

# **WEBINAR TRANSCRIPCIÓN:**

**¿CÓMO PROTEGER LA ENTREGA DE LOS  
SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD EN  
EL CONTEXTO DEL COVID-19?**

*Presentado por Virginia Camacho, Mark Lawler y Y-Ling Chi*

**División de Protección Social y Salud**  
**Banco Interamericano de Desarrollo**  
[www.iadb.org/es/salud](http://www.iadb.org/es/salud) - [scl-sph@iadb.org](mailto:scl-sph@iadb.org)

<http://www.iadb.org/>

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) (<http://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.



# ¿CÓMO PROTEGER LA ENTREGA DE LOS SERVICIOS ESENCIALES DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL COVID-19?

Agosto 2021

Presentado por Virginia Camacho, Mark Lawler y Y-Ling Chi

ENCUENTRA EL WEBINAR [AQUÍ](#)

# INTRODUCCIÓN:

**Pedro Bernal:** Este Webinar trata el tema de cómo proteger los servicios de salud esenciales en una época de pandemia. Es coorganizado entre la Red Critería del BID y la Iniciativa Salud Mesoamérica, alianza público-privada que busca reducir las inequidades en el acceso de servicios materno-infantiles en Centroamérica y México.

La Red Critería es una iniciativa de la División de Protección Social y Salud del BID que busca generar conocimiento y dar apoyo técnico a países de América Latina y el Caribe, sobre cómo hacer un uso más eficiente del gasto público en su camino hacia la cobertura universal de servicios de salud.

Desde marzo del año pasado, como todos saben, los sistemas de salud han estado enfocando todos sus esfuerzos y recursos humanos, físicos y financieros a atender la emergencia por la pandemia; pero esto, además de otras medidas, ha provocado una serie de irrupciones muy grandes en los servicios de salud regulares de estos sistemas. Voy a dar 2 ejemplos de países de la región. Por ejemplo, un estudio reciente en México muestra que a raíz de la pandemia hubo una reducción de cerca del 30% de servicios de vacunación en niños. Por otro lado, un estudio que estamos realizando en El Salvador, muestra que también, a raíz de la pandemia, hubo una reducción de casi la mitad de los servicios de detección de cáncer cervicouterino en este país.

Desafortunadamente estos no son los únicos 2 servicios que han sido afectados, ya que hay una afectación en realmente todos los servicios: Controles de niños sanos, servicio de salud reproductiva, control de enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión; y también esta es una realidad que no solo afecta a México y El Salvador sino a todos los países a nivel global, independientemente de su nivel de desarrollo ya que es una realidad que enfrentan todos los sistemas de salud.

Ante este contexto surgen una serie de preguntas muy importantes. La primera pregunta y creo que es la más relevante, es ¿Qué efectos va a tener en términos de salud de la población esta disrupción en servicios de salud? ¿Qué va a pasar con la salud de los niños con estas reducciones en servicios de vacunación? O ¿Qué es lo que pasa cuando se disminuye de una manera tan importante la cantidad de detecciones de cáncer cervicouterino que hacen parte de los servicios preventivos? Como esos, hay muchos otros servicios en los que la pregunta es ¿Qué es lo que va a pasar en términos de salud?

Por otro lado, una pregunta que también es importante es cómo monitorear mejor el acceso a los servicios de salud durante una pandemia. Ahorita estos datos que les estoy diciendo y muchos otros que están saliendo, los sabemos casi a año y medio de iniciada la pandemia, pero lo ideal sería tener información más cercana cuando están sucediendo las cosas para poder tomar decisiones o reaccionar más rápido como parte de los sistemas ¿Cómo se puede hacer eso mejor?

Por último, y creo que es de las preguntas más importantes, e: ¿Qué se puede hacer en un contexto de una pandemia tanto para mitigar el efecto de la pandemia en sí, como a la vez preservar los servicios de salud que otorgan los sistemas internamente en cualquier país?

Y estas preguntas realmente no son preguntas fáciles, pero afortunadamente para nosotros tenemos un panel estelar de 3 expertos el día de hoy que van a estar abordando diferentes aristas de estas preguntas. Cedo la palabra ahora a Katherine, quien va a presentar el panel del día de hoy.

## Quienes nos acompañan hoy...

### Expertos Invitados



#### **Virginia Camacho**

- La Dra. Alma Virginia Camacho-Hübner, es médica-cirujana, ginecóloga-obstetra y magister en salud pública de la Universidad de Johns Hopkins. Desde el 2012, cumple funciones de Asesora Técnica Regional de UNFPA para América Latina y el Caribe. Sus más de 28 años de carrera se han centrado en el desarrollo de políticas nacionales y regionales en materia de salud materna, sexual y reproductiva, la reducción de la mortalidad materna, partería profesional, la prevención del embarazo adolescente y anticoncepción. Virginia es miembro de varias comisiones de trabajo en el tema a nivel internacional, como el consejo editorial del Reproductive Health Journal, y tiene varias publicaciones en revistas científicas.



#### **Mark Lawler**

- El Dr. Lawler tiene una reputación internacional en la investigación del cáncer y recientemente recibió el prestigioso Premio Europeo de Salud 2018. Como Director Asociado de Investigación de Datos Sanitarios de Gales e Irlanda del Norte, también tiene un gran interés en la investigación de datos sanitarios con especial relevancia para el cáncer. Además, su investigación sobre las desigualdades del cáncer ha sido influyente tanto a nivel nacional como europeo. Mark ha publicado numerosos artículos sobre el impacto de la pandemia en el acceso a servicios y salud de las personas que viven con cáncer. Se desempeña como Vicerector adjunto y profesor de salud digital en Queen's University Belfast



#### **Y-Ling Chi**

- La Dra. Y-Ling Chi es analista senior de políticas en el Center for Global Development. Sus principales áreas de trabajo incluyen el financiamiento de la salud, el uso de la evaluación económica en países de ingresos bajos y medios (PIBM). Y-Ling tiene experiencia trabajando en varios organismos internacionales en una amplia gama de temas, incluida la evaluación económica, la evaluación de impacto, los métodos de asignación de recursos (tanto a nivel nacional como mundial), el establecimiento de prioridades y el financiamiento de la salud mental. Y-Ling tiene un doctorado en salud pública de la Universidad de Oxford, una maestría en economía del desarrollo y una licenciatura en ciencias políticas de Sciences-Po Paris.



**Minuto [00:08:00] Katherine del Salto:** Un gusto con todos. Mi nombre es Katherine del Salto, yo tengo el placer de presentar a nuestros panelistas del día de hoy. La primera panelista es la doctora Virginia Camacho, asesora regional del UNFPA. Es una de las más importantes expertas sobre temas de salud materna, sexual y reproductiva en nuestra región y nos proporcionará lecciones y evidencias sobre lo que ha pasado en estos servicios en América Latina y el Caribe desde que inició la pandemia.

Seguidamente contamos con el profesor Doctor Mark Lawler de la Queens University Belfast en Irlanda. Él es un verdadero (corifeo [00:08:38]) de la investigación del cáncer y quién nos hablará de cómo la pandemia ha afectado la atención del cáncer con base en evidencia que ya está disponible en Europa.

Finalmente tenemos a la doctora Y-Ling Chi, analista senior del Center for Global Development. Experta en financiamiento de la salud y evaluación económica. Ella nos dará algunas pistas sobre cómo son monitoreados los servicios esenciales durante estas crisis y cómo podemos modelar el impacto en los cambios de asequibilidad a estos servicios en la salud de la población. El (NE [00:09:14]) ha encargado recientemente una serie de 4 estudios para monitorear estos impactos en Kenia, Sudáfrica, Filipinas y Uganda. En la moderación estarán las coordinadoras de la Red: Marcela Distrutti y Úrsula Gideon.

