



Los sistemas de salud en las Américas ante la pandemia de COVID-19: una perspectiva desde el acceso y la cobertura universal

Gabriela Fernanda Guzmán Bringas
Juan Diego Terán Páez
Javier García Rivas
Fernando Quintanar Olguín
Jorge Luis Ordelin Font





Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Daisy Corrales Díaz
Directora

Investigadores

Gabriela Fernanda Guzmán Bringas
Juan Diego Terán Páez
Javier García Rivas
Fernando Quintanar Olguín
Jorge Luis Ordelin Font

368.4098 / C239

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Los sistemas de salud en las Américas ante la pandemia de Covid-19: una perspectiva desde el acceso y la cobertura universal / Gabriela Fernanda Guzmán Bringas, Juan Diego Terán Páez, Javier García Rivas, Fernando Quintanar Olguín, Jorge Luis Ordelin Font. -- México: CISS: CIESS: CASS, 2021. 122 p.: gráficas; 28 cm. (Documentos CASS)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Salud pública – América Latina. 2 COVID-19 (Enfermedad) – Atención médica – América Latina. I. Guzmán Bringas, Gabriela Fernanda, autor. II. Terán Páez, Juan Diego, autor. III. García Rivas, Javier, autor. IV. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Biblioteca CIESS

Primera edición, 2021.

ISBN: 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

Impreso en México.

Abreviaturas

ADPIC	Acuerdos sobre Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CISS	Conferencia Interamericana de Seguridad Social
CISS	Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
Covid-19	Enfermedad por coronavirus
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
GPS	Gasto público en salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social (México)
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México)
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMPI	Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SARS	Síndrome respiratorio agudo severo
SARS-CoV-2	Coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo

INTRODUCCIÓN

Sin duda, 2020 será un año que quedará marcado en la historia del planeta, pues la población se ha visto expuesta a una enfermedad que ha alterado la continuidad de la vida. A finales de 2019 surgió un virus que afectó a los humanos con un riesgo inminente de muerte, el coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), que causa la enfermedad covid-19. Apareció en diciembre de 2019 en China, donde trató de controlarse su esparcimiento sin éxito alguno. El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró una epidemia mundial, lo cual significó una emergencia sanitaria (OMS, 2020a).

La covid-19 es una enfermedad cuyos efectos sobre la especie humana se desconocen. Conforme avanzan las investigaciones al respecto se han sumado elementos que permiten conocer su comportamiento. Para el 26 de junio de 2020, el número de casos que las cifras oficiales reportaban ascendía a 9 581 803 casos positivos, de los cuales poco más de 50% se había recuperado y 489 182 personas habían perdido la vida.

La covid-19 ha replanteado el funcionamiento global, pues ha expuesto las desigualdades en el mundo y la fragilidad de la humanidad. Cada sociedad la enfrenta de manera distinta y por eso

los efectos son variados. Esto se confirma en las consecuencias mortales, que están sujetas a la disponibilidad de infraestructura médica, personal de salud, cobertura y acceso a sistemas de salud. Los primeros estudios epidemiológicos sobre el comportamiento de la enfermedad en la población se realizaron en China. De ahí se desprende que hay riesgos diferenciados por edad y se destaca que hay mayor riesgo de muerte para las personas de 60 años y más (Rose. et. al, 2020). Esto no quiere decir que las personas mayores son las que más enferman, sino que sus probabilidades de recuperación son menores respecto a las de una persona más joven.

Más allá del riesgo de muerte por covid-19 asociado a la edad, se ha documentado el papel que juegan los padecimientos crónicos, como diabetes, hipertensión y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otros, en el incremento de este riesgo. Es preocupante la rapidez con la que la enfermedad se esparció en el mundo. A poco más de un año del primer caso registrado, el nuevo coronavirus ha cobrado aproximadamente 2.4 millones de muertes en el planeta.

La actuación de los países se ha enfocado en confinar a su población mientras se avanza en el desarrollo de una vacuna. El confinamiento ha contribuido a reducir la tasa de contagio potencial, pero ha debilitado las economías nacionales con

una contracción económica inminente. Los efectos del confinamiento aún no son visibles, pero se estima que incrementará la mortalidad entre pacientes que padecen enfermedades crónicas no por covid-19, sino por el desajuste de sus cuadros clínicos por no asistir a sus citas de control médico.

El reto que impone esta pandemia a los sistemas de salud es hacer frente a una demanda de atención inusitada. No hay sistema sanitario en el mundo que pueda atender al total de su población al mismo tiempo. La medida de confinamiento, además de reducir la convivencia física y disminuir la exposición al riesgo de contagio, ha permitido que muchos sistemas de salud atiendan las demandas de la población que requiere atención médica urgente con la infraestructura hospitalaria que tenían antes de la pandemia. No haber emprendido esa medida hubiese significado el colapso del sistema.

La Constitución de la OMS, en 1946, definió que la salud no es sólo la ausencia de afecciones o enfermedades, sino un estado de completo bienestar físico, mental y social. El derecho a la salud es un derecho humano fundamental reconocido en numerosas convenciones, declaraciones y tratados internacionales, indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, en particular para el ejercicio de una forma de vida digna. Se-

gún el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC, 2000) este derecho incluye como elementos esenciales e interrelacionados: a) la disponibilidad; b) la accesibilidad a bienes, servicios y establecimientos de todos sin discriminación alguna; c) la aceptabilidad, y d) la calidad.

La disponibilidad parte de la obligación de cada Estado de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, centros y programas de atención. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones: no discriminación de hecho ni de derecho, en especial de los más vulnerables y marginados; accesibilidad física, que implica alcance geográfico de todos los sectores de la población, incluyendo las personas con discapacidad; accesibilidad económica (asequibilidad), a partir de un pago equitativo de los servicios sanitarios, ya sean públicos o privados, y el acceso a la información, derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud, sin menoscabo del respeto de la confidencialidad de los datos personales.

Relacionado con los requerimientos anteriores, la aceptabilidad se basa en el respeto de la ética médica, el género, la confidencialidad y la cultura de las minorías, pueblos y comunidades. Por último, la calidad se relaciona con las condiciones científicas y médicas de los establecimientos, bienes y

servicios de la salud, incluyendo el personal médico, los medicamentos y el equipo hospitalario con los cuales se presta el servicio (CDESC, 2000).

Como todo derecho humano presenta tres niveles de obligaciones: respetar, proteger y cumplir. El primero se refiere a la abstención del Estado de interferir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; el segundo requiere la adopción de medidas para impedir que terceros obstaculicen la aplicación de las garantías del derecho, y el último implica que los Estados deben facilitar, proteger y cumplir con el derecho adoptando las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales o de otra índole necesarias para su efectividad.

El CDESC, en su Observación núm. 14, ha considerado las siguientes obligaciones básicas y mínimas para la materialización de este derecho, como derecho humano:

- a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
- b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;
- c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;

d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;

e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;

f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Para materializar este contenido mínimo es necesario que los países adopten un sistema fortalecido de seguridad social, que impacte de manera directa en la eliminación de los determinantes sociales y ambientales de la salud. Todo esto se revierte en la creación de sociedades más inclusivas y equitativas. Por ende, es preciso un sistema de salud de calidad, universal, integral, equitativo,

eficaz, receptivo y accesible. En el ámbito internacional se ha reconocido la necesidad de fortalecer los sistemas de salud. En la actualidad, no puede pensarse en un sistema de cobertura universal de la salud equitativo que no garantice el acceso asequible a la prevención, el tratamiento, los cuidados y el apoyo relacionados con las enfermedades no transmisibles, en especial el cáncer, enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas, mentales y la diabetes.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha entendido que un sistema de salud es más que la red de establecimientos públicos que ofrece el servicio de salud y que incluye a proveedores privados, programas de cambio del comportamiento, campañas de control vectorial, organizaciones del seguro social y de salud, instituciones de recursos humanos, entre otros (2017).

La resolución de la OMS “La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015” reconoce los siguientes componentes clave de cualquier sistema de salud: a) prestación de servicios; b) dotación de personal sanitario; c) información; d) productos médicos, vacunas y tecnologías; e) financiación de los sistemas de salud; f) gobernanza y liderazgo. Sin el desarrollo de cada uno es imposible fortalecer los sistemas de salud pública y brindar acceso y cobertura sanitaria universal.

La misma resolución concibió la cobertura sanita-

ria universal como el acceso de todas las personas, sin discriminación alguna, a servicios de salud esenciales y necesarios de carácter promocional, preventivo, curativo, paliativo y rehabilitador, así como a medicamentos esenciales seguros, asequibles, eficaces y de calidad. Este concepto implica la protección frente a los riesgos económicos del sistema sanitario. De forma similar, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20), celebrada en Río de Janeiro, Brasil, del 20 al 22 de junio de 2012, remarcó la necesidad de garantizar la cobertura sanitaria universal como pilar básico del fomento a la salud, la cohesión social, el desarrollo humano y económico de forma sostenible.

Sin embargo, es importante distinguir entre cobertura y acceso sanitario universal. El acceso es la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en el que se necesitan; se define por la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, de organización o de género. La cobertura de salud es la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, implica la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento. Se fundamenta en que los mecanismos de organización y financiación deben ser suficientes para cu-

brir a toda la población.

Como se señaló en Rio+20, “la cobertura universal no es suficiente por sí sola para asegurar la salud, el bienestar y la equidad en salud, pero sienta los fundamentos necesarios”. Es decir, no basta para asegurar un acceso equitativo a servicios integrales de salud que incida de manera efectiva en el bienestar de las personas, es preciso desarrollar políticas inclusivas que eliminen barreras geográficas, económicas, socioculturales, organizacionales y de género.

Tanto el acceso como la cobertura universales de salud constituyen la base de un sistema de salud equitativo y requieren de su definición e implementación en políticas públicas con enfoque multisectorial. Sin acceso no podemos hablar de cobertura universal. Ambas son condiciones necesarias para materializar el derecho a la salud como derecho humano fundamental. Una concepción de bienestar, desarrollo humano sostenible y crecimiento económico no es posible sin estos elementos. Un sistema de salud equitativo parte de distinguir las diferencias entre las personas, condicionadas por los determinantes sociales.

Pese a los avances recientes en algunos países para garantizar la cobertura universal, los sistemas de salud de la región de las Américas se enfrentaron a la pandemia de la covid-19 de forma débil y fragmentada. Estos sistemas están segre-

gados, prestan servicios desiguales y se encuentran geográficamente descentralizados, como reconoció la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2020: 10).

