

Transparencia y Equidad en la Distribución de Vacunas COVID-19 en América Latina y el Caribe

Preguntas Claves para Abordar Temas de Género y Diversidad

A medida que los países avanzan en la preparación de planes de distribución de vacunas COVID-19 en América Latina y el Caribe (ALC), es imprescindible que se tomen medidas para asegurar que se realice de forma transparente y equitativa. Cada país determinará sus criterios de priorización en base a los riesgos de mortalidad, exposición y transmisión de COVID-19 de ciertos grupos poblacionales. Por ejemplo, un plan de vacunación que considere que la primera prioridad es evitar muertes probablemente favorecería a los adultos mayores. Es natural que se evidencien grandes diferencias en las tasas de vacunación entre grupos de edad; sin embargo, es probable que grandes diferencias basadas en la etnicidad, raza o género se perciban como una exclusión y no un resultado justo. Durante cada una de las etapas del plan de vacunación, se busca evitar una captura de la vacunación por las élites que deje por fuera a las poblaciones más vulnerables.

A pesar de que mostramos cómo se puede aplicar la equidad en el desarrollo de esquemas de priorización, este documento se enfoca en cómo se puede asegurar la transparencia y equidad dentro de la priorización establecida en cada país. Se plantea preguntas y acciones clave que pueden informar la transparencia y equidad en el despliegue de las vacunas COVID-19 durante su priorización, monitoreo y ejecución. Es imprescindible facilitar el acceso de los grupos vulnerables y asegurar que la raza, la pertenencia étnica, el género, el estatus migratorio y la discapacidad no sean un obstáculo para la vacunación.

Esta nota fue redactada por Suzanne Duryea y María Antonella Pereira con los insumos de Judith Morrison, Carmiña Albertos, Anne-Marie Urban, Bill Savedoff and Marcella Distrutti.

¿Por qué es importante que poblaciones vulnerables tengan acceso a la vacunación contra el COVID-19?

Aunque los datos específicos de cada país con respecto a las tasas de morbilidad y mortalidad de COVID-19 siguen siendo escasos, existen algunos patrones comunes donde se ha realizado la desagregación por grupos sociodemográficos. Se ha demostrado sistemáticamente que los **adultos mayores, especialmente los hombres**, tienen la mayor probabilidad de enfermedad grave y muerte por COVID-19.¹ Las **mujeres** están sobrerrepresentadas en trabajos de primera línea en el sector salud, así como en el cuidado de personas mayores, con tasas de exposición más altas al COVID-19. En Colombia, las tasas letalidad por caso son más altas para los afrocolombianos e indígenas colombianos (3,24% y 3,19% respectivamente) en comparación con la tasa general de letalidad por caso de 2,54%.² Para Brasil, la tasa de mortalidad de los pacientes hospitalizados con COVID-19 es más alta para los afrobrasileños (33,7%) que para la población blanca (30,3%).³ Los estudios que han examinado las tasas más altas de mortalidad de los **afrodescendientes** frente a los blancos (en los EE. UU.) han encontrado que las diferencias se explican parcialmente por la mayor probabilidad de infección asociada con características estructurales de desigualdad como la hacinamiento de entornos residenciales.⁴ Los **pueblos indígenas**, las **personas con discapacidad**, y los **migrantes** corren un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por COVID-19 debido a desventajas estructurales. Estos incluyen condiciones de salud preexistentes, acceso limitado a servicios básicos de salud y posibles condiciones de hacinamiento.⁵ Las personas **LGBTQ+** también corren un alto riesgo, dado que se ha descubierto que son **más propensas a contraer varios tipos de cáncer** y VIH, y **enfrentan barreras** importantes para **acceder a la atención médica**.



¹ La tasa de mortalidad por infección aumenta drásticamente después de los 50 años (Mallapaty, 2020). Por ejemplo, la probabilidad de morir era inferior al 0,1% en España y Ginebra para todas las edades menores de 50 años, pero del 7,2% para los mayores de 80 años en España y del 5,6 para los mayores de 65 años en Ginebra. En los EE. UU., La población mayor de 55 años representa el 92% de las muertes por COVID-19, aunque son solo 1/3 de la población general.