## PANEL:

**Minuto [00:11:05] Úrsula Gideon:** Buenos días nuevamente a todas y a todos. Es un verdadero honor contar con el panel tan destacado que tenemos el día de hoy. Nosotros estamos muy emocionados porque es nuestro primer webinar conjunto con la Red Mesoamérica que es conocida alrededor del mundo, así que fabuloso y voy a comenzar de una vez con nuestra primera pregunta para nuestra primer panelista que es la doctora Camacho. Entonces, doctora Camacho, en su experiencia ¿Cuáles han sido los principales efectos de la pandemia en la salud sexual y reproductiva en nuestra región de América Latina y el Caribe? Y como follow up questions ¿En cuáles áreas han encontrado los retrocesos más importantes? Y ¿Cuáles han sido las poblaciones más afectadas?

## VIRGINIA CAMACHO

**Minuto [00:12:12] Virginia Camacho:** Muchas gracias, en primer lugar, agradecemos mucho a nombre del Fondo de Población esta invitación a participar de este importante Webinar, sobre todo conversatorio con otros expertos con la comunidad Latinoamericana y con el grupo que dirige la Iniciativa Mesoamericana. Yo trabajo en el Fondo de Población y mi área de trabajo fundamentalmente es en el área de salud sexual y reproductiva. Como dijo Pedro al inicio, esta pandemia de COVID-19 ha sido la crisis de salud pública más grande que hemos vivido a nivel mundial y que ha causado un significativo efecto de mortalidad y morbilidad, además de generar significativos problemas en la salud de las personas, pero también socioeconómicos y con grandes desafíos.

Esta pandemia ha hecho visible las vulnerabilidades y exacerbado las desigualdades dentro de los países, pero también entre los países; y los principales afectados han sido las personas que viven en condición de mayor exclusión social, las más pobres, las más vulnerables y, sobre todo, en estos grupos están las niñas, niños, adolescentes, mujeres y personas mayores.

En particular, durante esta pandemia son las mujeres las que han soportado enormes cargas durante la misma, enfrentando grandes responsabilidades con relación al cuidado, mayor pérdida de empleo, mayor incidencia en violencia de género y un acceso limitado o reducido a los servicios de salud que son fundamentales para las personas, y sobre todo los de salud sexual y reproductiva. Han aumentado las responsabilidades en el cuidado y con el cierre de las escuelas y también de las guarderías, esto

ha tenido gran impacto otra vez ¿En quiénes? En las mujeres o en las niñas y adolescentes. Hemos visto aumentos significativos de violencia de género y desde el UNFPA también queremos resaltar que ha habido mayor riesgo de prácticas que llamamos nocivas, en particular, contra las niñas adolescentes a través de ya sea matrimonios forzados, embarazos en la adolescencia, etcétera.

A este aumento de violencia también las restricciones y las interrupciones en el acceso a los servicios de salud y respuesta han generado efectos directos e indirectos negativos en la salud de las personas. También las personas, y quiero referirme un poco a quienes son vulnerables con estados frágiles de salud o cualquier discapacidad, también se han visto abandonados para valerse por sí mismos por una serie de ausencia de recursos.

Por lo tanto, esta pandemia por COVID si ha puesto en relieve una disparidad enorme en el acceso a los servicios y en la gestión de distintas formas de las vulnerabilidades en la medida de respuestas puestas en lugar por el Estado.

También, durante la pandemia, ha habido un cambio en la priorización de la asignación de recursos por la respuesta a la pandemia y este cambio de la priorización de recursos ha obstaculizado también el acceso a las mujeres, adolescentes, hombres y jóvenes a las intervenciones esenciales de salud sexual y reproductiva con un impacto económico y psicosocial muy grande que realmente han sacudido la cohesión social.

Como decía la compañera, voy a hacer una breve presentación del efecto negativo que ha tenido la pandemia en la salud sexual y reproductiva, con algunos ejemplos en la región de las Américas.

Entonces voy a presentarles algunos datos que pueden reflejar e ilustrar realmente la situación y los efectos que ha tenido la pandemia a nivel regional, pero, sobre todo, a nivel de los países y a nivel de las comunidades.



## Pre - pandemia: progresos- pero persisten las desigualdades

- La tasa de fecundidad específica en adolescentes en ALC se redujo de 65.6 (2010-2015) a 60.7 (2015-2020), lo que representaría una disminución del 7.47%. United Nations, 2020
- En ALC el número estimado de embarazos no intencionales en niñas de entre 15 y 19 años **2,115,000** (2019) (Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020.
- La razón de MM pre- pandemia 68 por 100,000 nv (IAGMM 2015)



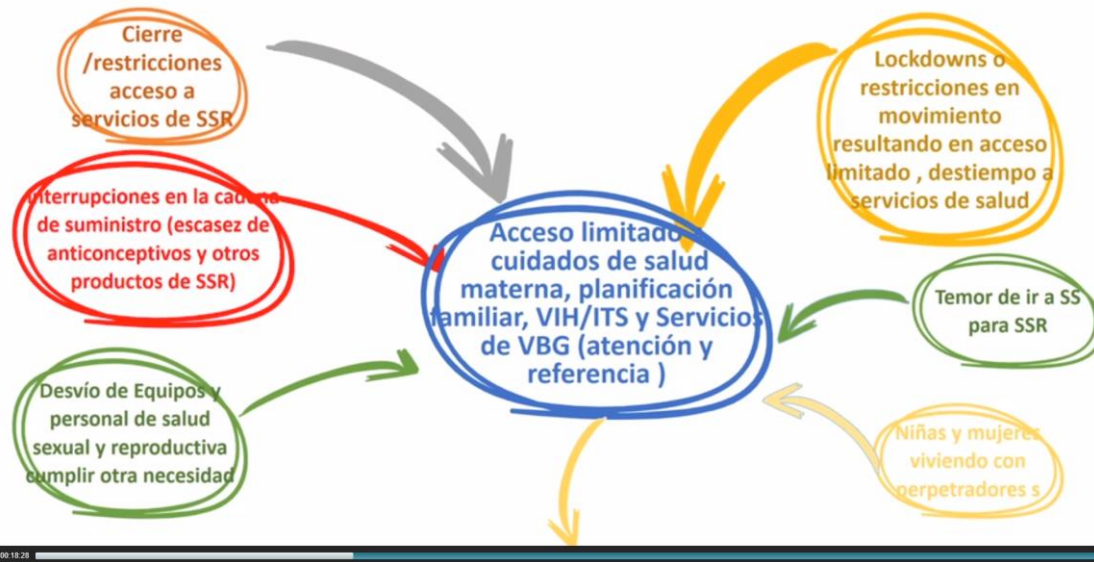
### Minuto [00:17:15] Pre-Pandemia: progresos en el contexto de las desigualdades

Virginia Camacho: Algunos elementos. Antes de la pandemia, como todos sabemos, esta es una región tremendamente desigual y con una amplia brecha de equidad. Es por esto que, en algunos de los indicadores de salud sexual y reproductiva, nuestra situación no era la más óptima, sobre todo en el área de la fecundidad específica en adolescentes que hasta la última proyección nos mostraba una disminución del 7.4%, es decir, se había proyectado para el quinquenio de 2015-2020 una reducción de la fecundidad a 60.7. También un número importante de embarazos no intencionales en niñas entre 15 y 19 años de 2.115.000 embarazos al año.

Por otro lado, la razón de mortalidad materna antes de la pandemia de acuerdo con la última estimación, lo dijo el Grupo Inter-Agencial Global de Mortalidad Materna, era de 68 por 100.000 nacidos.

Entonces estos son algunos de los indicadores previos a la pandemia.

