



LOS SISTEMAS DE SALUD EN LAS AMÉRICAS Y EL CARIBE ANTE LA PANDEMIA COVID-19: UN DESAFÍO HACIA LA UNIVERSALIDAD

Gabriela Guzmán
Diego Terán
Jorge Luis Ordellin
Fernando Quintanar
Javier García Rivas



CISS
CONFERENCIA INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL



CIESS
CENTRO INTERAMERICANO
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL



Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Daisy Corrales Díaz, Directora.

Coordinación de Investigación del CIESS.

Jorge Luis Ordellin Font, Coordinador.

Comisión Americana de Actuaría y Financiamiento.

Comisión Americana del Adulto Mayor.

Comisión Americana Jurídico Social.

Comisión Americana de Prevención de Riesgos en el Trabajo.

Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social.

Investigadores responsables.

Gabriela Guzmán, CIESS-CAAF.

Diego Terán, CIESS-CADAM.

Jorge Luis Ordellin, CIESS-CAJS.

Fernando Quintanar, CIESS-CASBSS.

Javier García Rivas, CIESS-CAPRT.

Equipo editorial.

Daisy Corrales Díaz.

Wendolyn Bravo Zuríta.

Guadalupe Zamora.

Edición.

Diseño Instruccional-CIESS.

368.40970 / C239dca.5 2022

Conferencia Interamericana de Seguridad Social. México.

Los sistemas de salud en las Américas y el Caribe ante la pandemia COVID-19. Un desafío hacia la universalidad /

Gabriela Guzmán, Diego Terán, Jorge Luis Ordellin, Fernando Quintanar, Javier García. – México: CISS: CIESS: CAAF:

CADAM: CAJS: CAPRT : CASBSS, 2022. -- (Documento CASS; 5)

19 p.: gráficas; 28 cm.

Incluye referencias bibliográficas p. 15-16.

1. Sistemas de salud – América Latina. 2. COVID-19 (Enfermedad) – Atención médica – América Latina. I. Guzmán Bringas, Gabriela Fernanda, autora. II. Terán Páez, Juan Diego, autor. III. Ordellin Font, Jorge Luis, autor. IV. Quintanar Olguín, Fernando, autor. V. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México. VI. Comisión Americana de Actuaría y Financiamiento. VII. Comisión Americana del Adulto Mayor. VIII. Comisión Americana Jurídico Social. IX. Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social.

Biblioteca CIESS

ISSN (en trámite).

Se permite la reproducción parcial o total de este documento siempre y cuando se cite debidamente la fuente.

San Ramón s/n, Col. San Jerónimo Lídice

Alcaldía Magdalena Contreras,

C. P. 10100, Ciudad de México.

Tel. (55) 5377 4700

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS)
Área de Investigación de las Comisiones de Seguridad Social (CASS)

Los sistemas de salud en las Américas y el Caribe ante la pandemia COVID-19: un desafío hacia la universalidad.

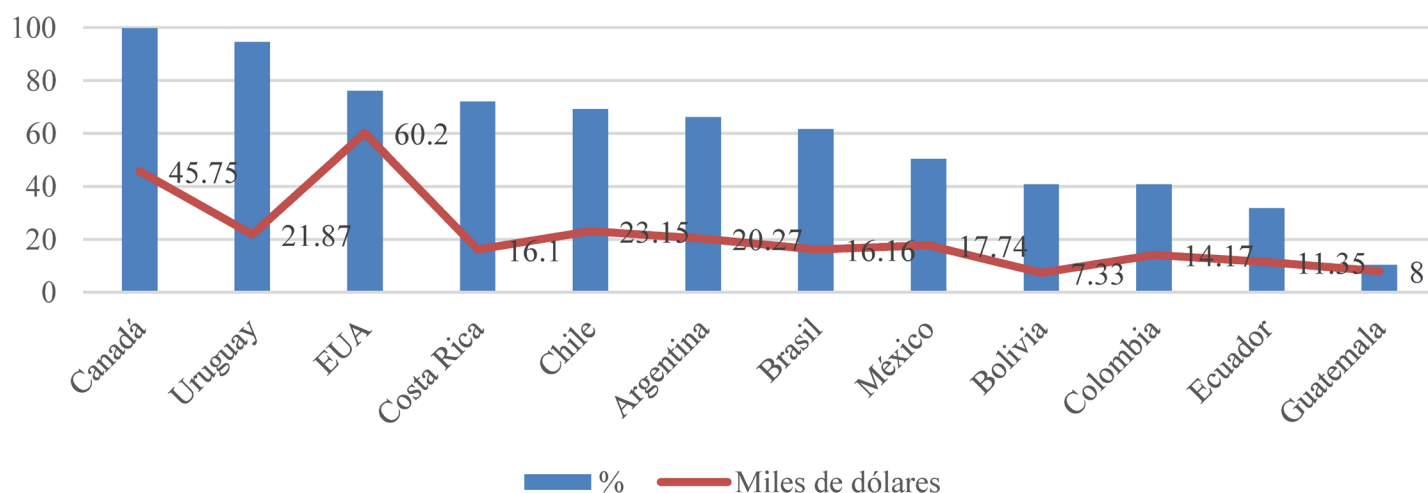
Elaborado por: Equipo de Investigadores de las Comisiones Americanas de Seguridad Social (CASS) abril 2020

Los periodos de crisis son un hito en cualquier proceso, el COVID-19 nos vino a recordar los retos en materia de seguridad social propios de cada país para solventar las necesidades de protección social y hacer frente a contingencias que amenazan la salud, las condiciones socioeconómicas y por ende el bienestar de la población. Además, ha dejado claro que los riesgos y repercusiones aumentan en los países donde no se ha alcanzado la cobertura universal en seguridad social. El presente documento tiene como objetivo, describir el panorama que tienen las Américas respecto a la capacidad de sus sistemas de seguridad social y en particular el que corresponde a salud, ante un evento emergente inusitado como la pandemia COVID-19. Considerando

algunas recomendaciones que desde el CIESS se plantean como pertinentes, para hacer frente a los efectos colaterales de una crisis sanitaria.

El principio de universalidad consiste en desligar el derecho a una seguridad social de la condición laboral, lo cual implica un mayor esfuerzo en Latinoamérica debido a que se caracteriza por altas tasas de informalidad y desempleo. Si consideramos la seguridad social universal como el modelo a seguir para alcanzar un estado de bienestar, los rubros con un impacto directo en la situación actual son: seguro de invalidez y vida, seguro de desempleo, pensión universal, seguro de riesgos en el trabajo y seguro de salud universal.

Gráfica 1. Porcentaje de población con al menos una prestación social e ingreso per cápita (2015-2017)



Fuente: elaboración propia con base en datos de ILOSTAT de la Organización Internacional del Trabajo e Indicadores Básicos. Situación de la Salud en las Américas 2018. OMS y OPS.

Las prestaciones de la seguridad social van desde el acceso a servicios de salud, seguro de desempleo, un ingreso para el retiro entre otras. Los seguros de invalidez y vida, desempleo y pensión universal representan un soporte económico que ayuda a mantener los hogares en condiciones suficientes para la sobrevivencia.