La OPS, en su estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal, ha reconocido que la región de las Américas es una de las más desiguales del mundo respecto a la distribución del ingreso entre los países, lo que a su vez condiciona desigualdades en otros determinantes sociales. En este sentido, 20% de los países más pobres tiene una proporción cercana a 6% de los ingresos, o sea, 6 de cada 100 dólares; mientras 20% de los países más ricos recibe cerca de 48% de los ingresos (OPS, 2019: 7).

Los sectores pobres, vulnerables y marginados de la población no deberían estar expuestos a dificultades económicas para garantizar dicho acceso. Sin embargo, el pago directo constituye un obstáculo para utilizar los servicios de salud, sobre todo para los más pobres, en particular entorpece la adhesión a tratamientos de largo plazo (OPS, 2019).

Pese a que se aprecia un decrecimiento en los últimos años, el gasto de bolsillo de la región alcanza 30% y es desigual y alto. Esto demuestra que el acceso a los servicios de salud aún se encuentra determinado por la solvencia de las personas, quienes pagan directamente por bienes y

servicios de salud en esta proporción en relación con el gasto total en salud. Asimismo, en la región también predominan las enfermedades no transmisibles. Si en 2000 estos padecimientos representaron 77% de todas las muertes, en 2016 la cifra ascendió a 81% (OPS, 2019: 14).

Tampoco puede desconocerse la heterogeneidad de las Américas, no sólo en cuanto a desarrollo económico, sino también social y cultural. La región tiene una diversidad muy grande. Cualquier estrategia de atención integral a la salud debe tener en cuenta las diferencias poblacionales y/o individuales, culturales, étnicas y lingüísticas, con enfoque de género. Estos factores pueden devenir en barreras que impidan el acceso equitativo a los servicios integrales de salud.

La pandemia corroboró la necesidad de transformar la organización y gestión de los servicios de salud, que deben transitar hacia un modelo de atención centrado en las personas y las comunidades, así como la urgencia de priorizar la inversión en el primer nivel de atención (OPS, 2017a). Los avances alcanzados en este aspecto no son suficientes. Antes de la pandemia, la región enfrentaba retos para garantizar la atención primaria, como la disponibilidad de los recursos humanos, el acceso equitativo incluyendo medicamentos y tecnologías, así como problemas de financiación y uso ineficiente de recursos (OPS, 2017b).

Estas dificultades fueron reconocidas en la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la cobertura universal de Salud:

➤ La segmentación y fragmentación que se observan en la mayoría de los sistemas de salud de la Región resultan en inequidad e ineficiencias que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento. La segmentación y fragmentación se perpetúan por la falta de capacidad regulatoria dentro de los sistemas de salud, al igual que por la verticalidad de algunos programas de salud pública y la falta de integración de los mismos a nivel de la prestación de los servicios (5) (OPS, 2014).

De manera general, la pandemia de la covid-19 confirmó elementos ya conocidos dentro de la configuración de los sistemas de salud pública nacionales, entre ellos:

➤ El crecimiento económico no es suficiente para reducir las inequidades existentes en la región, es preciso adoptar acciones específicas que mejoren estos sistemas (OPS, 2014). No puede pensarse que el crecimiento económico se traduce necesariamente en mejoras en el sistema de salud y en la reducción de las inequidades. La eliminación de estas barreras y el tratamiento de los determinan-

tes sociales de salud requieren estrategias universales que partan de un trabajo intersectorial. La idea es garantizar el acceso a servicios de salud integrales, de calidad, integrados y equitativos.

➤ El apartado 19 de la Observación núm. 14 del CDESC reconoce que la igualdad de acceso a la atención de la salud pasa por la obligación de los Estados de proporcionar seguro médico y centros de atención necesarios a quienes carezcan de medios suficientes. Esto impedirá cualquier otro tipo de discriminación. Empero, la exclusión social causa también segmentación y fragmentación de los sistemas de salud. Es preciso un crecimiento económico equitativo que incida directamente en la disminución de la inequidad sanitaria, en particular en los determinantes sociales. Las inequidades se asocian no sólo al nivel económico, sino también a cuestiones educativas, de etnia, género, edad, ubicación de la vivienda, entre otros elementos.

La Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud adoptó la Declaración política de Río el 21 de octubre de 2011. De forma expresa reconoció que las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad

en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece. Las determinantes sociales implican las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, así como los sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. Por ello, desde el año 2000, el CDESC ha interpretado en la Observación General núm. 14 que el derecho inclusivo abarca no sólo la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales determinantes de la salud. Por ende, para hacer frente a las inequidades sanitarias es preciso actuar sobre estos determinantes sociales de la salud y el bienestar. Es necesario recurrir a la solidaridad y la justicia social para reducir las inequidades en seguridad alimentaria y nutricional, el acceso al agua potable segura, el empleo y el trabajo digno y la protección social, la protección del medio ambiente y el fomento de la igualdad social.

Desde la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud se reconoció la necesidad de ofrecer atención primaria de salud integral e integrada (OMS, 2011). En la actualidad se mantienen vigentes los postulados enarbora- dos en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), celebrada del 6 al 12 de septiembre de 1978. Desde

entonces se había valorado el papel de la atención primaria como integrante del sistema nacional de salud de cualquier país, del que constituye la función central y núcleo principal, pues es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y lleva lo más cerca posible la atención de salud a donde residen y trabajan las personas; se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

El presente trabajo examina cinco perspectivas de los componentes del sistema de salud pública en la región interamericana y cómo han incidido en el enfrentamiento de la pandemia de covid-19. La primera parte del estudio de la sostenibilidad de los sistemas de salud pública en cuanto a su financiamiento. Una de las principales experiencias durante el primer año de la pandemia fue la posibilidad de extraer recursos para alcanzar una cobertura prácticamente universal; sin embargo, no fue igual en todos los países ni puede ser sostenido en el tiempo. Una de las grandes interrogantes es cuáles son los principales cambios que deben hacerse al respecto.

Otro de los aspectos que ha merecido atención en este trabajo es el estudio de los procesos de envejecimiento demográfico que atraviesan los

países de América y los índices de mortalidad por la pandemia. El segundo capítulo analiza la relación entre estas variables y toma en cuenta las diferencias entre las transiciones demográfica, epidemiológica y de salud en varios países de la región, y plantea si el envejecimiento es un elemento condicionante de vulnerabilidad para la mortalidad por covid-19. A su vez, se describe el complejo panorama de la región en cuanto a las desigualdades dentro y entre países como causantes de las brechas de las curvas de mortalidad por covid-19.

El recurso humano en el enfrentamiento de la pandemia ha sido uno de los grandes dilemas de esta situación. La falta de personal médico, de enfermería y en general de apoyo a los servicios médicos se ha presentado de forma indistinta en cada uno de los países de la región. Sin embargo, los factores de riesgo psicosocial a los que estos recursos se enfrentan no han sido suficientemente visualizados ni atendidos. Por ello, en este trabajo se presenta un estudio piloto transversal descriptivo, que tiene por objetivo identificar los riesgos psicosociales que afectan a los trabajadores de la salud durante la pandemia. Si bien por sus propias limitaciones este estudio no constituye una muestra del estado mental por diagnóstico clínico, sí permite evaluar la prevalencia de síntomas negativos en la salud mental de los participantes.

Desde otra perspectiva, en el cuarto capítulo se habla de la salud mental en los grupos en condición de vulnerabilidad, con especial referencia a los migrantes, mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores. Las medidas adoptadas por los gobiernos para enfrentar la pandemia, en particular el aislamiento social y la cuarentena obligatoria, han revelado la necesidad de atender el tema con las particularidades del contexto.

El último capítulo se dedica al acceso a medicamentos, otro de los retos de los actuales sistemas de salud, que nos apremia a analizar las barreras de acceso al material médico, medicamentos y dispositivos para atender a pacientes con covid-19. La propiedad intelectual puede convertirse en una de estas barreras si, en cada país, no se estudian y aplican las flexibilidades para garantizar el equilibrio entre el respeto de los derechos de propiedad intelectual y el de la salud de todas las personas como un derecho humano fundamental.

Si tenemos en cuenta el estado actual de desarrollo de la pandemia, podemos percatarnos de que sigue habiendo más dudas que certezas. La pandemia de la covid-19 ha desvelado las debilidades y fortalezas de los sistemas de salud nacionales. El mayor reto de los países no es enfrentar la pandemia, sino disminuir la inequidad sanitaria y construir sistemas integrales de atención a la

salud que materialicen el derecho a la salud como un derecho humano fundamental.

Ninguno de los estudios presentados tiene como objetivo proponer fórmulas, todo lo contrario. Dada la complejidad del tema y el estado de desarrollo de la pandemia, eso es imposible; sin embargo, es necesario contrastar experiencias y tendencias ante los disímiles problemas a los que los sistemas de salud se han enfrentado. Garantizar la cobertura universal y el acceso a los sistemas de salud después de la pandemia de la covid-19 continúa siendo la gran deuda con nuestros pueblos.

RESPUESTA DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN BUSCA DE UN SISTEMA SANITARIO INTEGRAL

Gabriela Fernanda Guzmán Bringas
Especialista de la Comisión Americana de Actuaría y Financiamiento (CAAF)
CISS

1.1 Introducción

La crisis sanitaria actual nos ha llevado a ver con claridad las deficiencias de los sistemas de seguridad social, en especial de los sistemas de salud. En el presente documento se analiza el sistema de salud pública y su aplicabilidad ante la ocurrencia de contingencias, desde un enfoque de la teoría general de sistemas.

La observación del insumo, proceso y producto de cualquier sistema ayuda a diagnosticar su estado. Al analizar las tres etapas de los sistemas de salud desde este enfoque, antes y durante una crisis sanitaria, en el contexto particular de la covid-19, se intenta hacer evidentes ciertos puntos clave para atender si se tiene por objetivo llegar a un cambio de modelo sanitario integral, que cumpla con todos los principios que esto conlleva.

A modo de conclusión, se exponen los retos que

enfrentan los sistemas y se exponen algunas recomendaciones de organismos internacionales.