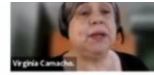
## Salud Sexual y Reproductiva y COVID-19



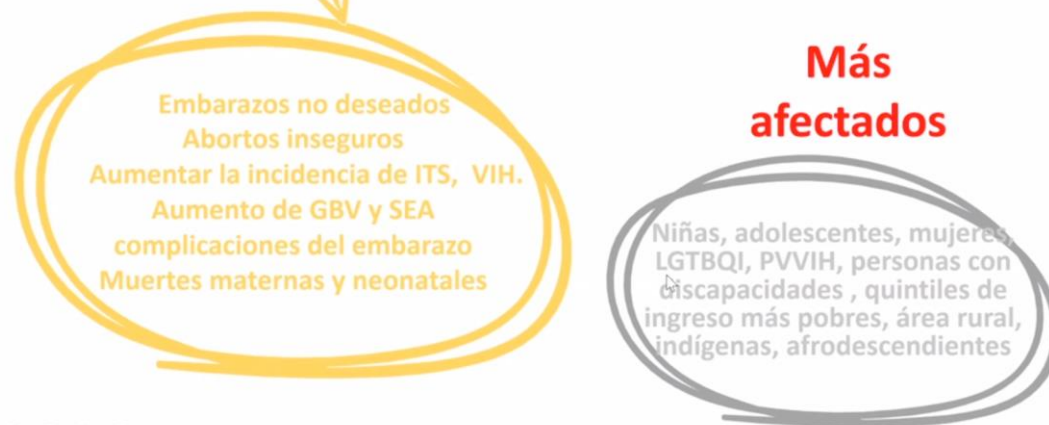
### Minuto [00:18:20] Salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID-19

Ahora, ¿Qué ha generado el COVID? Y esto es una verdad (NE [00:18:25]) porque ya todos sabemos que las restricciones, los cierres de los servicios, los lockdowns, han tenido importante efecto en la limitación al acceso a cuidados de salud sexual y reproductiva, incluyendo la salud materna, la anticoncepción, el VIH, la atención a la violencia de género y también las referencias de morbilidades más complicadas como emergencias obstétricas, neonatales, etcétera.

Aunado a eso hemos tenido importantes interrupciones en la cadena de suministros. En el área de salud sexual y reproductiva ha habido escasez de anticonceptivos y otros productos relacionados con esta área. Un elemento importante son los desvíos de los equipos, personal de salud sexual y reproductiva que realmente ha tenido que ir a cubrir otro tipo de necesidades; y por parte de la población también el temor de ir a los servicios de salud sexual y reproductiva, también para las niñas y mujeres viviendo con perpetradores.



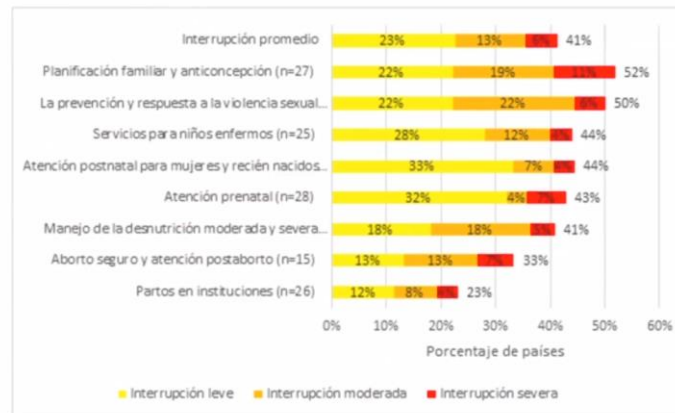
## SSRD COVID-19: el impacto



### **Minuto [00:19:34] El impacto del COVID-19 en la atención de Salud Sexual y Reproductiva**

Los más afectados realmente han sido niñas, adolescentes, mujeres, LGTBQI, PVVIH, las personas que viven con discapacidades y los grupos más pobres, que viven además en el área rural: comunidades indígenas, afrodescendientes, entre otros grupos que viven en mayor exclusión social. El efecto ha sido fundamentalmente importante en la reducción del acceso a servicios esenciales que ha aumentado los embarazos no intencionales, los abortos inseguros, la incidencia de VIH, complicaciones del embarazo, muertes maternas y neonatales.

**Porcentaje de países que reportaron interrupción en los servicios trazadores de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil, adolescente y nutrición**



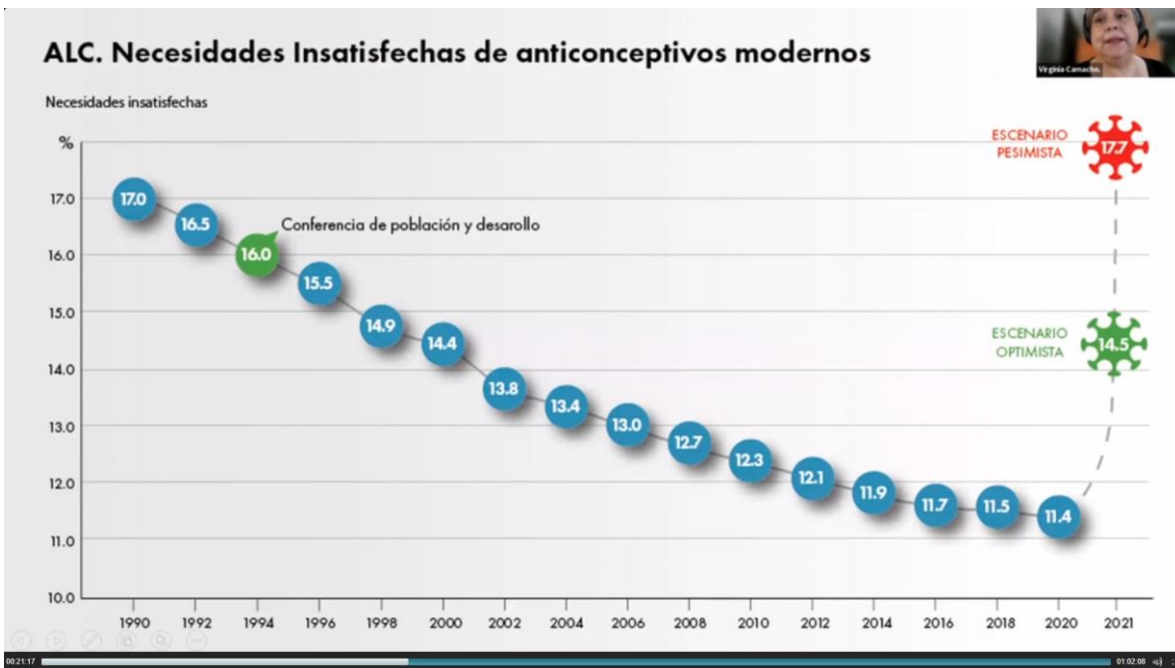
Fuente: OPS, segunda ronda de la encuesta nacional sobre la continuidad de servicios esenciales de salud durante la pandemia de COVID-19

6



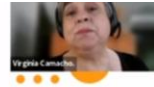
## Minuto [00:20:25] Un estudio sobre la interrupción de servicios relacionados con la SSR

De acuerdo con el último estudio que hizo la OMS, en la región en la segunda ola, se ha visto que la planificación familiar ha sido una de las intervenciones esenciales más afectadas durante la pandemia y también la prevención de violencia sexual. Esto con una interrupción promedio de un 41% para América Latina en cada una de estas intervenciones esenciales: partos institucionales, abortos seguros, servicios postaborto, manejo de desnutrición moderada y severa, cuidados prenatales, atención postnatal en las mujeres, servicios para niños enfermos.