La gráfica 1 hace un comparativo de algunos países de América sobre el porcentaje de población que tiene acceso al menos a una prestación de seguridad social y su relación con el ingreso per cápita. A pesar de no encontrar una relación lineal entre acceso a prestaciones de seguridad social e ingreso per cápita, la tendencia parece mostrar que los países con mayores ingresos son aquellos que garantizan una mayor cobertura de la seguridad social. La gráfica 1, muestra un panorama preocupante, la seguridad social como derecho universal no se está materializando, ya que de los países ilustrados solo 2 de ellos están por arriba del 90% de cobertura, mientras que el resto no supera el 80%.

La realidad en los pueblos americanos es compleja, ya que la desigualdad es amplia entre países y al interior de éstos. Ante crisis como la que atravesamos por el COVID-19, pone al descubierto la fragilidad de las economías nacionales ante la ausencia de una cobertura universal de la seguridad social, y claro que ello impacta en el ámbito de salud, economía y bienestar de las familias americanas. Por ejemplo, en México de acuerdo con el INEGI el 56.1% de la población mexicana mayor de 15 años económicamente activa (2017) nunca había realizado aportaciones a una institución de seguridad social y solo el 39.3% tenía acceso a servicios médicos por medio del seguro popular (INEGI, 2018).

La reciente reforma del artículo 4 del texto constitucional mexicano en materia de bienestar establece la creación de un Sistema Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, particularmente para la atención integral de la población mexicana que no cuenta con seguridad social. El Instituto Nacional

de Salud para el Bienestar creado a partir del 1° de enero de 2020 es un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud, que brinda servicio en todo el territorio nacional, a las personas que no cuenten con seguridad social, bajo los principios de universalidad, igualdad e inclusión. Ofrece atención integral, a todos los servicios médicos sin restricciones de forma gratuita, para todos los padecimientos y con los más altos niveles de calidad.

Según el Dictamen de la Cámara de Diputados de la Nación, se estima que este sistema de salud beneficiará al menos a 39'931,528 personas, quienes hasta 2020 no cuentan con seguridad social, lo que tendrá un impacto presupuestario potencial de 95,730'508,349 pesos mexicanos (Cámara de Diputados, 2020, p. 22). A la fecha 23 entidades federativas, han acordado adherirse al Acuerdo de Coordinación con el INSABI para garantizar el derecho a la salud a toda la población desprotegida, con el único requisito de contar con clave única de registro de población (CURP), credencial para votar del Instituto Nacional Electoral (INE) o acta de nacimiento (Gobierno de México, 2020).

La estrategia de la mayoría de los países ha estado centrada en garantizar al menos el derecho universal a la salud, brindar una cobertura del 100% a sus poblaciones, sin embargo, hay que señalar que el garantizar el derecho, debe ir siempre acompañado de la eliminación de barreras de acceso, principalmente a grupos vulnerables como lo son personas con discapacidad, población en condición de habla indígena, migrantes y adultos mayores.

La salud constituye uno de los elementos principales de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS, 2015), particularmente el tercero: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades". Para ello es necesaria la configuración de sistemas públicos efectivos, eficaces y sostenibles.

Para ello, se propone un Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) debido a que ahora nos encontramos en una emergencia sanitaria convendría analizar la manera en la que se prestan los servicios,

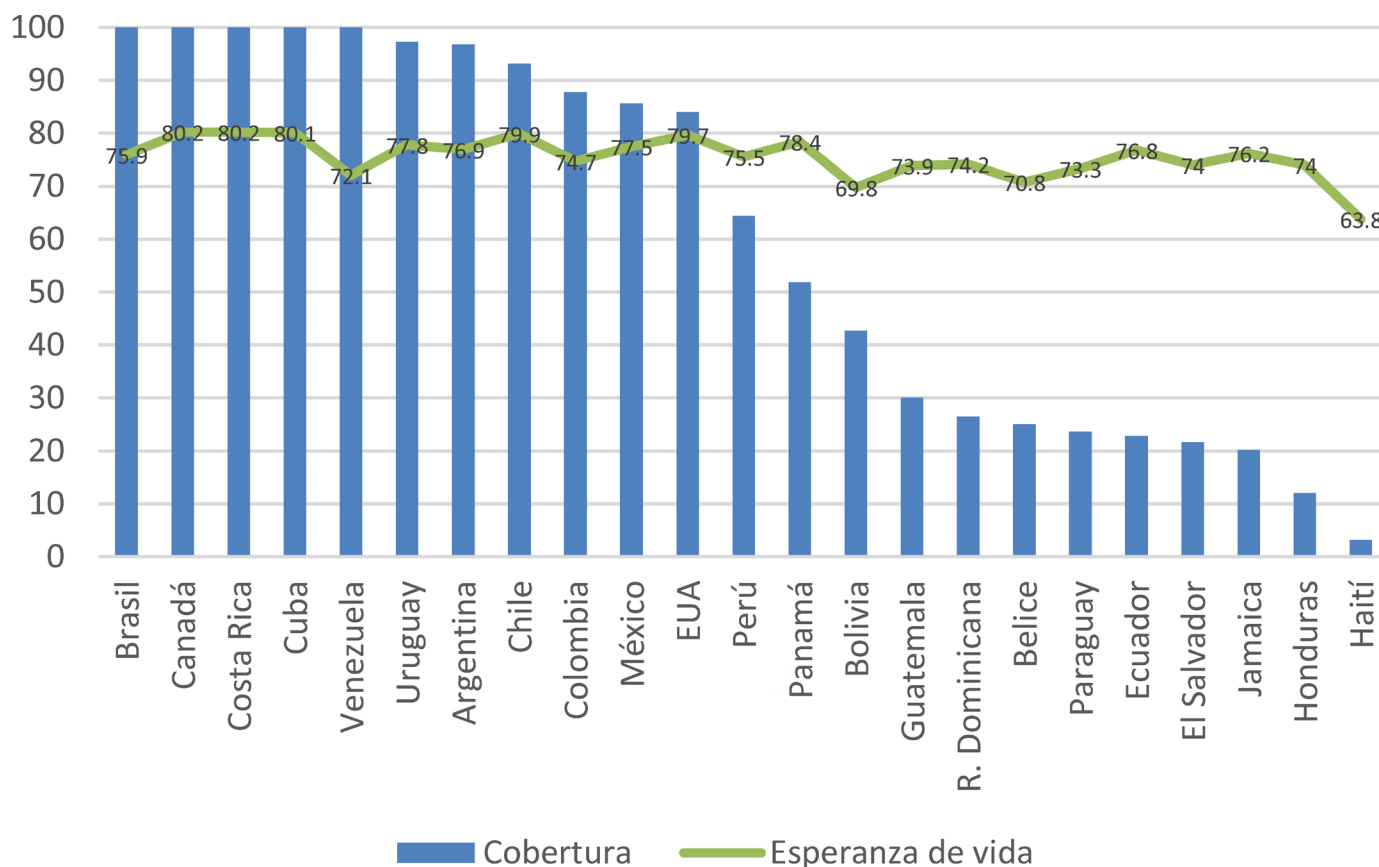
identificar cuáles son las medidas que se estén tomando desde la salud pública (vigilancia, promoción, regulación y control) y como es la atención en salud (prevención de enfermedades, recuperación de la salud y rehabilitación) (MSPAS, S.F).

