en los departamentos más pobres como el Vaupés (56,6%), Amazonas (41,0%), Vichada (39,5%), Chocó (38,2%) y La Guajira (35,7%). Todo esto plantea la necesidad de que los sistemas de protección social vayan más allá de las transferencias monetarias de ingresos y recuperen la centralidad de los derechos sociales universales.

AUMENTO DE POBREZA

7 DE CADA 10
personas que entraron en la pobreza multidimensional viven en zonas rurales

concepto de “pisos de protección social” en su meta 1.3. Tomando en cuenta estos parámetros, las medidas adoptadas por los gobiernos latinoamericanos y caribeños durante la pandemia son insuficientes para alcanzar estos requisitos de protección social básica o el derecho a seguridad social.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ha señalado que, si bien los elementos del derecho a la seguridad social pueden variar en distintos contextos, hay una serie de factores fundamentales que se aplican a todas las circunstancias. Entre esos factores están: la disponibilidad de un sistema sostenible que garantice las prestaciones a los riesgos e imprevistos sociales pertinentes; la suficiencia de estas prestaciones para que todas las personas puedan gozar de unas condiciones adecuadas de vida; la accesibilidad en términos de cobertura, condiciones razonables de acceso, asequibilidad económica, acceso físico, participación e información y su complementariedad con otros derechos.[145]

Debido a la alta informalidad laboral, solo el 47,2% de las personas ocupadas en la región estaban afiliadas o cotizaban en los sistemas de pensiones, y el 60,5% estaban afiliadas o cotizaban a los sistemas de salud. Igualmente, una de cada cuatro personas de 65 años o más no percibía una pensión.[146] Los sistemas de protección social contributivos son un claro reflejo de la desigualdad y exclusión que sufren millones de personas: tienden a excluir a las mujeres[147], a los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes[148], a los jóvenes, a las personas no asalariadas, a las personas que viven en comunidades rurales y a los más pobres **(Ver A7 en Anexo Estadístico).**

En un contexto donde la población de menores ingresos accede principalmente a empleos informales con escasos mecanismos de protección social, la súbita interrupción de buena parte de estas actividades mostró la debilidad de la política social por la fragmentación de estos mecanismos para responder a fenómenos como las pandemias u otro tipo de emergencias sociales que pueden ser cada vez más frecuentes en el siglo XXI, dada la interdependencia entre las economías y el horizonte de la emergencia climática.

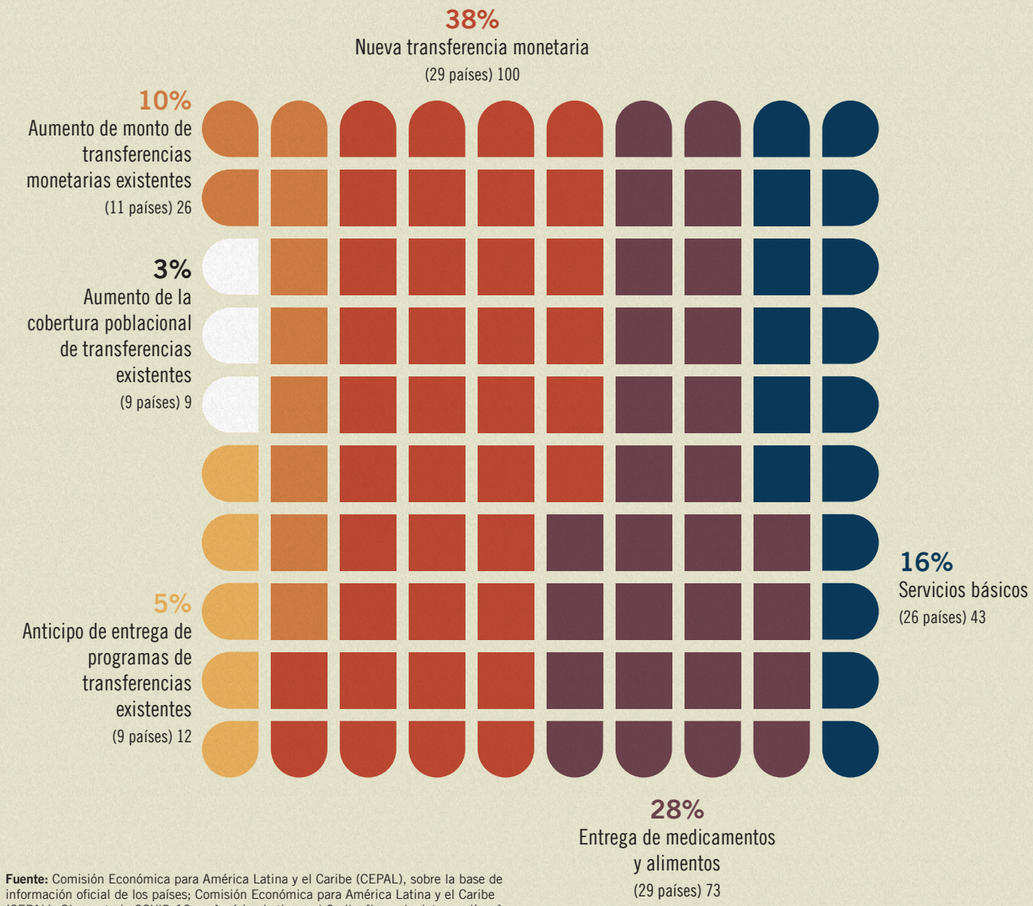
A diferencia de los países de ingresos altos, al no contar con la cobertura ni las herramientas de política pública características de un sistema amplio de protección social, los Estados en la región se vieron en la necesidad de adoptar una serie de medidas de protección social de emergencia sin precedentes frente al COVID-19, incluyendo transferencias monetarias, entregas de alimentos y medicamentos y aseguramiento del suministro de servicios básicos.

145. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general Nº 19 : El derecho a la seguridad social (artículo 9), 4 Febrero 2008, E/C.12/GC/19, disponible en esta dirección: https://www.refworld.org.es/docid/47d6667f2.html [Accesado el 26 Noviembre 2021], par. 10-28. **146.** Ibíd., p. 31. **147.**Ver CEPAL. “From beneficiaries to citizens: access by and treatment of women in Latin American pension systems”, Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean. Studies, No. 2 (LC/PUB.2019/4-P), Santiago,2019, disponible em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44606/1/S1900076_en.pdf; Silke Staab, “Delinking and Rethinking Social Protection for Women in Informal Employment? Perspectives from Latin America disponible em: https://www.wiego.org/sites/default/files/publications/files/Day%203.2-Social-Policy-Silke.pdf **148.**CEPAL, Panorama Social de América Latina, 2020 (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago, 2021, p. 122.

GRÁFICO 2

Medidas de protección social de emergencia para la población en situación de pobreza y vulnerabilidad en América Latina

(32 países) adoptadas en el contexto del COVID-19 (a noviembre de 2020).



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información oficial de los países; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe [base de datos en línea] https:// www.cepal.org/es/temas/covid-19; "Medidas de protección social para enfrentar el COVID-19", Desarrollo Social y COVID-19 en América Latina y el Caribe [base de datos en línea] https://dds.cepal.org/observatorio/socialcovid19/listamedidas.php

Según la CEPAL, "hasta el mes de junio de 2021, 33 países de América Latina y el Caribe adoptaron 430 medidas de protección social no contributiva, entre las que se incluyen las transferencias monetarias y en especie y el aseguramiento del suministro de servicios básicos. Entre marzo de 2020 y junio de 2021, las transferencias de emergencia llegaron a 105 millones de hogares latinoamericanos y caribeños, a los que corresponden aproximadamente 395 millones de personas, el 59,6% de la población de la región. En 2020, los anuncios relacionados con estas medidas fueron equivalentes a 86 mil millones de dólares en América Latina y el Caribe, lo que equivale a 78 dólares por habitante".[149]

Considerando un subconjunto de 144 de estas medidas en 28 países, estas habrían representado un gasto equivalente al 1,25% del PIB de 2019 de América Latina y el Caribe, lo que equivale a 1,9 veces la proporción de recursos destinados a programas de transferencias condicionadas y pensiones no contributivas en 2018. El monto promedio por habitante de estas medidas habría variado de 44,6 dólares en el Caribe a 105,2 dólares en América del Sur.[150]

Un problema de las medidas de emergencia frente a sistemas consolidados verdaderamente universales, integrales y sostenibles, es la dificultad de aumentar la cobertura y focalizarla a los sectores que más atención requieren. En un contexto en que la mayoría de la población se encontraba en situación de vulnerabilidad económica, estas coberturas podrían estar reflejando errores de exclusión, es decir podrían estar excluyendo personas que deberían beneficiarse de estos programas. Aunque no existen datos públicos con desagregación por género, es altamente probable que también en este sentido, las mujeres estén en desventaja en la región.

EN 2020

la región se implementó **64 programas** de transferencias monetarias

37 consistieron en **bonos de emergencia**

Aunque las medidas de emergencia implementadas no tienen precedente, se trata en su gran mayoría de medidas de emergencia cuya duración y montos son limitados. Un análisis comparativo a nivel global muestra que, salvo el programa Bonos de Compensación en El Salvador, América Latina no tiene programas de protección social que cubran a más del 70% de la población. Pese a los esfuerzos en aumento de la cobertura de los programas existentes, o a la creación de otros nuevos, en la mayoría de los países de la región, con excepción de Bolivia y El Salvador, el conjunto acciones y programas cubren a menos de dos terceras partes de la población.[151] Con excepción del Perú, el aumento de la cobertura de estos programas en la región estuvo por debajo del promedio global. [152]

De las medidas de asistencia tomadas por los gobiernos de la región durante la pandemia, las transferencias monetarias han sido las más usadas. Un análisis con corte a agosto de 2020 muestra que en la región se implementó un total de 64 programas de transferencias monetarias (en 24 de 33 países), 37 de los cuales consistieron en bonos de emergencia (ampliados en 21 países). Más de la mitad de las intervenciones benefició directamente a menos del 10% de

149. Ver CEPAL y Organización Panamericana de la Salud (OPS), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía Y el desarrollo social" (2021), p. 20. **150.** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama Social de América Latina, 2020 (LC/PUB.2021/2-P), Santiago, 2021, p. 33. **151.** Gentilini, Ugo; Almenfi, Mohamed; Orton, Ian; Dale, Pamela. 2020. Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures. World Bank, Washington, DC. "Living paper" version 15 (May 14, 2021), disponible en: https:// openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33635 **152.** Ibid., pp. 11-13.

PERÚ:

DESIGUALDADES PREVIAS AFECTAN EFICACIA EN POLÍTICAS DE COMPENSACIÓN Y MITIGACIÓN

El caso peruano es útil para ejemplificar la interacción negativa entre medidas de mitigación y condiciones socioeconómicas adversas. En Perú, al menos el 40% de los hogares no cuenta con un refrigerador. Por lo tanto, es costumbre de la población ir con frecuencia diaria a los mercados para el abastecimiento de alimentos. De ahí, por ejemplo, que los mercados en Lima, hayan sido importantes fuentes de contagio. Además, cuando el gobierno tuvo que distribuir los bonos económicos a la población vulnerable, se formaron largas filas en los bancos, convirtiéndose esto en otro foco de contagio (dado que, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática, sólo el 38% de peruanos posee una cuenta bancaria). Según el Banco Mundial, "los países que decidieron usar pagos digitalizados [para asistencia social] tendrán más efectividad en sus programas."

40%
DE LOS HOGARES
NO CUENTA
CON UN REFRIGERADOR.

38%
DE PERUANOS **POSEE UNA CUENTA**
BANCARIA.

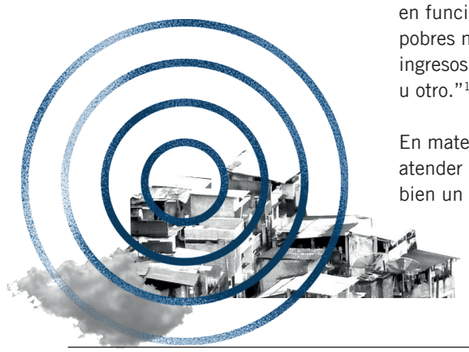
LOS HOGARES POBRES NECESITAN TRANSFERENCIAS DE INGRESOS Y SEGURIDAD SOCIAL, NO UNO U OTRO. 159

la población, y consistió en montos totales adicionales menores a un salario mínimo mensual.[153] Aunque es evidente que las transferencias monetarias no pudieron contener el impacto devastador de la pandemia sobre la población más pobre del continente, hay estudios que han analizado su efecto con mayor detalle y han mostrado que sin estas medidas el número de personas que cayeron en la pobreza habría sido mucho mayor.[154]

La ex Relatora de las Naciones Unidas sobre la pobreza extrema y derechos humanos ha especificado que los programas de transferencias de efectivo son importantes para combatir la pobreza, pero solo deben ser considerados como un componente de las políticas de protección social, entre varias otras. No pueden sustituir los esquemas de seguro social, la cobertura en salud, ni otras medidas para mejorar el nivel de vida de las personas.[155] Por su parte, el Programa de Naciones de Desarrollo (PNUD), afirma que "la seguridad y asistencia social son complementos y no sustitutos en un sistema de protección social en funcionamiento. Los hogares pobres necesitan transferencias de ingresos y seguridad social, no uno u otro."[156]

En materia de instrumentos para atender el mercado laboral, si bien un análisis genérico de varios países presentado en la Tabla 2 arriba sugeriría que existió un seguro de desempleo en muchos países de la región, un análisis más pormenorizado de las medidas sugiere que en realidad se expandieron o adecuaron instrumentos ya existentes de modo superficial o tales estuvieron completamente ausentes. Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Venezuela no implementaron ningún seguro o beneficio de desempleo.

En el caso de México, si bien tenía un seguro de desempleo antes de la pandemia- que era precario al no provenir de recursos públicos sino del ahorro de los trabajadores para su pensión[157], no implementó ninguna ampliación o mecanismo no contributivo adicional al previamente establecido, y la única medida para paliar los efectos de la pandemia en trabajadores fue los alivios de las hipotecas de trabajadores formales ante el Instituto Nacional del Fondo de Vivienda para Trabajadores (INFONAVIT).[158] Esto contrasta con la experiencia de Colombia, que lo hizo desde los primeros meses de la pandemia,[159] o Chile, que habilitó un abanico amplio de beneficios de desempleo para la población.[160] Aunque las medidas de estos países son importantes, no se asemejan al diseño, financiamiento y cobertura de los seguros de desempleo de países de



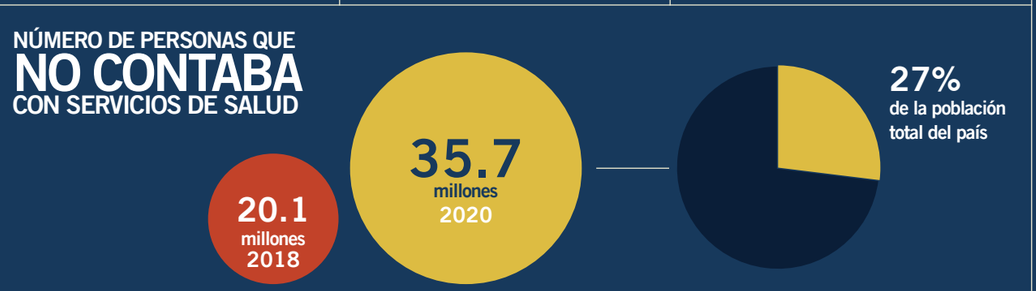
153. Guillermo M. Cejudo, Cynthia L. Michel y Pablo de los Cobos, Respuestas para enfrentar la pandemia en América Latina y el Caribe: el uso de programas de transferencias monetarias y de sistemas de información de protección social, 2021. PNUD LAC C19. Serie de Documentos de Política Pública N°. 24 **154.** A manera de ejemplo, un reciente documento de trabajo de varios investigadores muestra que, en ausencia de medidas de mitigación, la desigualdad habría aumentado desde un índicd de Gini prepandémico (que mide la desigualdad) del 0,44 hasta un 0,47 en Argentina y del 0,55 al 0,56 en Brasil. Sin embargo, con una ampliación de la asistencia social, esta desigualdad solo habría aumentado en Argentina a un 0,45, e incluso podría haber disminuido en Brasil. Puesto de otro modo, sin la adopción de medidas de mitigación, el número de pobres aumentó en alrededor de 1,6 millones de personas en Argentina y en 5,8 millones de personas en Brasil. Con la ampliación de los programas de asistencia social, el aumento hubiera rondado los 0,6 millones en Argentina, mientras que el número de pobres hubiera podido incluso disminuir en Brasil. De acuerdo a estimaciones recientes, en Colombia, con una asistencia social más limitada, en ausencia de medidas de mitigación, la desigualdad aumentó del 0,55 al 0,56, y 2,5 millones de personas cayeron por debajo del umbral de pobreza en 2020. Después de tomar en consideración la ampliación de la asistencia social, de todos modos se prevé que la desigualdad aumente en un grado similar, y el aumento del número de pobres podría acercarse a 2,3 millones. **155.**A/HRC/11/9 , párr 24 **156.**PNUD, Informe Regional de Desarrollo Humano 2021, página 18 **157.**Para más información consultar: http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202101/006 **158.**Base de datos Banco Mundial, página 398 . Queridas colegas de México y Chile, tengo estos datos almacenados pero están trabadas en mi carpeta ahora. Pido mil disculpas y completo esta nota a pie a la brevedad – Madeleine. **159.**Queridas colegas de México y Chile y Colombia, tengo estos datos almacenados pero están trabadas en mi carpeta ahora. Pido mil disculpas y completo esta nota a pie a la brevedad – Madeleine. **160.**Base de datos Banco Mundial

MÉXICO:

DISMINUYE LA COBERTURA SANITARIA POR NEGLIGENCIA DEL ESTADO EN LOS AÑOS PREVIOS A LA PANDEMIA

Según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), órgano descentralizado público autónomo de México, el número de personas en México que no contaba con servicios de salud se incrementó entre el año 2018 a 2020, al pasar de 20.1 millones de personas en 2018 a 35.7 millones de personas en 2020, aproximadamente el 27% de la población del país. Esta disminución tuvo que ver con el traslado de las personas que no contaban con cobertura sanitaria desde el sistema del Seguro Popular a un nuevo sistema, debido a la creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), de la Secretariía de Salud. El proceso para volverse derechohabiente del INSABI debía ser un proceso sencillo. Sin embargo, dejó a millones de personas sin protección, justamente en el momento previo a la pandemia.

En este sentido, cabe recordar que el Comité DESC plantea la necesidad de usar el máximo de los recursos de que disponga el Estado, lo que, a efectos del cumplimiento del PIDESC, supone adoptar medidas adecuadas que "incluyen, pero no agotan, las de carácter administrativo, financiero, educacional y social". Tomando en cuenta este criterio, cabe preguntarse si, por problemas de diseño de carácter administrativo, el Estado mexicano pudo haber afectado el derecho a la salud de millones de personas, en contra de sus obligaciones internacionales.



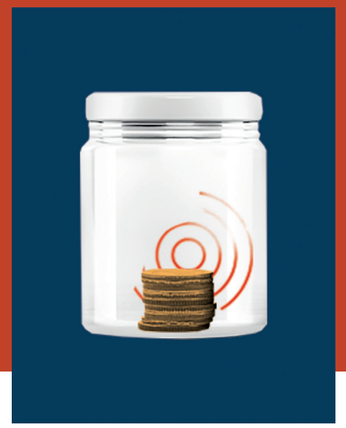
ingresos altos u otras regiones.

De igual manera, solo cuatro países de los 17 analizados tomaron medidas para subsidiar, exentar o disminuir de alguna forma las contribuciones a la seguridad social. En el ámbito de la protección social contributiva, solo ocho países latinoamericanos y tres caribeños que cuentan con seguro de desempleo han implementado varias adaptaciones para enfrentar la crisis.[161] El efecto en la pérdida de empleos formales podría debilitar aún más el financiamiento de los sistemas contributivos de protección social. El número de cotizantes en 11 países de América Latina y el Caribe disminuyó un 5,3% en el cuarto trimestre de 2020 (en comparación con el mismo trimestre del año 2019). La caída habría sido mayor entre las contribuyentes mujeres que entre los contribuyentes hombres.[162]

De igual manera, cabe mencionar la respuesta de los Estados en torno a la cobertura en salud. En materia de salud, llama la atención que ningún país con brechas importantes de cobertura y calidad, hizo uso de seguros médicos de emergencia como parte de su paquete de medidas. Según la OPS, el 30% de la población de América Latina y el Caribe no cuenta con acceso a la salud pública y gratuita, por falta de cobertura de seguro en materia de salud.[163] Este dato se revela aún más grave tomando en cuenta que de todas las medidas tomadas para enfrentar la emergencia de COVID-19, ningún país de la región amplió los seguros en materia de salud ni habilitó seguros de emergencia para dicha población.

En síntesis, si bien es importante reconocer los efectos de las transferencias en efectivo y su capacidad de amortiguar los impactos de la pandemia, también lo es enfatizar que las debilidades estructurales pre-existentes hicieron que los países tuvieran que desembolsar cantidades significativas de recursos, sin lograr mitigar el efecto por esa vía. No obstante, los países de América Latina, en general – con algunas excepciones– estuvieron por debajo del promedio mundial de aumento de sus programas de transferencias en efectivo, en comparación con los niveles previos a la pandemia.[164] Hacia adelante, es fundamental que se reconozca la interdependencia entre las políticas de protección social y las estrategias de inclusión productiva, reconociendo también las interacciones con los sistemas de salud y la dimensión ambiental de la crisis que atraviesa la región. En tal sentido, es fundamental recuperar la vocación universalista de los sistemas de protección social e incorporar estrategias transversales sensibles a las diferencias para enfrentar los diferentes ejes de la desigualdad en la región. El contenido del derecho a la seguridad social debe servir de guía para construir sistemas de protección social sostenibles, que garanticen la disponibilidad de prestaciones suficientes y accesibles para todas las personas frente a un conjunto amplio de riesgos e imprevistos sociales.