## Minuto [00:21:12] Proyección sobre las necesidades insatisfechas de anticonceptivos

En UNFPA hicimos una proyección el año pasado ante la interrupción de la cadena de suministros y también basado en la interrupción de acceso a servicios de anticoncepción, mirando qué pasaría con la necesidad insatisfecha de métodos modernos en nuestra región y podemos ver en el escenario más optimista, retroceder aproximadamente al año 1998 y en el más pesimista previo a lo que fue la Conferencia de Población y Desarrollo en 1994.



- El impacto de la pandemia puede ser mayor para las niñas y adolescentes, que para las mujeres adultas.

**Dificultades y barreras en el acceso a los anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva**

**Mayor exposición a situaciones de violencia sexual y abuso en el ámbito intrafamiliar**

Podrían aumentar la tasa de embarazo y maternidad adolescente en América Latina y el Caribe, principalmente entre:

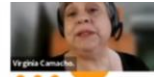
- Grupos étnicos
- Poblaciones rurales
- Contextos humanitarios
- Menor nivel socioeconómico
- Con discapacidad

- Se estima que la Covid-19 puede representar un retroceso en los logros de reducción del embarazo adolescente de América Latina y el Caribe

**Aumento en la Tasa Específica de Fecundidad Adolescente de 61 nacidos vivos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años**  
(proyectado para 2020) a 65 por mil

## Minuto [00:21:52] El impacto especialmente profundo que tiene la pandemia en la SSR de niñas y adolescentes

También sabemos que el impacto ha sido mayor para las niñas y adolescentes en cuanto al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto ya lo hemos hablado, pero todas estas dificultades en el acceso y en la exposición aumentada a situaciones de violencia y abuso en el ámbito intrafamiliar, aumentaría la tasa de fecundidad en niñas menores de 19 años, principalmente en los grupos de menor nivel socioeconómico que viven con discapacidad en contextos humanitarios, poblaciones rurales y grupos étnicos.



## Impacto esperado del COVID 19 sobre los resultados de Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe según escenario de duración de la Pandemia

Resultado	Escenario Optimista (seis meses de confinamiento)	Escenario Pesimista (Doce meses de confinamiento)
Mujeres que discontinúan uso de anticonceptivos	12,8 millones	20,1 millones
Embarazos no intencionales	1,7 millones	2,6 millones
Abortos	778 mil	1,2 millones
Muertes Maternas	2,9 mil	4,6 mil
Muertes Neonatales	38,9 mil	61 mil



### Minuto [00:22:35] Impacto esperado en la SSR en América Latina y el Caribe en el contexto del COVID-19

En los estudios que hemos hecho como Fondo de Población para la región, estimamos un escenario optimista que después de 6 meses de confinamiento, la mortalidad materna hubiera aumentado a más de 2.000 exceso de muertes maternas y en un año de confinamiento a más de 4.000.



OPS/OMS

Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19) 21 de agosto de 2021

Tabla 4. COVID-19 durante el embarazo, por país. Región de las Américas, enero de 2020 – 20 de agosto\* de 2021.

30 países de la región

Nota:  
N/D: Datos no disponibles  
^ Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.  
\* La información presentada para Brasil corresponde a datos extraídos del Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica de la Gripe (SIVEP-Gripe).  
\* El 20 de agosto corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son previos y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.  
\*\* en actualización de la información desde la publicación de la OPS/OMS del 22 de julio de 2021. ^

Fuente: OPS/OMS CLAP/SMR 21 de Agosto de 2021

País/Territorio	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Tasa de letalidad
Anguila	2	0	0.00
Antigua y Barbuda	4	0	0.00
Argentina	20.832	190	0,91
Bahamas	101	1	0,99
Bolivia	3.263	31	0,95
Belize	315	2	0,63
Bermuda	11	0	0,00
Brasil ^	13.840	1.189	8,59
Canadá	6.732	3	0,04
Chile	15.602	15	0,10
Colombia	15.593	158	1,01
Costa Rica	1.090	7	0,64
Cuba	3.067	32	1,04
Ecuador**	10.207	48	0,47
El Salvador**	272	9	3,31
Estados Unidos de América**	94.519	103	0,11
Guatemala**	1.217	12	0,99
Haiti**	79	4	5,06
Honduras**	818	56	6,85
Islas Virgenes Británicas	3	N/D	N/D
Islas Caimán	7	0	0,00
México ^	21.369	413	1,93
Panamá ***	2.413	12	0,50
Paraguay ^	2.109	85	4,03
Peru ^	54.066	177	0,33
República Dominicana	1.195	45	3,77
Santa Lucía	29	0	0,00
Suriname	487	2	0,41
Uruguay	1.438	12	0,83
Venezuela	550	13	2,36
<b>Total</b>	<b>271.230</b>	<b>2.619</b>	<b>0,97</b>

## Minuto [00:22:58] Tasa de mortalidad en mujeres embarazadas positivas a SARS-CoV-2

¿Qué es lo que tenemos ahora en la región? Esto es lo último que acaba de publicar la OPS, en donde de 30 países de la región estamos viendo que el exceso de muertes maternas, defunciones en embarazadas positivas a COVID, a Sars-Cov-2, son 2.619 con una tasa de letalidad promedio de 0.97 que fluctúa entre 8 (a veces más) y 0, en algunos países donde no han habido muertes maternas debido a la infección por COVID. Pero estas son solamente el exceso de muertes por la infección respiratoria por Sars-Cov-2.



# Reducción en los servicios de salud sexual y reproductiva en Ecuador



## Minuto [00:23:38] El caso de Ecuador

Entonces, aquí algunos ejemplos rapiditos, de algunas reducciones de coberturas. Este es el caso de Ecuador y ustedes pueden ver que las reducciones de cobertura variaron entre 13% a 41% y fundamentalmente en todo lo que tienen que ver con los cuidados prenatales, la anticoncepción, los diagnósticos de VIH y la violencia basada en género. Y lo menor en adolescentes pues tuvieron menos acceso a la anticoncepción o planificación familiar y a controles prenatales.

## Republica Dominicana



Consultas prenatales	2019	A Dic. 2020	Diferencia
Adultas	440343	287490	-35%
Adolescentes	124613	71407	-43%

Consultas PF	2019	A Dic. 2020	Diferencia
	200481	112449	-44%

Fuente: <https://repositorio.sns.gob.do/estadisticas-y-produccion/>

### Minuto [00:24:15] La experiencia de República Dominicana

En el caso de República Dominicana exactamente lo mismo. Hemos casi un 40% de promedio de reducción de consulta prenatal, pero a expensas de la adolescentes; y la anticoncepción, como les mostraba en la primera gráfica, es de 44% en las consultas.