1.2 Análisis a los sistemas de salud

Un sistema de salud es el conjunto de estructuras, instituciones y recursos materiales y humanos que tiene por objetivo preservar, mantener y mejorar la salud de la población. Según la Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, existen tres modelos de sistemas sanitarios: liberal, socialista o estadista, y mixto. En este último están los subgrupos Bismarck, Beveridge, segmentado, contrato público y pluralismo estructurado (UNCUYO, 2011). Las diferencias radican en el tipo de financiamiento, la población objetivo, la manera en la que se atienden las necesidades de los derechohabientes y sus resultados.

En nuestro continente, un ejemplo del modelo liberal es el sistema de salud de Estados Unidos, basado en valores de individualismo y competencia, que se ha encontrado ineficiente en el nivel macro (Quinhoes y Fleury, 2005). En este modelo, el Estado no tiene responsabilidad, cada individuo asume los costos de su salud; el mercado se rige por la oferta y la demanda, lo que aumenta las desigualdades.

En Cuba se desarrolla el modelo socialista. Contrario al anterior, el Estado absorbe la responsa-

bilidad completa de garantizar el acceso a la salud, por eso su financiamiento es completamente público y los valores que lo rigen son equidad, gratuidad y universalidad (Domínguez-Alonso y Zacea, 2011). En las métricas mundiales, este sistema refleja los mejores resultados, aunque en algunas ocasiones es ineficaz, pues quedan fuera las prestaciones bajo control del paciente.

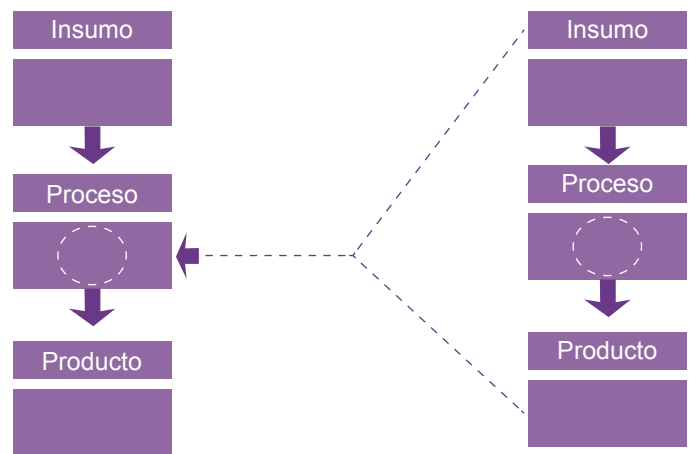
En la actualidad, la mayoría de los países miembro de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS) cuentan con modelos mixtos y se tiene un interés particular en transitar a un modelo mixto de pluralismo estructurado, en el que el fin último sea cumplir con la universalidad y concebir los servicios sanitarios como un derecho humano. De aquí se desprende el concepto de modelo sanitario integral.

Los sistemas de salud con modelo sanitario integral están sujetos a principios básicos, como universalidad, igualdad, equidad, solidaridad, suficiencia en prestaciones, unidad, sostenibilidad y eficiencia. Según la OMS (2010), los sistemas de salud que apuntan a cumplir con dichos principios proporcionan una mejor calidad de vida al brindar mayores posibilidades de preservar, mejorar o mantener la salud de la población.

Para analizar los sistemas de salud en América Latina y el Caribe se utilizará la teoría general de sistemas aplicada a la administración, como

lo propone Francisco Velásquez (2000), ya que proporciona una estructura para el análisis de sus componentes.

Esquema 1.1. Sistema administrativo general



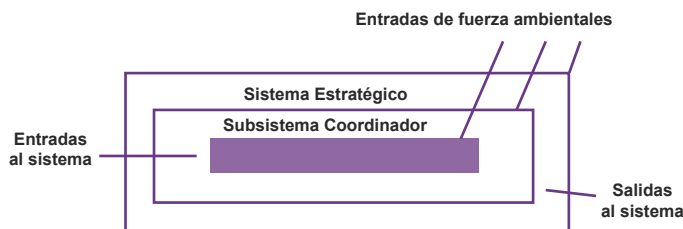
Fuente: Velásquez (2000).

El Esquema 1 muestra que todo sistema tiene tres etapas: insumo, proceso y producto. Dentro del proceso puede haber subsistemas. El sistema de salud (subsistema) es parte de un sistema más grande, como el sistema de seguridad social, que a su vez alberga subsistemas. No obstante, para delimitar la investigación nos enfocaremos sólo en un nivel de análisis: el financiamiento es visto como el insumo del sistema de salud, porque es la manera en la que ingresan los recursos; el acceso y la cobertura serían la representación de su proceso, y los resultados en salud de la población sería el producto.

Todos los sistemas se encuentran inmersos en un entorno y la interacción entre sistema y entorno es abierta, es decir, uno influye al otro. Al ocurrir alguna contingencia en el entorno, el sistema no puede ser evaluado de la misma forma. Por lo anterior, se propone analizar la situación de los sistemas de salud con base en el contexto de la crisis sanitaria generada por la covid-19, que deja en evidencia de manera más cruda la situación actual del servicio sanitario público.

Por su parte, el modelo de atención integral en salud es el conjunto de lineamientos para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promoción a la salud, prevención de enfermedades, vigilancia y control del daño, cuya atención se dirige a la recuperación y rehabilitación de la salud de toda la población de la región (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2016).

Esquema 1.2. Entorno del sistema



Fuente: Velásquez (2000).

El enfoque de contingencias de las organizaciones proveerá lineamientos para un diagnóstico organizacional y acciones generales en una situación específica, como la pandemia actual.

Es necesario trazar las posibles líneas de investigación respecto a los aprendizajes que dejará la pandemia de covid-19. En el Informe de la Salud en el Mundo 2003, la OMS (2003) describe la experiencia vivida con el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), señala a grandes rasgos las acciones efectivas de los gobiernos que enfrentaron la enfermedad y destaca la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, pues atribuye a que una importante inversión previa en los países afectados permitió una mejor contención y mitigación de la enfermedad.

Aunado a esto, la transición epidemiológica en América Latina muestra que al bajar la mortalidad aumentó la morbilidad, y que las causas de ambas pasaron de ser enfermedades infecciosas comunes a enfermedades no transmisibles. Esto causó el desplazamiento de la mayor carga de morbimortalidad a los grupos de edad más avanzada (Frenk et al., 1991b). Posteriormente, en la misma región, las enfermedades no transmisibles comenzaron a tener presencia significativa en edades muchos más tempranas.

Organismos internacionales destacan que estos cambios han ocasionado una mayor demanda económica por parte del sector salud, pues los tratamientos generan fuertes costos (OPS-OMS-DCP3, 2017). La OMS (2003) se refiere a las enfermedades cardiovasculares y el consumo de ta-

baco como epidemias mundiales desatendidas y subraya la poca participación de los Estados en la prevención y promoción de la salud. Cabe recordar que las poblaciones consideradas población en riesgo frente a la covid-19 son casi todos los individuos con estas condiciones de salud.

Los sistemas de salud pública dependen del financiamiento y la forma en la que se administran los recursos para cubrir las necesidades de sanidad de la población. Aquí se analizará la situación de los sistemas de salud con los datos más recientes y se revisarán los resultados frente a la pandemia actual en dos países por región, miembros de la CISS.

1.3 Financiamiento y gasto en los sistemas de salud

La sostenibilidad financiera es uno de los principios básicos de los sistemas de seguridad social que también se aplica a los sistemas de salud, pues busca la estabilidad presupuestaria a lo largo del tiempo, con el objetivo de que los sistemas cuenten con solvencia financiera frente a sus compromisos presentes y futuros. Para comenzar el análisis sobre la aplicabilidad de este principio se propone estudiar sus componentes.

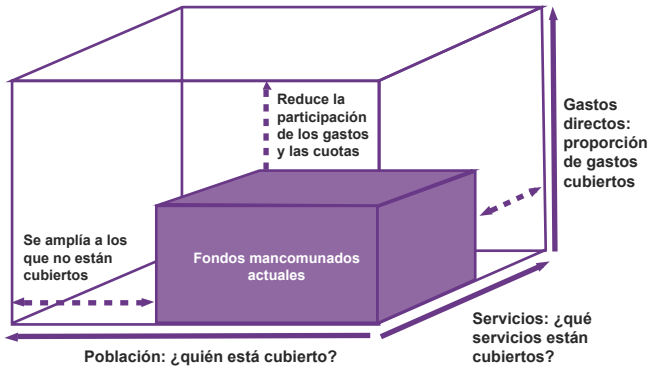
La OMS, en su informe sobre la Salud del mundo (2010), propone aumentar la inversión pública en salud para ofrecer acceso universal en función de

las necesidades particulares de cada población. No obstante, cada gobierno asume su propio nivel de compromiso con el financiamiento de la atención de salud, independientemente del nivel de los ingresos que detentan.

El Esquema 1.3 muestra que una de las dimensiones que da volumen a los sistemas de salud son los gastos. Los sistemas de salud recaudan recursos económicos por medio del financiamiento, en dos fuentes principales: públicas y privadas. Para ejecutar el primer análisis utilizaremos dos proporciones económicas, porque nos interesa observar el papel que desempeña el sector público.

Por un lado, el ingreso público se observa como la suma de las cuentas de gasto público destinado a salud. Dichos ingresos son necesarios para la planeación, gestión y administración de servicios sanitarios a favor de la salud colectiva. Además, se sabe que la cobertura, el acceso y la calidad en los servicios sanitarios se verán condicionados por el volumen de estos.

Esquema 1.3. Tres dimensiones que considerar en el avance hacia la cobertura universal



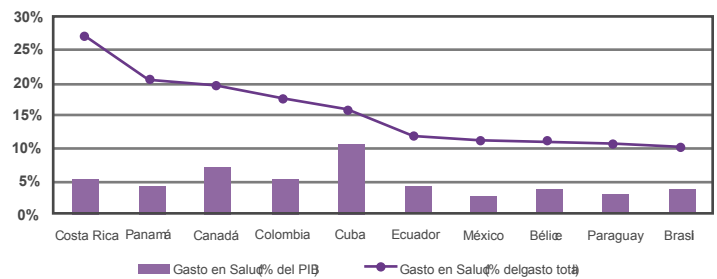
Fuente: OMS (2010).