161. CEPAL (2020), "El desafío social en tiempos del COVID-19", Informe Especial COVID-19, N° 3, Santiago, 12 de mayo. **162.** "La paradoja de la recuperación en América Latina y el Caribe. Crecimiento con persistentes problemas estructurales: desigualdad, pobreza, poca inversión y baja productividad", Informe Especial COVID-19, N° 11, Santiago, julio. **163. 164.** Banco Mundial, Informe mayo 2021, página 12



CLAVE #4: SISTEMAS DE SALUD MAL FINANCIADOS CON GASTO DEFICIENTE

SALUD Y DESIGUALDAD

El acceso efectivo a la salud continúa siendo una asignatura pendiente en la región, ya que millones de personas en la región no gozan de servicios de salud adecuados. De acuerdo con la OPS, 3 de cada 10 personas de la región no tienen acceso a la atención sanitaria por motivos financieros.[165] Esta situación podría significar una vulneración de las obligaciones al PIDESC[166] y los Estados deberían probar que efectivamente han hecho todo lo posible para usar el máximo de los recursos disponibles para que la cobertura de salud- al menos la de primer nivel- llegara a todas las personas bajo su jurisdicción.[167] Sin embargo, los países de América Latina enfrentaron la pandemia con sistemas de salud que venían arrastrando años de financiamiento deficiente.

Esta falta de inclusión de la población en los sistemas de salud pública y la baja inversión pública tiene efectos en la desigualdad y la pobreza. Millones de hogares en la región utilizan recursos privados- el llamado gasto de bolsillo- para financiar el costo de los servicios los tratamientos y las medicinas.[168] Esto afecta de manera desproporcionada a la población más vulnerable, que tiene que hacer uso de sus ya precarios ingresos, ahorros o activos del hogar para financiar eventos catastróficos, lo cual puede tener como consecuencia un aumento en la pobreza.

En los países en donde el gasto público en salud es menor, hay un impacto directo en el bolsillo de las personas y las familias, las cuales terminan poniendo más de sus propios recursos para costear sus necesidades en salud. **(Ver A8 en Anexo Estadístico).** En América Latina y el Caribe, en promedio, el gasto de bolsillo en salud representa el 35% del gasto total en salud[169]. Esto quiere decir que las personas realizan gastos directos por un monto considerable para acceder a servicios de salud, sin reembolso de ningún seguro. Como referencia, en países de la OCDE, [170] el gasto de bolsillo en salud ascendió en 2017 a 21% del gasto total.[171]

Para una proporción significativa de la población de algunos de los países analizados, el gasto de bolsillo en salud puede resultar catastrófico. La alta proporción del gasto privado (gasto de bolsillo) en el conjunto del gasto total en salud, así como la importancia de este gasto en el total del presupuesto de los individuos y hogares es una situación compartida por un número importantes de países de la región **(Ver A9 en Anexo Estadístico).** Se estima que en LAC "cerca de 95 millones de personas incurren en gastos catastróficos en salud y casi 12 millones se empobrecen debido a estos gastos". [172]

PANORAMA DE LAS FINANZAS PÚBLICAS DE SALUD Y POLÍTICA DE GASTO

Como lo ha señalado la CEPAL y la OPS, "El bajo nivel de gasto público en salud va acompañado de un alto gasto de bolsillo en los países de la región, y esta es una importante fuente de desigualdad estructural en el acceso a los servicios de salud. La necesidad de incurrir en gastos privados para tener un acceso equitativo y oportuno a la salud aumenta el riesgo de empobrecimiento de las personas, sobre todo de las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, que de manera recurrente tienen un estado de salud más precario y necesitan mayor atención en salud".[173]

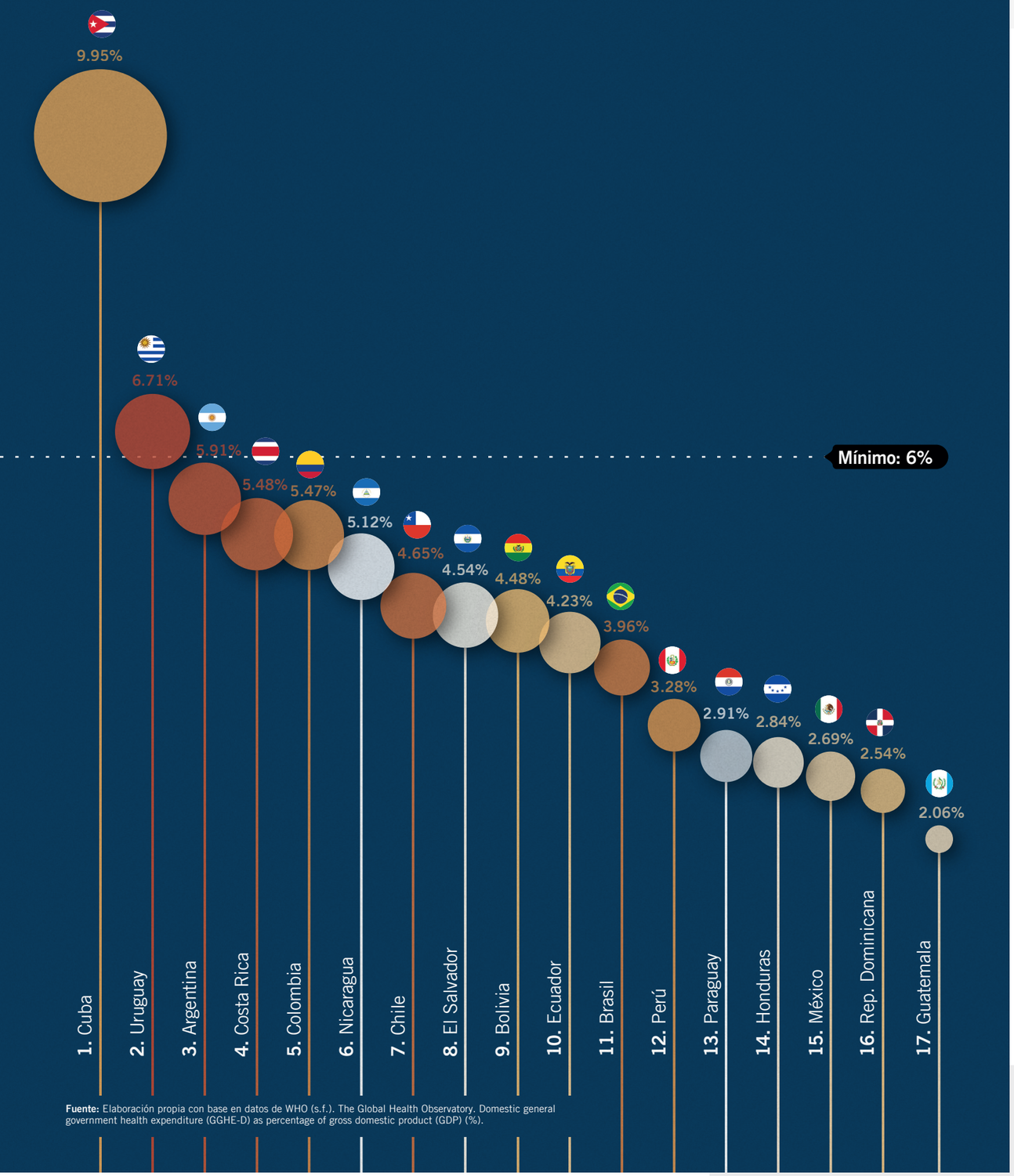
En este sentido, el reconocimiento de la salud como un derecho debe venir acompañado con el reconocimiento de que es un bien o servicio público[174], lo cual implica una asignación prioritaria de recursos públicos. Los gobiernos de América Latina y el Caribe, como miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se han comprometido a la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Como parte de esta agenda, los países de la región deben dedicar por lo menos el 6% del producto interno bruto (PIB) al gasto público en salud, un umbral que la OPS considera como el mínimo de recursos disponibles necesarios para avanzar hacia la cobertura universal en salud[175]. Sin embargo, como lo muestra la Gráfica 3, la gran mayoría de los países de la región no ha alcanzado esta meta y muchos de ellos siguen teniendo una brecha considerable.

165.https://news.un.org/es/story/2018/04/1430582. **166.**"Un Estado Parte en el que un número importante de individuos está privado de… atención primaria de salud esencial…. prima facie no está cumpliendo sus obligaciones en virtud del Pacto" CESCR Observación General 3. https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1452.pdf. Párr 10. **167.**Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "para que un Estado Parte pueda atribuir su falta de cumplimiento de las obligaciones mínimas a una falta de recursos disponibles, debe demostrar que ha realizado todos los esfuerzos posibles para utilizar todos los recursos que están a su disposición en un esfuerzo por satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas. E/C.12/2007/1 https://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/E.C.12.2007.1_sp.pdf. Párr 6 Párr 6 CITAR NOMBRE DEL DOCUMENTO: "EVALUACIÓN DE LA OBLIGACIÓN DE ADOPTAR MEDIDAS HASTA EL "MÁXIMO DE LOS RECURSOS DE QUE DISPONGA" DE CONFORMIDAD CON UN PROTOCOLO FACULTATIVO DEL PACTO" **168.**Se definen como pagos directos realizados por las personas a los proveedores de atención médica en el momento del uso del servicio. Esto excluye cualquier pago anticipado por servicios de salud como, por ejemplo, en forma de impuestos o primas de seguro o contribuciones específicas y, cuando sea posible, neto de cualquier reembolso a la persona que realizó los pagos. Incluye por lo tanto asuntos como honorarios médicos, compras de medicamentos, facturas de hospital, medicina alternativa y tradicional, entre otros. **169.**Cita – base de datos Deborah*** **170.**La OCDE es una organización que integra a 38 países, entre ellos son varios de este presente estudio: Chile, Colombia, Costa Rica, Mexico. **171.**OCDE y Banco Mundial, pág. 10; Panorama de la Salud/América Latina y el Caribe 2020; https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/740f9640-es.p **172.**CEPAL (2021). Panorama Social de América Latina 2020, pág. 126; https://www.cepal.org/es/publicaciones/46687-panorama-social-america-latina-2020 . **173.** CEPAL y Organización Panamericana de la Salud (OPS), "La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía Y el desarrollo social" (2021), p. 5 **174.**Protocolo de San Salvador, artículo 10, disponible en: http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf **175.**Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Serie Salud Universal. "Espacio fiscal para la salud en América Latina y El Caribe"; Página ix; https://iris.paho.org/handle/10665.2/34947. "(…) los países que más han avanzado hacia la cobertura universal presentan un gasto público en salud de 6% o más del producto interno bruto (PIB) y este es el porcentaje que se establece como referencia para los países en la estrategia para la salud universal de la OPS"

GRÁFICA 3

GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO % DEL PIB

(2018)



Fuente: Elaboración propia con base en datos de WHO (s.f.). The Global Health Observatory. Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of gross domestic product (GDP) (%).

Con excepción de Cuba, Argentina y Uruguay,[176] los países analizados no llegan a satisfacer el umbral de 6%. En algunos países, otros rubros reciben prioridad igual o mayor. Este es el caso de Colombia, donde el gasto militar no rebasa el gasto en salud, pero se acerca de manera significativa.[177] En otros países, el crecimiento económico gozado durante el "boom minero" de inicios del siglo, no fue reflejado en un aumento del gasto en salud. Si se analiza en términos per cápita, el panorama no es muy distinto. En 2018, el gasto total en salud per cápita para los países de América Latina y el Caribe se situaba, en promedio, en 1.094 dólares (en paridad del poder adquisitivo), de los cuales 637 dólares correspondían al gasto público. Ambas cifras representan apenas una cuarta parte del gasto per cápita en salud de la OCDE.[178]

En el caso de Brasil, a pesar de gastar 4% del PIB en salud, y con un Sistema Único de Salud (SUS) que ha sido modelo para otros países en años anteriores, la pandemia de COVID-19 mostró los impactos de unas reformas estructurales recientes que impactaron al gasto público de manera devastadora. Brasil ya se enfrentaba a limitaciones presupuestales en sus políticas de salud pública desde 2016, cuando el Congreso Nacional aprobó la Enmienda Constitucional 95, que limita el espacio fiscal disponible para realizar nuevas inversiones en salud al congelar el gasto público total y ajustarlo sólo por inflación durante 20 años. Ello implico una situación de suma-cero en el

PERÚ:

¿USO DE MÁXIMO DE LOS RECURSOS? FALTA DE INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD A PESAR DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO

En cuanto a las obligaciones de los Estados de adoptar medidas "hasta el máximo de los recursos de que dispongan", son de relevancia los Indicadores de Progreso para Medición de Derechos Contemplados en el Protocolo de San Salvador. Según esta base de indicadores, una señal de progreso para un país es que la evolución de la cobertura de salud de su población sea consistente con la evolución de su desarrollo económico.

En el caso del Perú, surgen dudas en cuanto al esfuerzo estatal realizado en garantizar el derecho a la salud en las dos décadas previa a la pandemia de COVID-19. Perú experimentó un crecimiento económico importante entre 2003 a 2008, pasando de 4.2 % de crecimiento anual a 9.1% de crecimiento, respectivamente. No obstante, en el mismo periodo, el gasto general del gobierno en salud se redujo, al pasar de 2.85% del PIB al 2.10%. En los años siguientes hasta 2013, el gasto en salud siguió en niveles menores al nivel de 2003, a pesar de que en esos mismos años hubo un crecimiento económico mayor a 2003 (con excepción de 2009). Posteriormente, de 2013 en adelante, el gasto en salud subió muy levemente para pasar del 3% del PIB, sin embargo, este nivel sigue siendo menor al umbral recomendado por la OPS, y claramente venía arrastrando una desfinanciación significativa en el sector.

176. Es importante tomar en cuenta que Véase a la CEPAL (2021). Panorama Social de América Latina 2020, Recuadro IV.1. Información estadística sobre el gasto público social, pág. 159, para una mejor comprensión de los datos acerca del gasto público social (que incluye, entre otros, el gasto público para la salud) según el nivel de cobertura institucional; https://www.cepal.org/es/publicaciones/46687-panorama-social-america-latina-2020 Recuadro IV.1. Información estadística sobre el gasto público social para una mejor comprensión de los datos acerca del gasto público social (que incluye, entre otros, el gasto público para la salud) según el nivel de cobertura institucional. **177.** Base de Datos del Banco Mundial. "Gasto Militar (% del PIB): Colombia: 3.4% (2020), comparado con 5.5% en gasto en salud según datos de la OMS mostrados arriba. **178.** Organización Mundial de la Salud (OMS), Global Health Expenditure Database (GHED) [en línea] https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/es

presupuesto, ya que el aumento en un rubro tendría que darse a costa de otro.[179]

Además, los estándares internacionales para la asignación presupuestaria en salud, de acuerdo con el Comité DESC, el derecho a la salud obliga a asegurar la disponibilidad de establecimientos, servicios, médicos, pero también su accesibilidad económica, que garantice que la salud está "al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos."[180] Antes de la pandemia, la mayoría de los sistemas de salud analizados mostraban deficiencias en términos de infraestructura y recursos humanos. Aunque casi ningún país del mundo parecía estar preparado para la magnitud del daño y las presiones que ha supuesto la pandemia sobre sus sistemas de salud, lo cierto es que, desde muy temprano en la evolución de esta, los países analizados reportaban haber llegado a los límites de capacidad de atención de sus servicios públicos de hospitalización y unidades de cuidado intensivo (UCI).[181]

A excepción de Argentina, Uruguay y Brasil, que incluso superan al promedio de los países de la OCDE en cuanto a capacidad de atención en cuidados intensivos en la etapa previa a la pandemia, los déficits en este sentido fueron pronunciados para todos los países analizados sobre los que se cuenta con información. Rezagos particularmente marcados (con cerca de siete o menos camas UCI por cada 100,000 habitantes) se identifican en casos como los de Chile, Perú, Ecuador, México, El Salvador, Paraguay y Costa Rica.[182] Por ejemplo, en general, en los países del estudio la relación de personas enfermeras por médico era muy baja antes de la llegada de la pandemia **(Ver A10 en Anexo Estadístico).** Esto, definitivamente, impacta sobre la calidad de la atención sanitaria.

Es alarmante observar cómo el manejo de la pandemia en Brasil, a pesar de poseer tasas de camas de UCI mayores al promedio de muchos otros países, ha terminado con una crisis hospitalaria en varios estados. En mayo de 2021, con niveles críticos de contagio, la OPS afirmó que en algunas zonas de Brasil había listas de espera para camas UCI.[183] Además, las cifras ocultan el hecho de que en Brasil hay una distribución desigual, tanto a nivel regional como hacia grupos históricamente marginados (la mayoría de las camas están en la región sureste y están disponibles para los grupos de población blanca que pueden pagarlas). Los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes y las personas que residen en las regiones del norte y noreste, en las zonas rurales y en los pueblos pequeños

De particular interés...

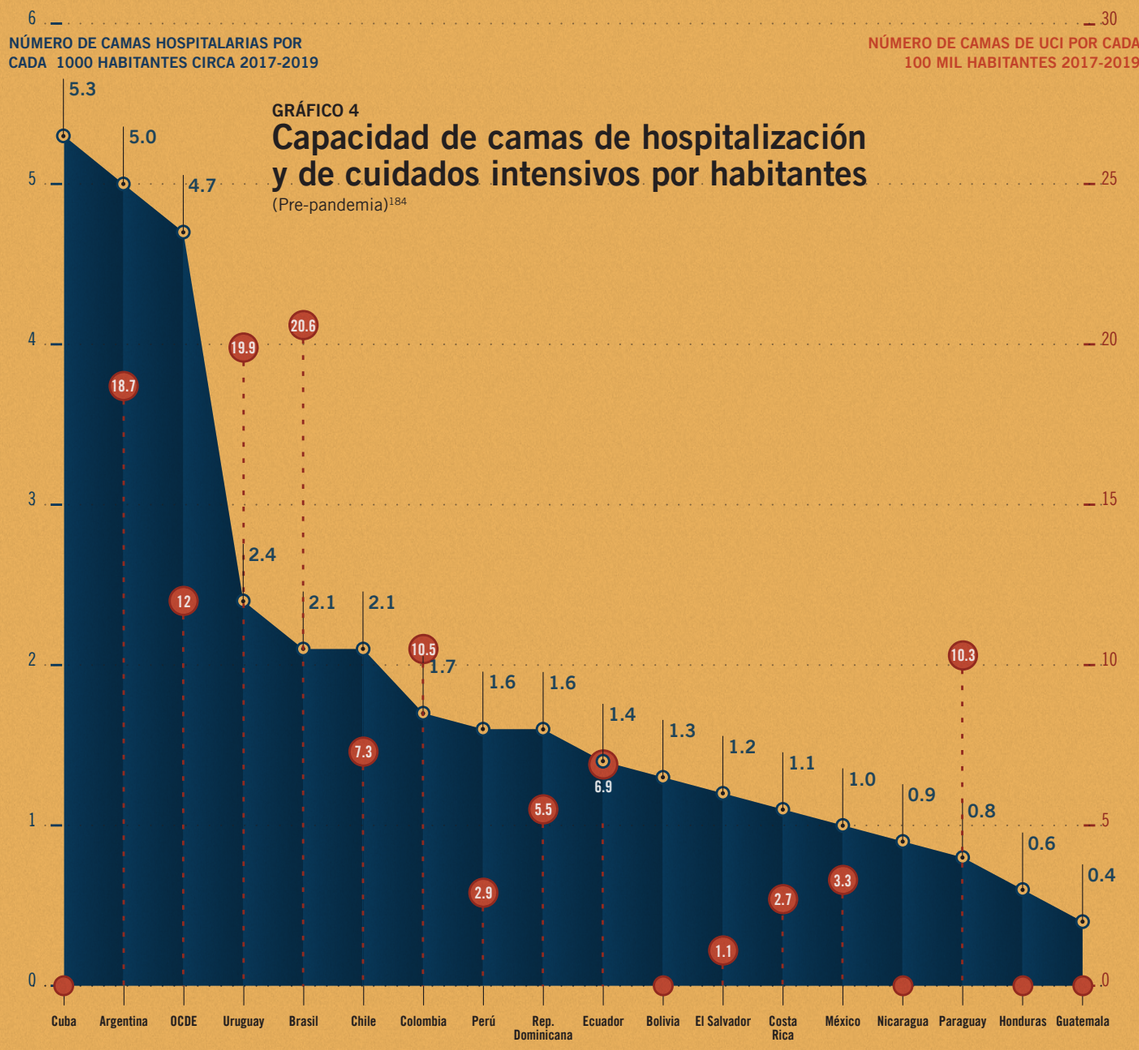
Son los factores que tienen que ver con el gasto público en salud, tanto del presupuesto como de servicios en hospitales y número de personal médico, datos que sugieren una correlación significativa con la mortalidad de los países. En este sentido, en México y Perú la correlación entre índice de mortalidad y el gasto en salud y tasa de camas UCI es particularmente evidente.

179. Anistia Internacional Brasil, Covid-19 e direitos humanos no Brasil: caminhos e desafios para uma recuperação justa (AMR 19/4299/2021). Disponible en: https://anistia.org.br/informe/novo-relatorio-covid-19-e-direitos-humanos-no-brasil-caminhos-e-desafios-para-uma-recuperacao-justa/ **180.**Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14, párr 12 **181.**Véase, por ejemplo, para el caso de Perú a Barreto C. y Mejía M. (2020), "Peru's intensive care units at capacity as virus cases surge"; https://apnews.com/article/lima-coronavirus-pandemic-peru-847fb33c1f5c49ca70b66227f0435e2e **182.**OCDE y Banco Mundial Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, págs. 12, 29 y 127. **183.** Naciones Unidas, "Noticias ONU", 12 de mayo de 2021, disponible en: https://news.un.org/es/story/2021/05/1491932 **184.**Notas: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/740f9640-es.pdf?expires=1646882893&id=id&accname=guest&checksum=8BF40873A9E11582FAE3672CE34E455F Datos de camas hospitalarias de 2017 para Costa Rica, México, Colombia y Chile, de 2013 para Ecuador, 2012 para Brasil, 2011 para Paraguay, y de 2014 para los países restantes. Datos de 2020 para camas UCI, excepto para Ecuador y Uruguay (2018). Datos no disponibles para los países para los que no se muestra información en el gráfico. Datos de OCDE de camas hospitalarias correspondientes a 36 países y de camas UCI de 22 países. **185.**Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Corrupción y Derechos Humanos diciembre de 2019 http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/CorrupcionDDHHES.pdf, párr 149 **186.**Ibid, párrafo 140 **187.**De acuerdo con el Relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud, "[e]l sector de la salud está sumamente expuesto a la corrupción – política e institucional, en gran y pequeña escala – en todos los niveles de los sectores público y privado".

GRÁFICO 4

Capacidad de camas de hospitalización y de cuidados intensivos por habitantes

(Pre-pandemia)[184]



Fuente: Elaboración propia, con base en datos de OCDE y Banco Mundial Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, págs. 12, 29 y 127.

no tienen camas adecuadas disponibles.