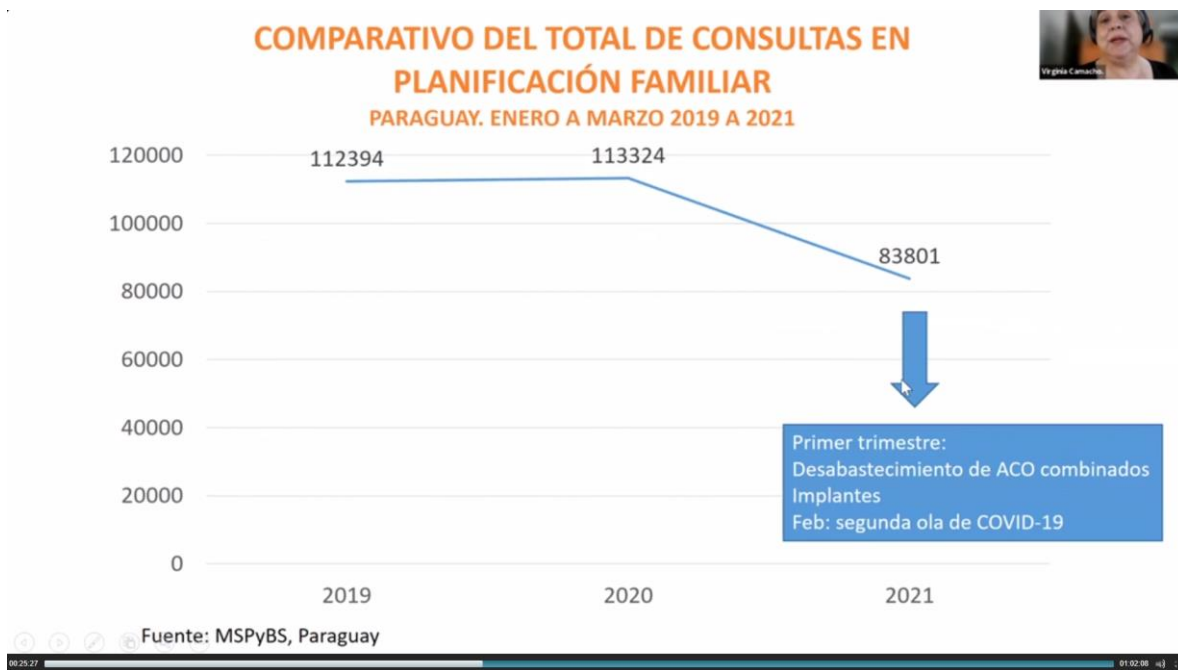
## Comportamiento de las consultas prenatales en la población adolescente por año. República Dominicana



Fuente: Rep Dominicana Ministerio de Salud Publica

### Minuto [00:24:38] Consultas prenatales en República Dominicana

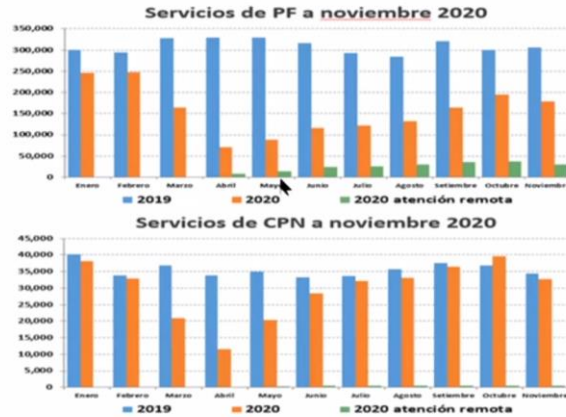
También en República Dominicana ya tenemos algunos datos del 2021 y ustedes pueden ver un poquito de recuperación de cobertura o de producción de servicios, pero vemos en el primer año una reducción importante en el 2019, luego en el 2020 ustedes pueden ver y luego un poco de recuperación, pero con un 46% menos con relación al 2019 y en el 2021 para este primer trimestre vemos un ligero aumento de cobertura. Esto varía porque de acuerdo con el comportamiento del virus en los países y en las medidas de mitigación que toman los gobiernos.



## Minuto [00:25:24] Consultas de Planificación Familiar en Paraguay

Este es el caso de Paraguay, ustedes pueden ver un importante censo en el 2021, en el que se evidencia que, aunque a ellos prácticamente durante el año pasado la pandemia no les había afectado tanto, a finales del dicho año y el presente la afectación ha sido importante durante la segunda ola de COVID. Además, han tenido un importante desabastecimiento de implantes y anticonceptivos orales.

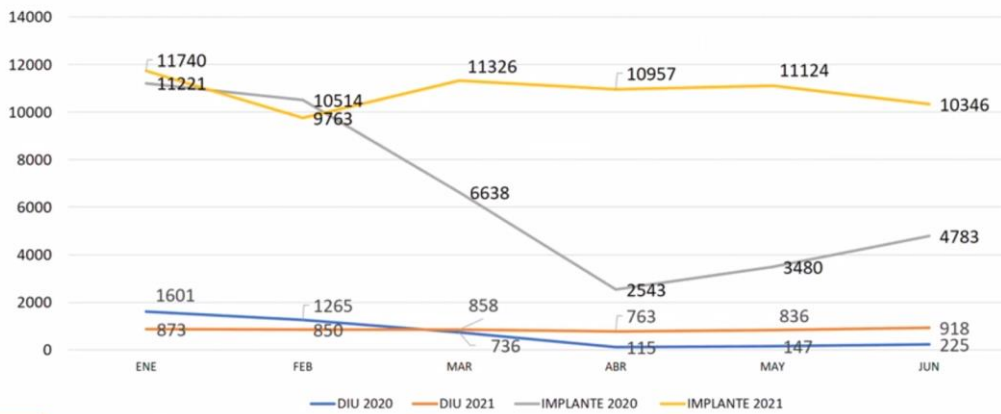
# Perú



## Minuto [00:25:48] Servicios de SSR en Perú

Aquí podemos ver los servicios de Perú. En verde ustedes pueden ver la atención remota que es lo que llamamos telemedicina o salud digital que han sido estrategias que los países han empezado a adoptar para poder dar respuesta a las necesidades de las mujeres y de la población en términos de anticoncepción. Ustedes pueden ver que la atención remota fue mayor para acceso a anticoncepción que para el control prenatal, pero también hay grandes interrupciones de los servicios de salud sexual y reproductiva.

**PLANIFICACION FAMILIAR : NUMERO DE PAREJAS PROTEGIDAS A NIVEL NACIONAL METODOS REVERSIBLES DE LARGA DURACION COMPARATIVO ENERO JUNIO 2020 Y 2021**



Fuente: HIS MINSA

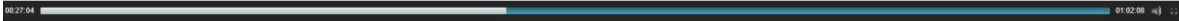
## Minuto [00:26:29] Planificación Familiar en Perú

Este es un último dato que me facilitó el director de salud reproductiva de Perú, conversando sobre la situación del país, y ustedes pueden ver cómo en el año pasado (en el color naranja) se observan los implantes subdérmicos disminuyendo (2020) y en el 2021 se puede observar, a partir de datos administrativos, un aumento de las coberturas.



## Algunas reflexiones

- El impacto del COVID-19 sobre los resultados de salud sexual y reproductiva en América Latina equivale (a agosto de 2020) a un retroceso de 20 años en términos de los logros sobre el segundo objetivo transformador de UNFPA (ODS 3.7).
- Si la pandemia y el confinamiento se extienden (y no se toman medidas) el retroceso llegaría a ser de más de 30 años.
- Si incorporamos medidas para recuperar cobertura y acceso ( se esta haciendo) se podría recuperar rápidamente la prevalencia de métodos, una de las intervenciones esenciales para la prevención del embarazo adolescente. Sin embargo, las vidas de millones de mujeres habrán cambiado para siempre.



### Minuto [00:27:03] Reflexiones

Virginia Camacho: Quiero terminar estas dos preguntas diciendo que, si incorporamos medidas para recuperar cobertura y acceso, lo que se está dando en algunos países en este momento, podríamos recuperar rápidamente la prevalencia de métodos anticonceptivos que es una intervención esencial para la prevención del embarazo no intencional; sin embargo, la vida de millones de mujeres ha cambiado para siempre.

Gracias.

**Minuto [00:27:33] Úrsula Gideon:** Doctora Camacho, muchas gracias por esta intervención muy preocupante, muy negro panorama la verdad y uno siempre lo escucha, pero cuando hay números y cifras como que uno dice: "Wow, eso es mucho más grande de lo que me imaginé". Muchas gracias. Para efectos de tiempo hemos cambiado un poquito el formato, yo voy a hacerle una pregunta muy corta antes de que pasemos la entrevista al doctor Lawler. Para cerrar me gustaría así super brevemente, si usted pudiera formular tres recomendaciones concretas a los ministros de salud de América Latina, medidas que pueden implementar hoy para proteger estos servicios esenciales. ¿Cuáles serían las 3 cosas que mencionaría?