² Cálculos del autor usando [estos datos](#) considerando muertes hasta inicios de enero 2021.

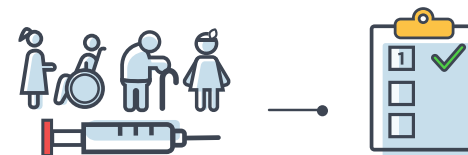
³ Dado que no se informa el número total de casos positivos de COVID-19, no es posible calcular la tasa de mortalidad de casos para Brasil. Las tasas de mortalidad entre los hospitalizados son mucho más altas que entre todos los casos.

⁴ (Zelner, 2020).

⁵ (Duryea et al., 2020) y (Cotacachi & Grigera, 2020) y (Mazza, 2020)

PRIORIZACIÓN

Durante la etapa de priorización de la distribución de las vacunas contra el COVID-19, hay una serie de preguntas y acciones que pueden fomentar la transparencia y equidad.



Preguntas clave

¿Cómo se puede abordar la equidad en la distribución de la vacuna dentro del esquema de priorización de cada país?

Acciones Clave



Establecer un índice de vulnerabilidad comunitario al COVID-19 que informe el plan de vacunación.

- Además de priorizar las vacunas a nivel individual, los gobiernos pueden priorizar la vacunación a nivel comunitario en base a vulnerabilidad a COVID-19 por zona geográfica. En otras palabras, se puede priorizar la distribución de vacunas en comunidades con poblaciones más vulnerables al COVID-19. Se puede construir un índice de vulnerabilidad a COVID-19 a nivel geográfico (con datos municipales o del tramo censal) utilizando una combinación de variables demográficas, factores de riesgo del hogar (hacinamiento y pobreza) y medidas de capacidad del sistema de salud.⁶
- Dado que las comunidades indígenas y afrodescendientes tienden a tener mayores tasas de pobreza, mayores tasas de mortalidad por COVID-19, mayores tasas de hacinamiento y menor acceso a servicios de salud, los índices de vulnerabilidad comunitaria están altamente correlacionados con la raza y la etnicidad. Por lo tanto, la focalización a nivel comunitario es una herramienta fundamental para promover la equidad en la distribución de vacunas.
- Para evitar la exclusión de personas sin hogares, migrantes y otras poblaciones marginalizadas en el despliegue, algunos países están direccionando las vacunas a comunidades vulnerables con criterios que no requieren de verificación de residencia o estatus migratorio legal sino simplemente un documento oficial que compruebe la edad. La información de lugar de residencia puede recolectarse, pero sin exigir documentación.



⁶De estar disponibles, se pueden usar datos sobre mortalidad por COVID-19 a nivel geográfico para este propósito.

MONITOREO

El monitoreo y reporte del plan de vacunación es imprescindible para la transparencia. Por medio de un monitoreo riguroso, se puede confirmar si las vacunas están llegando a poblaciones vulnerables y tomar acciones correctivas de ser necesario.



Preguntas Clave

¿El país tendrá un sistema para monitorear en tiempo real cómo se están aplicando los criterios de priorización y poder demostrar que las vacunas están llegando a las poblaciones previstas?

¿Se toman en cuenta el género, la raza y la etnicidad entre los datos requeridos en el sistema de información para monitorear la distribución de las vacunas?

Si se observan grandes brechas basadas en género, etnia u raza en el primer 20% de la población vacunada, ¿cómo se mantendrán y justificarán los criterios seleccionados para la priorización como transparentes y equitativos?⁷ ¿Se evaluarán periódicamente los criterios de priorización y se modificarán para ajustar la equidad en la distribución?

Acciones Clave

Monitorear en tiempo real el despliegue de vacunas con indicadores de equidad por medio de un sistema de información y monitoreo.