Los problemas relacionados con la salud física y mental, específicamente los cuidados de salud de larga duración (e.g. manejo del dolor, rehabilitación y terapia psicológica), la protección y promoción de la salud en el ámbito personal y laboral, la búsqueda de soluciones proactivas, prevención primaria, secundaria y terciaria, el suministro de prestaciones y servicios adecuados, constituyen uno de los principales desafíos de los actuales sistemas de seguridad social. En América

la situación deviene más compleja debido a su heterogeneidad en cuanto a la magnitud y calidad de los recursos, características demográficas y sociales, persistencia de culturas originarias, diversos grados de desarrollo económico y distribución del ingreso, entre otros aspectos.

Las dimensiones que implican garantizar la universalización del derecho a la salud, van en varios sentidos, no solo es ofrecer cobertura y acceso, sino también calidad en los servicios. El indicador mostrado en la gráfica 2 da un bosquejo del escenario que los países tienen en cuanto a alcanzar la cobertura de salud universal (planteando que esto no significa ofrecer todos los servicios de salud gratuitos a toda la población), reto que se debe su-

Gráfica 2. Cobertura de protección social de la salud como porcentaje de la población total 2001-2011*



*Corresponde al intervalo del tiempo en que cada país puede estimar la información por vía censos
Fuente: Elaboración propia con base en información de ILOSTAT explorer de la OIT, 2020.

fragar antes de 2030. Sin embargo, dicho indicador se debe tomar con las limitaciones del mismo, ya que sólo resume disponibilidad de recursos y no propiamente la calidad de los servicios ofrecidos.

Para hacer una interpretación del indicador, pero con un panorama más completo, se añade a la gráfica la esperanza de vida al nacer de los países, indicador que por excelencia resume las condiciones de vida de una población y sobre todo la calidad de los servicios en salud. Más allá de la simple cobertura, la esperanza de vida señala la calidad de vida de los países y ayuda a mostrar estrategias de salud adoptadas por éstos. Quienes mantienen una esperanza de vida alta, tienen además de una cobertura importante, una estrategia de salud integral, es decir prevención, atención y rehabilitación (OISS, 2018), que refleja los resultados en el bienestar de la población. Ante la pandemia, el contar con un sistema preparado, organizado y maduro, los efectos son menores en razón de su etapa preventiva.

La población que padece enfermedades no transmisibles cuando tiene acceso a servicios de salud garantizado, facilita su tratamiento y control; de no ser así esto las posiciona como población vulnerable por tener un riesgo más alto a complicaciones por COVID-19 y una probabilidad de muerte más alta respecto a quienes tienen ausencia de estas comorbilidades (OMS, 2020).

La crisis del COVID-19 acelerará algunos cambios tanto en estructuras como en dinámicas sociales, económicas y culturales en la mayoría de los países de la región. Sin embargo, ha confirmado la necesidad de apostar por sistemas de salud públicos de acceso universal y con calidad. Siendo esta una de las principales vías para poder hacer frente al impacto de la crisis que debe ser sostenido y desarrollado posteriormente. La confirmación de la utilidad de este tipo de sistemas es una de las experiencias positivas que debemos obtener de esta crisis.

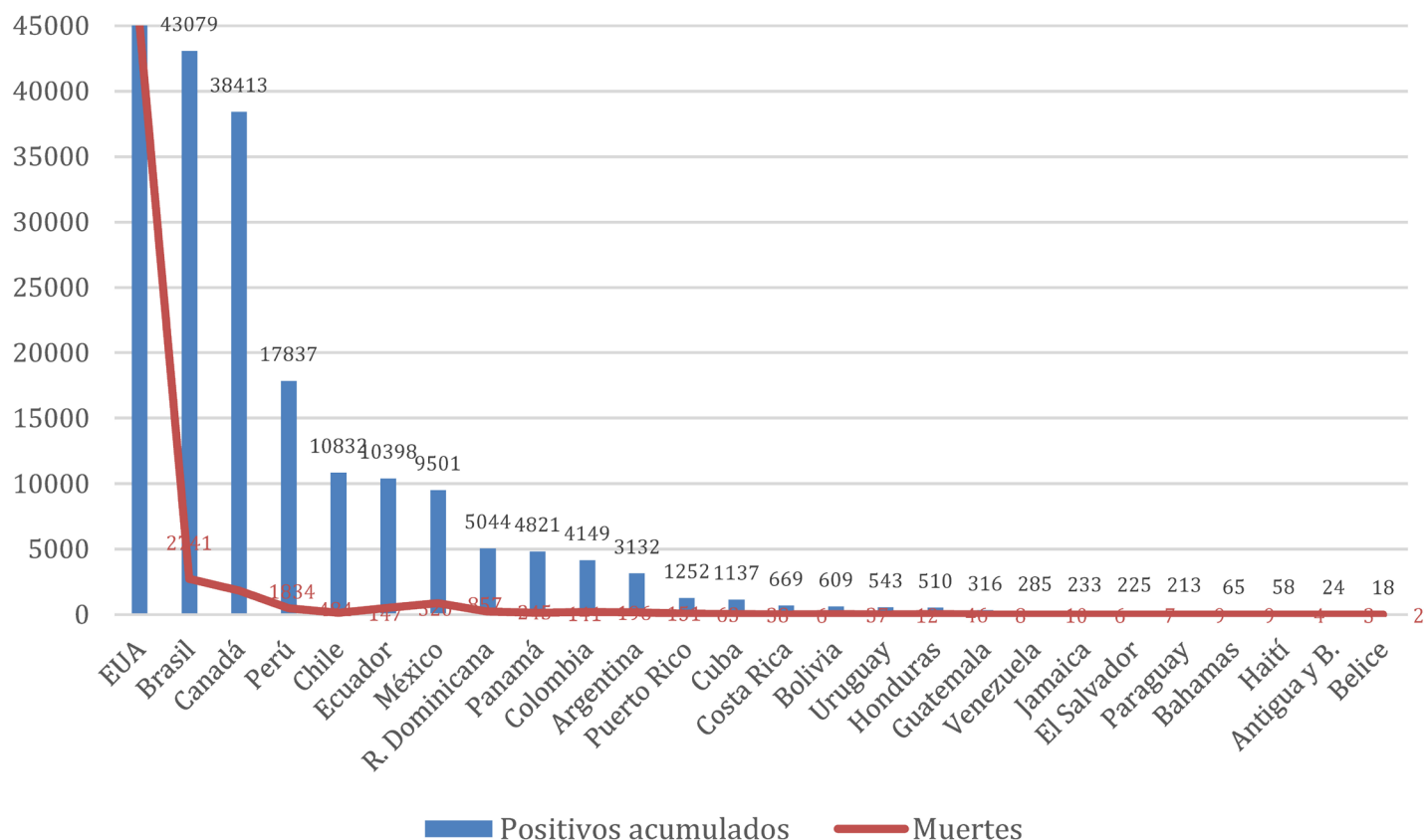
La universalidad de la salud debe perseguir que la población de un país cuente al menos con una prestación social de salud. Respecto a los datos

de la gráfica 2 se puede destacar lo siguiente: Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba y Venezuela han cumplido la tarea de protección social en salud del 100%. Mientras que para países como Guatemala, República Dominicana, Belice, Paraguay, Ecuador, El Salvador, Jamaica, Honduras y Haití, no alcanzan a garantizar la seguridad social de salud ni siquiera a 1 de cada 3 de sus ciudadanos.