Cada año, los países reportan la cantidad de dinero que su gobierno destina a cada rubro, uno de ellos es el sector de la salud. El gasto público en salud (GPS) respecto al gasto total comprende todos los recursos económicos ejercidos para la conservación, mantenimiento y/o mejora en la salud de la población suministrados por el gobierno. Además, considera las transferencias monetarias para compensar costos de atención médica respecto al gasto total ejercido por el Estado. Por otro lado, el gasto en salud respecto al producto interno bruto (PIB) contempla el gasto sanitario público y privado. Incluye todo lo que el Estado y las familias invirtieron para conservar, mantener y/o mejorar su salud, respecto al acumulado de todos los bienes y servicios finales que produce un país, dentro un territorio y durante un periodo.

Con el resultado histórico obtenido en ambas proporciones se analizó su evolución en el tiempo (véanse Anexos 1 y 2), que mostró un ligero aumento anual en la inversión tanto pública como privada. No obstante, el crecimiento es mucho menor si lo comparamos con el acelerado aumento en demandas sanitarias por parte de la población (OPS-OMS-DCP3, 2017).

A continuación, se analizan los indicadores descritos para diez países miembros de la CISS. Fueron seleccionados dos países de cada región (Norteamérica y el Caribe Anglo; México y el Caribe Latino; Centroamérica; Andina; Cono Sur) con resultados diferentes observados hasta mayo de 2020 ante la pandemia de covid-19.

Gráfica 1.1. Comparación de gasto en salud respecto al gasto total y el gasto en salud respecto al producto interno bruto



Fuente: Elaboración propia con datos de OMS. Base de Datos. Datos 2017 [acceso: 01 de julio de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database>

En la Gráfica 1.1 se observa que para 2017 Cuba, Colombia, Canadá, Panamá y Costa Rica decidieron invertir en salud pública de 15.9 a 26.9% de su gasto público total, mientras en Brasil, Paraguay, Belice, México y Ecuador la inversión en salud pública fue de 10.3 a 11.9% respecto de su gasto público total.

Además, se observan tres patrones de comportamiento en el gasto destinado a la sanidad de la población. De Ecuador a Brasil, la distancia entre ambos indicadores ronda los 5 puntos porcentuales. Para Cuba, con un sistema de salud pública de modelo socialista, la distancia entre ambos indicadores sigue siendo de 5%. La diferencia radica en que el nivel de ambos indicadores está por encima del grupo anterior, por lo que el gasto en salud en general es mucho mayor en este país, mientras que Costa Rica, Panamá, Canadá y Colombia tienen una distancia entre ambos indicadores de mínimo 12% y máximo 21%. Costa Rica es el país con la inversión en salud pública más importante y es probable que esto genere un menor gasto en salud respecto al PIB.

Ahora bien, el porcentaje de gasto en salud, tanto público como privado, respecto a los bienes generados durante el año resulta mucho menor que el asignado conforme al porcentaje del gasto público en salud respecto al gasto total. Esto resulta lógico, ya que la mayoría de los países en Amé-

rica ha trabajado para que el Estado sea quien ofrezca los servicios sanitarios necesarios para la población, aunque este incremento es superado aún por el financiamiento requerido en la búsqueda de la universalidad. También podemos observar que a mayor GPS, por lo general, es menor el gasto en salud como porcentaje del PIB. Esto no se cumple en Canadá y Cuba, debido a las particularidades de sus economías y sistemas de salud.

Países con sistemas nacionales de salud públicos y de cobertura amplia, como Brasil, Costa Rica, Cuba y Ecuador, también tienen que hacer frente a las necesidades de aumento de la eficiencia por medio de los mecanismos de compra y creación de espacio fiscal (recursos sostenibles para financiar un aumento del gasto público), que ayude a lograr los objetivos de salud y sostenibilidad del sistema. Otros países, como Belice, impulsan la política de crear entes únicos de aseguramiento nacional que suponen una nueva fuente de recursos en forma de cotización obligatoria de seguridad social. Este nuevo arreglo institucional implica un gran esfuerzo y esas naciones tendrán que hacer frente a sus posibles consecuencias en los niveles de equidad (OPS-OMS, 2017).

1.4 Situación de los sistemas de salud antes y durante la pandemia de covid-19

Otra de las dimensiones que da volumen a los sistemas de salud según el Esquema 1.3 es la población sujeta a la cobertura del servicio de sanidad y el tipo de servicios. Según un estudio, los indicadores con más información disponible a nivel mundial que ayudan a medir la dimensión de prestaciones de servicios de salud son: camas hospitalarias, cobertura de vacunación, número de médicos, número de enfermeras (Pinzón Flórez et al., 2016).

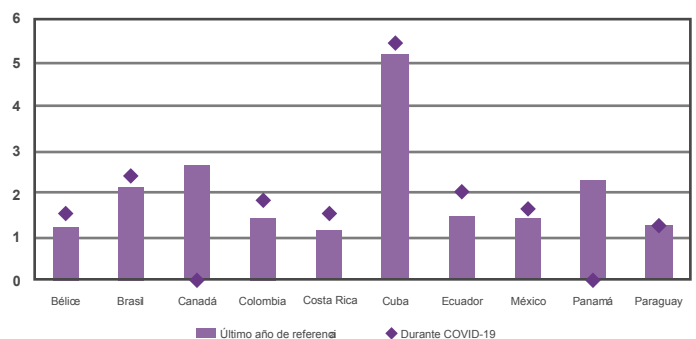
La covid-19 es una enfermedad con síntomas identificados gracias a esfuerzos internacionales, sin embargo, hasta el momento no existe un tratamiento completamente eficaz y la forma de disminuir el contagio es el aislamiento de las personas infectadas. El número de camas disponibles durante la pandemia es un indicador que nos acerca a conocer los recursos disponibles.

La información pública de los recursos sanitarios con los que cuenta cada país durante la pandemia es escasa. Dos fuentes de información proporcionan cifras recientes sobre las camas disponibles antes y durante la crisis sanitaria.

En la Gráfica 1.2 se observa el ligero incremento en la disponibilidad de camas durante el primer año de la pandemia. Será interesante analizar los

datos por país, con fuentes de información de calidad, cuando termine la crisis sanitaria, para analizar el perfil de la población que tuvo acceso a los servicios médicos requeridos, a los medicamentos que forman parte del tratamiento, a camas con dispositivos de cuidados intensivos (respiradores) y personal médico, entre otros indicadores que ayuden a evaluar la respuesta frente a la covid-19.

Gráfica 1.2. Número de camas hospitalarias (por cada 1000) antes y durante la pandemia de covid-19



Fuente: Elaboración propia con datos de Organización Mundial de la Salud. Base de Datos. Datos 2017 [acceso: 01 de julio de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database> y datos extraídos de COVID-19 Scenario Analysis Tool. MRC Centre for Global Infectious Disease Analysis, Imperial College London. Disponible en [https:// www.covidsim.org](https://www.covidsim.org)

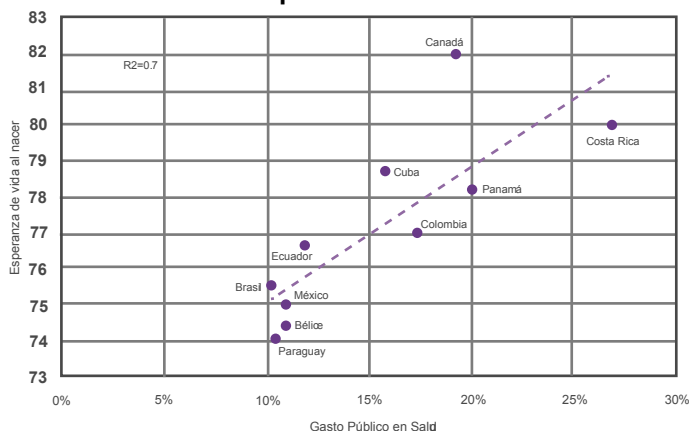
***Nota:** los datos de Panamá y Canadá no se encuentran disponibles en la fuente de información.

1.5 Resultados del sistema de salud en torno al gasto antes y durante la pandemia de covid-19

La esperanza de vida se refiere al número de años en promedio que se espera que viva una persona después de nacer: cuando es alta, indica un mejor desarrollo económico y social de la población. Este indicador ayuda a reflejar a grandes rasgos el estado de salud de los habitantes de un territorio determinado, mientras el GPS muestra el porcentaje que el gobierno destina a la atención de servicios sanitarios para los habitantes.

De la gráfica 1.3, podemos decir que existe una correlación positiva de 0.8 entre el GPS y la esperanza de vida de una población y un coeficiente de determinación de 0.7, es decir, a mayor inversión pública en salud, mayor esperanza de vida.

Gráfica 1.3. Relación entre el gasto público en salud y la esperanza de vida



Fuente: Elaboración propia con datos de OMS. Base de Datos. Datos 2017 [acceso: 01 de julio de 2020].

Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database>

El grupo de países formado por Ecuador, Brasil, México, Belice y Paraguay invierte menos de 12% del gasto total público en salud pública; sin embargo, el comportamiento diferencial de la esperanza de vida puede deberse a la variación de las condiciones socioeconómicas y culturales a lo largo del tiempo.

En el grupo formado por Canadá, Cuba, Panamá y Colombia, el gasto público en salud va de 15 a 20%. Se encuentra una diferencia marcada entre el país de Norteamérica y el resto.

Costa Rica es el país con mayor inversión pública en salud, incluso que Canadá, sin embargo, la esperanza de vida es menor que en este país. Sería interesante analizar a detalle todos los factores que pueden influir en estos resultados y conocer el desarrollo de los sistemas de salud y las condiciones socioeconómicas y ambientales.

1.6 Resultados del gasto en salud durante la pandemia de covid-19

En la gráfica 1.4 se muestra una correlación negativa de 0.3 entre el GPS y la esperanza de vida de una población, y un coeficiente de determina-

ción de 0.07, en cuyo caso, a pesar de observar que a mayor inversión en salud pública es menor el número de muertes por millón en la población, este análisis no resulta del todo confiable porque el ajuste no parece adecuarse. Por eso se buscó más información sobre qué tan confiable puede ser la calidad de información, como se reporta en la Tabla 1.1.

correlación es débil. Esto puede deberse a que los datos se recabaron cuando la exposición al riesgo es todavía latente y a la calidad de la información. Se debe tener en cuenta la capacidad de los sistemas de salud para hacer las pruebas de detección del virus y recolectar información, lo que podría indicar falta de consistencia en la información.