- Los países tienen diferentes sistemas de datos requeridos para informar el progreso en la cobertura de vacunación en todos los grupos sociodemográficos. La recopilación y presentación de información desagregada por género, edad, origen étnico y raza, nivel de educación y municipio de residencia puede brindar transparencia sobre la implementación del plan de vacunación. No se debe reportar información personal sensible como el nombre.
- Incluso los planes de vacunación bien diseñados deben actualizarse después de monitorear resultados provisionales. En el Reino Unido, se encontró que la probabilidad de ser vacunado era dos veces más alta para personas blancas que para personas afrodescendientes⁸, con grandes brechas que también se evidencian en Estados Unidos⁹, en base a raza y etnicidad. Estos resultados han impulsado esfuerzos adicionales para vacunar a poblaciones vulnerables que a menudo se concentran residencialmente. Algunos estados de Estados Unidos están construyendo “mapas de calor” que mapean en tiempo real las tasas de vacunación y las tendencias de infección por COVID-19 usando códigos postales. El mapeo dinámico permite una corrección eficaz, por ejemplo, aumentando la presencia de sitios de vacunación en comunidades donde las tasas de vacunación son bajas y las tasas de transmisión están aumentando, o distribuyendo vacunas a través de organizaciones comunitarias confiables.

⁷ Si el esquema de priorización se enfoca mucho en evitar la mortalidad, no sería inesperado encontrar una gran brecha de vacunación por género dadas las tasas de mortalidad significativamente más altas para los hombres. Donde los datos han sido desglosados por raza, las tasas de mortalidad por casos de COVID-19 han sido más altas para los afrodescendientes que en general (Colombia y Brasil). Los grandes retrasos en las tasas de vacunación de los afrodescendientes podrían indicar dificultades en la distribución y aceptación.

⁸ (Griffin, 2021).

⁹ (Ndugga et al., 2021).



- Es posible que haya personas que no quieran reportar su identidad étnico-racial por miedo a ser discriminados y recibir una vacuna de peor calidad. Para evitar que haya poca información recolectada sobre raza/etnicidad, se puede hacer seguimiento sobre la identidad étnico-racial y otra información faltante después de la dosis final de vacunación, siempre respetando el derecho de no responder.
- Es imprescindible comunicar en tiempo real el avance del proceso de vacunación y el cumplimiento de los criterios de priorización con la población nacional, como parte de una estrategia comunicacional más amplia de transparencia. Esto se puede compartir por medio de varios canales de comunicación incluyendo televisión, radio y en sitios web.

EJECUCIÓN

Comunicación

Preguntas

¿La campaña de comunicación será culturalmente apropiada y estará disponible en lenguas diversas, incluyendo lenguas indígenas, y formatos accesibles (por ejemplo, sitio web accesible, subtítulos, interpretación en lengua de señas, mensajes de texto, etc.)?

¿Se coordinará la difusión de información con las autoridades indígenas y organizaciones de la sociedad civil que tienen vínculos estrechos con diversos grupos de población a los que puede ser más difícil llegar, incluidos aquellos que trabajan con poblaciones vulnerables LBGTQ+?

Se deben considerar tres aspectos en la etapa de ejecución de los planes de vacunación contra el COVID-19: la estrategia comunicacional, los protocolos y ajustes que permiten el acceso a la vacunación para poblaciones vulnerables, y los mecanismos de consentimiento para poblaciones diversas. Las personas con discapacidad, los afrodescendientes, las personas indígenas, las mujeres, las personas LGBTQ+ y los migrantes necesitan estar informados sobre la vacunación, poder acceder a la vacuna sin obstáculos dentro del esquema de priorización, y la oportunidad de dar su consentimiento libre e informado a la vacuna. A continuación, se presentan preguntas y acciones claves para la etapa de ejecución que pueden facilitar la transparencia y equidad en la distribución de vacunas.

Acciones

▶ **Desarrollar una campaña de comunicación inclusiva sobre el proceso de vacunación.** La campaña debe tener dos aspectos fundamentales:

1. Los mensajes de la campaña deben ser culturalmente adaptados, claros y comunicados por miembros respetados y confiables de las comunidades. En comunidades donde hay dudas sobre la eficacia, seguridad o importancia de las vacunas¹⁰, es especialmente importante que el contenido de las campañas de comunicación refleje las prácticas y costumbres locales.