**Minuto [00:28:27] Virginia Camacho:** Bueno, en primer lugar, nosotros tenemos que aprender de las lecciones que nos dejan este tipo de situaciones de emergencia de salud pública. Nosotros teníamos algunas lecciones que habíamos aprendido de la epidemia de VIH, también con la pandemia de AH1N1 en el 2009 donde vimos importantes aumentos en la mortalidad materna. Pero para esta no estábamos preparados, entonces la primera recomendación es que la salud sexual y reproductiva debe formar parte de los procesos de planificación y presupuestación de los países, pero asegurando que estos servicios sean considerados como esenciales en tiempos de pandemia. Tanto los servicios formales, pero también los servicios que entregamos por la situación humanitaria que vive la región.

Hay que hacer sonar las alarmas de mortalidad y morbilidad maternas porque es un indicador reconocido no solamente como un indicador de desempeño de los sistemas de salud, sino también de desarrollo humanos.

Otro elemento que nos parece importante que hemos aprendido y que es una recomendación clave es que todo lo que hemos implementado durante este tiempo como son los servicios de telemedicina, de salud digital, si bien han mostrado algún aporte, no los hemos evaluado. Entonces mantener el tema de la evaluación como un ejercicio permanente durante los periodos de pandemia y no pandemia. Es decir, tenemos que aprender si ha tenido el efecto que esperábamos el apoyo y en la respuesta a la necesidad de las poblaciones en materia de salud sexual y reproductiva.

Incorporar la perspectiva de igualdad de género en todas las políticas, medidas y programas



destinados a la mitigación de las crisis pandémicas, pero también a la posterior recuperación. Sabemos que los efectos en salud sexual y reproductiva en las mujeres, incluyendo las niñas y adolescentes, constituye un factor importantísimo en su autonomía y que tiene efectos perjudiciales en su salud y en su vida misma.

No tenemos todos los datos, estamos seguros que a medida que hayan más datos disponibles vamos a poder comprender mejor el verdadero impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva, pero, por lo pronto, tenemos algunos aprendizajes que no debemos desconocer. Los datos son un acelerador, son un elemento importante y esto es una cuestión central en el rol y el papel que tienen los gobiernos, por lo que tener disponibilidad de datos de calidad es una piedra angular para esta pandemia del COVID-19.

**Minuto [00:31:58] Úrsula Gideon: Mil** gracias doctora Camacho. Puntos importantísimos que creo que con los siguientes panelistas vamos a volver a ellos, pero esto de proteger el core, de no tener una perspectiva solo sobre el COVID, de integrar la perspectiva de género, de evaluar lo que hacemos, los datos, todos puntos absolutamente fundamentales. Muchas gracias nuevamente. Vamos entonces ahora a pasar al doctor Lawler y Marcela va a manejar esta parte, gracias.

## MARK LAWLER

**Minuto [00:32:37] Marcella Distrutti: Good** morning, everyone, and good afternoon for those of you who are in Europe or other places. We are now going to switch to English obviously to continue our interview with our second panelist Professor Lawler. Professor Lawler I'm going to jump right in. According to your research, how has the pandemic affected the provisional Cancer care and the population's health (status 00:33:03)?

**Minuto [00:33:06] Mark Lawler:** Thank you very much Marcella, and thank you for having me on this webinar, really interesting. For me COVID-19 was personal, my uncle died of a COVID related illness on the 29th of March 2020, and one of my colleagues Edward Vrdoljak, who is an oncologist in Croatia, reached out to me to sympathize with me for my loss, but he also said this very worrying thing. He said people in Croatia were fearing a diagnosis of COVID worse than a diagnosis of Cancer. And that really worried me, but there was really no evidence at the time to either support or refuse this particular claim and I'm Scientific Director of DATA-CAN the UK Health Data Research Hub for Cancer. So just like both Pedro and Virginia have said, that data is really important. What we set out to do, was the first time it had been done in the UK, was actually to do a data driven approach to really collect the intelligence that would tell us what the impact of COVID-19 on Cancer services was and most importantly in Cancer patients and we look to collecting near real time data from hospital (NE [00:34:08]) right across the UK.

What did we find? We found urgent referrals where down 70%. What does that actually mean? It means that 7 out of 10 people who had symptoms of Cancer were not being seen to see whether those symptoms were Cancer or not, so many of those could remain undiagnosed.

(Similarly [00:34:27]) we looked at chemotherapy attendances to see what was the impact on the treatment of Cancer and we found that was down 40%, so 4 out of 10 Cancer patients were not receiving their chemotherapy at the appropriate time. We also monitored the impact of excess deaths on people with Cancer we predicted in England between 7 and 18 thousand excess deaths, so we were really the first to show this disastrous impact of COVID-19 on both Cancer services and Cancer patients.

We published a series of papers, that's on Oncology at BMJ Open and these were prompted at the restoration Cancer services, but what was really worrying was what about the backlog? What about what was happening in that gap when no services were open, when people were not able to go to their doctor, were afraid to go to their doctor because they might get COVID? And we looked at this particularly in GI Cancers or Cancers like colorectal Cancer and we saw that there was a significant impact 500.000 (missed [00:35:27]) endoscopies, the endoscopies rate drop like 90%. Really worrying and that causes to speculate that actually we probably need to be working on a 130% of capacity maybe for 3 or 6 months in order to remove that backlog and that's obviously very difficult to do.

**Minuto [00:35:50] Marcella Distrutti:** Thank you so much Professor Lawler. I think what you just illustrated, you know the importance of using data and information and intelligence to be able to inform the decision of policy makers should be able to prompt the restoration of services, It's something definitely super important.

You mentioned the backlog of Cancer treatments in the UK, do you know of any particular strategies that some other countries in Europe might have used to be able to deal with this backlog? And also, you know, from over here, to encourage assistance to come and use these services, because from our understanding there was also a lot of resistance from the demand point of view, right?

**Minuto [00:36:31] Mark Lawler:** Yeah, absolutely, so two things we did. First of all, we presented our data to the European Cancer Organization who are the largest multi professional Cancer organization and also the WHO European Cancer Organization immediately set up a special focus network on COVID-19 and Cancer which I'm proud to co-chair with my co-chair Mjiriam Crul, who is a pharmacist in the Netherlands. And what we did was exactly that, use the data to develop a certain point plan to mediate the impact of COVID-19 on Cancer and our ideal was not only to build back better which is an old use phrase, probably a tired phrase at the moment, but to build back smarter.

Top of the list was dealing with the backlog, second on the list restoring confidence of both citizens and patients in Cancer services so that they would go to their doctor, they wouldn't be afraid of getting COVID, they would realize the Cancer services are safe. We also then said we need to tackle the different shortages, whether they'll be shortages in relation to medicines, in relation to vaccines, in

relation to PPIE (Patient and Public Involvement and Engagement), in terms of protection and also the workforce, there are gaps in the workforce because obviously a lot of people were put on COVID duty and infection control rather than Cancer.

And also, ways in which we can strengthen Cancer systems, we (cared dearly [00:37:50]) about digital health which has been very important and then this critical real time Cancer intelligence. And also working together and learning from each other, because sometimes we found something we've done in one country could easily translate into another country, so that's been that sort of Paneuropean approach where then after we actually started a campaign on this, and we did it's called 'the time to act' campaign and I'll put something in the chat towards the end of the presentation. This was again in two parts, first of all, data intelligence to underpin the campaign and then a proactive campaign translated into 30 different European languages.

Some very quick key findings: 100 million, yes that's not an error, a 100 million missed Cancer screening tests. 1 million missed Cancer diagnosis, so, there are maybe 1 million Europeans walking around with an undiagnosed Cancer. 1 in 2 of European Cancer patients not receiving their surgical or chemotherapy on time and it's still the case for 1 in 5 that it's delayed, and then this fear of catching COVID causing citizens not to approach their doctor when they have symptoms or avoiding Cancer screening or patients who need to get treatment aren't going to hospitals because they're afraid.