Gráfica 1.4. Relación entre el gasto público en salud y muertes por millón por covid-19

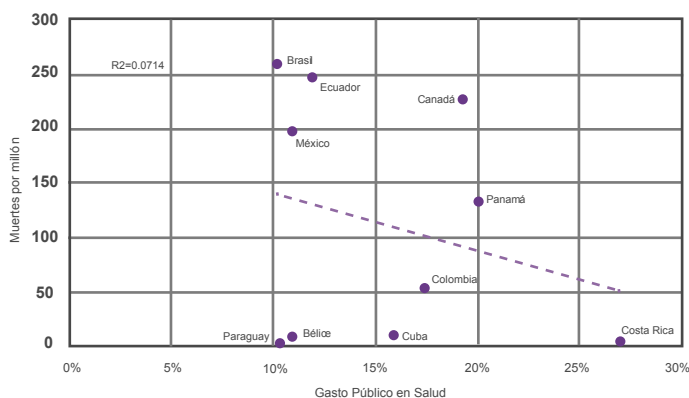


Tabla 1.1. Muertes por millón y pruebas de detección de covid-19 por cada mil habitantes

País	Muertes por milló nP	ruebas por cada mil
Bélice	5.0	0.0
Brasil2	58.6	2.3
México	194.43	.5
Costa Rica	2.4	5.2
Ecuador	246.2	5.9
Paraguay	1.8	8.5
Colombia	52.2	12.8
Cuba	7.5	14.1
Panamá	130.7	25.8
Cuba	225.3	66.7

Fuente: Elaboración propia con datos de OMS. Base de Datos. Datos 2017 [acceso: 01 de julio de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database> y Our World In Data is a project of the Global Change Data Lab. Datos 2020 [acceso: 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/>

Fuente: Elaboración propia con datos de la Universidad de Oxford. Base de Datos. Datos 2020 [acceso: 26 de junio de 2020]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/>

En un análisis análogo del gasto público en salud y los resultados de mortalidad obtenidos por la Universidad de Oxford, se encontró correlación negativa, lo cual indica que a mayor gasto público en salud la mortalidad es menor. No obstante, la

La OPS (2001) indica que para cuantificar y evaluar el estado de salud de una población se requieren indicadores con calidad y utilidad. Esto depende a su vez de la calidad de los componentes utilizados en su construcción y de la calidad de los sistemas de información, recolección y re-

gistro. Hasta el momento, no se cuenta con información sobre América Latina que permita hacer un análisis cuantitativo, sin embargo, sí podemos ver que éste sería uno de los puntos a destacar como reto en la transición a un sistema de cobertura universal, en el que se prevean también casos de contingencia.

1.7 Conclusiones

Al revisar el efecto del financiamiento en los resultados de la salud de la población, se observa un efecto positivo. No obstante, como señalan la OPS y la OMS (2017), es necesario ampliar las fuentes de espacio fiscal. Para esto se sugiere la creación de las condiciones macroeconómicas propicias, priorizar la salud y buscar nuevos ingresos. Además, se debe evaluar la eficiencia del uso de este financiamiento, revisar en que rubros se invierte y distinguir la manera más eficiente de distribuir el gasto, así como avanzar en el principio de solidaridad desde hacer consciente a la población de que el derecho a servicios de salud debe ser equitativo y para todos buscando, para que sea un beneficio colectivo.

Del análisis anterior, mayor inversión en salud y determinada gestión de cobertura, acceso y calidad en servicios permiten enfrentar mejor la ne-

cesidad de sanidad, incluso en el caso de una pandemia.

Analizar el resultado de un sistema que se sostiene por el financiamiento, público o privado, incentiva a pensar en el uso eficiente de los recursos. Esto ofrece la posibilidad de disminuir el gasto por la toma asertiva de decisiones y gestión de recursos. Es necesario diseñar sistemas de información e indicadores que permitan diagnosticar la situación de cada país con la mayor objetividad y comparabilidad posible.

Un sistema sanitario integral, que cumpla con los principios y valores de la seguridad social, ayudaría a ofrecer una mejor calidad de vida para la población, desde el hecho de hacerla partícipe de manera informada de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Sin embargo, también se plantea la necesidad de estudiar la respuesta en una situación de crisis, no sólo el financiamiento sino también las acciones implementadas durante la pandemia. La OPS (2020) hizo algunas recomendaciones que podrían servir de marco teórico para futuros análisis, como acciones no farmacológicas o de salud pública —el distanciamiento social, la cuarentena y medidas de control de infecciones en la población—; la reorganización y reforzamiento de la capacidad resolutive del primer nivel de atención; la integración de los servicios ambulatorios de la

seguridad social, privados, facultades y escuelas de salud; la integración en lo posible de toda la capacidad nacional, en especial de cuidados críticos; el establecimiento de mecanismos de gestión centralizada de camas; la derivación e ingreso de pacientes según protocolos; la garantía de toma de muestras de pacientes con sospecha de covid-19; el dinamismo en la reconversión, habilitación y complejización de camas según riesgo clínico, y la dependencia de cuidados de enfermería; el fortalecimiento de la atención domiciliar (Telesalud); la coordinación con la red de servicios de atención prehospitalaria; la disposición de dispositivos de atención de emergencias y transporte sanitario, ambulancias; la gestión clínica en red para dar continuidad a la atención y la eficiencia en el uso de los recursos hospitalarios; la reorganización, reclutamiento y capacitación de personal de salud; garantizar la gestión de suministros para la operación de los establecimientos y unidades.

2. EL ENVEJECIMIENTO EN LAS AMÉRICAS FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19

Diego Terán

Especialista de la Comisión Americana Del Adulto Mayor (CADAM)

CISS

2.1 Introducción

La población mundial ha sobrevivido por mucho tiempo en el planeta. La historia de la humanidad se ha caracterizado por altas tasas de fecundidad, incluso por encima de 16 hijos por mujer, la llamada fecundidad natural. Sin embargo, el crecimiento demográfico no había sido tan acelerado, en cierta medida por las altas tasas de mortalidad. Con la conformación de sociedades que apostaron por el servicio de los avances científicos, el momento de la muerte en las personas se fue aplazando cada vez más, aumentó la sobrevivencia y los seres humanos comenzaron a vivir más años, con una esperanza de vida cada vez más alta. En la actualidad, hay países que tienen una esperanza de vida superior a los 80 años de edad.

Los procesos por los que ha atravesado la población en cada país se han agrupado en etapas

transitorias, como plantea Notestein (1945; 1952) en su teoría de la transición demográfica. El proceso de la transición demográfica lleva a transformaciones de las estructuras demográficas en las que el envejecimiento de la población se hace cada vez más presente, como consecuencia de la baja en la fecundidad y la mortalidad, así como del mejoramiento de las condiciones de salud, que llevan a que las personas sobrevivan más años. La transición demográfica no se ha vivido igual en cada país, para algunos fue lenta y ordenada, lo que permitió una adaptación gradual, y para otros, la mayoría de los países latinoamericanos fue acelerada y caótica.

Las transformaciones demográficas van más allá de un simple cambio en la estructura poblacional, están mediadas por el contexto social en el que se desarrollan, en el que los avances tecnológicos permiten que los patrones de mortalidad se modifiquen y que los sistemas de salud se adapten a las condiciones de salud de sus poblaciones (transiciones epidemiológicas y de salud). Esto significa que hay poblaciones que envejecen, pero no en las mismas condiciones.

La sobrevivencia de las poblaciones es un indicador de bienestar; se presume que aquellos países con la esperanza de vida más alta tienen mejores condiciones de vida y sistemas de salud más sólidos. La salud, en un sentido amplio, abarca

la prevención y atención de la enfermedad, que ponen a prueba los sistemas de cada país.

En 2020, la humanidad se enfrentó a una nueva enfermedad. El SARS-CoV-2, que causa la enfermedad covid-19, ha golpeado al mundo por varios frentes: la salud, la economía, la política y la sociedad. Aún no se conoce del todo el comportamiento de esta enfermedad, las investigaciones siguen en curso. Uno de los planteamientos centrales es que la enfermedad es más mortal en personas mayores. De ahí que el objetivo de este capítulo sea identificar si los procesos de envejecimiento demográfico en los países de América son un factor de vulnerabilidad ante la mortalidad por covid-19.

Para comenzar, se da el contexto de la crisis sanitaria por la que atraviesa el mundo y sus implicaciones mortales hasta la fecha de conclusión de este documento. Después se plantean las hipótesis sobre la relación entre el envejecimiento demográfico y el comportamiento de la mortalidad por covid-19. Se hace alusión a las diferencias en las transiciones demográfica, epidemiológicas y de salud. En una tercera parte se relacionan los dos rubros, envejecimiento y comportamiento de la mortalidad por covid-19. Por último, se exponen las consideraciones finales.

2.2 La pandemia de covid-19

El mundo ha sido sorprendido con una nueva enfermedad que surgió en China a finales de 2019. Lo que parecía una simple enfermedad respiratoria de alguna variedad de coronavirus se convirtió en un padecimiento que ha puesto a prueba a todos los sistemas de salud del mundo por el amplio espectro de contagio y por su mortalidad en las poblaciones humanas. En marzo de 2020, la enfermedad se clasificó como pandemia global y los Estados se vieron obligados a responder con medidas preventivas y de distanciamiento físico para evitar contagios (OMS, 2020b).

La evolución de la covid-19 es desconocida para la ciencia médica, cada día se avanza más en la comprensión de sus características en cuanto a contagio, síntomas y posibles efectos secundarios. Los países han enfocado sus esfuerzos científicos en aportar al conocimiento sobre su comportamiento y efectos en la especie humana, así como al desarrollo de una vacuna. No se puede decir que la covid-19 sea un padecimiento de alta mortalidad, pero sin duda ha cobrado muchas vidas en el mundo. Hasta el 26 de junio de 2020, se han reportado 9 581 803 casos positivos, de los cuales más de la mitad se ha recuperado y 489 182 murieron.