Con la información disponible hasta el momento existe una relación directa entre el bajo financiamiento público, la falta de infraestructura de camas de hospitalización y UCI, con las alta tasas de mortalidad de la región. En este sentido, en México y Perú la correlación entre índice de mortalidad y el gasto en salud y tasa de camas UCI es particularmente evidente **(Ver A11 en Anexo estadístico).**

Un problema que amplifica y agrava los recursos precarios en materia de salud pública es la corrupción en la función pública, que debilita la capacidad de los Estados de garantizar los derechos económicos, sociales y culturales[185] al reducir la calidad del gasto público, obstruir la rendición de cuentas y erosionar la confianza de la ciudadanía en los servicios públicos. La endémica corrupción en la región está vinculada con sistemas de gobierno basados en injusticias estructurales que muchas veces terminan afectando a las personas en situación de desventaja. [186] El sector salud ha sido señalado en estándares internacionales de derechos humanos como una de las esferas más vulnerables a la corrupción.[187]

Es ampliamente reconocido que

el gasto público en salud de la región ve reducida su eficacia como generadora de bienestar de las personas dado las enormes ineficiencias en su asignación. En palabras del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en los países de LAC "se requiere más salud por dólar invertido". Así, la corrupción y la captura de normas y regulaciones clave (como las que atañen a las contrataciones públicas o a los precios de los medicamentos) muestran su faceta más letal en perjuicio de los derechos humanos.

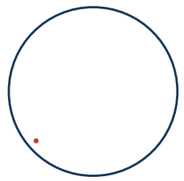
En el contexto de la pandemia, en muchos países analizados por este informe, se han revelado y publicado irregularidades en el sector sanitario que demuestran las deficiencias de sus sistemas de transparencia, así como las fallas y captura de los organismos y mecanismos de control de la corrupción.[188] Perú, México y Honduras se encuentran entre los países con mayores tasas de soborno en hospitales en la región. Una de cada siete personas en estos países ha pagado un soborno para recibir servicios de salud **(Ver A12 y A13 en Anexo Estadístico).**

Según el Relator Especial sobre el derecho a la salud física y mental, en un contexto donde la corrupción es endémica en el sistema de salud, son necesarios un mantenimiento de registros y una supervisión escrupulosos, incluidas auditorías e inspecciones in situ, así como de sólidos organismos independientes y autónomos contra la corrupción[189]. Para el Relator, no sólo son importantes las auditorías y los organismos de lucha contra la corrupción, sino que hace también hincapié en "la gran importancia de aumentar la transparencia[184] no solo para combatir las prácticas claramente corruptas, sino también para corregir esos fenómenos dañinos que entorpecen el disfrute del derecho a la salud"[190].

El Relator especial señala también que otro factor clave será garantizar la protección efectiva de quienes denuncian irregularidades. También se hace eco de ello el Relator especial de la ONU sobre libertad de expresión, que explica que los "actos de represalia y otros ataques contra denunciantes y la divulgación de fuentes confidenciales deberían investigarse en profundidad y las personas responsables de la comisión de esos actos deberían rendir cuentas". Transparencia Internacional pide igualmente a los gobiernos que "[p]rotejan a los ciudadanos que denuncien infracciones e investiguen sus quejas"[191]. Los gobiernos no deben iniciar en ningún caso procedimientos penales ni sancionar de ningún modo a quienes, aun teniendo la obligación de mantener la confidencialidad o el secreto, revelen información sobre abusos contra los derechos humanos por motivos de conciencia y de manera responsable.

Aunque se pueden tener ganancias considerables de eficiencia cuidando el ejercicio transparente del gasto público en salud, el combate a la corrupción no sería suficiente para solventar la falta de recursos públicos que provienen de políticas fiscales deficientes. Incluso si se pudieran recuperar todos los recursos públicos estimados que se pierden por causa de la corrupción en el ámbito de la administración pública, estos no llegarían a cubrir la enorme brecha de recaudación tributaria existente entre los países de la OCDE y de la región.

APROXIMADAMENTE...



1,4%

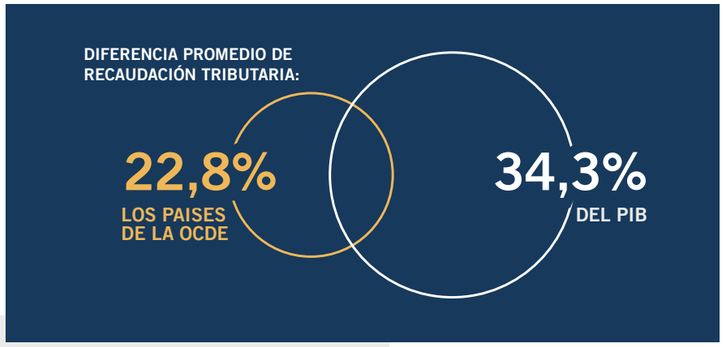
DEL PIB

equivale a un promedio en el **malgasto en las adquisiciones** públicas en los países de **América Latina y el Caribe**

De acuerdo con el BID, el gasto deficiente en las adquisiciones públicas en los países de América Latina y el Caribe equivale a un promedio del 1,4% del PIB[192].

Aun teniendo a la mano los recursos recuperados por corrupción, los países de LAC seguirían teniendo una diferencia promedio de más de 10 puntos porcentuales de recaudación tributaria con relación al promedio de los países de la OCDE – 22,8% versus 34,3% del PIB.[193] Es por ello que se requiere una revisión profunda del sistema tributario, que no provee a los países de recursos suficientes para poder atender de manera adecuada las necesidades de salud de la población. Actualmente, los sistemas fiscales no sólo son insuficientes, sino que no reducen la desigualdad económica y social.

Finalmente, es importante señalar el rol de la ayuda y cooperación internacionales en la recuperación justa de la región. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los países de ingresos bajos y medios necesitarán también de ayuda y cooperación internacional para gestionar plenamente el impacto de COVID-19 en sus poblaciones.[194] Los Estados parte del PIDESC que estén en condiciones de hacerlo, tienen la obligación de la asistencia y cooperación internacionales frente a los países que la necesiten, como parte de sus obligaciones extraterritoriales en materia de derechos humanos.[195]



188.Véase, por ejemplo, los casos documentados de Argentina, Bolivia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, Perú, República y Venezuela en: CONNECTAS, "Sistemas de salud enfermos"; https://www.connectas.org/pandemia-sistemas-de-salud-enfermos/; Beltrán A. (2021). "In Honduras, Corruption Kills"; https://www.worldpoliticsreview.com/articles/29379/in-honduras-hurricanes-COVID-19-and-corruption-kill; El Explicador. La Nación (2021), "Mascarillas de la Caja: todo el caso, explicado en 10 minutos"; https://www.nacion.com/blogs/el-explicador/mascarillas-de-la-caja-todo-el-caso-explicado-en/EXZEFU6TGRCKFO37YRYODVNUAM/story/; Diálogo CONNECTAS; "Transparencia en los recursos públicos: el reto de República Dominicana en pandemia"; https://www.connectas.org/eventos/republica-dominicana-gestion-de-la-pandemia-y-transparencia-en-el-uso-de-recursos-ante-la-emergencia/ **189.**Naciones Unidas. (2020). El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nota del Secretario General sobre el informe del Relator especial. 16 de julio de 2020. **190.**Ibid. **191.** Transparency International (2020). La corrupción esta enfermando a las personas. Disponible en: https://www.transparency.org/es/news/how-corruption-is-making-people-sick **192.**Izquierdo, A.; Pessino, C.; Vuletin, (2018). Mejor gasto para mejores vidas. Banco Interamericano de Desarrollo. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Mejor-gasto-para-mejores-vidas-C%C3%B3mo-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-puede-hacer-m%C3%A1s-con-menos.pdf **193.**Center for Economic and Social Rights (CESR) Las ideas como campo de batalla diciembre 2019 https://www.cesr.org/sites/default/files/Desmontando%20Mitos-Online.pdf https://www.cesr.org/sites/default/files/Desmontando%20Mitos-Online.pdf **194.**OMS (2020). Addressing Human Rights as Key to the COVID-19 Response. World Health Organization. Disponible en: Addressing Human Rights as Key to the COVID-19 Response (who.int) **195.**Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general Nº 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12) (E/C.12/2000/4), pár. 38 y 45

CLAVE #5: POLÍTICAS FISCALES INEFECTIVAS PARA EL COMBATE A LA DESIGUALDAD

La pandemia ha puesto en evidencia la vulnerabilidad del modelo económico y social de la región y sus implicaciones sobre los derechos humanos. Como lo muestran las secciones anteriores de este informe, la región ha sufrido impactos desproporcionados en términos del derecho a la salud, a la educación, a un nivel de vida adecuado y al trabajo, no solo en comparación con países de mayores ingresos sino también con regiones de nivel de ingreso similar o inferior. Estos impactos no se han distribuido de manera equitativa en cada país, y han afectado particularmente a poblaciones en situación de desventaja, exacerbando las desigualdades. Todo esto ha generado una presión por mayores niveles de gasto público, en un contexto marcado por una caída generalizada de los ingresos públicos, agravada por la alta dependencia de las rentas provenientes de materias primas que ha caracterizado a la región.

La consecuencia es que el balance fiscal se ha deteriorado y la deuda pública ha aumentado. El déficit fiscal en América Latina pasó, en promedio, del 3% al 6,9% del PIB entre 2019 y 2020, y la deuda pública bruta de los gobiernos centrales pasó del 45,6% al 56,3% del PIB.[196]

En un contexto de incremento de las necesidades del gasto combinado con una reducción de los ingresos por materias primas e incremento de la deuda pública, resulta preguntar – ¿de dónde vendrán los recursos? Esta es la razón por la cual las políticas fiscales son tan importantes, y por la cual son necesarias reformas transformadoras en materia tributaria. Para lograr una respuesta efectiva ante las crisis detonadas por la pandemia, la reformas en materia de impuestos deben de tomar en consideración dos elementos: un incremento en los recursos recaudados a través del sistema tributario, y la progresividad de dichos instrumentos en términos de sus impactos en desigualdad.En el caso de América Latina y el Caribe, la respuesta en materia fiscal estuvo limitada por estos dos factores.

Las normas internacionales de derechos humanos contienen varios deberes para los Estados en materia de política fiscal. Los Estados se han comprometido a adoptar las medidas oportunas que fueren necesarias, incluyendo las medidas de tipo financiero, para hacer efectivos los derechos reconocidos en los pactos internacionales.[197] En el caso de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, los Estados se han comprometido a adoptar estas medidas hasta el máximo de los recursos disponibles para lograr progresivamente su plena efectividad.[198] Los órganos de interpretación han desarrollado una doctrina consolidada sobre el alcance y las implicaciones concretas de estos deberes.[199] Conforme a esta doctrina, los Estados deben no solo lograr una distribución más equitativa de los recursos y priorizar ciertos gastos, sino también tomar acciones para incrementar el volumen de recursos disponibles, movilizando potenciales fuentes no exploradas de recursos, incluyendo una tributación más progresiva.[200] Dichos desarrollos han sido sistematizados de forma reciente con la publicación de los Principios de Derechos Humanos en la Política Fiscal[201], producto de un esfuerzo conducido por organizaciones de la sociedad civil de toda América Latina con participación de personas expertas de mecanismos regionales e internacionales de derechos humanos.

Los principios de derechos humanos derivados de tratados internacionales se aplican a la forma como se obtienen, se distribuyen y se usan los recursos públicos.[202] Como lo ha señalado la CIDH, los principios de derechos humanos son "plenamente aplicables y resultan particularmente relevantes para el análisis de la política fiscal" y "deben implementarse en todo el ciclo de las políticas, desde la elaboración de los presupuestos y los códigos tributarios o la asignación de gastos hasta la supervisión y evaluación de las consecuencias".[203]

En el gráfico a continuación se resume la aplicación de las normas de derechos humanos a las distintas fases de la política fiscal.

196.CEPAL, Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2021, p. 27-35 **197.**Ver. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 2.2; Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, art. 2.1; Convención sobre los Derechos del Niño, art. 4; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, art. 2, entre otras. Los órganos de interpretación autorizados de estos instrumentos han aclarado en diversas oportunidades que el tipo de medidas que los Estados deben adoptar van más allá de las medidas legislativas, e incluyen también las medidas financieras y de otra índole. Ver. Comité de derechos económicos, sociales y culturales, Observación general Nº 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes, par. 7; Comité de Derechos del Niño, Observación General N° 19 sobre el Gasto Público para la Realización de los Derechos de los Niños, CRC/C/GC/19, par. 61. **198.**La obligación de realización progresiva es de carácter inmediato y ella misma no está condicionada a la disponibilidad de recursos. Esto quiere decir que esta obligación no es derogable, y que se mantiene incluso en contextos de fuertes restricciones de recursos o cuando estos son claramente inadecuados, como es el caso de crisis financieras o desastres naturales. En estos casos los Estados deben demostrar que han adoptado todas las medidas a su alcance, prestando particular atención a los derechos de los grupos más desaventajados. Ver. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general Nº 3. La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto), pár. 9; Carta de fecha 16 de mayo de 2012 dirigida a los Estados partes en relación con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por el Presidente del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Comité de Derechos del Niño, Observación General Nº 5 (2003): Medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño (artículos 4 y 42 y párrafo 6 del artículo 44) (CRC/GC/2003/5). **199.**Rodrigo Uprimny, Sergio Chaparro Hernández y Andrés Castro Araújo. "Bridging the Gap: The Evolving Doctrine on ESCR and Maximum Available Resources". En: Katharine G. Young. The Future of Economic and Social Rights (2019): 624-653. **200.**Al respecto la CIDH ha señalado que los Estados deben "disponer y movilizar el máximo de los recursos disponibles, incluyendo acciones de búsqueda permanente de dichos recursos a nivel nacional y multilateral, para hacer efectivo el derecho a la salud y otros DESCA el con objeto de prevenir y mitigar los efectos de la pandemia sobre los derechos humanos, incluso tomando medidas de política fiscal que permitan una redistribución equitativa, incluyendo el diseño de planes y compromisos concretos para aumentar sustantivamente el presupuesto público para garantizar el derecho a la salud". Comisión Interamericana de Derechos Humanos Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, Resolución 1/2020, par. 13. **201.**Estos principios son el resultado de un proceso de investigación y consulta de más de 5 años impulsado por organizaciones de la sociedad civil en la que han participado expertos y expertas de distintas disciplinas. Ver Iniciativa por los Principios de Derechos Humanos en la Política Fiscal, "Principios de Derechos Humanos en la Política Fiscal" (2021), disponible en: https://www.cesr.org/principios-de-derechos-humanos-en-la-politica-fiscal/#:~:text=Los%20Principios%20de%20Derechos%20Humanos,justicia%20para%20todas%20las%20personas **202.**Center for Economic and Social Rights, "La Obligación De Los Gobiernos De Invertir El Máximo De Los Recursos Disponibles En Los Derechos Humanos" (2020). Serie Derechos en la Recuperación. No. 1. **203.**CIDH, Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas (2020). OEA/Ser.L/V/II.164. Doc. 147. Pár. 501

GRÁFICO 5

Las obligaciones de derechos humanos y las fases de la política fiscal

Fuente: CESR, Justicia fiscal y derechos humanos: Guía para la incidencia (2020)

SISTEMAS TRIBUTARIOS DÉBILES IMPIDEN POLITICAS FISCALES EFICACES

Históricamente, las respuestas fiscales de los Estados han sido claves para mitigar los impactos adversos de las pandemias sobre las desigualdades socioeconómicas y sobre los derechos de la población. Los episodios marcados por una extrema austeridad fiscal posterior a las pandemias – medida a través del balance fiscal del gobierno, la reducción del gasto público en salud o de una acción fiscal menos redistributiva – se han asociado con un aumento de la desigualdad tres veces mayor que en los episodios en los que la política fiscal ha sido más expansiva y redistributiva.[204] Por ende, analizar las respuestas fiscales de los Estados en el contexto de la pandemia de COVID-19 es fundamental para comprender el papel del Estado en la garantía de los derechos y en evitar el incremento de las desigualdades socioeconómicas.

Antes de la pandemia, América Latina se caracterizaba por una escasa movilización de recursos para financiar los derechos y una débil acción redistributiva de la política fiscal para corregir las desigualdades socioeconómicas. En comparación con el resto del mundo, los países de la región se caracterizan por una baja recaudación tributaria como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), dados sus niveles de desarrollo humano **(Ver A14 en Anexo Estadístico).** Mientras que la región recaudaba en promedio 18% del PIB en impuestos, el promedio para países de la OCDE- que invierten gran parte de sus ingresos tributarios en salud, educación y protección social- es del 33%.

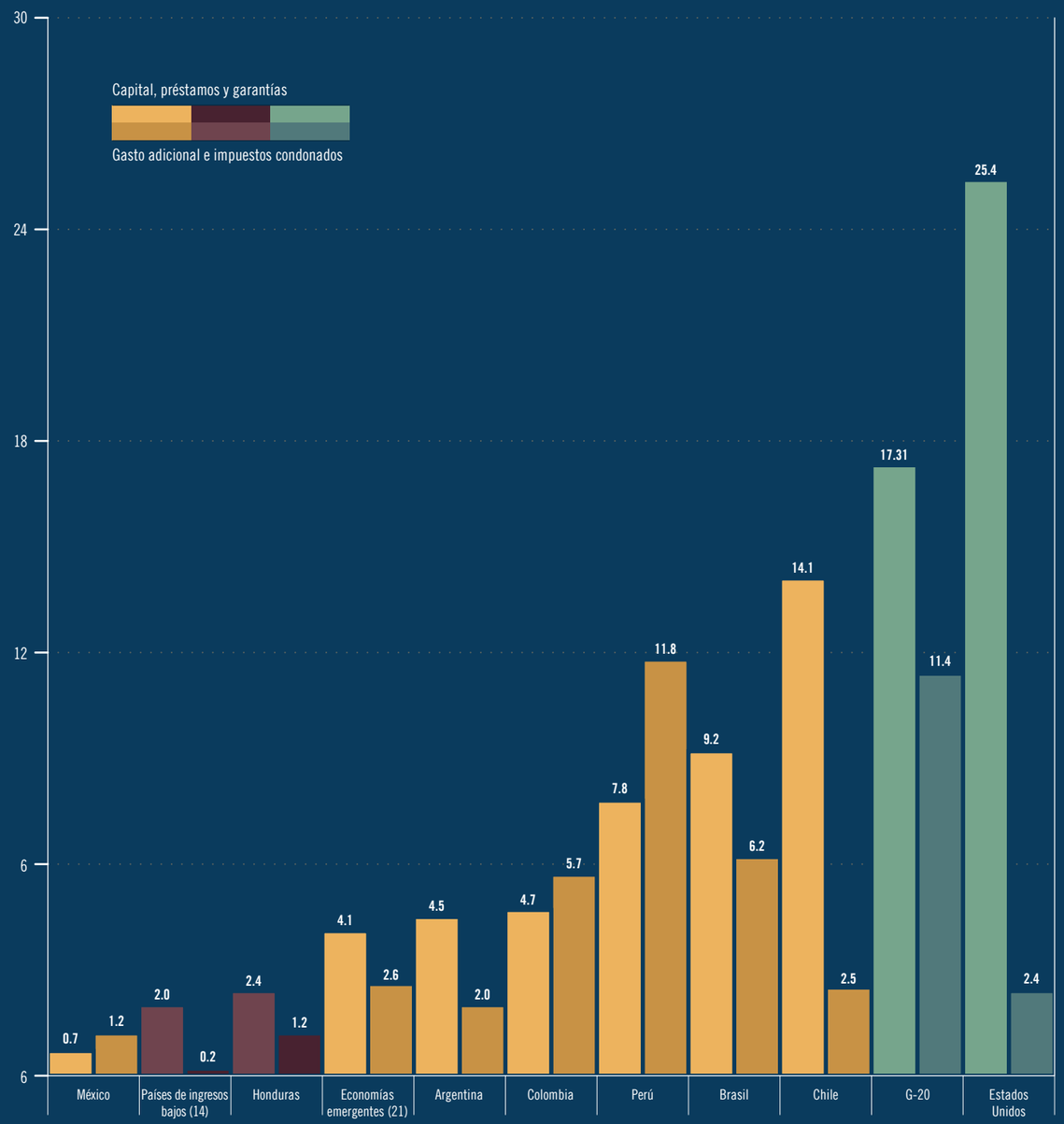
Como lo muestra el Gráfico 19, la pandemia de COVID-19 combinado con una baja recaudación tributario tuvo efectos sobre la magnitud de los recursos invertidos en la mitigación de las crisis. Si bien las respuestas fiscales de los países de América Latina y el Caribe para hacer frente a la pandemia (tanto en materia de gasto presupuestario como de otro tipo de medidas[205]) han estado en general acorde con otras economías con ingresos similares, claramente se han situado por debajo del promedio de los países con mayor recaudación y mayores ingresos. Mientras que el incremento anual del gasto público en los países de la región en 2020 fue considerable con respecto a otros años, visto en términos comparativos la respuesta de los países de la región ha sido limitada para la magnitud del desafío que la pandemia ha representado. A esto se suma el riesgo de que muchas de estas medidas se retiren prematuramente, como ya ha sucedido en algunos países de la región y en general en los países de ingresos medios en el mundo, en contraste con su prolongación en los países de mayores ingresos.[206]

204. Furceri, Davide, and Pietro Pizzuto. "The rise in inequality after pandemics: can fiscal support play a mitigating role?." IMF Working Papers 2021, no. 120 (2021) **205.** Según lo que reporta el FMI, la mayoría de los planes económicos para afrontar la crisis del COVID-19 de los países para los que se cuenta con información, dedicaron un mayor volumen de recursos fiscales a medidas "por encima de la línea" que a medidas "por debajo de la línea". Por medidas encima de la línea se entiende aquellas con impacto directo en gasto público (como, por ejemplo, transferencias sociales o subsidios) o en pérdida de ingresos fiscales que se esperaba recibir (por ejemplo, exoneraciones tributarias). Por medidas debajo de la línea se entienden medidas de financiamiento (por ejemplo, préstamos y programas de garantías crediticias) que no suponen un gasto (al menos no inmediatamente) desde el punto de vista contable, pues el aporte estatal o es devuelto eventualmente (préstamos) o es contingente (garantías). **206.** Fondo Monetario Internacional, Fiscal Monitor 2021: A Fair Shot (2021), p. 10

GRÁFICO 6

Respuesta fiscal discrecional a la crisis del Covid-19 en economías seleccionadas

(Porcentaje del PIB)



Fuente: Base de datos del Monitor Fiscal del Fondo Monetario Internacional de medidas fiscales nacionales en respuesta a la pandemia COVID-19. Julio de 2021. Disponible en: https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/~/media/Files/Topics/COVID/FM-Database/july-2021-country-fiscal-measures-database-publication-v2.ashx

¿Cómo puede mantener la región un gasto fiscal expansivo para asegurar una recuperación transformadora basada en los derechos en este contexto? Un análisis de las medidas adoptadas hasta hoy muestran que tanto la comunidad internacional y, en particular, las instituciones financieras internacionales, los acreedores privados y los Estados de mayores ingresos, como los países de la región, tienen un amplio margen de maniobra para movilizar más recursos y cumplir así con sus obligaciones en materia de derechos humanos.