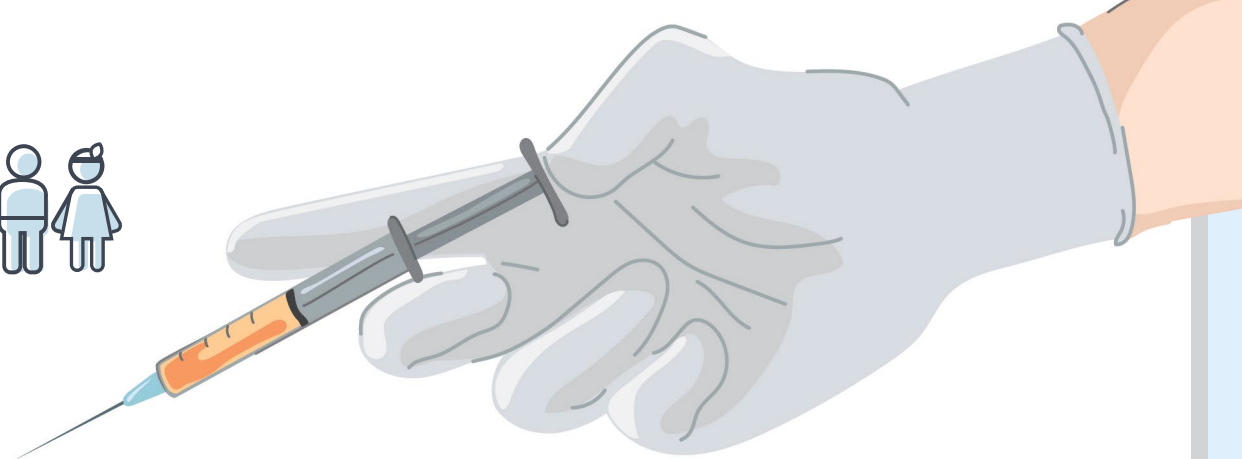
- Un proceso de consulta comunitario en comunidades indígenas puede ayudar a comprender cómo las creencias y prácticas interculturales se relacionan a la(s) vacuna(s), de forma que estas influyeran las campañas de comunicación y cómo pueden los trabajadores de salud comunicar efectivamente la información sobre la importancia de la vacunación. La información de la vacunación puede ser comunicada por las autoridades indígenas.
- Se puede diseminar información por medio de líderes de la comunidad y organizaciones de la sociedad civil que tienen lazos fuertes con poblaciones diversas que pueden ser difíciles de alcanzar, incluyendo aquellos líderes/organizaciones que trabajan con poblaciones vulnerables LGBTQ+ y poblaciones migrantes. Esto puede ayudar a combatir la inseguridad y desinformación alrededor de la vacunación¹¹.
- Es crucial elaborar mensajes claros focalizados hacia mujeres embarazadas, intentando concebir o dando de lactar.
- Asegurar una representación diversa en materiales de comunicación es una prioridad, incluyendo la representación de personas indígenas, afrodescendientes, mujeres y personas con discapacidad.

2. Los materiales de comunicación deben ser accesibles.

- Es importante crear materiales accesibles para personas con discapacidad que informen cómo acceder a la vacunación, por ejemplo, por medio de sitios web accesibles para usuarios de lectores de pantalla, subtítulo e interpretación en lengua de señas en multimedia y televisión en vivo, el uso de mensajes de texto, entre otros.
- Así mismo, se deben crear materiales en lenguas indígenas, que tengan en consideración la cosmovisión de los pueblos indígenas, así como en otras lenguas diversas.
- Es ideal que existan múltiples métodos de acceso a información incluyendo por medio de televisión, radio, sitios web o mensajes de texto.

¹⁰ Según una encuesta realizada en varios países a nivel mundial, se muestra que hay un porcentaje importante de la población que se muestra indecisa sobre la vacunación contra el COVID-19. El 17% de los encuestados en Brasil respondieron que probablemente no se vacunarían contra el COVID-19 o que definitivamente no se vacunarían; en México el porcentaje es de 18%, en Ecuador del 20%, en Argentina del 24%, en Chile del 28%, en Perú del 28%, y en Paraguay del 49% (Wouters et al., 2020)

¹¹ Campañas de vacunación exitosas previas a la pandemia del COVID-19 demuestran que es importante involucrar a líderes influyentes para entender las preocupaciones de la comunidad, incrementar la confianza y combatir los rumores y la desinformación (Wouters et al., 2020)



Preguntas Clave

¿Las personas con discapacidad enfrentan barreras para acceder a la vacuna? ¿Cómo se abordarán el transporte, la comunicación, la accesibilidad de las instalaciones u otras barreras?