En la actualidad algunos sistemas públicos de salud de la región se enfrentan a una situación en desventaja, fruto de años de políticas de reducción del gasto en salud. Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) a nivel regional estos sistemas se caracterizan por ser débiles y fragmentados, claramente segregados y desiguales, con grandes barreras de acceso, no garantizan el acceso universal necesario para hacer frente a la crisis sanitaria del COVID-19, presentan además escasez de mano de obra calificada y de suministros médicos e instalaciones insuficientes (CEPAL; 2020, p. 10). No obstante, debe considerarse que pese a ello algunos países de la región han realizado importantes avances para garantizar la cobertura universal de la salud y el acceso a servicios médicos de calidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera que será necesario un financiamiento de al menos 94.8 millones de dólares para poder ayudar a los sistemas de salud de la región hasta septiembre de 2020, en particular los más necesitados (OPS, 2020).

Frente a la incapacidad de los sistemas de salud para poder atender las demandas de la crisis sanitaria actual, en particular de los sectores más vulnerables y de aquellos sectores que no tienen acceso a la salud de forma universal, se corre el riesgo de que la escasez de recursos puede devenir en un catalizador de actos de discriminación. Por ello, el enfrentamiento a la pandemia debe realizarse en estricto cumplimiento de los Derechos Humanos, conforme lo ha reconocido la reciente Resolución No. 1/2020, Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, adoptado por la Comisión Interamericana el pasado 10 de abril.

Gráfica 3. Casos COVID-19 acumulados al 23 de abril de 2020



Fuente: Estimaciones propias con base en datos de Max Roser, Hannah Ritchie and Esteban Ortiz-Ospina (2020) - "Coronavirus Disease (COVID-19) - Statistics and Research". Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: 'https://ourworldindata.org/coronavirus' [Online Resource]

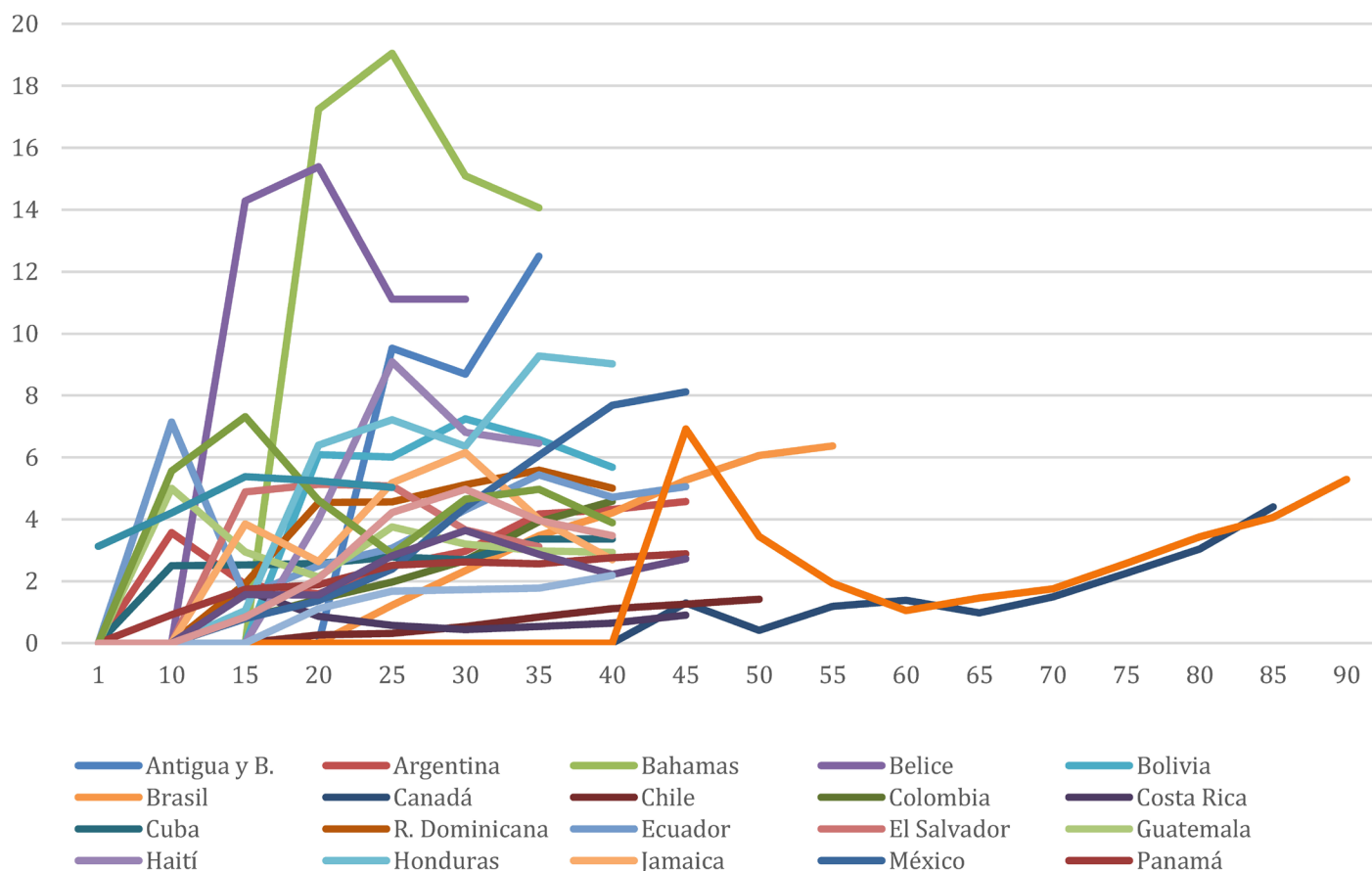
La situación del COVID-19 hasta el 23 de abril de 2020 es la que se observa en la gráfica 3; donde el mayor número de casos está en aquellos países que recibieron primeramente la pandemia. La mortalidad coincide con el tiempo de exposición de la enfermedad. Los datos mostrados en dicha gráfica, se refieren a los que las autoridades de cada país han reportado. Sin embargo, hay que tomarlos con el debido cuidado, ya que en la mayoría de los países de Latinoamérica se ha hecho un menor número de pruebas con respecto a otros países, por lo que los datos podrían tener un grado de subestimación. Hay países como Cuba y Costa Rica, que gracias a sus sistemas de salud sólidos en la prevención, nos brindan cifras con alta aceptabilidad. Para países como México, la recomendación del sistema

de salud fue no acudir a los servicios de salud, si no se muestran síntomas graves, por lo que estos casos podrían no estar contabilizados.