Como lo ha señalado la CIDH, los Estados deben "disponer y movilizar el máximo de los recursos disponibles, incluyendo acciones de búsqueda permanente de dichos recursos a nivel nacional y multilateral, para hacer efectivo el derecho a la salud y otros DESCA con objeto de prevenir y mitigar los efectos de la pandemia sobre los derechos humanos, incluso tomando medidas de política fiscal que permitan una redistribución equitativa, incluyendo el diseño de planes y compromisos concretos para aumentar sustantivamente el presupuesto público para garantizar el derecho a la salud".[207]

En relación con las medidas tributarias a nivel doméstico, el Comité DESC ha señalado que *"los Estados partes tienen la obligación de dedicar el máximo de recursos de que dispongan a la plena realización de todos los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud. Dado que esta pandemia y las medidas adoptadas para combatirla han tenido unos efectos desproporcionadamente negativos en los grupos más marginados, los Estados han de hacer todo lo posible por movilizar los recursos necesarios para combatir la COVID-19 de la manera más equitativa posible, con objeto de evitar que se imponga una carga económica adicional a esos grupos marginados. Se debe dar prioridad a las necesidades especiales de esos grupos en la asignación de recursos".*[208] Adicionalmente, el Comité ha exhortado a los Estados a que "*velen por que la extraordinaria movilización de recursos para hacer frente a la pandemia de COVID-19 dé el impulso necesario para movilizar recursos a largo plazo con miras al disfrute pleno y en condiciones de igualdad de los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en el Pacto".*[209]

FALTA DE PROGRESIVIDAD DE LA POLÍTICA FISCAL NO MITIGA EFECTOS DESIGUALES DE LA PANDEMIA

La combinación de una baja recaudación, impuestos que no son suficientemente progresivos, y un diseño institucional de la política de salud y protección social que no reduce la desigualdad, tienen como consecuencia un sistema fiscal que hace poco por reducir la desigualdad. A diferencia de otros países de ingresos medios o bajos, como los del sudeste asiático, o de los países que conforman el grupo de la OCDE, los países de América Latina tienen sistemas fiscales que hacen poco por redistribuir los ingresos y la riqueza que genera el

207. CIDH, 2020. Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. Resolución 01 de 2020 (Adoptada por la CIDH el 10 de abril de 2020). Pár. 13. **208.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales (17 de abril de 2020). E/C.12/2020/1, par. 14 **209.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales (17 de abril de 2020). E/C.12/2020/1, par. 25.

mercado a través del gasto público. Esto se refleja en que, para la mayoría de los países de la región, la desigualdad antes de impuestos es casi igual a la desigualdad después de que el gobierno recauda impuestos y ejerce el gasto público **(Ver A15 del Anexo Estadístico).**

Además de la baja recaudación, la debilidad de la acción fiscal redistributiva tiene que ver también con la estructura tributaria basada principalmente en impuestos indirectos – que gravan el consumo o las rentas del trabajo y recaen desproporcionadamente sobre las mujeres y otros grupos sobrerrepresentados entre la población más pobre- y no en impuestos directos con un mayor potencial redistributivo – como los impuestos a la riqueza y a la renta personal.[210] En 2018, por ejemplo, América Latina y el Caribe recaudó en promedio apenas el 2,3% del PIB por concepto del impuesto sobre la renta personal y 0.4% del PIB en impuestos a la propiedad inmueble, en comparación con un recaudo por estos mismos conceptos del 8,1% y el 1,1% del PIB, respectivamente, en el caso de la OCDE.[211]

En la región, los impuestos directos se caracterizan además por una serie de sesgos de género [212] y graves inequidades horizontales introducidas por todo tipo de tratamientos diferenciales injustificados, así como por una alta evasión y elusión.[213] En síntesis, además de tener economías que generan altos niveles de desigualdad, los países de América Latina han desaprovechado el potencial de las políticas fiscales para corregir esas desigualdades y construir sociedades más equitativas.

DEUDA PÚBLICA BRUTA

Aumentó de...

45,6%

al...

56,3%

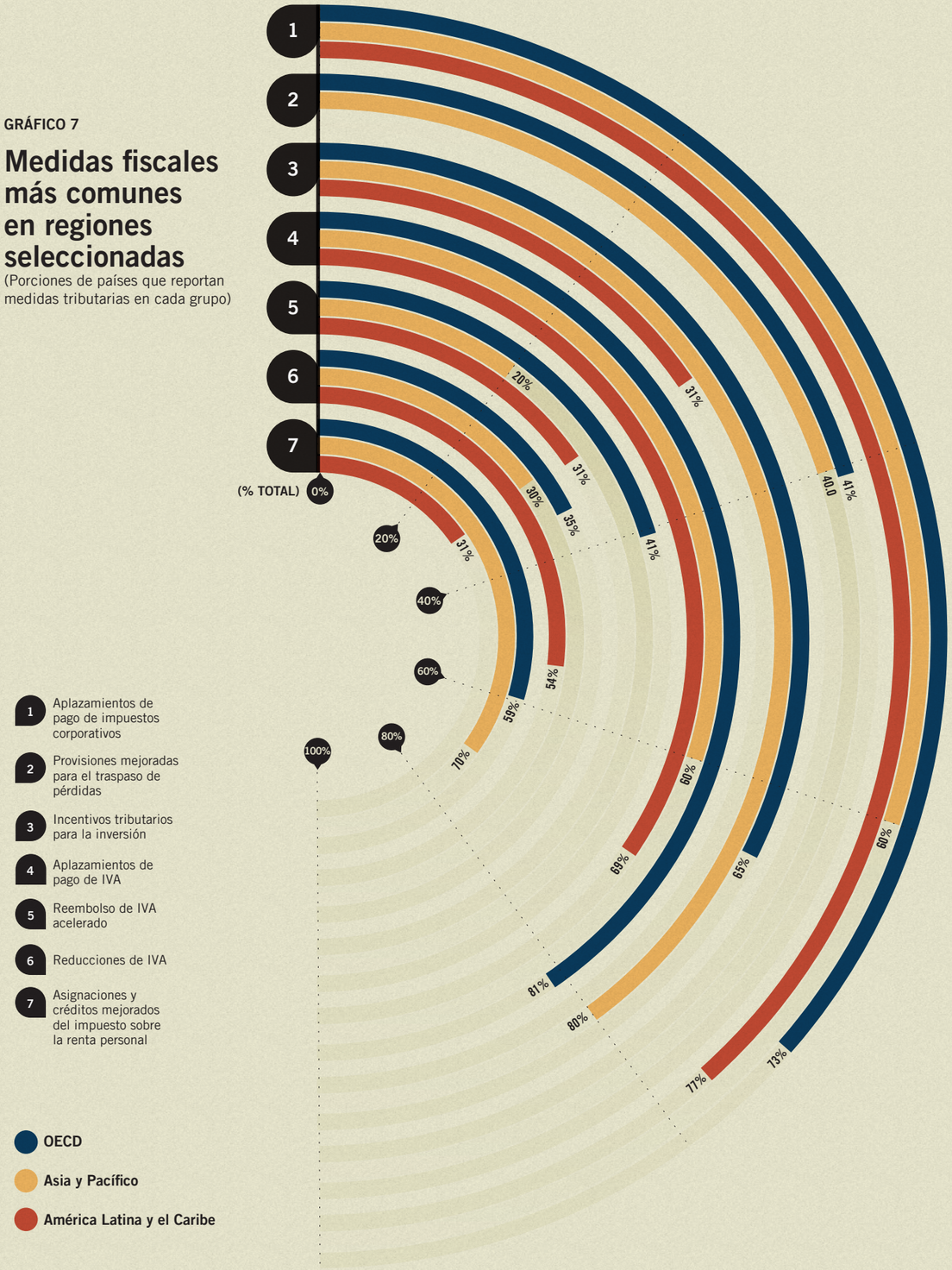
del Producto Interno Bruto (PIB)

Como lo muestra el Gráfico 20, un análisis regional comparativo de las respuestas tributarias a la pandemia muestra que en América Latina fueron más recurrentes los alivios tributarios a empresas que a las personas, en comparación con lo sucedido en los países de la OCDE y de la región Asia-Pacífico (salvo para el caso de las reducciones de IVA). Las modificaciones a impuestos directos como el impuesto a la renta personal, mediante los cuales podrían mejorarse la progresividad del sistema tributario, también fueron mucho menos recurrentes en la región. Esto muestra que, en general, América Latina hizo un menor uso de medidas tributarias igualadoras para mitigar el impacto de la pandemia sobre los grupos más afectados. Ello contribuye a que, en general, la respuesta fiscal de la región, aunado a los efectos diferenciados en el empleo que afectan a grupos vulnerados y de menores ingresos, tuviera como resultado una mayor desigualdad al no focalizar los esfuerzos por parte de la política tributaria y las medidas del gasto discutidas al inicio del reporte, hacia los grupos más afectados.

GRÁFICO 7

Medidas fiscales más comunes en regiones seleccionadas

(Porciones de países que reportan medidas tributarias en cada grupo)



Fuente: Base de datos de la OECD sobre medidas fiscales durante la pandemia de COVID-19. Disponible en: https://stat.link/0yfb9w

210. En América Latina la recaudación proviene principalmente de los impuestos al consumo, que representan un 46,2% de los ingresos totales, seguidos del impuesto sobre la renta, con un 26,8% del total, y las contribuciones a la seguridad social, con un 20,5% del total. En la OCDE tienen un mayor peso relativo el impuesto sobre la renta, que llega al 34,0% del total, y las contribuciones a la seguridad social, que representan un 26,6% del total, en tanto que los impuestos al consumo alcanzan a un 32,3% del total". CEPAL, Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2021, p. 66. **211.** CEPAL, Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2021, p. 52. **212.**CEPAL, La política fiscal con enfoque de género en países de América Latina. En CEPAL, Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2021, p. 99-130. **213.**CEPAL, Impuestos sobre el patrimonio neto en América Latina. En CEPAL, Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe 2021, p. 61-95.

Salvo unos pocos casos, los países de la región no recurrieron a medidas tributarias progresivas para financiar el gasto público, lo cual limitó en forma considerable el efecto de la política fiscal para contrarrestar el aumento de la pobreza, la desigualdad y el impacto negativo sobre los derechos económicos y sociales. Por ejemplo, con excepción de Argentina y Bolivia, los países de la región no recurrieron a impuestos extraordinarios a la riqueza. Algunos países, como es el caso de Colombia, intentaron incorporar medidas como un impuesto al patrimonio en el marco de reformas tributarias más amplias que incluían otras medidas que generaron una amplia movilización social de rechazo a la reforma, y desataron una enorme conflictividad social. Esto plantea un desafío enorme, en el sentido de que las reformas tributarias que se planteen a futuro tienen que apuntar a enfrentar la percepción de injusticia frente al sistema tributario y a la economía general, para no cerrar la ventana de oportunidad que implica la demanda ciudadana por sistemas tributarios más progresivos asociada a la pandemia.[214]

¿QUÉ HACER PARA GENERAR SISTEMAS FISCALES MÁS FUERTES Y JUSTOS?

MEDIDAS TRIBUTARIAS HACIA FUENTES DE RIQUEZA CONCENTRADAS

Los países de la región tienen un amplio margen de maniobra para movilizar más recursos para la garantía plena de los derechos. Una primera opción es adoptar impuestos a la riqueza y fortalecer la progresividad del impuesto a la renta. En 2019, el 1% más rico de la región concentraba en promedio el 24,6% de los ingresos, y las estimaciones sobre la concentración de la riqueza son mucho mayores. Sin embargo, los impuestos a la riqueza han tenido una débil implementación en la región y los tipos impositivos efectivos para las personas de mayores ingresos son muy bajos.[215]

La discusión teórica reciente plantea que para lograr sistemas tributarios progresivos en el siglo XXI es necesario combinar varios instrumentos: un impuesto a las empresas, un impuesto progresivo sobre la renta y un impuesto progresivo sobre la riqueza.[216] Como lo plantea la CEPAL: el impuesto a las empresas asegura que todas las utilidades se graven, ya sea que se distribuyan o no; el impuesto progresivo sobre la renta asegura que los que ganan más paguen más; y un impuesto progresivo sobre la riqueza permite que los individuos que poseen un alto patrimonio neto contribuyan con una cantidad que refleje su verdadera capacidad de pago.[217] Con un diseño adecuado, ciertos impuestos a la riqueza han sido reconocidos por organismos como la OCDE y el FMI como un mecanismo eficaz para avanzar en una mayor igualdad de oportunidades, desconcentrar la riqueza y lograr incluso impactos positivos en términos de eficiencia económica en la asignación de recursos.[218]

Existe evidencia de que los impuestos a la riqueza pueden ser un instrumento importante para incrementar los ingresos de muchos de los gobiernos de la región, particularmente hacia aquellos activos no financieros que son difíciles de esconder en paraísos fiscales. Un ejemplo de ello son los impuestos a la riqueza. Mientras que en promedio los países de la OCDE recaudan 1.8% del PIB en este rubro[219] - Canadá, Corea y Francia llegan a recaudar hasta 4%- sólo Argentina y Uruguay superan esta cifra. Países como México, Perú, Costa Rica o Bolivia recaudan menos de medio punto porcentual del PIB[220], por lo que existe un espacio importante de recursos fiscales. Claramente este es uno de los impuestos más progresivos, teniendo en cuenta la desigualdad extrema de ingresos y riqueza, donde el 19% de la población de América Latina se encuentra en el 10% más pobre en términos de riqueza mientras que sólo el 1.4% de la misma en el 1% más rico[221].

Otra medida que tendría potenciales efectos redistributivos es eliminar los gastos fiscales innecesarios, ya que muchos de ellos se concentran en hogares y empresas de altos ingresos. En la mayoría de los países estas exenciones fiscales a las empresas representan entre 14 y 24% de la recaudación efectiva, aunque en algunos casos supera el 30%.[222] Aunque puede argumentarse que estas medidas de incentivos fiscales, y la concentración de la riqueza que generan, incentivan la inversión y la creación de empleos, la falta de inversión pública para reducir la desigualdad puede afectar el crecimiento económico y la efectividad del mismo en la reducción de la pobreza[223], además de que muchas veces estos incentivos pueden ser redundantes, toda vez que existen otros factores más importantes que determinan la inversión extranjera en el Sur Global.[224]

COMBATIR LA EVASIÓN Y ELUSIÓN: LA IMPORTANCIA DE LA DIMENSIÓN INTERNACIONAL

Una segunda opción es fortalecer la lucha contra la evasión y la elusión. Según estimaciones de la CEPAL, la evasión del impuesto sobre la renta y del impuesto sobre el valor agregado implicó pérdidas de 325.000 millones de dólares, lo que equivalía al 6,1% del PIB de la región en 2018. La evasión del impuesto a la renta es particularmente grave, pues en algunos países se recauda incluso menos de la mitad de lo que debería recaudarse legalmente.[225]

214. Según un modulo especial de la encuesta de Latinobarómetro en 2020, un promedio del 77% de las personas en los países de la región cree que su país está gobernado en beneficio de los intereses de unos pocos. Un 74% de la población considera que la carga tributaria debería incrementar para los más ricos. Ver. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Informe Regional de Desarrollo Humano 2021: Atrapados: Alta Desigualdad y Bajo Crecimiento en América Latina (2021), p. 9. **215.**Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de World Inequality Lab, World Inequality Database [en línea] http://wid.world/es/ pagina-de-inicio/ **216.**Saez, E. y G. Zucman (2019a), "Progressive wealth taxation", Brookings Paper on Economic Activity, Washington, D.C., The Brookings Institution. **217.**CEPAL, Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe, 2021 (LC/PUB.2021/5-P), Santiago, 2021, p. 82. **218.**OECD (2021), Inheritance Taxation in OECD Countries, OECD Tax Policy Studies, No. 28, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/e2879a7d-en; Fondo Monetario Internacional, Fiscal Monitor 2021: A Fair Shot (2021 **219.**OECD Data. Tax on property. 2022. Disponible en: https://data.oecd.org/tax/tax-on-property.htm#indicator-chart **220.**CEPAL Stat. Ingresos tributarios por tipo de impuestos en porcentajes del PIB (América Latina y el Caribe). 2022. Disponible en: https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=2&lang=es **221.**Credit Suisse. Global Wealth Databook 2019. (2020). Disponible en: https://www.credit-suisse.com/about-us/en/reports-research/global-wealth-report.html **222.**Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Oxfam Internacional, "Los incentivos fiscales a las empresas en América Latina y el Caribe. Documentos de Proyectos(LC/TS.2019/50), Santiago, 2019 **223.**Vázquez-Pimentel, D; Macias-Aymar, I.; Lawson, M. (2018). Reward Work, Not Wealth. Oxfam. Disponible en: https://www.oxfam.org/en/research/reward-work-not-wealth **224.**Oxfam International-CBI-Christian Aid. (2020). Tax Incentives in the Global South. Oxfam. Disponible en: https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620468/bn-tax-incentives-global-south-100518-en.pdf?sequence=1 **225.**Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe, 2020 (LC/PUB.2020/6-P), Santiago

Estos recursos superan la inversión pública en salud o en educación en la región.

En materia de tributación corporativa, la Tax Justice Network estima que América Latina pierde anualmente 40,1 millones de dólares, lo cual representa el 16,3% de los ingresos tributarios que los Estados pierden a nivel global producto del traslado de sus ganancias a paraísos fiscales.[226] Se estima que con los ingresos que se han perdido por este concepto en los últimos 10 años, la región habría podido garantizar acceso a agua potable a casi medio millón de personas, o haber prevenido la muerte de poco más de 40 mil niños y niñas o de aproximadamente 1500 madres.[227]

Como lo ha señalado el Comité DESC, "para luchar contra las prácticas fiscales abusivas de las empresas transnacionales, los Estados deben combatir las prácticas de fijación de precios de transferencia e intensificar la cooperación internacional en cuestiones de tributación, así como estudiar la posibilidad de hacer tributar a las multinacionales como empresas individuales y que los países desarrollados impongan una tasa mínima de impuesto de sociedades".[228] Son necesarias reformas adicionales para fortalecer la lucha contra el fraude tributario, en línea con lo recomendado por el Panel de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Responsabilidad, Transparencia e Integridad Financieras Internacionales para lograr la Agenda 2030 (Panel FACTI), incluyendo el fortalecimiento del intercambio automático de información, la creación de registros de beneficiarios finales de las empresas multinacionales y la normalización de los informes por país por parte de las multinacionales sobre el alcance de sus actividades en los países en los que operan.[229]

El combate a estas prácticas por parte de las empresas multinacionales requiere de respuestas coordinadas de la comunidad internacional para liberar y contribuir a expandir el espacio fiscal de los países de la región. Así como el espacio democrático es una condición previa necesaria para el ejercicio de los derechos civiles y políticos, el espacio fiscal es esencial para que los Estados creen las condiciones materiales en las que las personas puedan vivir con dignidad, mediante el pleno goce de sus derechos económicos y sociales.[230] El Comité DESC ha aclarado que el deber de movilizar el máximo de los recursos disponibles para la garantía plena de los derechos, se refiere tanto a "los recursos existentes dentro de un Estado como a los que pone a su disposición la comunidad internacional mediante la cooperación y la asistencia internacionales".[231] Los Estados tienen obligaciones extraterritoriales, que incluyen las de cooperar, en función de sus capacidades económicas, técnicas y tecnológicas, recursos disponibles y nivel de influencia en los procesos internacionales de toma de decisiones, entre otros factores, para movilizar el máximo de sus recursos disponibles destinados a la realización universal de los derechos económicos, sociales y culturales.[232]

Un elemento importante para considerar en la actual coyuntura ha sido la adopción en las discusiones del G20 de un acuerdo de impuesto global a las transnacionales, ratificado el 30 de octubre de 2021. El acuerdo busca asegurar que las corporaciones paguen un impuesto mínimo del 15% distribuido entre los países donde operan y donde se encuentran registrados. Aunque se calcula que anualmente se pierden cerca de 427 mil millones de dólares en impuestos corporativos, la tasa propuesta podría recaudar globalmente cerca de 275 mil millones de dólares[233]. Aunque es una medida en la dirección correcta, el actual diseño del mecanismo podría beneficiar sólo marginalmente a los países de ingresos bajos o en vías de desarrollo, negando recursos fiscales cruciales para que dichos países cuenten con los recursos necesarios para proteger y promover el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales de sus habitantes, particularmente de aquellos grupos o poblaciones que sufren de desigualdades estructurales[234].