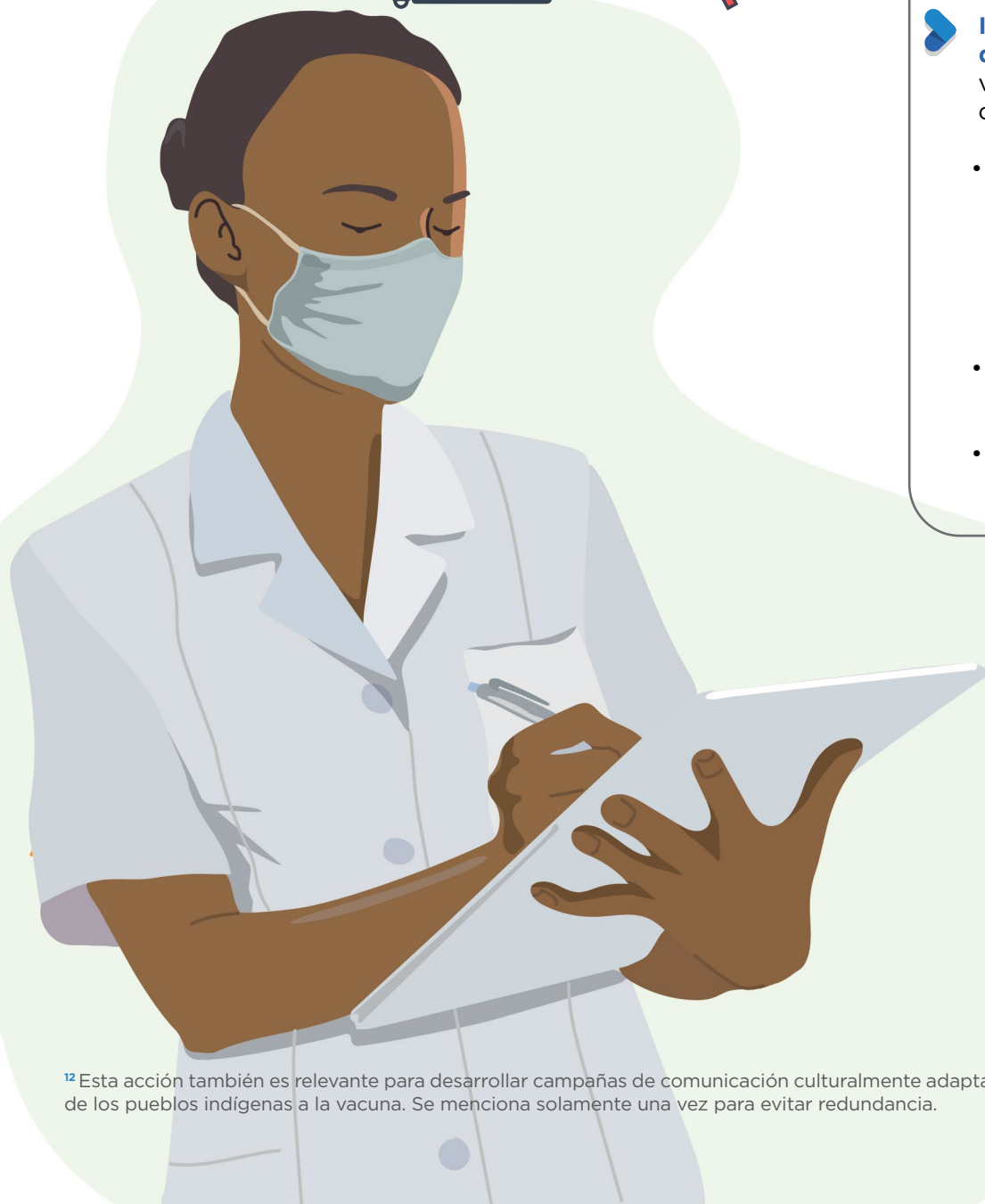
¿Cómo se considerarán los roles de género que afectan, por ejemplo, el acceso y el control de los recursos de mujeres, hombres y personas LGBTQ + y su capacidad para acceder a los lugares de vacunación (considerando las distancias, horas de operación, tiempo y costo involucrados, preocupaciones de seguridad, conocimiento de la disponibilidad del servicio)?