Para hacer comparable la información que se ha generado durante el desarrollo del COVID-19, se construye la gráfica 4, en la que indirectamente se controla el tamaño y tiempo de exposición al riesgo de las poblaciones. Se utiliza la letalidad, indicador que se estima mediante el número de muertes reportadas por COVID-19 sobre el número de casos confirmados. Además, muestra la evolución de varios países en América desde que presentaron su primer caso confirmado hasta el 15 de abril.

La letalidad es un indicador comparable entre países ya que hace referencia a la población que murió por COVID-19 respecto a aquella que está

Gráfica 4. Letalidad COVID-19 Países seleccionados



Fuente: Estimaciones propias con base en datos de Max Roser, Hannah Ritchie and Esteban Ortiz-Ospina (2020) - "Coronavirus Disease (COVID-19) – Statistics and Research". Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: 'https://ourworldindata.org/coronavirus' [Online Resource]

en riesgo de fallecer por dicha causa una vez que su riesgo condicional fue dar positivo.

Algunos países tienen líneas más cortas debido a que han estado menor tiempo expuestos al riesgo. Las comparaciones deben ser respecto al mismo tiempo de exposición para medir correctamente la letalidad (duración)¹.

Como se aprecia en la gráfica 4, hay países que tuvieron una letalidad superior al 3% en los primeros 10 días de observación, Argentina, Guatemala, Paraguay y Ecuador; a diferencia de algunos otros países que mostraron esta letalidad hasta después de los 15 días, Honduras, Bolivia, República Domi-

nicana y Jamaica; señalando los casos alarmantes de Belice y Bahamas. Algunos países que superaron la letalidad del 3% hasta pasados los 25 días fueron México y Colombia. La letalidad muestra comportamientos interesantes de algunos países como Costa Rica, Cuba, Panamá y Chile, quienes a sus 35 días de registrar su primer caso de COVID-19 no han superado una letalidad del 3%; incluso Costa Rica siempre ha estado por debajo del 2% y al 15 de abril tenía una letalidad del 0.53%. Resaltan los casos de Canadá y Estados Unidos quienes hasta el día 40 reportaron una letalidad de 0%; sin embargo, en los días posteriores superaron la letalidad de 3%.

¹ Como se señala en párrafos anteriores, este indicador se ha construido con los datos reportados por las autoridades de cada país, pudiendo estar sujeto a una subestimación de los casos positivos por falta de pruebas, si creciera el número de casos positivos la letalidad sería más baja.

En conclusión, vemos que aquellos países que dentro de los primeros 35 días de haber presentado su primer caso de COVID-19 con una letalidad por debajo del 3% son aquellos que presentaron un índice de acceso a salud más alto. Es decir, el garantizar la universalidad de la salud, ayuda a suavizar los efectos de una crisis sanitaria como la actual. La universalidad de la salud es un proceso que en el mediano plazo se traduce en una población más saludable y por tanto con menos riesgo de muerte por COVID-19.

COVID-19 Y GRUPOS EN RIESGO O VULNERABLES.

De acuerdo con el Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) la edad (mayor de 65 años), enfermedades crónicas del riñón (tratados por diálisis), diabetes, enfermedades pulmonares, asma, enfermedades hepáticas y la obesidad severa, son factores de riesgo de complicaciones para personas infectadas con COVID-19. México aparece constantemente en los primeros lugares de obesidad y obesidad severa en el mundo (NCD Risk Factor Collaboration, 2016). Junto con la diabetes y otros factores de comportamiento ponen a la población en un riesgo mayor de complicaciones por infección.

Considerando que la vulnerabilidad suele afectar de manera inmediata a grupos de migrantes, personas con discapacidad y población originaria es posible tomar en cuenta que la emergencia sanitaria COVID-19 requiere pensar diferente el trabajo que en salud y seguridad social se ha hecho hasta el momento.

La pandemia que actualmente nos afecta ha generado una serie de inquietudes en cuanto a cómo brindar atención a personas en condiciones

de riesgo y vulnerabilidad, hay mucho trabajo por parte de los diferentes organismos internacionales pero los reportes que se realizan solamente presentan estadísticas generales que no permiten observar, y pensar, las diferentes posibilidades de atención que se requieren desarrollar tanto para personas en grupos vulnerables como en aquellas que asumen la responsabilidad de brindar apoyo o ser cuidadores, ya sea formales o informales.

En grupos vulnerables, como es el caso también de la discapacidad se muestra mucha diversidad. Algunos problemas de salud vinculados con la discapacidad acarrearán mala salud, involucra a diversos participantes en sus cuidados y grandes necesidades de asistencia sanitaria, pero eso no sucede con otros grupos (OMS, 2018). Por esta razón en el anexo 1 se muestra un listado de diferentes grupos vulnerables y su relación como cuidadoras de otras personas en condición de vulnerabilidad pero que, por diferentes razones, no siempre tienen acceso a la seguridad social. Dentro de estos grupos vulnerables, o de riesgo, se incluye a personal de servicios públicos y a profesionales de la salud que, por la naturaleza de su trabajo, pueden fungir como apoyo inmediato o cuidadores primarios formales. Sin embargo, debemos cuidar de que la seguridad social no quede restringida solamente a quienes participan de actividades productivas y laborales permanentes y formales (Ver Anexo 1).

Es claro que el documento está dirigido a profundizar en el tema de salud universal. No obstante, la pandemia nos enfrenta a otras problemáticas en las que no se profundizará, pero cabe hacer mención tales como:

● Económicas

En la segunda edición (7 de abril, 2020) del Observatorio la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo, el paro parcial o total afecta al 81% de la fuerza laboral mundial. Se calcula que para el segundo trimestre del presente año habrá una reducción

del 6.7% del empleo mundial, equivalente a 195 millones de trabajadores de tiempo completo. 1,250 millones de trabajadores en el mundo se dedican a sectores de mano de obra, quienes han sufrido y sufrirán una reducción considerable en las horas de trabajo sin ser remuneradas (e.g. trabajadores de la construcción, trabajadores ambulantes, trabajadores del campo, trabajadores domésticos) y es probable que sean los más afectados por la contingencia en cuanto a la seguridad y jornada laboral.

Muchos de los empleos temporales se verán mermados por la cancelación de sus actividades sin goce de sueldo ni garantías de seguridad social. A pesar de que hubo un comunicado por twitter de la cuenta oficial de OIT México el 15 de abril exhortando a los empleadores a permitirles quedarse en casa, no hay una recomendación explícita sobre garantizar su pago (OIT México, 2020).

Por otra parte, el comercio al mayoreo y menudeo (y trabajos afines e.g. cajeros, almacenistas, etc.) es el sector más afectado por el paro o reducción de la jornada laboral (OIT, 2020).