El alcance de la cooperación internacional para permitir a los países de la región movilizar recursos necesarios para atender necesidades urgentes como ampliar la disponibilidad de vacunas, o fortalecer el financiamiento de los sistemas de salud y protección social ha sido muy limitado, como lo muestran dos ejemplos: los programas de alivio de la deuda[235] y la cooperación internacional en materia tributaria[236] . Los países de América Latina están destinando cuantiosos recursos al pago del servicio de la deuda. Mientras que en el 2011 la región destinaba el 10,6% de sus ingresos públicos al pago del servicio de la deuda externa, en el 2020 este monto ascendió al 14,2%. Estos recursos representan una cantidad equivalente al gasto público en salud de la región.[237]

Ante este panorama, la adopción de medidas para reformar la arquitectura financiera y tributaria a nivel global debería ser un imperativo de derechos humanos por parte de la comunidad internacional, pero los Estados latinoamericanos deben también avanzar de forma decidida en reformas domésticas para movilizar el máximo de los recursos disponibles para la garantía de los derechos.[238]

226. Tax Justice Network. "The State of Tax Justice 2020: Tax Justice in the time of COVID-19." (2020). **227.**Tax Justice Network. " Tax Justice & Human Rights: The 4 Rs and the realisation of rights (2021) **228.**Comité DESC, Observación General No. 24 sobre las obligaciones de los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el contexto de las actividades empresariales. E/C.12/GC/24. Par. 37 **229.**High-Level Panel on International Financial Accountability, Transparency and Integrity for Achieving the 2030 Agenda (FACTI Panel), Financial Integrity for Sustainable Development. Final Report. (2021). Disponible en: https://www.un.org/pga/75/2021/02/26/report-of-the-high-level-panel-on-international-financial-accountability-transparency-and-integrity-for-achieving-the-2030-agenda-facti-panel/ **230.**Ignacio Saiz, "Freeing Fiscal Space: A human rights imperative in response to COVID-19". Development and Peace Foundation. Global Trends Analysis. No 1 (2021), p. 11, disponible en https://www.cesr.org/sites/default/files/Freeing%20Fiscal%20Space.pdf **231.**Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general Nº 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes, par. 14. **232.**Consorcio ETO, Principios de Maastricht sobre las Obligaciones Extraterritoriales de los Estados en el Área de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2013), disponible en: https://www.fidh.org/IMG/pdf/maastricht-eto-principles-es_web.pdf **233.**Byrne, Iain. (2021). The new global tax deal: a true watershed moment for human rights?. Human Rights Centre. University of Essex. Disponible en: https://hrcessex.wordpress.com/2021/11/15/the-new-global-tax-deal-a-true-watershed-moment-for-human-rights-%ef%bf%bc/ **234.** Center for Economic and Social Rights (2022). Half Measures: Global Digital Tax Proposals Fall Short of Realizing Human Rights. Disponible en: https://www.cesr.org/half-measures-global-digital-tax-proposals-fall-short-of-realizing-human-rights/ **235.**CESR y Latindadd, Financiamiento vía deuda para realizar derechos (2020). Disponible en https://www.cesr.org/sites/default/files/Brief%204%20ES%20____.pdf **236.**CESR y Tax Justice Network, Medidas Tributarias Progresivas para Realizar los Derechos (2020). Disponible en https://www.cesr.org/sites/default/files/Brief%203%20ESP%20Corrected.pdf **237.**Munevar, Daniel. "La pandemia de la deuda en América Latina y el Caribe." Cuadernos de Economía Crítica 7, no. 14 (2021): 157-161. **238.**Como lo ha señalado el Comité DESC: "De conformidad con el artículo 28 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, la obligación de dar efectividad requiere que los Estados partes contribuyan a que se establezca un entorno internacional que permita que los derechos del Pacto se hagan plenamente efectivos. A tal fin, los Estados partes deben adoptar las medidas necesarias en su legislación y sus políticas, incluidas medidas diplomáticas y de relaciones exteriores, para promover y contribuir a crear ese entorno. Los Estados partes también deben alentar a los agentes empresariales en cuya conducta pueden influir a que no socaven los esfuerzos de los Estados en los que desarrollan su labor para dar plena efectividad a los derechos del Pacto, por ejemplo, recurriendo a estrategias de elusión o evasión de impuestos en esos países". Observación General No. 24 sobre las obligaciones de los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el contexto de las actividades empresariales. E/C.12/GC/24. Par. 37

RECOMENDACIONES
& CONCLUSIONES

A

América Latina ha sido la región más afectada por el COVID-19. Fue la región con mayor mortalidad y con una recesión aguda. Esta situación no fue producto del azar o la mala suerte, sino causada por decisiones de política pública que han seguido los gobiernos de la región durante décadas, y que en consecuencia han dejado desprotegidos los derechos económicos y sociales de millones de personas, dejando la puerta abierta a niveles extremos de desigualdad y discriminación. El deterioro de los sistemas de salud pública- por la falta de inversión y gasto deficiente- y una política fiscal inefectiva para disminuir la desigualdad, dejaron expuesta a la región a una crisis como la producida por el COVID-19.

Aunque la vacunación y las medidas sanitarias implementadas por los gobiernos han disminuido las muertes por COVID-19 a nivel global y en la región, la crisis de salud, económica y social desencadenada por la pandemia se encuentra lejos de su final. La pobreza no ha disminuido a sus niveles prepandemia, la pobreza extrema sigue en aumento, el desempleo en la región sigue afectando desigualmente a las mujeres, y muchos países no cuentan con los niveles de infraestructura de salud y recursos presupuestarios disponibles para prevenir otra crisis de salud pública en caso de nuevas variantes del virus y sus consecuentes olas de contagio.

Este panorama afecta el ejercicio de los derechos humanos, en especial los derechos económicos y sociales de millones de personas en la región, especialmente aquellos grupos más vulnerados, que son afectados por condiciones de desigualdad estructural como la discriminación étnico racial producto del colonialismo, la desigualdad de género, las brechas de ingreso abismales entre ricos y pobres, la falta de sistemas de protección social amplios, la corrupción endémica de la región, y la debilidad fiscal de la mayoría de los países para implementar sistemas de salud con un enfoque de cobertura universal. Para que la región pueda recuperarse lo antes de posible y de manera incluyente, es necesario atender las causas estructurales que sostienen las desigualdades socioeconómicas, solo así los gobiernos de LAC podrán garantizar una verdadera igualdad sustantiva y protección de los derechos humanos.

En por ello que CESR y Amnistía Internacional consideran que los Estados de la región deben, como mínimo, cumplir con su deber de garantizar un gasto público en salud suficiente de acuerdo con el estándar de por lo menos un 6% del PIB establecido por la Organización Panamericana de Salud. Para esto deben organizar su política fiscal, tanto de recaudación como de gasto, de una manera progresiva que reduzca significativamente la desigualdad socioeconómica y la discriminación en el acceso al derecho a la protección social, así como a otros derechos humanos que son determinantes sociales de la salud .

Asimismo, las organizaciones proponen cinco recomendaciones para que los Estados de América Latina y el Caribe afronten las de manera urgente y decidida las desigualdades estructurales como un imperativo prioritario de derechos humanos. Estas claves pueden utilizarse como una hoja de ruta para una recuperación justa.

#1 COMBATIR LA *DESIGUALDAD Y LA DISCRIMINACIÓN*

IMPLEMENTAR POLÍTICAS FISCALES, SOCIALES Y LABORALES PARA REDUCIR LA DESIGUALDAD DE INGRESOS Y LA DISCRIMINACIÓN, Y LOGRAR UNA IGUALDAD SUSTANTIVA.

- **Esto es compatible con las metas** que los propios estados han acordado en el Objetivo 10 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030[239] , el en marco de Naciones Unidas. Esto asimismo implica que las políticas de emergencia que persisten en materia de salud y de protección social deberán tener como prioridad a las personas consideradas en situación de desventaja de acuerdo con el principio de igualdad sustantiva, que podría traducirse en mecanismos efectivos de focalización que atiendan las problemáticas específicas de cada grupo.

- **Asegurar que los Estados adapten sus marcos institucionales,** sus políticas públicas, sistemas de evaluación, entre otros instrumentos, para que estos aborden los altos niveles de desigualdad como un asunto prioritario de derechos humanos, con un énfasis en priorizar, medir y evaluar el cierre de las brechas de acceso a derechos de grupos históricamente marginados como las mujeres, la población indígena y afrodescendiente, los niños y niñas, las personas con discapacidad y la población LGBTi+.

- **En relación con la disponibilidad de información** y los sistemas de indicadores, incluyendo los certificados de defunciones y los datos de censos, los Estados deben asegurar que estos cuenten con datos desglosados por raza, etnia, género, edad, estatus migratorio y nivel socioeconómico, entre otros factores pertinentes. Esto brindará información útil a las agencias de desarrollo, ministerios de salud y de bienestar social, para que puedan generar políticas públicas diferenciadas para estos grupos marginados y establecer metas para cerrar dichas brechas en el disfrute de sus derechos. Todos los datos deben estar disponibles de manera transparente y accesible, con el objetivo de fortalecer la rendición de cuentas.

239. De acuerdo con Naciones Unidas el Objetivo 10 propone "Reducir las desigualdades y garantizar que nadie se queda atrás forma parte integral de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. La desigualdad dentro de los países y entre estos es un continuo motivo de preocupación. A pesar de la existencia de algunos indicios positivos hacia la reducción de la desigualdad en algunas dimensiones, como la reducción de la desigualdad de ingresos en algunos países y el estatus comercial preferente que beneficia a los países de bajos ingresos, la desigualdad aún continúa.".

#2 *COMBATIR LA INEQUIDAD* EN LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

ANALIZAR A PROFUNDIDAD Y COMBATIR EL IMPACTO DESIGUAL Y DISCRIMINATORIO QUE HAN TENIDO LAS POLÍTICAS DE RESPUESTA A LA CRISIS EN EL ACCESO LOS DERECHOS A UNA ALIMENTACIÓN Y A UNA VIVIENDA ADECUADAS, AL AGUA Y A CONDICIONES DIGNAS DE TRABAJO, TODOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.

- Este diagnóstico debe tomar en cuenta el legado histórico del colonialismo, racismo, sexismo y estereotipos de género, y otros factores sociales que fomentan la discriminación y desigualdad, y hacerse con la participación multisectorial en todos los niveles de gobierno, además de la participación de la sociedad civil y poblaciones afectadas.

- **Garantizar que todo proceso de toma de decisiones** sobre las respuestas oficiales para atacar a los determinantes sociales de la salud está basado en la transparencia y en el derecho a la información, con una participación efectiva y significativa de representantes de la sociedad civil, en concreto de las poblaciones de riesgo que puedan verse especialmente afectadas por tales decisiones.

- **Cumplir con el Objetivo 6 de Desarrollo Sostenible** de la Agenda 2030[240] en lo relativo a los Objetivos 6 (derecho al agua, asegurando el acceso universal y equitativo al agua potable y alcantarillado, asequible para todos) 2 (poner fin a todas las formas de malnutrición), 11 (Acceso a la vivienda adecuada, segura y asequible), y 3 (garantizar el acceso y cobertura sanitaria universal)).

- **Adoptar medidas de regulación y control de los alimentos** ultra procesados y bebidas azucaradas, promoviendo las dietas sanas a través de la educación y sensibilización públicas.a todas las formas de malnutrición), 11 (Acceso a la vivienda adecuada, segura y asequible), y 3 (garantizar el acceso y cobertura sanitaria universal)).

#3 *AMPLIAR* LA PROTECCIÓN SOCIAL

GARANTIZAR QUE TODAS LAS PERSONAS TENGAN ACCESO A LA SEGURIDAD SOCIAL Y ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA QUE NECESITAN DE ACUERDO CON LAS NORMAS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS.

- Las políticas de protección social deben tener en cuenta el impacto diferenciado por razones raciales y de género, incluyendo la pesada y desigual carga de trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres. Las medidas de protección social deben ser pertinentes en su alcance y sus montos, estar disponibles y ser accesibles para todas las personas, lo cual implica abordar las disparidades existentes por criterios étnico-raciales, de género, etarios y por estatus socioeconómico.

- Asegurar que la población de personas empleadas en el sector informal cuente con protección de sus derechos laborales y cobertura de la seguridad social, según el derecho internacional de los derechos humanos, con especial atención a las mujeres, Pueblos Indígenas y Afrodescendientes, personas con discapacidad, personas migrantes y personas LGBTI+.

- Priorizar la Implementación de un enfoque de protección social que parta del derecho a seguridad social y el concepto de “pisos de protección social”, asegurando la integralidad de las medidas para enfrentar el desempleo, la asistencia social y otros elementos de la protección social, incluso para los trabajadores en el sector informal. En este marco los Estados deben considerar la adopción de mecanismos universales de ingresos mínimos y protección social, como ha sido propuesto por organismos como la CEPAL.

240. De acuerdo con Naciones Unidas el Objetivo 6 propone “Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos. Si bien se ha conseguido progresar de manera sustancial a la hora de ampliar el acceso a agua potable y saneamiento, existen miles de millones de personas (principalmente en áreas rurales) que aún carecen de estos servicios básicos. En todo el mundo, una de cada tres personas no tiene acceso a agua potable salubre, dos de cada cinco personas no disponen de una instalación básica destinada a lavarse las manos con agua y jabón, y más de 673 millones de personas aún defecan al aire libre.”

#4 *AUMENTAR EL GASTO PÚBLICO* EN SALUD Y ASEGURAR UN GASTO DE CALIDAD

AUMENTAR SIGNIFICATIVAMENTE EL GASTO PÚBLICO EN SALUD AL NIVEL DE POR LO MENOS 6% DEL PIB...

- ...en línea con la Agenda de Salud Sostenible para las Américas de la Organización Panamericana de la Salud, para asegurar un acceso universal a medicamentos, tratamiento y prevención de enfermedades y asegurar el disfrute del más alto nivel posible de salud.
- Priorizar la asignación de recursos para reducir las disparidades en cobertura, en particular para los grupos en situación de desventaja que cubren desproporcionadamente sus necesidades de salud con gasto de bolsillo.
- Fortalecer organismos de lucha contra la corrupción para que tengan autonomía o independencia en sus investigaciones, y así asegurar que existan sanciones en casos de corrupción independientemente de los intereses políticos. Al ser instituciones prioritarias del Estado para el ejercicio eficaz y transparente de los recursos públicos, es necesario garantizar que cuenten con recursos suficientes y poder brindar protección a quienes denuncien delitos de corrupción en el sector salud o en otros.

#5 *ASEGURAR* POLÍTICAS FISCALES JUSTAS

PRIORIZAR REFORMAS TRIBUTARIAS PROGRESIVAS QUE CONTRIBUYAN A CERRAR LAS BRECHAS DE INGRESOS, DE GÉNERO Y DE OTRA ÍNDOLE...

- ... mediante el aprovechamiento del potencial recaudatorio y redistributivo de impuestos directos como los impuestos a la riqueza, a la renta personal, a las ganancias extraordinarias, eliminando beneficios fiscales innecesarios y combatiendo la evasión y la elusión fiscal.
- Alinear las políticas de impuestos, deuda y gasto público con las obligaciones de derechos humanos empleando como guía los Principios de Derechos Humanos en la Política Fiscal y revitalizar los pactos fiscales de manera que se fortalezca la confianza y la disposición de la ciudadanía a pagar impuestos.
- Cooperar internacionalmente para asegurar reformas a la arquitectura financiera y tributaria global que permitan ampliar el espacio fiscal de los países de ingresos bajos y medios, incluyendo un mecanismo comprehensivo de reestructuración de la deuda y normas que permitan frenar la carrera a la baja y la elusión de impuestos corporativos.

ANEXO ESTADÍSTICO

ÍNDICE: **AMR 01/5483/2022**
IDIOMA ORIGINAL: **ESPAÑOL**
AMNESTY.ORG

AMNISTÍA INTERNACIONAL

CENTER for ECONOMIC and SOCIAL RIGHTS

SUBINDICES

1. El exceso de mortalidad se determina comparando las muertes en un año concreto con las que se habrían esperado en función de los datos de años anteriores. Esta medición será usada como base para los cálculos hecho en la última sección de este informe.

2. Es decir, a medida que aumenta "X" aumenta "Y" (por ejemplo, mientras mayor cantidad de alimentos se ingieren (X) más se aumenta de peso (Y)). Además, "Y" aumenta en la misma proporción con cada unidad adicional de "X".

3. Es decir, a medida que aumenta "X" disminuye "Y" (por ejemplo, mientras más ejercicio se hace más se disminuye de peso (Y)). Además, "Y" disminuye en la misma proporción con cada unidad adicional de "X".

4. Es un gráfico de puntos representados en el plano cartesiano. Cada punto representa un par de valores (x,y). Permite visualizar cómo se relacionan dos variables.

5. https://github.com/owid/covid-19-data/blob/master/public/data/owid-covid-data.csv, consultado el 11 de febrero de 2021, para tasas de casos y de muertes. Para la tasa de letalidad, se utilizaron cálculos propios a partir de datos tomados de la misma fuente.

6. Nota. Los países que hacen parte de cada categoría pueden consultarse en: https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2021/02/weodata/groups.htm

7. Portal "Inequality and Health". Disponible en: https://inequality.org/facts/inequality-and-health/

8. Datos mensuales disponibles en: https://github.com/TheEconomist/covid-19-excess-deaths-tracker/blob/master/output-data/excess-deaths/all_monthly_excess_deaths.csv y datos semanales disponibles en: https://raw.githubusercontent.com/TheEconomist/covid-19-excess-deaths-tracker/master/output-data/excess-deaths/all_weekly_excess_deaths.csv, ambos consultados el 15 de febrero de 2021, de Our World in Data (2021). COVID-19 dataset para esperanza de vida, disponible en:https://github.com/owid/covid-19-data/blob/master/public/data/owid-covid-data.csv, consultado el 11 de febrero de 2021, de WHO (2021). Global Health Observatory data repository, para gasto público en salud como porcentaje del PIB, disponible en: https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGDPSHA2011?lang=en, de OCDE y Banco Mundial. Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, págs. 12, 29 y 121, para capacidad de camas UCI por cada 100,000 habitantes y para número de médicos por cada 1,000 habitantes.

9. Datos mensuales disponibles en: https://github.com/TheEconomist/covid-19-excess-deaths-tracker/blob/master/output-data/excess-deaths/all_monthly_excess_deaths.csv y datos semanales disponibles en: https://raw.githubusercontent.com/TheEconomist/covid-19-excess-deaths-tracker/master/output-data/excess-deaths/all_weekly_excess_deaths.csv, ambos consultados el 15 de febrero de 2021, de Our World in Data (2021). COVID-19 dataset para esperanza de vida, disponible en:https://github.com/owid/covid-19-data/blob/master/public/data/owid-covid-data.csv, consultado el 11 de febrero de 2021, de WHO (2021). Global Health Observatory data repository, para gasto público en salud como porcentaje del PIB, disponible en: https://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDGDPSHA2011?lang=en, de OCDE y Banco Mundial. Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, págs. 12, 29 y 121, para capacidad de camas UCI por cada 100,000 habitantes y para número de médicos por cada 1,000 habitantes.

ANEXO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico que se muestra a lo largo del informe, aunque preliminar y basado en una muestra limitada de datos, arroja resultados consistentes con los postulados que se desarrollan en este informe. En este sentido, informa sobre los efectos de las desigualdades y la falta de recursos fiscales- y por ende de políticas públicas más integrales- detrás de la pérdida de vidas humanas en el contexto de la pandemia por el COVID-19. Por lo tanto, ofrece un importante punto de partida para eventuales análisis más profundos que deberían llevar a cabo los Estados de la región para afinar las políticas e intervenciones necesarias para proteger los derechos, y en particular el derecho al más alto nivel posible de salud.

Los gráficos muestran coeficientes de correlación entre moderados y fuertes como resultado del análisis del grado de relación lineal entre ciertos factores en la pre-pandemia (asociados directamente con el derecho a la salud) y muertes por COVID-19.

Hay varias maneras de medir el impacto de la pandemia; cada una enfrenta un reto particular de precisión debido a las diferencias entre los gobiernos para recopilar datos. Las mediciones comunes se han basado en tasas de casos, muertes y letalidad. No obstante, el subregistro de casos y uso de pruebas indica que estas mediciones deben tomarse con extrema cautela, pues están sujetas a múltiples errores y sesgos de medición que ponen en cuestión la veracidad de las cifras reportadas y limitan la comparabilidad.

De hecho, la comunidad científica ha reconocido los problemas de subregistro generalizado de las muertes por COVID-19 en el mundo (particularmente en países de ingresos bajos y medios), por lo que se considera un mejor estimador del impacto del COVID-19, en términos de vidas humanas, al indicador denominado “exceso de mortalidad”. Por ello, el análisis del reporte trata de utilizar lo más posible la información sobre exceso de mortalidad y, cuando no se cuenta con información, usar el número de muertos ajustado por población.

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN A TRAVÉS DE REGRESIONES SIMPLES

En este informe se presentan los resultados de algunos análisis básicos de correlación realizados.

El análisis de correlación es un conjunto de técnicas estadísticas que permiten medir la asociación entre dos variables. Mediante dicho análisis se trata de identificar relaciones de tipo lineal entre una variable “Y”, dependiente o endógena (por ejemplo, mortalidad por COVID-19), respecto de una variable “X” que a priori se considera explicativa, exógena o independiente (por ejemplo, número de profesionales de salud para atender a las personas enfermas por COVID-19).

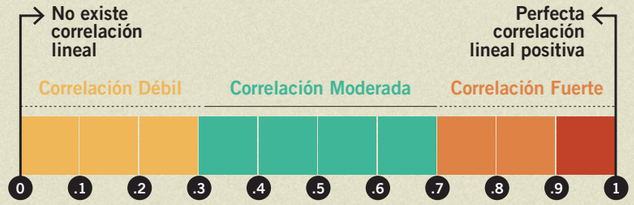
Existen dos medidas básicas que permiten verificar el grado de relación entre las variables: el coeficiente de correlación (r) y el coeficiente de determinación (R2).

- **Coeficiente de correlación (r):**

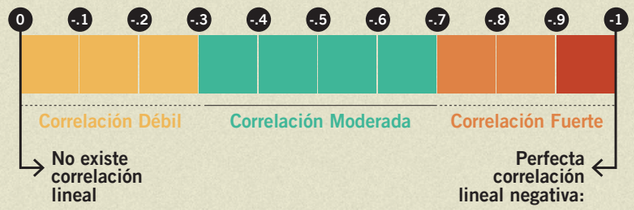
  Es una medida que se usa para medir qué tan fuerte o débil es la relación lineal entre dos variables, así como el signo o dirección de esa relación. Si existe, la asociación lineal entre dos variables puede ser: a) directa o positiva (línea recta creciente) o b) inversa o negativa (línea recta decreciente) .