¿Tienen las poblaciones tradicionalmente excluidas un acceso equitativo a las vacunas (pueblos indígenas, personas LGBTQ +, áreas con altas concentraciones de afrodescendientes, áreas con altas concentraciones de poblaciones migrantes, comunidades remotas)? ¿Es factible apoyar la prestación de servicios móviles de vacunación para abordar las posibles brechas de diversidad?

¿Cómo se pueden administrar las vacunas en áreas remotas, en particular en territorios indígenas, de la manera más costo-efectiva? ¿Cómo se evitará el contagio durante las jornadas de vacunación en estas comunidades? ¿Se ha planificado un proceso de consulta comunitaria respecto la distribución de vacunas a personas indígenas?

Acciones Clave

- ▶ **Crear protocolos de accesibilidad para vacunaciones.** Esto puede incluir:
 - Adaptar y garantizar que los sitios de vacunación sean accesibles para personas con discapacidad físicas y sensoriales, o que se pueda proveer ajustes razonables de forma que puedan acceder a la vacuna.
 - Creación de un protocolo de solicitud de ajustes razonables, para que las personas con discapacidad puedan solicitar ajustes razonables antes/durante su cita de vacunación tales como la presencia de un intérprete en lengua de señas, vacunación en la acera, vacunación en el hogar, documentos en Braille, entre otros ajustes.
 - Creación de un protocolo de solicitud de traductores, de forma que personas indígenas puedan solicitar un traductor antes/durante la cita de vacunación o, que se pueda garantizar la presencia de traductores o facilitadores interculturales en ciertos horarios en sitios específicos.
- ▶ **Creación de campañas móviles de vacunación, que buscan llegar a poblaciones vulnerables y comunidades aisladas.** Esto puede ser útil para:
 - Personas con discapacidad que no pueden viajar a los lugares de vacunación.
 - Trabajo en coordinación con servicios de salud indígenas y en áreas aisladas. Esto debe ser coordinado por medio de un proceso de consulta comunitario descrito anteriormente.
 - Comunidades de personas afrodescendientes con difícil acceso a servicios de salud.



- Mujeres y personas LGBTQ+ que puede que no quieran viajar largas distancias por riesgo de violencia.
- Aumentar la probabilidad de que los pacientes reciban una segunda dosis de la vacuna, ya que las poblaciones vulnerables pueden tener menor probabilidad de viajar debido a la distancia a los centros de salud, los costos de viaje o problemas de seguridad.



Implementar un proceso de consulta con comunidades indígenas para desarrollar planes de distribución de la vacuna en comunidades específicas.¹²

Se debe asegurar el consentimiento para la distribución de vacunas en la comunidad y al mismo tiempo, tomar medidas para evitar la transmisión de COVID-19 a raíz de la distribución de vacunas. El proceso de consulta puede ser útil para:

- Facilitar el despliegue logístico y evitar contagios. En ALC, hay culturas indígenas en riesgo de extinción, o que se podrían enfrentar a la amenaza de extinción por el COVID-19, por lo que es crucial proteger a estas comunidades. Ante esta realidad, la entrada de personal de salud externo durante cada etapa puede presentar una amenaza y dificultad logística significativa. Se puede considerar vacunar a comunidades indígenas enteras para evitar el contagio y a su vez, disminuir costos logísticos relacionados al acceso a las comunidades y la preservación de las vacunas.
- Coordinar la distribución de la vacuna por medio de una estrategia comunitaria con las estructuras de gobernanza de los pueblos (sus autoridades) o ONGs que trabajan en áreas rurales remotas.
- Establecer métodos de acceso a vacunación que sean respetuosos de creencias y prácticas interculturales.

¹²Esta acción también es relevante para desarrollar campañas de comunicación culturalmente adaptadas, lograr el consentimiento de comunidades, por ejemplo, a la entrada de personal de salud a sus comunidades, y garantizar el acceso de los pueblos indígenas a la vacuna. Se menciona solamente una vez para evitar redundancia.