We also found that 4 out of 10 Cancer healthcare workers feel burnt-out, 3 out of 10 with some form of anxiety and depression right across Europe. So, this has underpinned our 'time to act' campaign for patients and citizens don't delay, if you have symptoms of Cancer, if you've difficulties swallowing, if you've lost weight, if you've a lump in your breast, if you're (NE [00:39:26]) please go to your doctor. Cancer services are safe and the GPs are safe, so please go because it's really important that you do that; for professionals there is support on many levels some of the professional organizations and throughout Europe and throughout the world, but most important for your policy makers and for governments Cancer has to be at the top of the agenda, every action that we use to address that backlog and the confidence issue will help save lives. If we don't do that, it will likely be trying to fight both COVID and Cancer with one hand tied behind my back.

And we launched this campaign in May with the European Health Commissioner Stella Kyriakides, and

then also we've had four country launches in June and July, within further 10 to happen between September and November.

**Minuto [00:40:19] Marcella Distrutti:** Professor Lawler, thank you so much, I think you've touched on such important points regarding lessons learned from this pandemic: the importance of digital health, the importance of learning together, the importance of communications and communications for behavior change and also, I think the importance of protecting our health workers which are really the heroes of this fight that we are doing against COVID.

So, one last question Professor Lawler, based on your experience, what are some recommendations that you have for low and middle-income countries to mitigate the impact of COVID 19 on Cancer care? Generally, some of these countries have less resources and all types of resources including human resources to deal with this emergency. So, what would be some of your recommendations for them?

**Minuto [00:41:07] Mark Lawler:** I think the really important thing is yes there are (pressured? [00:41:09]) resources, so they need to be used and spent wisely, and we've done quite a lot of work on Cancer diagnosis and in general disease diagnosis in low and middle income countries, we've published a series in (NE [00:41:23]) a number of years ago, and so, that Cancer diagnosis path is the one where I will focus on low and middle income countries because I think that we really need to make sure that we are actually detecting patients at the earliest stage because the worry and we know it already happens in LMICs is the patients get diagnosed later, is a much more aggressive disease, is much more difficult to treat. So, that early diagnosis I would state is very much very key.

I think also we need to know, and I addressed it at the very start, we need to know what we are dealing with, so we do need data intelligence it still has that importance in LMICs as it is in other countries in the world so it's really important to do that.

And I think the other thing is that confidence thing and that way in which we make sure the patients do access services, that if you do have a suspicion of Cancer, you don't stay away from your doctor, you'll actually go to your doctor.

So, I think there are some similarities and commonalities yet there are some differences, and we also have to see how to make sure that we do use the resources in the most appropriate way. And that's (NE [00:42:27] the things that we'd really focus on in Cancer particularly in Europe and starting to look at it in low and middle income countries as well: Is not what you spend is how you spend that is really important.

And finally, just making sure that Cancer doesn't become a forgotten disease in the fight against COVID.

**Minuto [00:42:48] Marcella Distrutti:** Thank you so much. One of the last sentences: "What's important is not what you spend but how you spend", I think is a very powerful message for everyone that's hearing us today. Thank you so much. I 'm going to now pass the word to my colleague Ursula to continue our interview with our third panelist. Thank you.

## Y-LING CHI

**Minuto [00:43:09] Ursula Gideon:** Thank you Marcella, I think that we read through the two presentations up to now is data and everything's based in decision making, so we have now our third panelist Doctor Chi. She has done a lot of research on monitoring of non-COVID related essential health services. So, Doctor Chi according to your research, how are countries, and especially LMIC, monitoring the provision of non-COVID essential health services and their impact on morbid mortality in these times of the pandemic?

**Minuto [00:43:53] Y-Ling Chi:** Thanks a lot Ursula and thanks for inviting us to present our work. There's been a lot of efforts to monitor the indirect health impact of COVID and that's been really positive because if you compare it with other health emergencies, like Ebola crisis for instance, all this monitoring efforts have started from day one of the pandemic really. One thing I wanted to highlight is that we took a lot about disruption in health services that we've observed since the pandemic but to us this is one part of the story on the entire indirect health impacts. COVID has led to an increase in non-COVID morbidity and mortality from multiple sources and we need to think about what has happened during the pandemic, for as we heard from Professor Lawler, we also need to understand what that means for the burden of disease in the future, so, that'll give you an extent of how hard it is to do this monitoring.

So, in essential services more specifically a lot of LMIC have worked on trying to make the most out of the health monitoring and information systems, so they have written data systems to collect things on the utilization of services at the clinic level. They've also worked a lot with things like claims data from social health insurance to look at the impact of COVID, so for instance in the Philippines we worked with a team that looked at 12 disease burden that they tracked in a month-to-month basis through social health insurance claims data.

There's also been quite a lot of qualitative approaches to use so for instance there's been numerous surveys. I think we've heard about front service, patients, health providers, but also people working at the ministry of health who had work with providers on the ground. So, one important survey of this kind is to the WHO has launched this poll survey that's gone twice now, and they ask countries to

report what are the disruptions on the provision of services across different clinical areas. I really want to put the emphasis that those are really important sources of data in addition to those more quantitative ones, because they typically help us understand really quickly how the (patterns [00:46:13]) have changed and also, they provide a timely and quick feedback to decision makers so, we need both of those type of approaches.

**Minuto [00:46:26] Ursula Gideon:** Thank you so much Doctor Chi. With your insightful answers, there is a lot going on, it seems, unfortunately not everyone has access to all this wonderful information, (we're seeing [00:46:39]) so, it's clearly a point we all need to work on. When I listen to our three experts all the time I'm thinking: ok, we now know what happens with essential non COVID related health services, and we have heard a lot about the impact of COVID but I guess everyone wants to know, ok, if we have to decide smartly we should model different interventions COVID, and essential non COVID related health services to understand how different allocations impact essential health services and morbid-mortality. So, maybe you could talk a little bit about whether there are any models that had been designed to precisely estimate this indirect effect of COVID-19 on essential health services and for population health status.

**Minuto [00:47:43] Y-Ling Chi:** So, I think it was my introduction, so, we've a team of researchers that commissioned four case studies in Kenya, The Philippines, Uganda and South Africa and so, what we need to (NE [00:47:59]) from this is that we don't necessarily need fancy models, we need information, which is shareable, digestible and can sort of be input to decision making quickly. So, a lot of the things that you have seen, actually, isn't new models it's relying from data coming from the healthcare system, it's typically very useful because of the scale, so, thousands of patients visits recorded on a daily basis, which means you can use traditional well-established methods, like regression analysis, so interrupt the time series to identify statistically what really has change, so there's no new model.

And when is not possible to use those statistical models, you can always compare the past year like 2020 on certain indicators to the past years' averages. So, for instance this is what our team has done in Uganda, it's look at what happened in 2020 compared to the average. So, we really wanted to put emphasis on the fact that there will be time for models in the future but now at the moment we need



to make most use of what data we have.

In addition, I mean, we've seen it with Cancer, we've seen it with global vaccinations, there's lots of models that help you sort of predict, well not predict but hypothetically look into the future and see the impact of the disruptions in maybe a decade, so it's really important for Cancer and global vaccination to have that outlook on the future morbidity. But I think we need to do both, we need to do the things at the present in turning all this data and really the emphasis is in a digestible format, so it's quite a lot of things and we want to feed that quickly in a way that informs decision makers and then there's also alongside this more long-term view, with those type of models which can be really helpful.