La correlación directa o positiva perfecta dará como resultado un coeficiente de correlación de +1 y la correlación negativa perfecta dará como resultado un coeficiente de correlación de -1. Así, el grado de correlación puede ordenarse en una escala que permita valorar la intensidad de la relación lineal entre dos variables, por ejemplo:

ESCALA EN EL CASO DE UNA CORRELACIÓN LINEAL DIRECTA O POSITIVA:

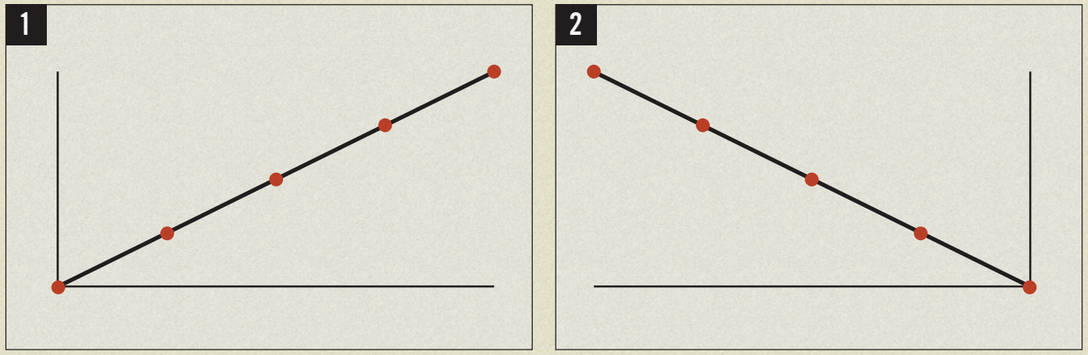


ESCALA EN EL CASO DE UNA CORRELACIÓN LINEAL INVERSA O NEGATIVA:

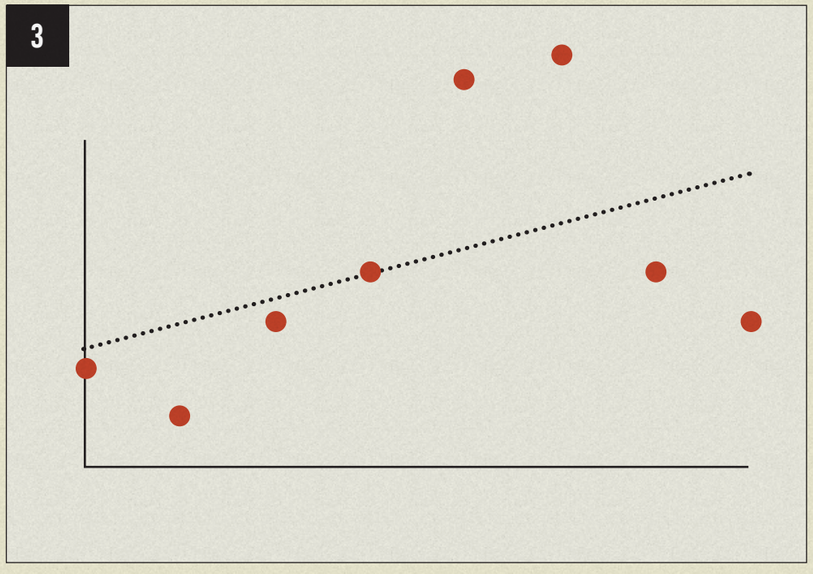


ANÁLISIS DE CORRELACIÓN A TRAVÉS DE REGRESIONES SIMPLES

Gráficamente, cuando la correlación lineal es perfecta (tanto la positiva como la negativa), las observaciones que representan la relación entre ambas variables (lo que se conoce como el diagrama de dispersión) caen exactamente sobre la línea recta:



En la medida en que la relación lineal entre dos variables no es perfecta, algunos de los puntos (pares de valores (x,y)) no se posicionarán sobre la línea recta en el gráfico, sino que se ubican en el diagrama de dispersión a cierta distancia de esa línea, tal y como se ejemplifica a continuación:



- **Coeficiente de determinación (R2):**

  Es una medida que permite saber qué porcentaje de la variabilidad de Y es explicada o controlada por la variable X. Es decir, indica si la variable X explica una buena parte de las variaciones en Y o si, por el contrario, se requieren de otras variables explicativas.

  El rango de valores que puede adoptar el R2 va de 0 a 1. El valor 1 indica que la variabilidad de Y está completamente explicada por la variable X y el de 0 que X no contribuye a explicar a Y. Si, por ejemplo, en un análisis de correlación, el valor del R2 es de 0,2 esto indica que un 20% del cambio en el valor de Y está explicado por la variable X que se ha definido como independiente.

- **Correlación no significa causalidad**

  Que dos variables se muevan conjuntamente no significa necesariamente que una variable sea la causa de la otra. Por eso, se suele indicar que “la correlación no implica causalidad”. Validar la causalidad supone otras técnicas estadísticas más avanzadas que escapan al alcance de este informe.

  El análisis de correlación básico fue utilizado como parte del instrumental analítico en el desarrollo de este informe para validar, de forma cuantitativa, la relevancia de las “respuestas estratégicas” o factores explicativos planteados en el informe detrás de ciertos resultados en la pandemia. Así, los gráficos de correlaciones que se presentan en la sección X de este informe son aquellos cuyo coeficiente de correlación (r) fue superior a 0.3. Es decir, gráficos que como mínimo mostraron correlaciones moderadas. Se presentan también los resultados de los R2 entre los pares de variables.

  El análisis estadístico que se realizó para el informe, aunque básico, arroja resultados consistentes con los postulados que se desarrollan e informan sobre la plausible validez de los factores explicativos seleccionados por Amnistía Internacional y CESR detrás de la pérdida de vidas humanas en el contexto de la pandemia por el COVID-19. En ese sentido, ofrecen un punto de partida para eventuales análisis más profundos que permitan afinar las políticas e intervenciones necesarias para proteger el derecho a una vida saludable.

A1

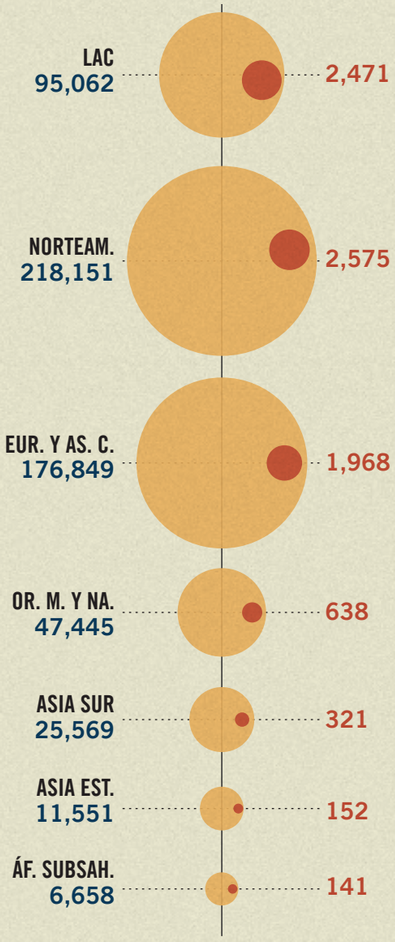
TASA DE CONTAGIOS, MORTALIDAD Y LETALIDAD (ACT. 13 DE FEBRERO DE 2022) [5]

(ACT. 10 DE FEBRERO DE 2021)[19]

CASOS TOTALES POR REGIÓN

MUERTES TOTALES POR REGIÓN

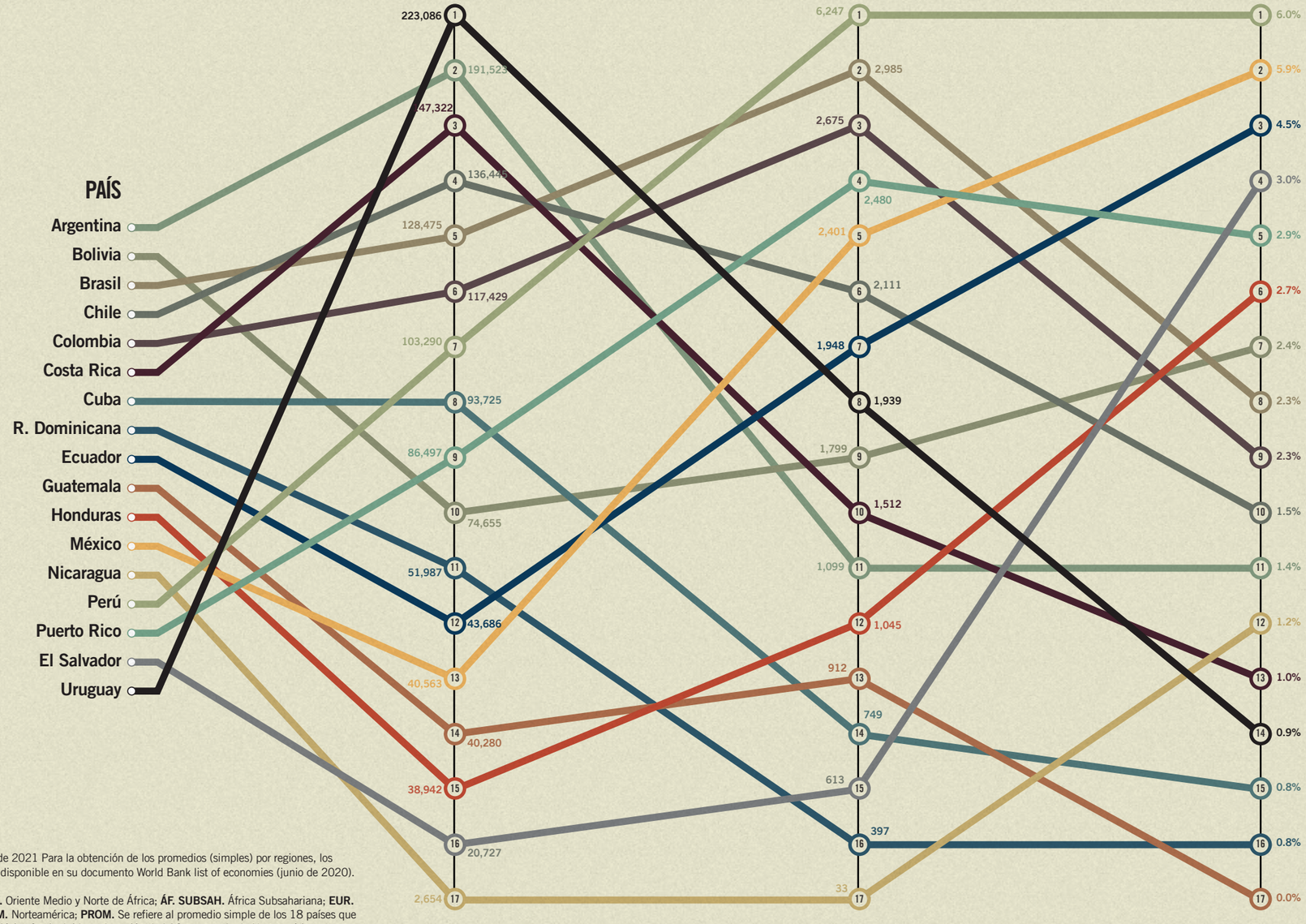
POR MILLÓN DE HABITANTES



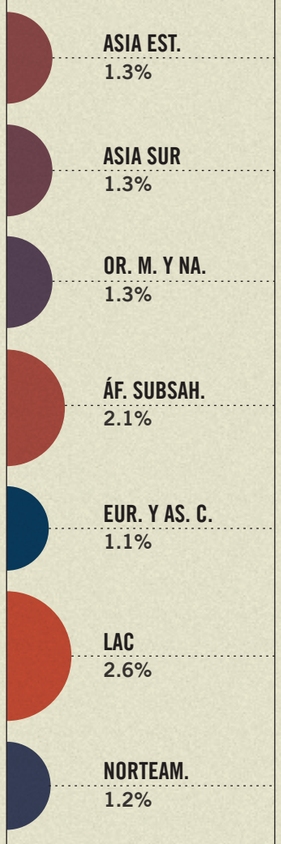
CASOS TOTALES
(POR CADA MILLÓN DE HABITANTES)

MUERTES TOTALES
(POR CADA MILLÓN DE HABITANTES)

TASA DE LETALIDAD
(CIFRAS EN PORCENTAJE)



TASA DE LETALIDAD
(%) POR REGIÓN



Notas.
Datos acumulados desde el inicio de la pandemia hasta el 10 de febrero de 2021 Para la obtención de los promedios (simples) por regiones, los países fueron clasificados conforme a la clasificación del Banco Mundial, disponible en su documento World Bank list of economies (junio de 2020).

ASIA EST. Asia del Este y Pacífico; **ASIA SUR.** Asia del Sur; **OR. M. Y NA.** Oriente Medio y Norte de África; **ÁF. SUBSAH.** África Subsahariana; **EUR. Y AS. C.** Europa y Asia Central; **LAC.** Latinoamérica y el Caribe; **NORTEAM.** Norteamérica; **PROM.** Se refiere al promedio simple de los 18 países que conforman este estudio. Conforme a la clasificación del Banco Mundial, México fue incluido en la región de LAC. y no en la de Norteamérica.

FUENTE: Elaboración propia con base en Our World in Data (2022). COVID-19 dataset.

A2

VARIACIÓN DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA Y DE LA OCUPACIÓN ENTRE 2019 Y 2020 EN REGIONES SELECCIONADAS

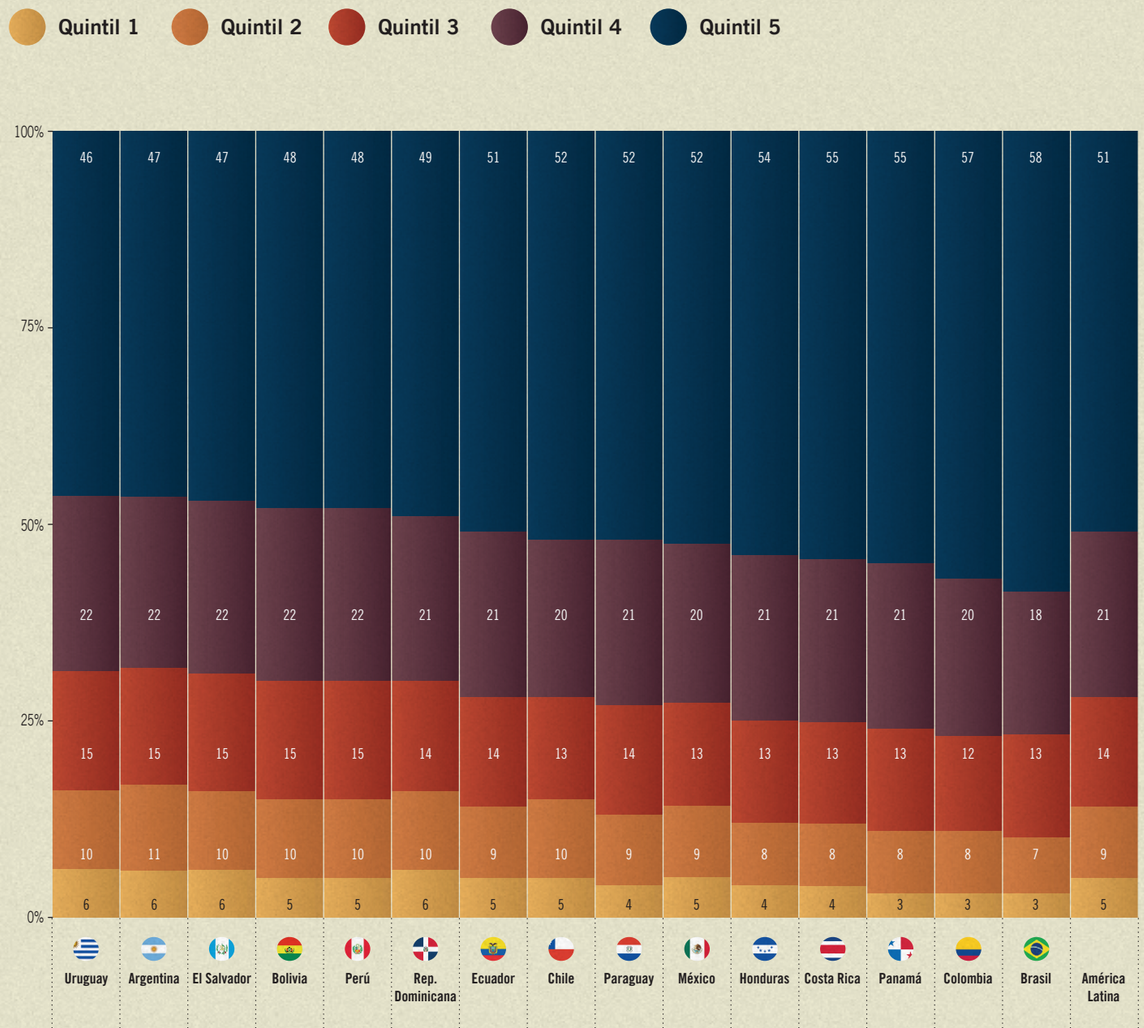
(DE ACUERDO A LAS CATEGORÍAS DE INSTITUCIONES MULTILATERALES)

FUENTE: CEPAL con base en datos del Fondo Monetario Internacional, World Economic Outlook Database.[6]

6. Nota. Los países que hacen parte de cada categoría pueden consultarse en:

A3

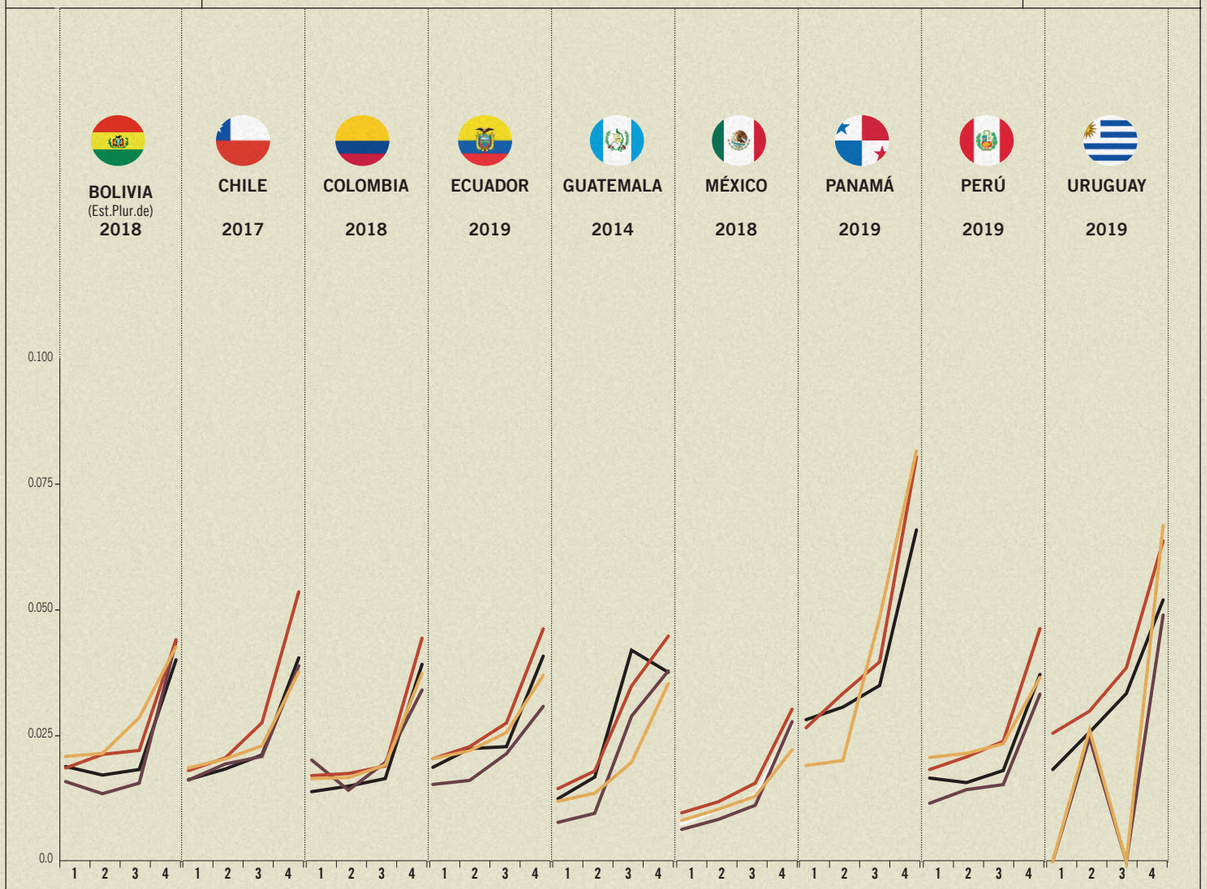
PARTICIPACIÓN EN EL INGRESO TOTAL POR QUINTILES DE INGRESO EN 15 PAÍSES DE AMÉRICA LATINA, 2019



FUENTE: CEPAL, Panorama Social de América Latina, 2020 (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago, 2021. p. 70

A4

INGRESOS LABORALES POR HORA (COMO MÚLTIPLOS DE LAS LÍNEAS DE POBREZA DE CADA PAÍS) DE LOS ASALARIADOS DE 15 AÑOS Y MÁS, POR SEXO, NIVEL EDUCATIVO Y CONDICIÓN ÉTNICA EN 9 PAÍSES DE AMÉRICA LATINA, ALREDEDOR DE 2019



Hombres

- Indígenas
- No afrodescendientes - No indígenas

Mujeres

- Indígenas
- No afrodescendientes - No indígenas

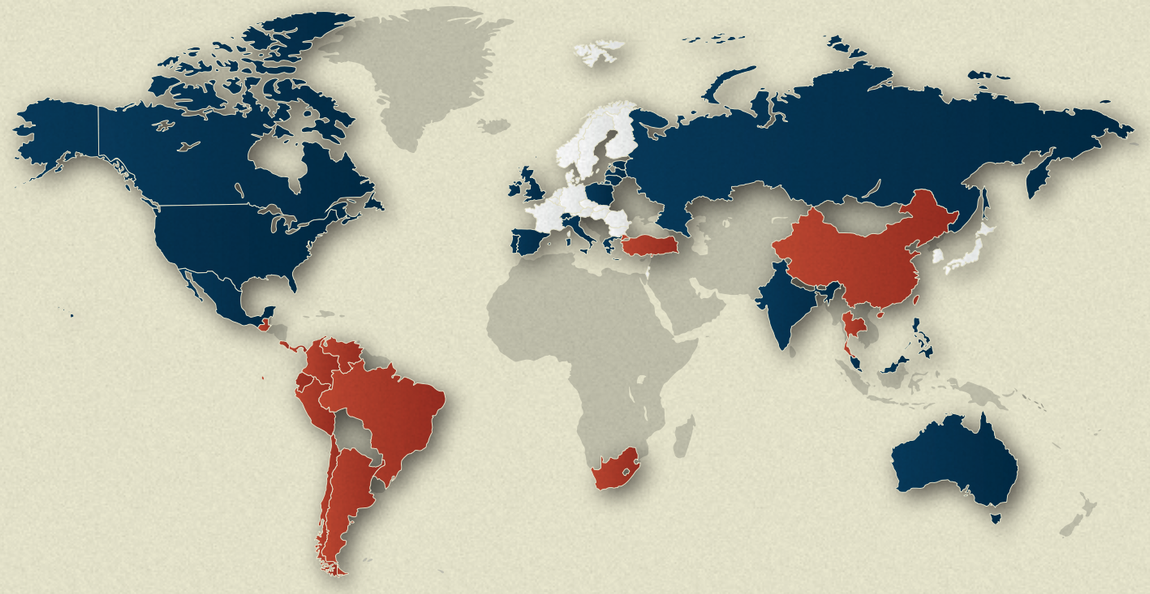
Eje X

1: Primaria incompleta
2: Secundaria incompleta
3: Secundaria completa
4: Terciaria incompleta

FUENTE: Cecchini, R. Holz y H. Soto de la Rosa (coords.), Caja de herramientas. Promoviendo la igualdad: el aporte de las políticas sociales en América Latina y el Caribe (LC/TS.2021/55), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021, p. 30.