CONSENTIMIENTO



Preguntas Clave

¿Se les brinda a los adultos la oportunidad de ejercer su consentimiento para la vacuna en lugar de hacerlo a través de un tercero (en su propio idioma, en formatos accesibles, directamente a la persona en lugar de a través de un representante/tutor no oficial)?

¿Se les brinda la oportunidad a las comunidades indígenas de participar en un consentimiento libre, previo e informado (en su propio idioma, en formatos culturalmente apropiados, en coordinación con las autoridades indígenas y por medio de procesos de consulta comunitarios)?

Acciones Clave

Crear protocolos de consentimiento que consideren que toda la información debe ser compartida directamente con el paciente y que el paciente es la única persona que puede consentir a la vacuna. Esto es especialmente relevante para personas indígenas y grupos lingüísticamente diversos (que puedan dar consentimiento en su propio idioma) y adultos con discapacidad (que puedan dar consentimiento a la vacuna ellos mismos en vez de por medio de un representante/tutor no oficial). Esto debe involucrar:

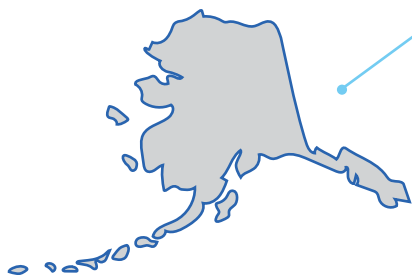
- Entrenar proveedores de salud en garantizar el consentimiento de personas indígenas y personas con discapacidad.
- Crear formularios de consentimiento y mecanismos que sean accesibles, por ejemplo, con la presencia de un intérprete en lengua de señas, formularios en Braille, firmas digitales, información en lenguaje sencillo, entre otros.
- Crear formularios y mecanismos de consentimiento en lenguas indígenas y diversas, por ejemplo, por medio de la presencia de traductores.
- El proceso de consulta comunitario puede ser usado para garantizar el consentimiento de pueblos indígenas a la distribución de vacunas en sus territorios y de ser necesario, la entrada de personal de salud externo a la comunidad.

Las Acciones Clave en Contexto

Es evidente que todos los países deben ser proactivos para asegurar la transparencia y equidad en la distribución de vacunas. Sin embargo, cada país tiene sus propios desafíos respecto a la distribución de vacunas contra el COVID-19. Los gobiernos deben determinar cuáles acciones son más relevantes dentro de sus planes de vacunación y adaptarlas al contexto local. Algunos países, ya lo están haciendo:

Alaska, USA

En Alaska, gran parte del estado no es accesible por carro y la población vive muy dispersa. La estrategia de vacunación consistió en asociarse con las autoridades indígenas y los servicios de salud indígenas, quienes recibieron directamente las vacunas para su distribución a la población indígena. El personal de salud está viajando en motos de nieve, barcos de pesca, avionetas y taxis acuáticos para vacunar a la población. [Las campañas móviles de vacunación y la alianza con las autoridades indígenas](#) se implementaron para minimizar las dudas y miedo sobre la vacuna entre pueblos indígenas y promover el alcance geográfico de la vacunación. El estado tiene una de las tasas más altas de vacunación en los Estados Unidos.



Australia

El Ministerio de Salud australiano ha desarrollado una campaña de comunicación extensiva sobre el plan de vacunación. Como parte de la iniciativa, el Ministerio de Salud ha creado [comités representando a pueblos indígenas, comunidades multiculturales y personas con discapacidad](#), que están apoyando al ministerio en crear materiales culturalmente adaptados para estas poblaciones. Además, el Ministerio ha anunciado que los materiales de la campaña general, que incluye mensajes por televisión, radio e internet, serán [traducidos a 15 lenguas indígenas](#).