• Sociales (Violencia intrafamiliar en periodo de contingencia)

De acuerdo con información de UNWOMEN (2020), bajo las condiciones actuales de contingencia por el COVID-19, durante el tiempo de encierro a partir de la tercera semana de marzo, los reportes de violencia doméstica se han incrementado. En Argentina se ha detectado un incremento del 25% de llamadas de emergencia sobre violencia doméstica. En México, la Red Nacional de Refugios reporta un incremento del 5% en ingresos de mujeres y un aumento del 60% en orientaciones no presenciales. Asimismo, el Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública reportaba antes de la pandemia (Febrero) que se registraron 21,727 llamadas de emergencia al 911 relacionadas con violencia doméstica contra la mujer. Será importante mantener la vigilancia sobre los reportes durante y después del periodo de encierro.

• Medidas de protección social

Para enfrentar la pandemia se han adoptado múltiples medidas para paliar sus efectos inmediatos, desde los sistemas de seguridad social considerando tanto recursos tecnológicos como estrategias sociales en las que se incluyen el aseguramiento del acceso a las pensiones, el apoyo a personas con problemas de salud crónicos, las propuestas de seguridad laboral, tanto en el sector público como privado, a los pequeños y medianos empresarios, sector no formal, también a sectores vulnerables como son migrantes, mujeres, niños, adultos mayores, población indígena y discapacidad (OIT, 2017).

CONCLUSIONES

Es necesario destacar que se observa una relación negativa entre la cobertura y calidad de servicios de salud y el comportamiento de la incidencia en fallecimientos por COVID-19. Es decir, los países que procuran dar protección de salud a su población han tenido un menor efecto de letalidad frente a esta contingencia. Por esto, ahora es apremiante recordar que los principios básicos que deben cumplir los sistemas de salud son: solidaridad, universalidad, participación, igualdad, suficiencia, obligatoriedad, unidad y equidad. Dichos principios se encuentran estrechamente conectados entre sí. No obstante, es de suma importancia fortalecer el aspecto financiero dentro de la planeación, implementación y mantenimiento con el fin de dar cabal cumplimiento al principio de suficiencia.

Los casos asintomáticos desempeñan un papel esencial en el contagio de la enfermedad, al no existir vacunas una de las medidas adoptadas para la detección temprana de casos y para prevenir y controlar infecciones han sido las tecnologías digitales, específicamente las relacionadas con la vigilancia, el almacenamiento y procesamiento de datos de forma masiva. El uso de soluciones

digitales para poder enfrentar la pandemia permite aliviar las cargas de los sistemas de atención y hacer pronósticos sobre los focos de infección y las probabilidades de contagio.

Si bien el uso de estas tecnologías es necesario y se considera positivo (lo que fue demostrado en la gestión de la crisis en países como Corea del Sur y Singapur), es importante tener en cuenta que el uso de estas puede contribuir a exacerbar las desigualdades, especialmente porque su uso no es igual entre los distintos países de la región, ni tampoco entre las diversas regiones de un mismo país, ni entre los sectores más vulnerables. Hay marcadas diferencias según el nivel de ingreso. Existe el riesgo de que su uso puede también provocar discriminación al presentar sesgos que afectan a determinados sectores vulnerables. Por otro lado, falta claridad sobre el destino de la cantidad de datos recolectados durante este período una vez que haya finalizado la pandemia.

La CEPAL (2019) y la OPS (2018a y 2018b) plantean que hay diferentes tipos de grupos vulnerables (enlistados en el anexo 1), pero no todos son considerados con la misma prioridad, en este sentido los grupos vulnerables generalmente considerados para la seguridad social son mujeres, niños, personas con discapacidad, adultos mayores, grupos originarios, y la comunidad LGBTTTI. Los gobiernos de las Américas han estado buscando cómo proporcionar cobertura y accesibilidad en temas de trabajo, salud y educación.

RECOMENDACIONES

En materia de acceso y cobertura universal a los sistemas de salud:

- Promover un acceso universal a la seguridad social siendo prioritario el acceso a salud.

- Promover la cobertura, accesibilidad y calidad de los servicios de salud de la población, implementando acciones afirmativas hacia los grupos más vulnerables (personas con discapacidad, población en condición de habla indígena, migrantes y adultos mayores).
- Promover la accesibilidad a los servicios de salud, eliminando las brechas de acceso.
- Potencializar el uso de la tecnología para el acceso a la salud a servicios especializados (teleconsulta)
- En este sentido, se propone evaluar la situación actual del sistema de salud respecto al modelo de atención integral que se desea adoptar. Estimando las brechas existentes entre tipo de servicios, cobertura y costos para redefinir las fuentes y destinos de los recursos que ayudarán a cubrir las demandas; además es necesario que dichos cálculos contemplen contingencias no previstas como la que hoy enfrentamos pensando en necesidades reales, sentidas y anticipadas de la comunidad.
- Para esto, se necesitan establecer normas que permitan gestionar un mecanismo financiero donde confluyen todas las fuentes de financiamiento que hagan suficiente y sostenible el modelo, considerando la asignación definitiva de recurso humano, de infraestructura, insumos y financieros.

Innovación y derechos de propiedad intelectual sobre nuevos productos, bienes y servicios médicos:

- Desarrollar y potenciar la investigación científica, la innovación y su aplicación en la búsqueda de tratamientos, compatibilizando la protección de la vida humana, la salud y los derechos de propiedad intelectual que se pudieran reconocer sobre estas creaciones.
- Cada país debe trazar estrategias claras a partir de la capacidad tecnológica que tenga para fabricar posibles fármacos, medios de

diagnósticos, dispositivos, suministros, y otros medios útiles para la vigilancia, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de personas infectadas por el COVID-19.

- Esta estrategia debe ser adoptada según las capacidades nacionales de cada país y costos, utilizando los sistemas de investigación pública, universidades e institutos del sector público y privado de forma coordinada. Así como la participación del empresariado en el desarrollo, producción y suministro de estos productos.
- Tener presente que los derechos de propiedad intelectual tienen una función social, como internacionalmente se ha reconocido, en consecuencia, no pueden significar una restricción para el ejercicio de otros derechos como el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias, los Estados deben adoptar las medidas necesarias para poder aplicar licencias obligatorias sobre vacunas, medicamentos, dispositivos, y suministros necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Dentro de las declaraciones relacionadas con la pandemia incluir los mecanismos técnicos para el acceso a las tecnologías sobre vacunas, medicamentos, diagnósticos, dispositivos, suministros, y otros medios útiles para la vigilancia, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de personas infectadas por el Coronavirus (COVID-19) y demás variaciones, a fin de garantizar el derecho a la salud a través de su acceso gratuito o a bajo costo. Además, incluir la justificación para una interpretación amplia del régimen flexibilidades para el otorgamiento de licencias obligatorias y su expedito otorgamiento, la limitación de precios excesivos de medicamentos, restricciones sobre la fabricación de genéricos y la protección exclusiva de datos de pruebas, entre otros medios.