**Minuto [00:50:00] Ursula Gideon:** Thank you so much Dr. Chi I really like your emphasis on this pragmatic view of what countries can do in regards to understanding what's happening with their essential health services. Maybe to wrap up your part of the interview I would like to ask you as we asked already to Dr. Camacho and Professor Lawler, if you could provide 3 concrete recommendations to LMIC what would they be?

**Minuto [00:50:36] Y-Ling Chi:** Ok, so, before I go into my recommendations, I wanted to share like to be super concrete what really our problems were with our teams. So first one, one of them was the timeliness of the entry of the data, like it's routine data systems but you still need health workers to enter this data into a computer and so we've seen that this has been really disrupted during COVID. And another related problem was the processing of the data just because, for instance, in one of the countries where we worked, there was a very large (NE [00:51:10]) deployment and actually strict lock-down which meant people couldn't go in the office and that meant that the research group that we worked with waited for months and months for the data to be processed and shared in a format that we could use just because there wasn't anyone to sort of do this processing.

And the last problem was the quality of the data because there were lots of questions around trying to triangulate the different data sources so in South Africa there was quite a lot of concerns around what was counted as COVID or non-COVID deaths and specially outside of the hospital settings and that really has made it tricky because as I said before this was not quick enough because five months

in the pandemic time you have lock-downs then they are lifted and then you put them again and you change the policy so many times so if you take five months to produce an analysis like this is amazing any other time but in COVID times it's like four months to late.

So we are better equipped to draw research projects (very [00:52:18]) rigorous but actually we are not maybe as equipped especially in LMIC to produce things that are timely and so I think that my first recommendation then as a result would be to focus your efforts around pre-agreed sets of indicators that you really want to work on and then improve the mechanisms for dealing with the handling and the processing and the analysis of this data and also produce it maybe in a faster pace.

I will also say there's a big focus on those quantitative approaches but as we have seen they have caveats because they're not quick enough so I think that there's maybe less sort of an approach that would look at how you input qualitative information from personal working on the ground or patients really effectively to monitor the impacts in real time and we haven't maybe done enough of that.

And finally, my last recommendation would be: we have produced papers at a country level and it's been really interesting but aggregates tend to dilute the realities on the ground and we haven't been able to actually produce things from the healthcare system data, that is a little bit more (NE [00:53:35]) just because when you work with routine data systems there is no personal data and you can't really disaggregate it efficiently especially with the ones that we're using in LMIC.

So, to give you one example, in South Africa the decline in HIV testing was really large it was 40% but actually if you disaggregated by geographical places, urban places actually had a little bit better than others and there was one province which is the most populated province in the country which show a decline of 85%. So, if you have aggregate you also need to find ways to disaggregate it because this indirect impact would impact some population and geographies in different ways.

And I'm going to squeeze in my last mini recommendation very quickly which is that the measurement element is really important, but one thing that we recommended from our summary work is that there hasn't been a lot of cross-country learning about what has worked on mitigating those impacts. So maybe that's a subject for another webinar in the future, but from the four countries that we've worked with there's been lots of adaptations of the health system to navigate those new realities that have

been imposed by COVID: there's been telemedicine, there's been deployment of community health workers, the use of social media and mass campaigning to get people back to the clinics and then also the big question is, how do you deprioritize non-essential services just to focus your workforce around the essential services? and we haven't seen a lot of that sort of learning so I hope that going forward one of the recommendations that we'll have is along the daytime measurements (stream [00:55:24]) to really invest into understanding how those different methods of dealing with these impacts have been and how efficient it has been done.

**Minuto [00:55:35] Ursula Gideon:** Thank you so much Dr. Chi I think that link nicely back to Dr. Camacho who was emphasizing the importance of evaluating some of the stuff we are doing so, thank you, pragmatic, timely, disaggregate data and really understand what we can do about all this rather grim situation, thank you. I will now hand over to Marcella she would be moderating the question section and I would also like to invite the audience to send their questions and we will I think give the microphone to some of you, the webinar was... we don't have much time left, so I beg your pardon if this question section is shorter than normal but I think it was worthwhile to listen to our excellent panelists. Marcella.

## PREGUNTAS Y RESPUESTAS

**Minuto [00:56:38] Marcella Distrutti:** Thank you so much Ursula and thank you so much again for our panelists for a wonderful session. Doctora Camacho, voy a cambiar ahora a español para hacerle la pregunta. Rafael Chávez pregunta: ¿Cómo podemos priorizar la salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta todas las otras necesidades de salud actuales? Pregunta si es un tema de recursos o cuáles serían los otros criterios a utilizar.

**Minuto [00:57:39] Virginia Camacho:** Yo creo que los países lo que hemos aprendido en el mundo es que la salud de las mujeres, la salud de los niños son indicadores no negociables. Un país que realmente está en desarrollo, un país desarrollado mantiene estos indicadores como parte de su estrategia sanitaria y esto lo hemos visto en los países europeos, en los países más desarrollados, en Estados Unidos, en Canadá donde los indicadores de salud de la mujer son parte de los indicadores clave que miden no solamente la respuesta del sistema de salud, sino que miden el compromiso de los países con sus necesidades sanitarias. Por lo tanto, no es solamente un tema de recursos. Si hay un tema de recursos que tiene que ver con esto, pero también hay un tema de que tenemos que reconocer que la salud de las mujeres, la salud de los niños, son clave para el desarrollo de nuestros países y por lo tanto hay que invertir en esto.

El segundo tema que está dentro de la misma pregunta, porque cuando me dice es un tema de recursos, en esa conversación sobre la importancia que es la pregunta, creo que aquí es donde la sociedad civil juega un rol muy importante. La sociedad civil, los representantes de distintos poderes del estado, no solamente el poder ejecutivo, sino los parlamentos, los congresos, las agrupaciones de mujeres, las redes de jóvenes, las redes de representantes de socios estratégicos a nivel de los países, no solamente a nivel nacional, sino también a nivel local y comunitario, deben formar parte de esta conversación y asegurar y monitorear. Es decir, con esto me refiero a que hay un tema de rendición de cuentas que tenemos que monitorear sobre el tema de la salud, cómo posicionar de mejor manera la salud de las mujeres, o sea hay un tema de inversión, pero hay un tema de prioridad también.

**Minuto [01:00:07] Marcella Distrutti:** Muchísimas gracias, Doctora Camacho. Infelizmente nosotros ya vamos llegando al final, no hay mucho tiempo para más preguntas, quisiera

agradecer otra vez muchísimo a los panelistas por acompañarnos hoy y voy a pasar la palabra a mi colega Úrsula para cerrar la sesión y gracias también a todos los participantes en este webinar, saludos.

**Minuto [01:00:31] Úrsula Gideon:** Gracias Marcella, sí para cerrar muy brevemente, como siempre nuestro segundo de publicidad, queremos invitarlos a visitar nuestra página web donde hay un montón de recursos sobre estos temas que hemos hablado hoy, hay de hecho una serie de notas técnicas sobre priorización explícita y la pandemia.

También queremos invitarlos a nuestro MOOC también, que es gratuito; y, por último, si quieren anoten en sus agendas el próximo webinar que es el 22 de septiembre y va a ser un tema muy interesante va a ser sobre 'behavior economics' y el uso de los (nudges 1:01:17)

en el contexto de la pandemia y de lo que hemos aprendido de ahí así que ojalá nos veamos entonces dentro de un mes más o menos exactamente.

Once again thank you so much to all our panelists this was really an outstanding webinar, I think we will go ahead with some blog or policy brief for everyone in the region and we will be in touch with you on this. Thank you.

Muchas gracias también a toda nuestra audiencia y con eso nos despedimos y les deseamos un excelente día. Hasta luego.



# CRITERIA

Regional Network on Explicit Priority  
Setting and Health Benefits Plans



<https://criteria.iadb.org/es>