A5

DESIGUALDAD Y PADECIMIENTOS CARDIACOS



Desigualdad más baja -
Tasa de insuficiencia cardíaca: 10,9

Desigualdad intermedia -
Tasa de insuficiencia cardiaca: 11,7

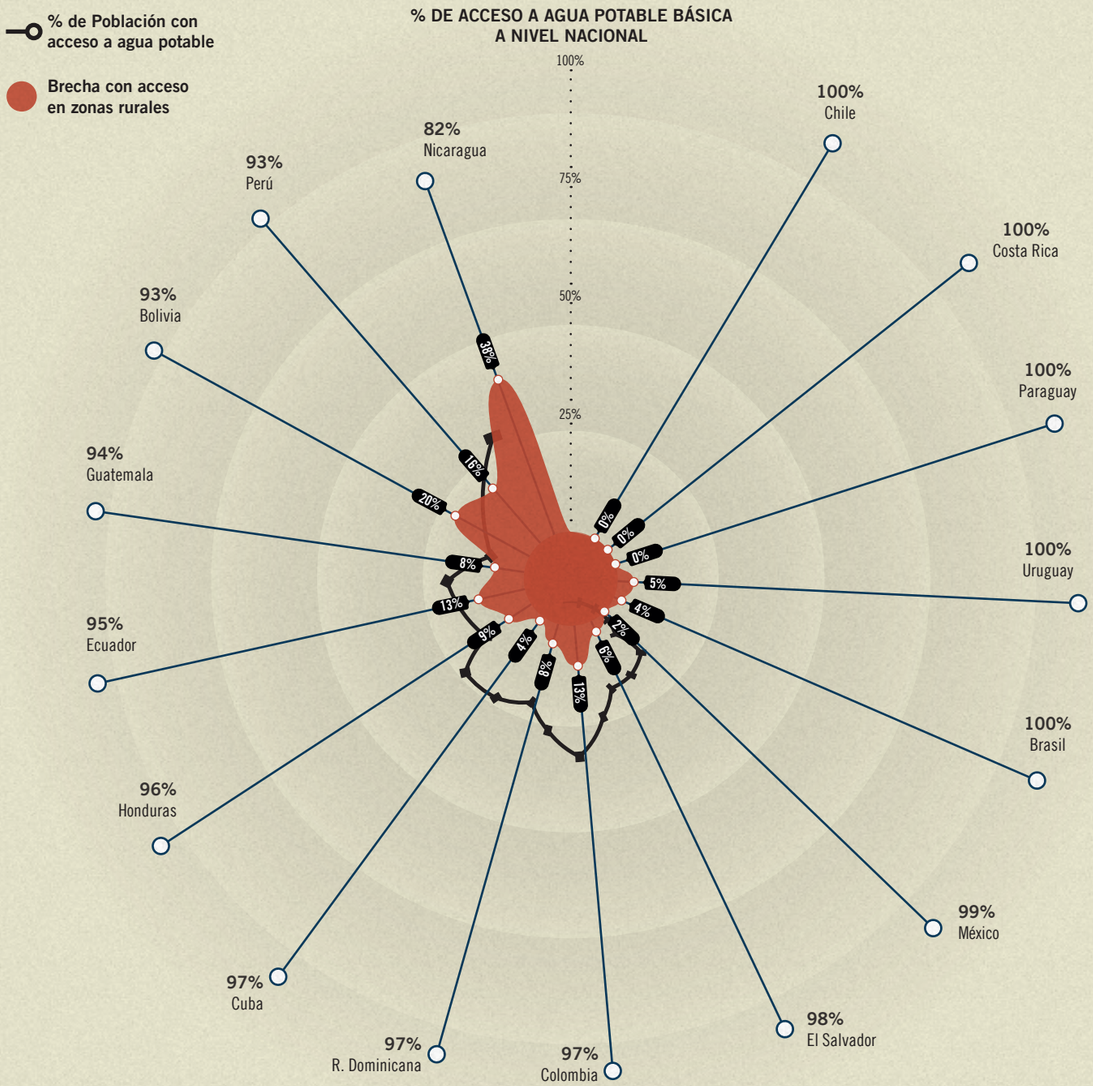
Mayor desigualdad -
Tasa de insuficiencia cardíaca: 13,7

FUENTE: Inequality and Health , with data from Journal of American College of Cardiology,[7] Portal "Inequality and Health". Disponible en: https://inequality.org/facts/inequality-and-health/Disponible en: https://inequality.org/facts/inequality-and-health/

7. Portal "Inequality and Health". Disponible en: https://inequality.org/facts/inequality-and-health/

A6

COBERTURA NACIONAL DE SERVICIO BÁSICO DE AGUA POTABLE Y BRECHA ABSOLUTA EN EL ACCESO ENTRE ÁREAS URBANAS Y RURALES (2019)

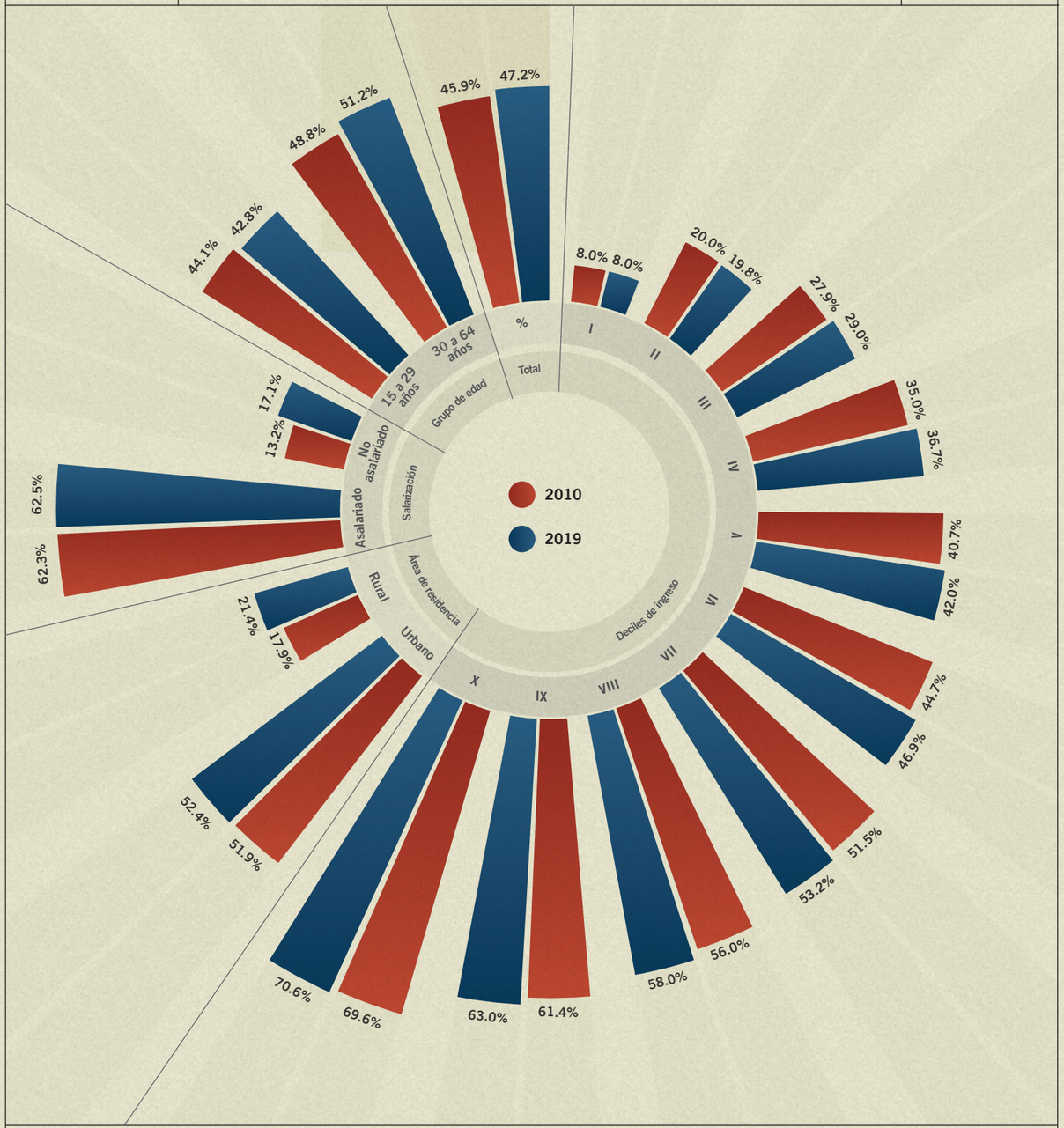


Nota.
Los estadísticos de servicio básico de agua potable se refieren al acceso a una fuente de agua (infraestructura) instalada mejorada, lo cual no necesariamente implica agua corriente utilizable diaria a través del servicio público de agua dentro del hogar, ya que las fuentes pueden ser tuberías, pipas de agua, pozos, entre otras.

FUENTE: Elaboración propia con base en datos del Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene de ONU y OMS para 2020.

A7

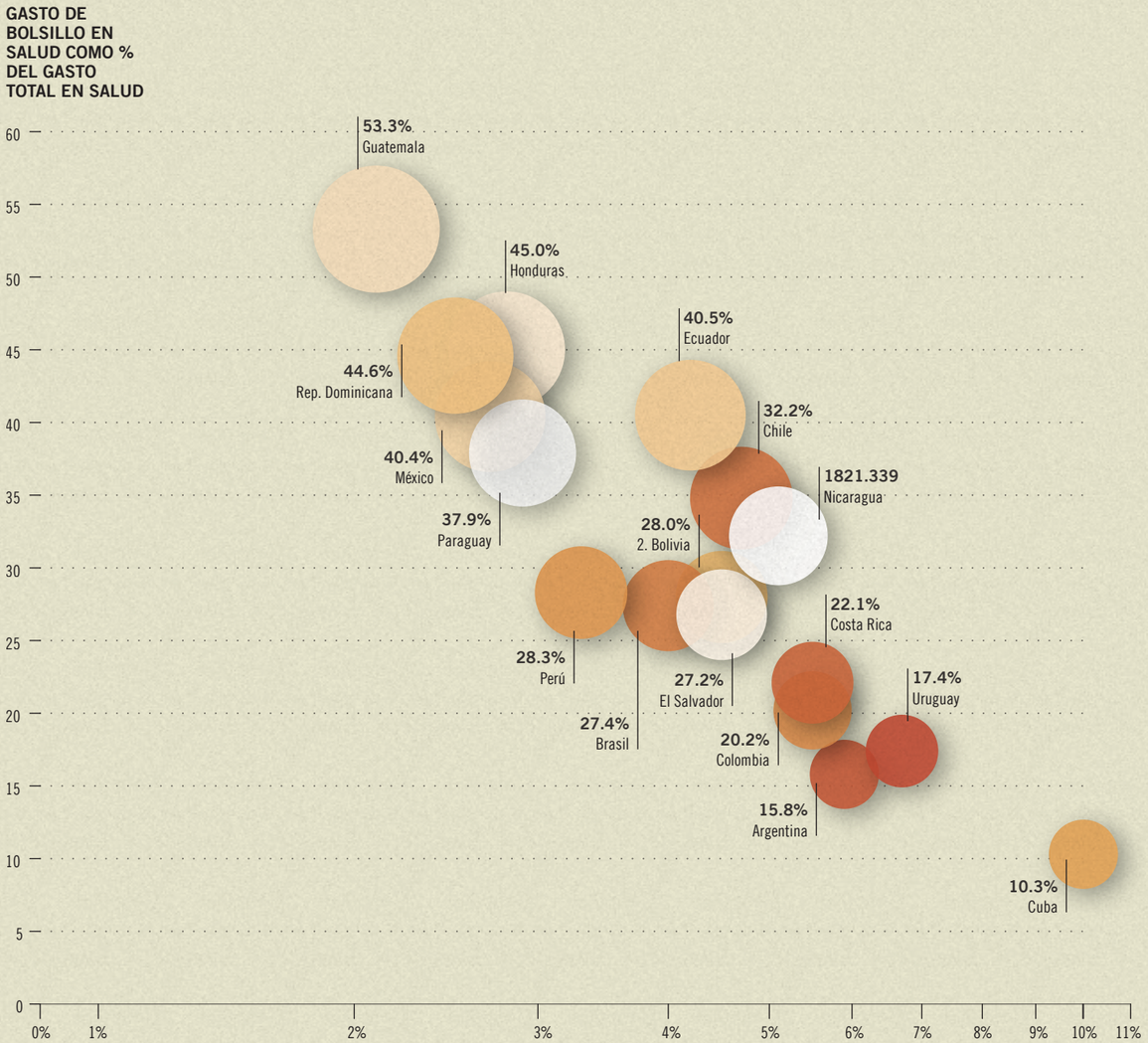
AFILIACIÓN O COTIZACIÓN A SISTEMAS DE PENSIONES EN 15 PAÍSES DE AMÉRICA LATINA ENTRE LAS PERSONAS OCUPADAS DE 15 AÑOS Y MÁS, SEGÚN DECILES DE INGRESO, ÁREA DE RESIDENCIA, SALARIZACIÓN Y GRUPO DE EDAD, ALREDEDOR DE 2010 Y 2019



FUENTE: CEPAL, Panorama Social de América Latina, 2020 (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1), Santiago, 2021, p. 121

A8

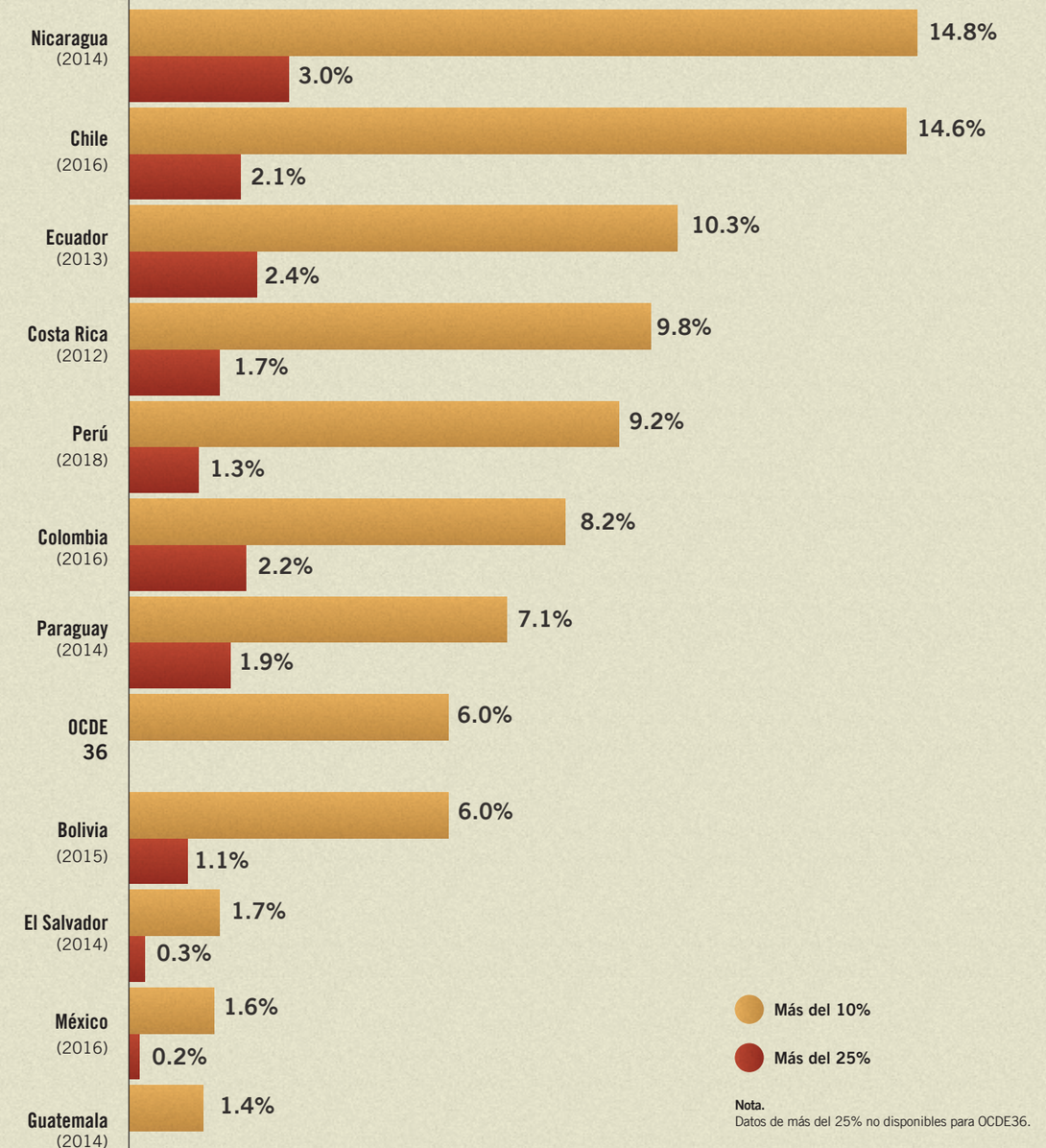
GASTO PÚBLICO EN SALUD (COMO % DEL PIB) Y GASTO DE BOLSILLO (COMO % DEL GASTO TOTAL EN SALUD) EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EN LA OCDE, 2019.



FUENTE: Elaboración propia con datos de OPS-OMS (2019). Indicadores básicos 2019. Tendencias de la salud en las Américas, pág. 28. y de OMS (s.f.). The Global Health Observatory. Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of gross domestic product (GDP) (%)

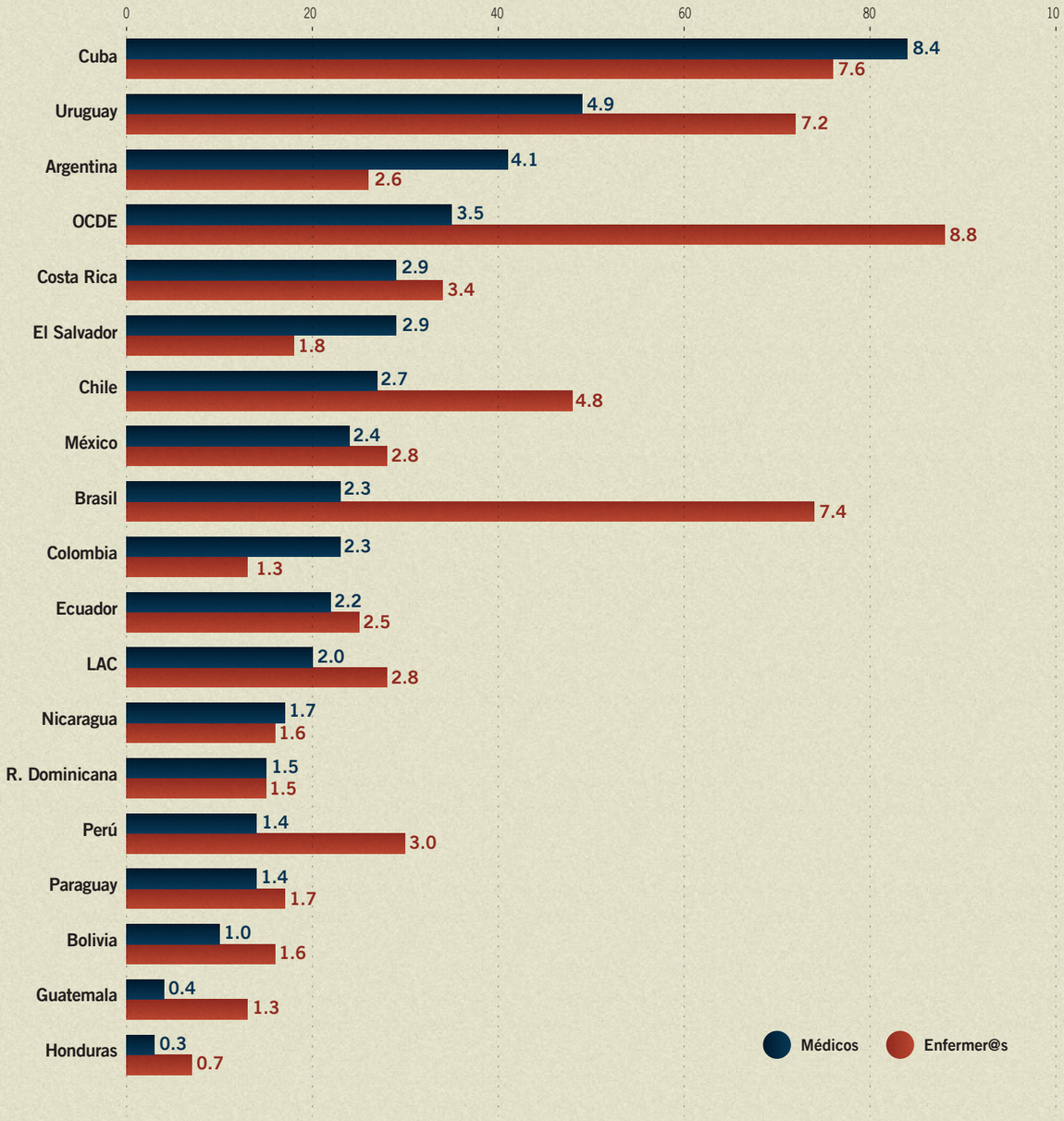
A9

GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD (PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE GASTA MÁS DEL 10% O DEL 25% DE SU PRESUPUESTO COMO GASTO DE BOLSILLO EN SALUD)



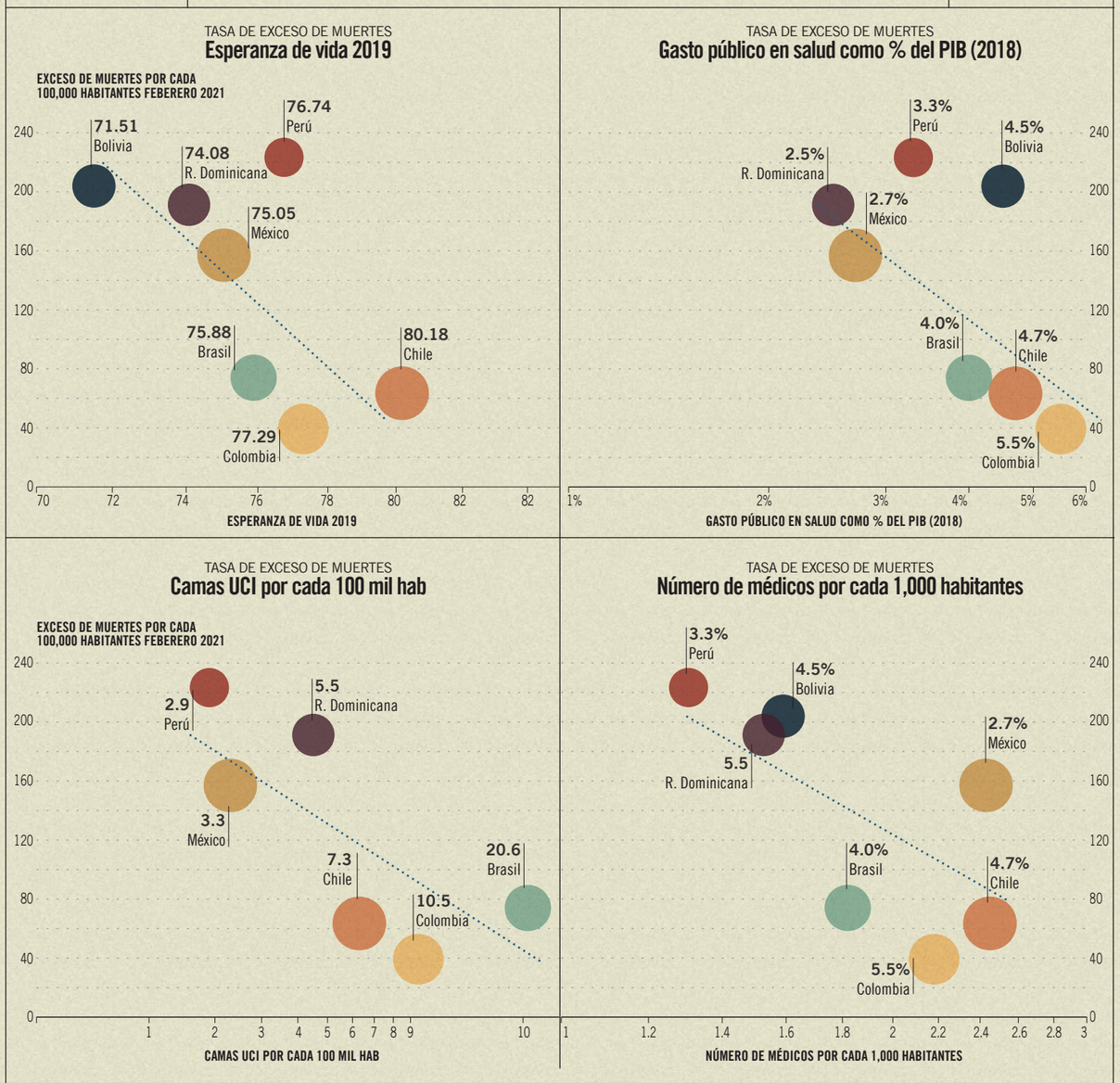
FUENTE: elaboración propia, con base en datos de OCDE y Banco Mundial (2020), págs. 30 y 145.