La presencia de la covid-19 en el mundo ha pues-

to en la mesa la vulnerabilidad de los seres humanos a padecimientos como éste, sin embargo, lo que ha evidenciado es que la vulnerabilidad se profundiza por dimensiones sociales, y la desigualdad, la pobreza y la falta de acceso a los servicios de salud pasan factura. La mortalidad de la covid-19 no se enfrenta de la misma manera en cada contexto, por ello se observan diferencias en las curvas de mortalidad, según las condiciones de cada país. Como se dijo en el capítulo previo, la cobertura y el acceso en salud son esenciales para contrarrestar los efectos mortales de esta enfermedad; la prevención y promoción de la salud en cada país han tenido un papel predominante. Los sistemas de salud, la infraestructura, la disponibilidad de servicios médicos y la manera en que cada sistema se organiza hacen diferencias en la mortalidad que ha provocado la covid-19.

La evidencia que se desprende de los estudios de los primeros países en enfrentar la pandemia coincide en un patrón de comportamiento de la enfermedad, en el que destaca la relación positiva entre el riesgo mortal de la enfermedad y la edad; es decir, a mayor edad, las probabilidades de muerte son más altas una vez que se tiene la enfermedad. El riesgo más alto se presenta cuando se superan los 70 años de edad (Roser et al., 2020). Cabe señalar que las personas mayores no son necesariamente las que más enferman,

sino que las probabilidades de recuperación de una persona de 60 años y más una vez contagiada son menos que las de una persona joven.

Otra conclusión es el efecto de las comorbilidades, que fungen como catalizadores que aceleran e incrementan el riesgo de muerte por covid-19. Los padecimientos crónicos, como diabetes, hipertensión y EPOC, entre otros, incrementan el riesgo de muerte. A pesar de no ser una enfermedad con una alta mortalidad, es preocupante por la dimensión geográfica que alcanzó en menos de 180 días. La muerte por covid-19 ha afectado a medio millón de individuos y hasta el momento no hay una vacuna que detenga su propagación y garantice tasas más altas de sobrevivencia.

Una de las medidas preventivas recomendadas por la OMS (2020e) ha sido el confinamiento, adoptado por la gran mayoría de los países, que debe mantenerse hasta que las curvas de contagio y mortalidad cedan o haya una vacuna. El confinamiento ha reducido los contagios potencialmente, pero las economías nacionales han colapsado.

En este documento se ponen en juego algunos conceptos propios del desarrollo de las poblaciones en distintos países y del comportamiento epidemiológico de la covid-19, como las transiciones demográficas, epidemiológica y de salud, así como los casos y muertes por covid-19 en cada

contexto. El análisis se limita al comportamiento en los países de América con información disponible.

Como se ha señalado, las exploraciones epidemiológicas sobre la mortalidad por covid-19 llevadas a cabo en los primeros países en los que se presentó la enfermedad, como China, Italia, Corea y España, indicaron que la mayor mortalidad se concentraba en las poblaciones adultas mayores (Roser et al., 2020). Por lo tanto, a lo largo de este capítulo se examinará la relación que guarda con el proceso de envejecimiento en los contextos de América.

El planteamiento, en ese contexto, es que los países más envejecidos serían los que más efectos mortales tendrían por la covid-19. Sin embargo, más allá del envejecimiento demográfico existe una transición de la salud, es decir, cuando las poblaciones llevan más tiempo envejeciendo, sus sistemas de salud están más preparados para controlar la salud de las poblaciones adultas mayores, lo que causa que el impacto directo de los efectos de la mortalidad sobre las poblaciones adultas no sea tan lineal. La hipótesis es que los países con más población adulta mayor o más envejecidos no necesariamente serán los que presenten mayor mortalidad por covid-19.

2.3 La transición demográfica en América

La transición demográfica habla de las condiciones en las que se reproduce una sociedad y los cambios que tiene. La teoría fue propuesta por Notestein (1945; 1952) para describir las modificaciones que se registraron en las estructuras demográficas de Europa a raíz de la baja de la mortalidad y la fecundidad, de acuerdo con varios estadios de desarrollo económico de las sociedades. Como señala Zavala (1992), la teoría de la transición demográfica parte de varios supuestos. El descenso en la mortalidad frente al cambio en la fecundidad marital y el crecimiento económico moderno, ante el control de los nacimientos, condiciones que se verifican en América Latina en los sectores sociales más beneficiados del desarrollo desde la década de 1970, ha provocado que en América Latina coexistan dos tipos de transición demográfica una similar a la europea y otra vinculada a los programas de planificación familiar y esterilización femenina, en la que las mujeres conservaban comportamientos de nupcialidad alta y precoz, con descendencias numerosas.

En el segundo tipo de transición demográfica en América Latina, la baja de la fecundidad no corresponde a modificaciones graduales, como los niveles de escolaridad, la entrada en unión a edades más tardías o posponer la llegada del primer

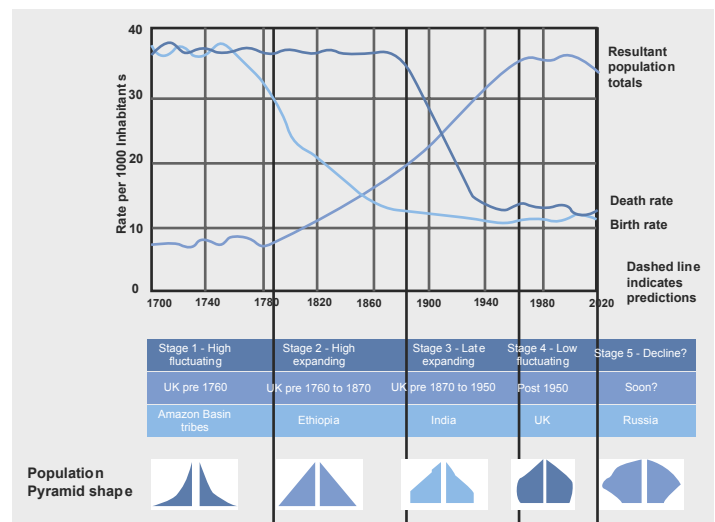
hijo. En conjunto con una reducción importante en la mortalidad, visibiliza un envejecimiento acelerado de la población (Zavala, 1992). La transición para la experiencia europea fue en proceso de siglos, en América Latina tomó sólo décadas. Por esta razón, el envejecimiento en la actualidad es un reto prioritario, por su crecimiento acelerado y su magnitud (CEPAL, 2009; Huenchuan, 2018; 2013).

Podemos identificar cinco etapas de la transición demográfica en el mundo, como se aprecia en el Esquema 2.1. La temporalidad y duración de cada una está sujeta a los procesos sociales que acompañan el comportamiento de la mortalidad y la fecundidad. Algunas etapas fueron aceleradas por políticas públicas que buscaban reducir la fecundidad como medida de control del crecimiento poblacional.

La primera fase, llamada de alta fluctuación, es la que más ha durado. Se caracteriza por un crecimiento demográfico lento porque, a pesar de tener una fecundidad alta, de hasta 16.2 hijos por mujer (Livi-Bacci, 2012; 2014), la mortalidad también es elevada, incluso en las primeras edades de la población, que no alcanzan la edad reproductiva. Esta fase tiene una estructura de población de pirámide con base ancha y cúspide esbelta, fue común a todos los países del mundo hasta antes del siglo XVIII.

Con la introducción de medidas sanitarias, como separar el agua de desechos sanitarios del agua que se bebía y el lavado de manos antes de una cirugía, entre otras, incrementó notablemente la sobrevivencia de los adultos y se redujo la mortalidad. Esto dio paso a la segunda fase de la transición demográfica, denominada expansión temprana, que se distingue por una baja considerable de la mortalidad sin que la fecundidad de la población se vea afectada, lo que conduce a un escenario de crecimiento acelerado de la población, con una estructura etaria parecida a un triángulo equilátero.

Esquema 2.1. Modelo de la transición demográfica



Fuente: Transition demography model by rgamesby: disponible en:

http://www.coolgeography.co.uk/GCSE/AQA/Population/Demographic%20Transition/Demographic_Transition_Model.jpg

La tercera fase de la transición demográfica, conocida como expansión tardía, se diferencia por una baja de la mortalidad en niveles más conservadores que en la fase previa y el descenso acelerado de la fecundidad. En el declive de la fecundidad entran aspectos como las variables intermedias (Davis y Blake, 1956) y los determinantes próximos de la fecundidad (Bongaartz, 1978). El crecimiento demográfico se desacelera y la pirámide demográfica tiene una base más angosta respecto a la población en edades laborales y comienza el proceso de envejecimiento demográfico.

La cuarta fase, de baja fluctuación, se caracteriza por una estabilización de la mortalidad y la fecundidad, con periodos de pequeños aumentos y descensos en ambas variables. El crecimiento de la población se acerca a 0 y se estabiliza. En esta fase se pronuncia aún más la reducción de la base de la pirámide respecto a las edades laborales y la cúspide comienza a ensancharse.

La última fase es un escenario proyectado para las poblaciones del mundo, en el que la fecundidad está por debajo del reemplazo (2.1 hijos por mujer) y la mortalidad comienza a superar la tasa de natalidad, lo que aduce una contracción del crecimiento poblacional. La pirámide se invierte: hay más población envejecida que niños.

Para los países europeos, las fases datan de 1760 a la actualidad, mientras para los países de Amé-

rica Latina el descenso de la mortalidad comenzó en 1930 y el de la fecundidad en 1965, por las innovaciones importadas de Europa y Estados Unidos (Zavala, 1995). Es decir, la acelerada dinámica poblacional ha sido un reto para los países en la actualidad, porque han tenido que adaptar sus sociedades en un periodo relativamente corto.

En los últimos dos siglos, las poblaciones del mundo han sufrido transformaciones de suma importancia. Las estructuras demográficas han cambiado en cuanto a volumen, composición y dinámica. El efecto se puede visualizar en una gráfica de población de distribución por edad y sexo (pirámides demográficas), cuando se transita de una base predominantemente ancha hacia lo que parece una pirámide invertida (véase la parte inferior del Esquema 2.1).

Las transformaciones de la población se interrelacionan con varias aristas del entramado social, como el desarrollo económico, el mejoramiento en los sistemas de salud, la prevención de accidentes y los cambios en el estilo de vida. Las sociedades más evolucionadas en el aspecto social han dejado claro lo anterior. Las primeras sociedades, que basaban su sobrevivencia en la caza y la recolección de alimentos, tenían esperanzas de vida inferiores a los 23 años (Livi-Bacci, 2012). Hoy, países como Japón mantienen una esperanza de vida de 83 años (Banco Mundial, 2020).