Brasil

Entre los grupos prioritarios para la vacunación contra el COVID-19, el gobierno brasileño [ha priorizado la vacunación, entre otras poblaciones, de personas indígenas viviendo en territorios indígenas, así como comunidades tradicionales ribeirinhas y quilombolas](#). El Ministerio de Salud está enviando las vacunas directamente a los centros del Subsistema de Atención a la Salud Indígena que operan en los distritos sanitarios con presencia significativa de comunidades indígenas (DSEI). El gobierno de Brasil ha llevado un registro de las vacunas distribuidas en estos territorios. A nivel nacional, se ha vacunado al [50.4% de los adultos indígenas](#); en los DSEI, los niveles de vacunación de adultos indígenas varían de 4.67% (en Kaiapó do Pará) hasta el 86.96% (en Alagoas y Sergipe). Además, vale la pena subrayar [la página de información](#) sobre la vacunación contra el COVID-19 del Subsistema de Atención a la Salud Indígena, que contiene los datos sobre el nivel de vacunación en los DSEI. La página es accesible y cuenta con un intérprete robótico en lengua de señas brasileña (Libras).



Reino Unido

El Servicio Nacional de Salud Pública (NHS) creó una aplicación que permite que pacientes con discapacidad auditiva puedan hacer llamadas al NHS en lengua de señas británica (BSL). Como parte de la iniciativa de incrementar la accesibilidad en el acceso a vacunas en el Reino Unido, el NHS agregó la posibilidad de agendar citas de vacunación por medio de la [línea 119 BSL](#). Además, el NHS ha colaborado con [SignHealth](#), la ONG principal en el Reino Unido dedicado a incrementar el acceso de personas sordas a servicios de salud, para distribuir información sobre el COVID-19 y el proceso de vacunación en BSL. Entre estos videos, se incluye una interpretación en BSL de la [“Guía de vacunación para Mujeres en edad fértil, actualmente embarazadas o en planeación”](#) que fue originalmente elaborado por el NHS.



A medida que los países de América Latina y el Caribe se preparan para empezar sus campañas de vacunación contra el COVID-19, es imprescindible que implementen medidas para asegurar la transparencia y equidad en el despliegue de vacunas. De esta manera, los países deben elaborar planes de vacunación que busquen evitar la captura élite de las vacunas, e implementar dichos planes con monitoreo transparente, campañas de comunicación culturalmente adaptadas, accesibilidad en el proceso de vacunación, y mecanismos de consentimiento.

Referencias y Recursos Adicionales

Cotacachi, D. y Grigera, A. (2020). [Prevención, contención y manejo de casos de contagio por COVID-19 en territorios indígenas.](#) *Banco Interamericano de Desarrollo*

Duryea S., Pinzon-Caicedo, M., Salazar J.P. y Pereira, M.A. (2020). [Medidas claves para afrontar los impactos del COVID-19 en las personas con discapacidad.](#) *Banco Interamericano de Desarrollo.*

Griffin, S. (2021). [Covid-19: Ethnicity vaccination gap narrows in England, but concerns remain.](#) *BMJ*

Mallapaty, S. (2020). [The Coronavirus is most deadly if you are old and male.](#) Vol. 585. *Nature*

Mazza, J. (2020). [Venezuelan Migrants Under COVID-19: Managing South America's Pandemic Amid a Migration Crisis.](#) *The Wilson Center.*

Ndugga, N., Pham, O., Hill, L., Artiga, S., Alam, R., y Parker, N. (2021). [Latest Data on COVID-19 Vaccinations Race/Ethnicity.](#) *Kaiser Family Foundation.*

Stokes, A.C., Lundberg, D.J., Elo, I.T., Hempstead, K., Bor, J. y Preston, S. (2020). [Assessing the Impact of the Covid-19 Pandemic on US Mortality: A County-Level Analysis.](#) Version 4. *medRxiv*

WHO. (2020). [WHO SAGE Roadmap for Prioritizing Uses of COVID-19 Vaccines in the Context of Limited Supply.](#) Version 1.1. WHO

Wouters, O.J., Shadlen, K.C., Salcher-Konrad, M., Pollard, A.J., Larson, H.J., Teerwattananon, Y., Jit, M. (2020). [Challenges in ensuring global access to COVID-19 vaccines: production, affordability, allocation, and deployment.](#) *The Lancet.*

Zelner J., Trangucci, R., Narahariseti, R., Cao, A., Malosh, R., Broen, K., Masters, N., y Delamater, P. (2020). [Racial Disparities in Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\) Mortality Are Driven by Unequal Infection Risks.](#) *Clinical Infectious Diseases, ciaa1723*



Copyright © 2021 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.