A10 MÉDICOS Y ENFERMERAS POR CADA MIL HABITANTES



FUENTE: Elaboración propia, con base en datos de OCDE y Banco Mundial. Panorama de la salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, págs. 29 y 121.

A11 RELACIÓN ENTRE EXCESO DE MUERTES Y ESPERANZA DE VIDA, ENTRE EXCESO DE MUERTES Y GASTO PÚBLICO EN SALUD, ENTRE EXCESO DE MUERTES Y CAMAS DE CUIDADO INTENSIVO, Y ENTRE EXCESO DE MUERTES Y MÉDICOS

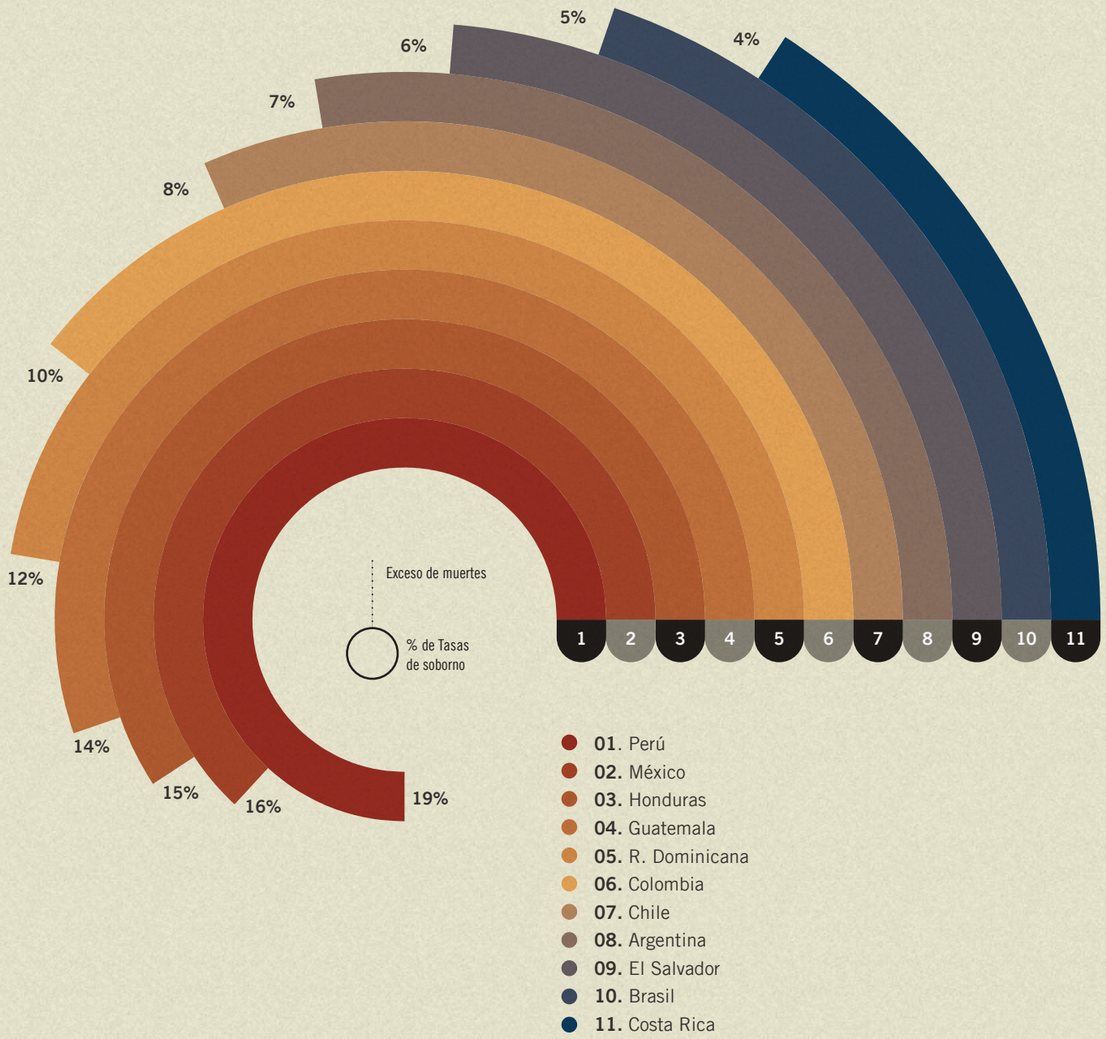


Nota. * Datos acumulados de enero a fines de agosto de 2020. Para los datos presentados de manera semanal por la fuente, se eligieron los datos acumulados a la semana 35, los cuales finalizan entre el 28 de agosto y el 2 de septiembre, dependiendo del país del que se trate. ** Datos de 2020 para camas UCI por cada 100,000 habitantes, excepto Ecuador (2018), y último año disponible para médicos por cada 1,000 habitantes (2018 para Colombia, 2017 para Chile y México, 2016 para Bolivia, Ecuador y Perú, y 2010 para Brasil). [double check this graph with UCI figures up top].

FUENTE: elaboración propia con base en Our World in Data (2021). Covid-19 dataset y en información oficial recopilado en de The Economist (2021) para tasa de exceso de muertes.

A12

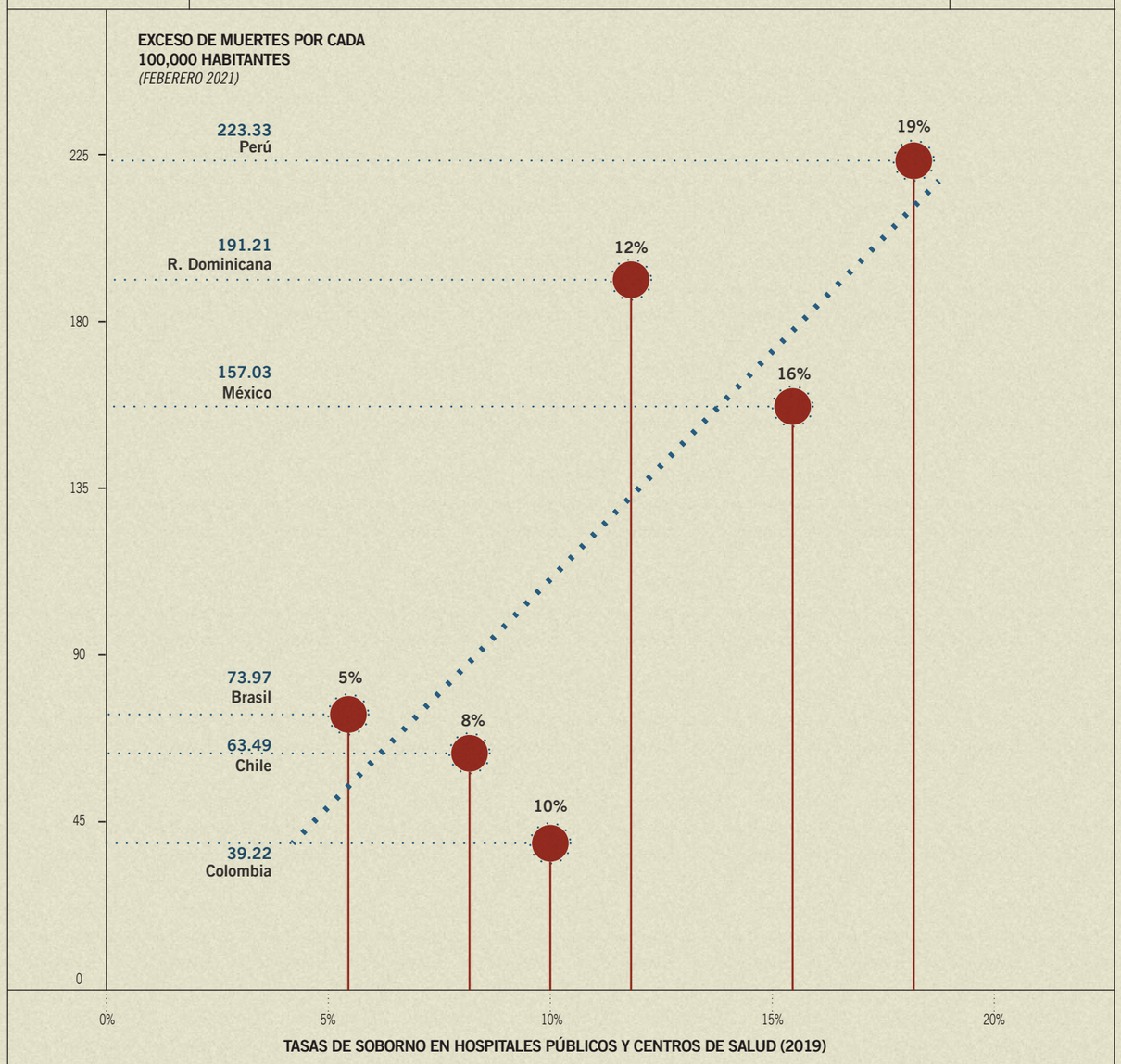
TASAS DE SOBORNO EN HOSPITALES PÚBLICOS Y CENTROS DE SALUD, BASADO EN LA PERCEPCIÓN/TESTIMONIO DE PERSONAS QUE USARON ESTOS SERVICIOS PÚBLICOS EN LOS 12 MESES ANTERIORES (2019)



FUENTE: Elaboración propia con base en datos de OCDE y Banco Mundial (2020), pág. 7, con datos a su vez de Transparencia Internacional (2019), Global Corruption Barometer, Latin America and the Caribbean 2019. Citizens' views and experiences of corruption.

A13

RELACIÓN ENTRE EXCESO DE MUERTES Y TASA DE SOBORNOS TEN HOSPITALES PÚBLICOS Y CENTROS DE SALUD

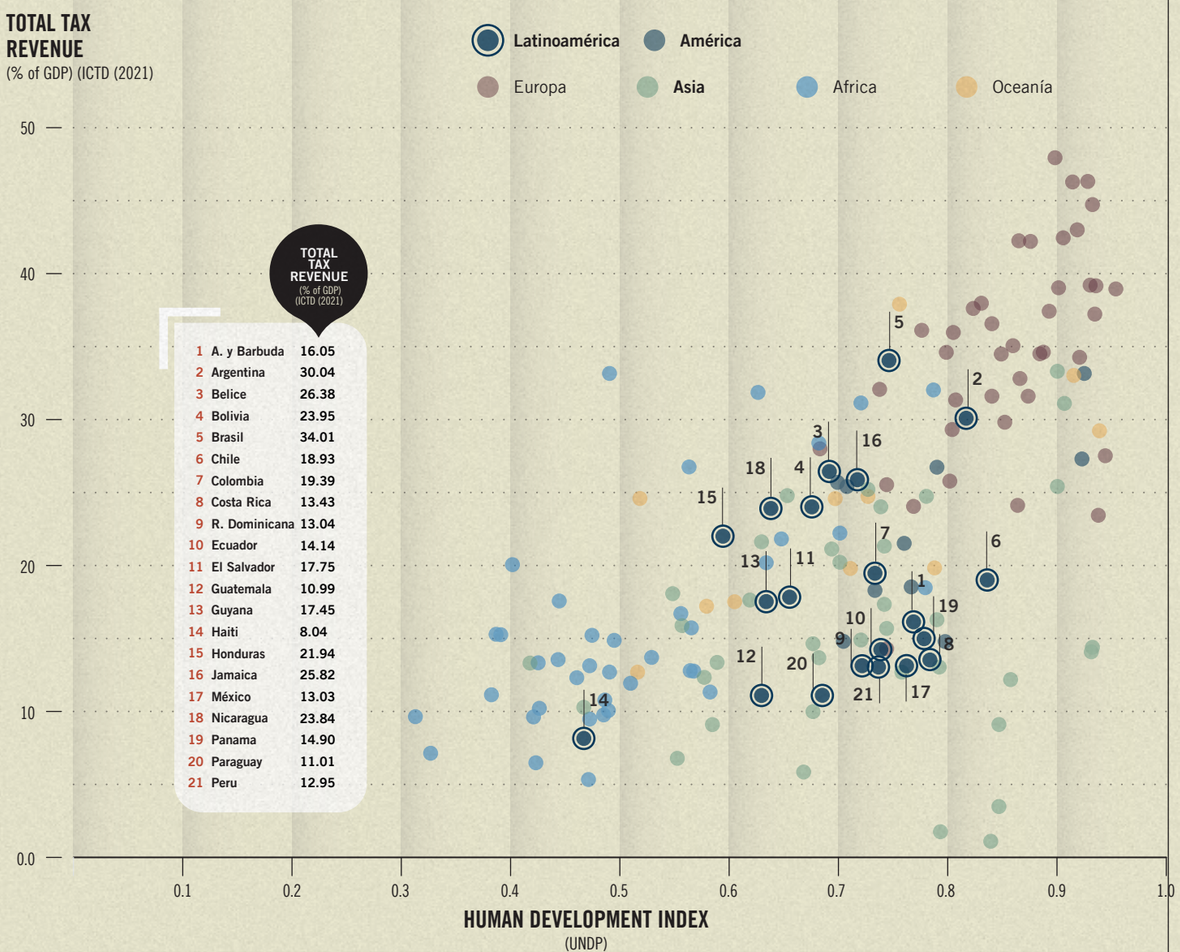


Nota. * Datos acumulados de enero a fines de agosto de 2020. Para los datos presentados de manera semanal por la fuente, se eligieron los datos acumulados a la semana 35, los cuales finalizan entre el 28 de agosto y el 2 de septiembre, dependiendo del país del que se trate. ** Datos de 2020 para camas UCI por cada 100,000 habitantes, excepto Ecuador (2018), y último año disponible para médicos por cada 1,000 habitantes (2018 para Colombia, 2017 para Chile y México, 2016 para Bolivia, Ecuador y Perú, y 2010 para Brasil). [double check this graph with UCI figures up top].

FUENTE: elaboración propia con base en Our World in Data (2021). COVID-19 dataset y en información oficial recopilado en de The Economist (2021) para tasa de exceso de muertes. [9]

A14

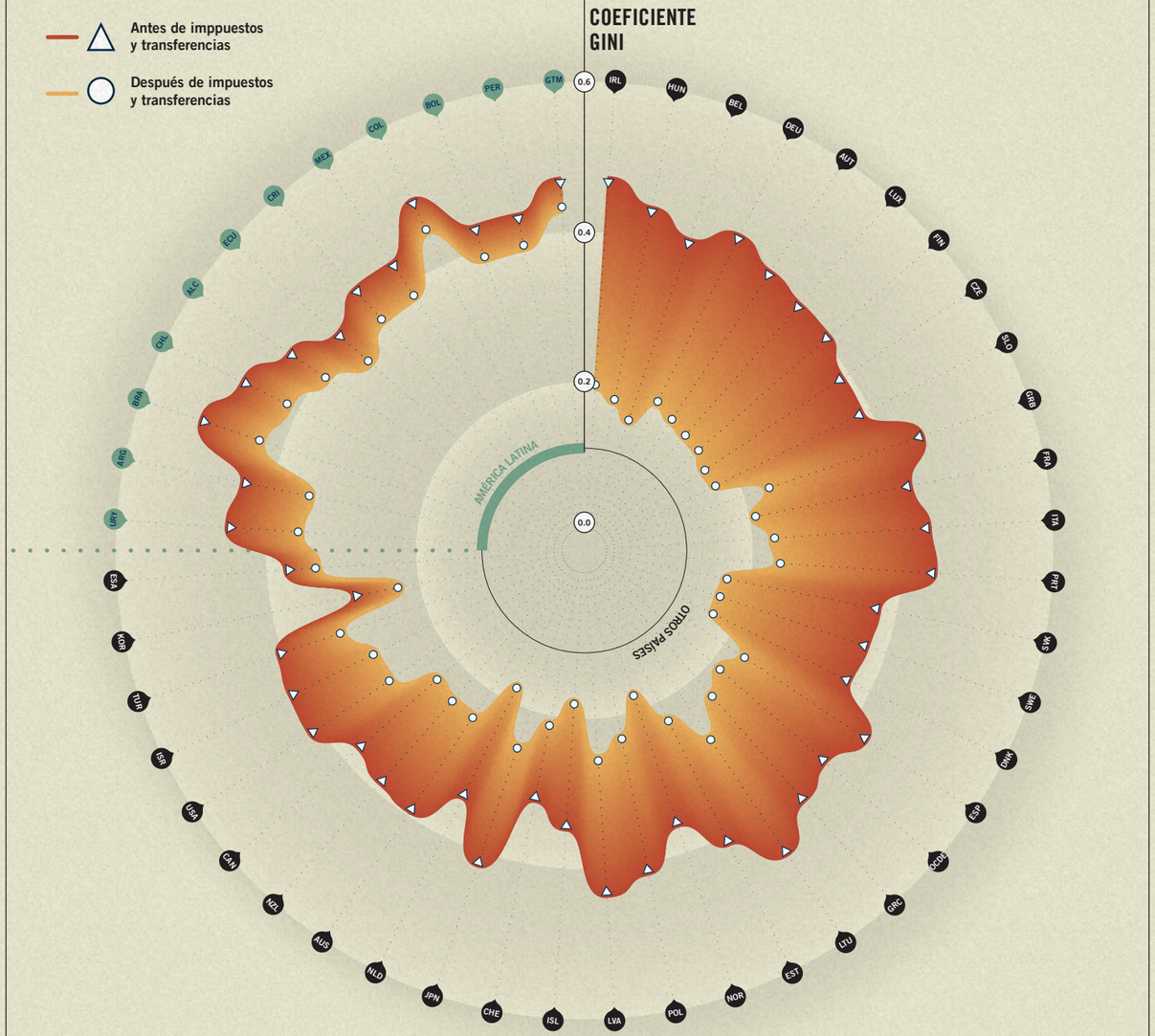
LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA RECAUDAN MENOS IMPUESTOS COMO PORCENTAJE DEL PIB EN COMPARACIÓN CON PAÍSES CON NIVEL DE DESARROLLO HUMANO SIMILAR.



FUENTE: Elaboración propia con base en Our World in Data (2021): Human Development Index (UNDP. 2017) y Total tax revenue (% of GDP) (ICTD (2021))

A15

INCIDENCIA FISCAL: LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA TIENEN NIVELES DE DESIGUALDAD ANTES DE IMPUESTOS Y TRANSFERENCIAS MUY ALTOS (EJE VERTICAL) QUE NO SON CORREGIDOS POR LA ACCIÓN FISCAL DEL ESTADO (EJE HORIZONTAL)



Nota.
El coeficiente de Gini mide el grado de desigualdad en un país; el coeficiente toma valores entre 0 y 1; valores cercanos a 1 indican mayor concentración del ingreso mientras que valores cercanos a 0 una distribución mucho más equitativa. La metodología para estimar el ingreso antes de impuestos y transferencias de OCDE y el ingreso de mercado de Lustig (2016) son ligeramente distintas entre las fuentes. Sin embargo, las diferencias entre coeficientes de Gini para países que se encuentran en ambas bases no es significativa, por lo que pueden realizarse dichas comparaciones para tener una idea general del efecto redistributivo de la política fiscal

FUENTE: Para los países miembros de la OCDE: Base de datos de distribución del ingreso (Income Distribution Database). Para los países de ALC: Lustig (2016).

AMNISTÍA INTERNACIONAL

ES UN MOVIMIENTO GLOBAL DE DERECHOS HUMANOS. LAS INJUSTICIAS QUE AFECTAN A UNA SOLA PERSONA NOS AFECTAN A TODAS LAS DEMÁS.

CONTÁCTANOS

info@amnesty.org

+44 (0)20 7413 5500

ÚNETE A LA CONVERSACIÓN

/AmnistiaAmericas

@AmnistiaOnline

CENTER for ECONOMIC and SOCIAL RIGHTS

ES UNA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS QUE TRABAJA PARA TRANSFORMAR EL SISTEMA ECONÓMICO DOMINANTE POR UNO QUE FUNCIONE PARA LAS PERSONAS Y EL PLANETA.

CONTÁCTANOS

Info@cesr.org

+1 (718) 237 9145

ÚNETE A LA CONVERSACIÓN

/CenterEconomicSocialRights/

@social_rights