La esperanza de vida siempre ha sido un indicador que resume las condiciones de vida de la población. Se afirma que los países con la esperanza de vida más alta son los que mayor bienestar brindan a sus poblaciones. En la actualidad, Costa Rica tiene una esperanza cercana a los 80 años y Haití de 64 (OPS, 2019b). La pregunta es: ¿por qué existe una brecha tan amplia?

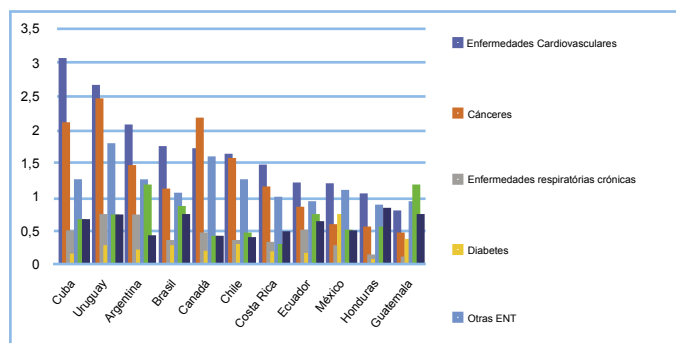
El cálculo de la esperanza de vida se define por la cantidad promedio de años que viviría una persona nacida en un año y espacio determinado si enfrenta las probabilidades de muerte de una cohorte ficticia, asociada a los comportamientos de mortalidad observados en el momento y espacio en el que nace dicha persona. Atacar la mortalidad en los distintos grupos de edad no tiene el mismo efecto sobre la esperanza de vida. Evitar la muerte de un recién nacido garantiza que esa persona tenga una esperanza de vida de años por delante, lo que aporta más años persona vividos, que en el caso de Costa Rica serían 80. Si se salva la vida a una persona de 50 años, aportaría sus 30 años restantes.

La gran mayoría de los países en el mundo se ha comprometido a reducir la mortalidad infantil y materna, como una de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 1994). Esto ha coadyuvado al incremento de la esperanza de vida en la mayoría de los países. Sin embargo, la

discusión internacional se ha enfocado no en la cantidad de años que se viven, sino en qué condiciones.

La reducción de la mortalidad ha tenido efectos importantes sobre la población, por ello se contextualiza un proceso propio de la dinámica poblacional para entender el tema de este documento. Los decesos por enfermedades crónico-degenerativas o no transmisibles (ENT) se han elevado debido a que más población sobrevive a los 40 años, edad en la que se empiezan a manifestar estos padecimientos. Es imposible interpretar el desarrollo de este problema sin revisar lo que la transición demográfica y la transición epidemiológica significan para las poblaciones del mundo.

Gráfica 2.1. Distribución de tasas brutas de mortalidad (2018)



Fuente: Estimaciones indirectas propias, con base en datos de la OMS (2020c).

Las ENT se pueden entender como padecimientos como enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.

También se consideran los trastornos mentales, las enfermedades osteoarticulares y bucodentales, los trastornos genéticos, de visión y audición, según la OMS (Beratarrechea, 2010). Son importantes en el panorama actual porque son potenciadores de riesgo de muerte por covid-19. Como se ha demostrado en varios trabajos, la combinación de enfermedades crónicas e infecciosas tiene efectos muy negativos sobre la vida de las personas (González, Palloni y Wong, 2015).

Las enfermedades crónicas han cobrado relevancia porque se han convertido en las que mayor mortalidad causan. La Gráfica 2.1 ilustra una visión general de las tasas brutas de mortalidad. Parece que los países con mayor esperanza de vida son los que presentan mayor mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas, mientras los países con menor esperanza de vida concentran las causas de mortalidad en enfermedades transmisibles y de lesiones.

Esto no quiere decir que la mortalidad por causas crónicas sea evitable, si no que más bien debe posponerse lo más posible. Las enfermedades crónicas están matando a personas adultas y esto puede prevenirse si la aparición de estas enfermedades se posterga lo más posible.

Omran (1971, 1977) planteó el concepto de transición epidemiológica para relatar los cambios en el patrón de la mortalidad de las poblaciones,

en el que se pasa de la alta mortalidad por enfermedades infecciosas a que la principal causa de muerte sean las enfermedades crónico-degenerativas. Señala varias etapas, también concordantes con las de la transición demográfica. Este planteamiento ha sido criticado por no ser una transición epidemiológica, sino más bien una descripción del cambio en los patrones de mortalidad (Frenk et al., 1991a; 1991b ; Bolaños, 2000).

Frenk y otros (1991a; 1991b) y Bolaños (2000) han señalado que las transiciones epidemiológicas van más allá de un simple cambio en el patrón de mortalidad, porque tienen que ver con dimensiones sociales y de desarrollo de los sistemas de salud, la llamada transición de la salud. En América Latina no se ha encontrado correlación entre muertes por accidentes o violencia y su etapa respectiva en la transición epidemiológica. Debido a la profunda desigualdad que se vive en nuestros países, los efectos nocivos y la aparición temprana de enfermedades crónicas parecen estar asociados a la pobreza.

La pregunta que sigue presente es si el simple envejecimiento de la sociedad conduce a una mayor vulnerabilidad ante la pandemia actual o entran en juego factores como la pobreza, la desigualdad, el acceso a los servicios de salud y la correcta alimentación de las poblaciones para definir los escenarios de la mortalidad por covid-19.

2.4 Envejecimiento en las Américas

El envejecimiento demográfico, entendido como el aumento relativo de la población de 65 años y más, hace alusión al proceso de la transición demográfica que se trató anteriormente. Hablar en términos relativos nos permite hacer una comparación entre países, por el tamaño de la población. Ante la transición demográfica y las fases de expansión tardía y baja fluctuación, observamos que el porcentaje de la población de 65 años y más en el total de cada país es creciente y que la fecundidad no tiene posibilidades de un aumento considerable en el futuro, lo que conduce a un proceso irreversible que se generaliza en el mundo.

Para la mayoría de los países de América este proceso ha sido relativamente reciente y acelerado. La Gráfica 2.2 muestra cómo ha incrementado el envejecimiento demográfico para la mayoría de los países estudiados, con un pequeño descenso entre 1950 y 1970 por el proceso de disminución de la fecundidad en los estratos sociales privilegiados (Quilodrán y Juárez, 2009). El incremento de la población adulta mayor se acentuó a partir de la década de 1970 debido a la implementación de políticas públicas dirigidas a la reducción de la fecundidad con un resultado efectivo.

El crecimiento de la población adulta mayor se

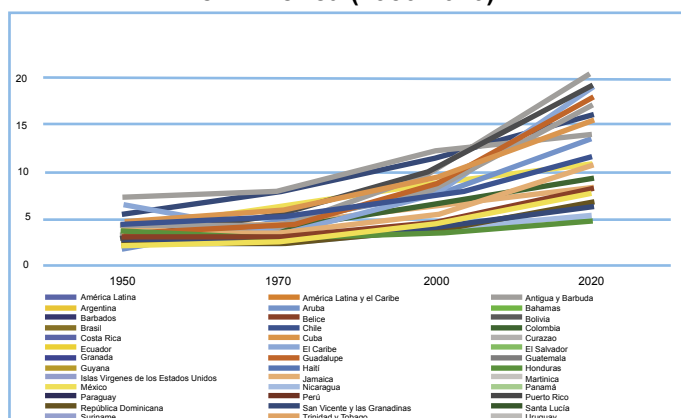
aceleró después del año 2000, cuando comenzaron a hacerse presentes los efectos del descenso de la fecundidad, la decisión de familias de no tener hijos y sobre todo un incremento en la esperanza de vida de la población (CEPAL, 2009; Huenchuan, 2013; 2018). Este proceso ha implicado retos importantes para las políticas públicas, relacionadas con la atención de la población en temas de salud, economía y desarrollo humano.

En 1950, el país más envejecido de los representados en la Gráfica 2.2 era Uruguay, con 8.23% de su población de 65 años y más. A pesar de que el crecimiento en este grupo poblacional ha aumentado, en 2020 no es el país más envejecido, pues sólo ha llegado a 15.08%, es decir, ha sido un proceso más medido y paulatino. El caso de Puerto Rico es interesante porque es uno de los países con un proceso de envejecimiento más acelerado. En 1950, sólo 3.8% de su población superaba los 65 años, pero en 2020 una de cada cinco personas residentes en ese país son mayores de 65 años.

Estos datos permiten afirmar que el envejecimiento bajo las circunstancias actuales es un proceso irreversible, en algunos países es acelerado y en otros su comportamiento se ha estabilizado. Algunos países se enfrentarán a un envejecimiento antes de lo programado, porque mucha de su población joven ha emigrado a otros países, princi-

palmente en edades laborales, lo que provoca un envejecimiento relativo.

Gráfica 2.2. Porcentaje de población de 65 años y más en América (1950-2020)

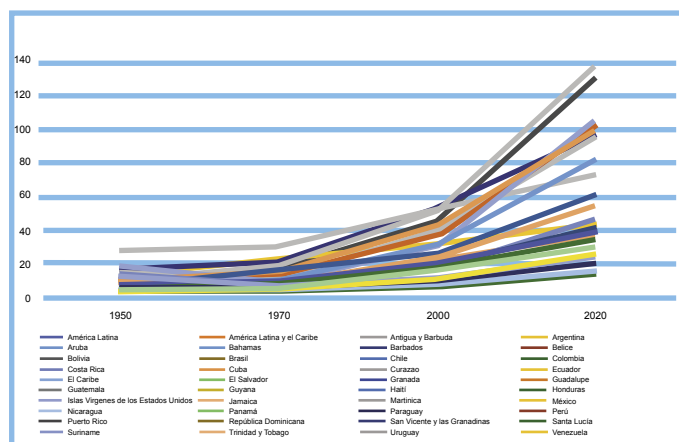


Fuente: Elaboración propia con datos de CEPAL (2020).

El comportamiento regional de envejecimiento, que considera toda América Latina y el Caribe, ha pasado de 3.51% de la población en 1950 a 8.96% en 2020, es decir, en 70 años se ha multiplicado 2.54 veces, un crecimiento moderado. Sin embargo, cada país tiene una historia que contar; para algunos el proceso ha sido muy acelerado y para otros más moderado. En 1950, sólo Surinam, Bolivia, Islas Vírgenes de los Estados Unidos y Uruguay superaron el 6% de población de 65 años y más. En 2020, casi la mayoría de países tenía un porcentaje mayor a 6% de población adulta mayor, excepto Nicaragua, Haití, Guatemala, Belice y Honduras.