Soluciones tecnológicas para el enfrentamiento a la pandemia y respeto a la privacidad:

- En todos los casos el tratamiento de los datos sensibles relacionados con la salud de las personas debe realizarse con pleno respeto de los derechos humanos, en particular con su privacidad. Se deberá recabar el consentimiento informado en el tratamiento de los datos, así como para la participación en estudios clínicos y pruebas médicas.
- El único fin del almacenamiento será siempre poder enfrentar a la pandemia, el respeto de la integridad de las personas y su protección. En ningún supuesto el tratamiento de estos datos puede ser realizado con fines de lucro.
- El uso de herramientas de vigilancia digital es excepcional, estrictamente limitado al tiempo de duración de la pandemia y con los fines de hacer frente a la misma. El tratamiento de los datos personales siempre debe ser realizado de forma anónima.
- El uso de este tipo de tecnología por el Estado o por particulares una vez finalizada la pandemia es injustificable.
- Las aplicaciones deben contener normas de privacidad claras y precisas, ser entendibles y contar con mecanismos de denuncias y reclamaciones.
- Es necesario adoptar las medidas que garanticen la seguridad de los sistemas de infraestructura digital.
- El respeto de los derechos humanos no es solo una obligación de los Estados sino también del sector privado, empresas tecnológicas que participan en el enfrentamiento y en el desarrollo de soluciones digitales.
- Tanto el Estado, los prestadores de salud, las empresas del sector público como privado deben utilizar mecanismos transparentes que le permitan rendir cuentas sobre el uso que hacen de esta información.

Para la atención de personas en estos grupos vulnerables se recomienda:

- Fortalecer los sistemas de atención primaria a la salud para la detección, orientación, atención y seguimiento de casos con problemas de salud mental, particularmente los casos de personas en riesgo de adicción y consumo de drogas, soledad, cuidadores de personas con discapacidad, depresión, ideación suicida, adultos mayores con demencias, personas con problemas mentales o violencia de género y abuso sexual, se recomienda mantener comunicación regular con ellas y reportar a la instancia correspondiente cuando haya un evento crítico o problema.
- Promover mecanismos de participación y vinculación de las personas en alguna forma de vulnerabilidad para actuar de manera colectiva ante sus necesidades y demandas, incluyendo la exigencia del cumplimiento de sus derechos mediante la movilización de las redes de apoyo social con las que se cuentan, y las que se lleguen a formar.
- Proporcionar información no solamente a las personas controladas, violentadas, explotadas o amenazadas sino también a quienes expresan la violencia o manejan los mecanismos de control en su entorno personal y familiar.
- Señalar que en esta contingencia se presentan muchas formas de comportamiento inadecuado que se debe a formas viciadas, y disfuncionales, de comunicación personal entre las familias, de ahí la importancia de redefinir los tiempos, espacios personales, roles y tareas de los integrantes del hogar.
- Ante la presencia del COVID-19, y la potencial insuficiencia de los servicios de salud, en los países del continente se recomienda promover medidas preventivas en salud brindando capacitación a paraprofesionales tales como hierberas, curanderos y chamanes, en comunicación con el personal de salud considerando alternativas de atención culturalmente reconocidas por la comunidad.

- Promover en lo posible en las diferentes comunidades la participación en economía solidaria para el consumo de víveres en la vida diaria durante la crisis.
- Promover sistemas de teleconsulta, para garantizar el acceso a los servicios de salud a población vulnerable (adultos mayores y con discapacidad)
- Diseñar un sistema de emergencia para ofrecer pisos básicos de ingreso a los adultos mayores, quienes estarán confinados por un tiempo posterior a la superación de la crisis sanitaria, sostenible al corto y mediano plazo.
- Generar sistemas de información sobre la pandemia accesibles en lenguaje de la población en condición de habla indígena.
- Accesibilidad a los servicios de salud para toda la población, garantizando el acceso a la salud como un derecho humano. Por tanto, no se puede negar el acceso a personas migrantes independiente de su situación migratoria.
- Programas de apoyo para aquella población que ha perdido sus derechos sociales por la pérdida de empleo ante el cierre de empresas por el COVID-19, ofreciendo un programa de apoyo emergente, ejemplo de ello población con VIH que recibía su tratamiento.
- Organizar y estructurar pisos y espacios en los servicios de salud en los que se garantice brindar el servicio a personas que incluso pueden pertenecer a grupos migrantes en tránsito.

Otras recomendaciones planteadas por la OMS

La OMS (2020) elaboró un documento para la comunicación de riesgos y la participación comunitaria (RCCE, por sus siglas en inglés). En dicho documento señala que hay desafíos relacionados con la comunicación de la incertidumbre y los riesgos, al mismo tiempo que se abordan las preocupaciones de la sociedad, pueden llevar

a una serie de resultados como son pérdida de confianza y reputación personal, repercusiones económicas e incluso la pérdida de vidas.

- Asegurarse de que se transmita a las autoridades competentes las acciones a implementar con un léxico accesible, directo y claro.
- Actualizar la formación para la adquisición de competencias entre los encargados de la respuesta de RCCE a medida que se despliegan nuevos métodos y campañas.
- Considerar la posibilidad de formar a los dirigentes, el personal de respuesta y los portavoces sobre las orientaciones en materia de RCCE, según sea necesario.
- Considerar que una de las intervenciones más importantes y eficaces en la respuesta de salud pública ante cualquier evento es comunicar de manera proactiva lo que se sabe, lo que no y lo que se está haciendo brindando información oportuna, con la finalidad de salvar vidas y reducir las consecuencias adversas al mínimo posible.
- La RCCE ayuda a prevenir las «infodemias» (la cantidad excesiva de información sobre un problema que hace difícil hallar una solución), aumenta la confianza en la respuesta y la probabilidad de que se sigan las recomendaciones sanitarias. Reduce al mínimo y ayuda a gestionar los rumores y los malentendidos que son perjudiciales para las respuestas y pueden conducir a una mayor propagación de la enfermedad.
- Promover la comunicación y participación regular y proactiva con el público y las poblaciones en situación de riesgo pueden ayudar a reducir la confusión y evitar malentendidos.
- Las personas tienen derecho a que se les informe de los riesgos sanitarios a los que ellas y sus seres queridos están expuestos y a comprenderlos.

- Es frecuente que la percepción de los riesgos entre las poblaciones afectadas difiera de la de expertos y autoridades. Una RCCE eficaz puede ayudar a salvar esa distancia mediante la determinación de lo que saben las personas, cómo se sienten y cómo actúan para responder a los brotes de enfermedades, así como de lo que deberían saber y hacer para ayudar a controlar el brote. Una RCCE eficaz ayuda a transformar y divulgar conocimientos científicos complejos de manera que estos resulten comprensibles, accesibles y creíbles para las poblaciones y las comunidades.
- Una RCCE eficaz utiliza estrategias de participación comunitaria para involucrar a las comunidades en la respuesta y elabora estrategias aceptables y beneficiosas para detener la propagación del brote y asegurarse de que las personas y los grupos tomen medidas de protección.
- La RCCE es esencial para la vigilancia, notificación de casos, rastreo de los contactos, cuidado de los enfermos, prestación de atención clínica y movilización de apoyo local para las necesidades logísticas y operativas de la respuesta (OMS, 2020:1-2)

REFERENCIAS

- Cámara de Diputados LXIV Legislatura. (2020). Dictamen de las Comisiones unidas de Puntos Constitucionales y de Salud, con proyecto de Decreto por el que se reforma el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de bienestar. *Gaceta Parlamentaria, No. 5472-V, Año XXIII* (Palacio Legislativo de San Lázaro).
- CEPAL, N. (2019). *Panorama Social de América Latina 2018*: Cepal.
- CEPAL, N. (2020). América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: efectos económicos y sociales.
- Gómez San Luis, A. H., & Almanza Avendaño, A. M. (2012). VULNERABILIDAD SOCIAL Y PROSTITUCIÓN: UN ESTUDIO DE CASO. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 15*(4).
- INEGI. (2018). Sexta Edición de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS): Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- NCD Risk Factor Collaboration. (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19· 2 million participants. *The Lancet, 387*(10026), 1377-1396.
- OISS. (2018). Banco de información de los sistemas de seguridad social Iberoamericanos. *Secretaría General de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social*.
- OIT México. (2020). Quédate en casa. Si tú empleas trabajadores/as, eres responsable por su salud y la mejor forma de cuidarles es permitirles que se queden en casa. #NoContagiamosAlEmpleo #OnuMxCOVID19. *Twitter*, 1:51 PM · Apr 15, 2020.
- OIT/ILO. (2020). Observatorio de la OIT: El COVID-19 y el mundo del trabajo. Segunda edición *Observatorio de la OIT*: Organización Internacional del Trabajo.
- OMS/WHO. (2018, 16 de enero, 2018). Discapacidad y salud. Revisado el 18 de abril, 2020, de <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/disabilityand-health>
- OMS/WHO. (2020a). Comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) en la preparación y respuesta frente al nuevo coronavirus de 2019 (2019-nCoV): orientaciones provisionales, 26 de enero de 2020. *Organización Mundial de la Salud*.
- OMS/WHO. (2020b). COVID-19 y ENT. *Nota informativa*.
- OPS. (2018a). Directora de la OPS presenta en Brasil panorama de la medicina tradicional en las Américas.
- OPS. (2018b). OPS reafirma la importancia de la medicina tradicional para avanzar hacia la salud universal.
- OPS. (2020). Llamamiento a donantes de la OPS requiere 95 millones de dólares para ayudar a América Latina y el Caribe a enfrentar la pandemia por COVID-19.
- Osorio Pérez, O. (2017). Vulnerabilidad y vejez: implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad. *Intersticios sociales*(13), 0-0.
- Ovalle, L., Palma, S., Echeverría, G., & Rosales, P. Modelo de atención integral en salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Reyes, H. (2011). La atención a grupos vulnerables en México. Un reto para el sistema de salud. *Seminario Internacional: Medición de grupos vulnerables, Panel 5 La vulnerabilidad a problemas de salud*.
- Roser, M., Ritchie, H., & Ortiz-Ospina, E. (2020). Coronavirus Disease (COVID-19)—Statistics and Research. *Our World in data*.

- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2020). Información sobre violencia contra las mujeres, Incidencia delictiva y llamadas de emergencia 9-1-1. *Secretaría de Seguridad y Protección Ciudadana, Información con corte al 29 de febrero.*
- Toribio, L. (2018). En pobreza, la mitad de los adultos mayores en México: Conapred. *Excelsior.*
- UN WOMEN. (2020). COVID-19: Emerging gender data and why it matters.

ANEXO 1.

Equipo de Investigadores de las Comisiones Americanas de Seguridad Social (CASS) abril 2020

Este tipo de reportes no suelen ser presentados en las estadísticas internacionales, pero sus particularidades son importantes debido a que se requieren acciones orientadas a cubrir estos aspectos de la seguridad social, por tal motivo se proponen las siguientes recomendaciones.

En la siguiente tabla se presenta la relación observada entre personas integrantes de algún tipo de grupo enlistados en la primera columna de

la izquierda y personas a las que podrían cuidar pertenecientes a diversos grupos. Se enlistan los diversos grupos identificados con sus iniciales y, en la tabla, se marcan con una X los casos en los cuales suelen ser cuidadores con cierta regularidad. Los cruces se realizan considerando lo reportado en la literatura especializada, la experiencia de campo y la atención clínica.

Listado de tipo de grupos:

Tipo de grupo vulnerable	
· Personal de la salud (PS) · Personal de cuerpos de protección civil (rescate, bomberos, policía, limpieza) (PCPC) · Niños y menores de edad (Nin) · VIH/SIDA (V/S) · Género y orientación sexual (GoS) · Adultos mayores independientes (AMI) · Grupos indígenas y originarios en zonas rurales (GIOz) · Personas en condición de calle (PCC) · Migrantes (no formales) (Mnf) · Personas institucionalizadas (PIns)	· Miembros de congregaciones religiosas (MCR) · Personas con trastornos mentales (PTM) · Campesinos (Cam) · Discapacidad (Dis) · Trabajadoras sexuales (Tsex) · Personas adictas y drogodependientes (PAd) · Adultos mayores con afecciones neuropsicológicas y discapacidad (AMAn) · Adultos mayores demencia (AMd) · Personas en soledad (PSo)

Tabla de relaciones entre cuidadores y personas en grupos vulnerables y de riesgo

Cuidador	PS	PCPC	Nin	V/S	GoS	AMI	GIOz	PCC	Mnf	Plns	MCr	PTM	Cam	Dis	Tsex	Pad	AMAn	AMd	PSo
PS*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PCPC*	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Nin			●			●								●			●		
V/S				●	●			●				●		●	●		●	●	●
GoS				●	●		●			●					●		●	●	●
AMI			●			●						●		●			●	●	
GIOz							●				●		●				●	●	●
PCC								●							●	●			
Mnf									●										
Plns										●				●			●	●	
MCr	●			●	●			●	●	●	●	●		●			●	●	●
PTM												●		●			●		
Cam			●			●	●		●		●		●	●			●	●	
Dis			●											●					
Tsex															●	●			●
Pad															●	●			
AMAn																			
AMd																			
PSo																			

Este análisis se realiza a partir de la información en la literatura clínica y de reportes de casos, en el cual se considera interacciones particulares que se pueden encontrar en estos grupos en diversos países de la región. Se puede observar que los dos primeros tipos de grupos (personal de salud y personal de cuerpos de protección civil) pueden ejercer de cuidadores de todos los demás grupos, incluidos ellos mismos. Los grupos señalados en amarillo son los grupos de adultos mayores con afecciones neurológicas y discapacidad, adultos mayores con demencia y personas en soledad; en general las personas de estos grupos no suelen cuidar a otros, pero son los grupos que tienen más demanda de atención. Los demás grupos suelen contar con personas que apoyan a otros en su mismo grupo (señalados en verde) o en otros grupos diferentes, pero no con todos.