El envejecimiento demográfico impone retos para las políticas públicas, pues implica que los sistemas de salud se adapten a una población que demanda en mayor medida la atención en salud. Ante el panorama que hemos planteado, se argumenta que los países con mayor envejecimiento podrían ser vulnerables a la mayor mortalidad por covid-19; sin embargo, hay que considerar que un país muy envejecido puede tener una población adulta mayor saludable y activa, lo que paliaría los efectos de la covid-19.

Gráfica 2.3. Índice de envejecimiento en América (1950-2020)



Fuente: Elaboración propia con datos de CEPAL (2020). El envejecimiento poblacional y la transformación de las estructuras demográficas no sólo se justifican por el avance en la esperanza de vida y el incremento en el porcentaje de la población de 65 años y más. Una medida que se pone en contexto con la evolución de la dinámica demográfica

es el índice de envejecimiento, que se muestra para varios países en la Gráfica 2.3, que permite visualizar cómo se renueva la población en las estructuras poblacionales y cuál es la relación entre la población de 65 años y el grupo de 0 a 14 años. Uruguay tenía el índice de envejecimiento más alto en 1950, con un valor de 29.53, es decir, 30 personas de 65 años y más por cada 100 personas de 0 a 14 años. Era una cifra relativamente alta para la época, cerca del doble del índice de Surinam, el segundo país con el índice de envejecimiento alto en la región.

La región de América Latina y el Caribe pasó de tener ocho adultos mayores por cada 100 niños de 0 a 14 años en 1950, a 38 por cada 100 en 2020. Como se puede apreciar, la transformación de la pirámide es acelerada, ha reducido su base y ensanchado la cúspide. A partir de 1970, el incremento del índice comienza a visibilizarse; sin embargo, en 2000 el crecimiento es más pronunciado, como lo muestra una pendiente más inclinada.

En 2020, los países que tienen un mayor número de adultos mayores por cada 100 niños son Uruguay (138), Trinidad y Tobago (132) y Surinam (106). A pesar de que Uruguay mantiene la primacía en cuanto al índice de envejecimiento, la brecha respecto a otros países ya no es tan amplia. Los países que ese año tuvieron los índices más

bajos son Antigua y Barbuda (17), Argentina (19) y Aruba (23).

Como se ha visto en la trayectoria de los indicadores por país (Gráficas 2.2 y 2.3), hay diferencias específicas en el proceso de envejecimiento. Debido al espacio en este documento, se hace un acercamiento subregional y se analizan las estructuras demográficas en las Gráficas 2.4 a 2.8, para observar el avance de la transición demográfica y de las etapas de la transición ya examinadas.

La CISS tiene una membresía de 36 países que se clasifican en cinco subregiones: Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú), Centroamérica (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay), Norteamérica y Caribe Anglo (Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Islas Vírgenes Británicas, Canadá, Curazao, Dominica, Granada, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago, y las islas Turcos y Caicos) y México y el Caribe Latino (Cuba, Guadalupe, Haití, México y República Dominicana).

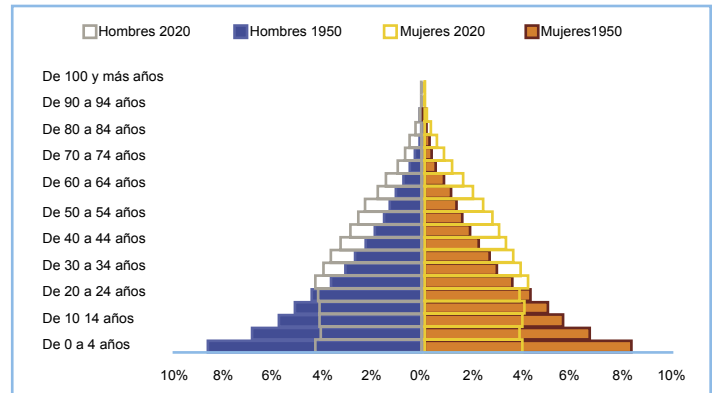
La Gráfica 2.4, referente a la subregión Andina, expone la transformación de su estructura demográfica a lo largo de los últimos 70 años. En 1950 se observaba una pirámide característica de la primera fase de la transición demográfica, de

alta fluctuación, propia de la alta fecundidad y alta mortalidad, con una base amplia, al grado de que la población de 0 a 4 años representaba casi una de cada cinco personas. Si consideramos a todos los menores de 15 años, serían uno de cada tres personas en la región, es decir, una población muy joven.

En 2020 la subregión Andina ha pasado a la etapa de expansión tardía. La estructura demográfica es como una pirámide con una base más angosta, o sea, con presencia importante en edades laborales entre los 20 y 24 años, y los 40 y 44. La cúspide de la pirámide comienza a ensancharse. La presencia de niños disminuye considerablemente: los menores de 15 años sólo representan una de cada cuatro personas.

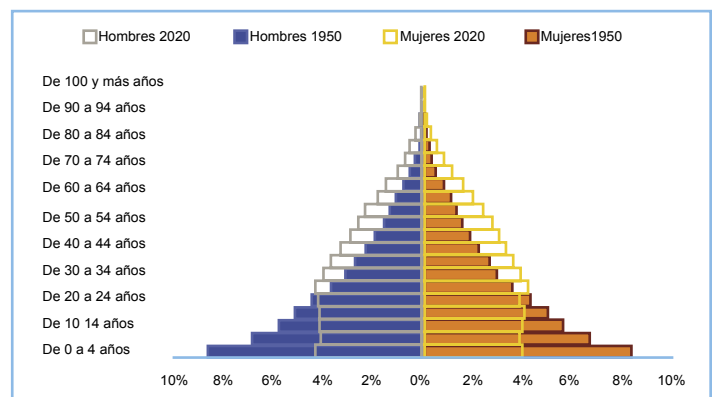
La Gráfica 2.5 ilustra la transformación de la estructura poblacional de Centroamérica. En 1950, la pirámide presenta una base amplia y una cúspide angosta. La población se concentraba en el grupo de 0 a 4 años, con 17%. Los menores de 15 años representaban poco menos de 40% de la población. En 2020, la pirámide demográfica reduce su base, aunque el grupo de 0 a 14 años sigue predominando en la estructura, pero ahora con una representación de 12%. Podríamos decir que es una subregión aún joven.

Gráfica 2.4. Estructura demográfica por edad y sexo (1950-2020), subregión Andina



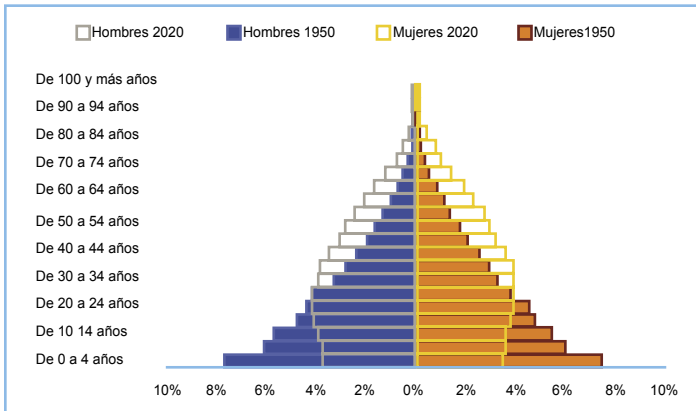
Fuente: Elaboración propia con datos de CEPAL (2020).

Gráfica 2.5. Estructura demográfica por edad y sexo (1950-2020), subregión Centroamérica



Fuente: Elaboración propia con datos de CEPAL (2020).

Gráfica 2.6. Estructura demográfica por edad y sexo (1950-2020), subregión Cono Sur



Fuente: Elaboración propia con datos de CEPAL (2020).

En 1950, en la subregión Cono Sur se observaba una pirámide caracterizada por altas fluctuaciones en la mortalidad y la fecundidad, una cúspide delgada y se podría decir que incipiente a partir de los 70 años (Gráfica 2.6). El grupo de 0 a 4 años representó 15% de la población total de la región, y el grupo de 0 a 14 años era 35% de la población. Para 2020 la pirámide se caracteriza por tener una base angosta, con menos de 20% de población de 0 a 14 años. Los grupos predominantes en la estructura demográfica van de 20 a 40 años para ambos sexos. La cúspide de la pirámide comienza a tomar presencia y el grupo de 70 a 74 años representa 3% de la población. El envejecimiento demográfico de la subregión Norteamérica y el Caribe Anglo se encuentra representada en la Gráfica 2.7. En 1950, la estruc-

tura era similar a la del resto de las subregiones, la población de 0 a 4 años representaba 16% de la población y el 36% correspondía al grupo ampliado de 0 a 14 años. La cúspide de la pirámide era muy angosta, con poco porcentaje en las edades de 65 años y más. En 2020, esta subregión es una de las más envejecidas, con una base angosta y mayor presencia de población en edades laborales, lo que se ha llamado el bono demográfico (Alba, 2009). El grupo con mayor representación es el de 30 a 34 años, en ambos sexos. Parece que estos grupos distorsionan una dinámica ordenada de la distribución por edad y sexo. La interpretación que se desprende de ello es la inmigración, se trata de una región que se rejuvenece por la llegada de población en edades laborales, como se confirma en la población masculina con mayor presencia de los grupos entre 20 y 34 años.

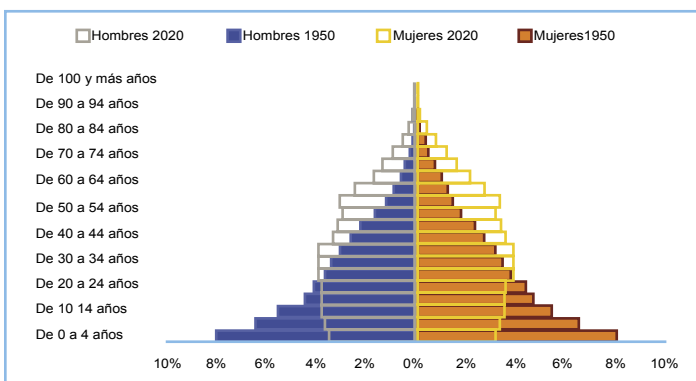
Por último, la subregión México y el Caribe Latino, en la Gráfica 2.8, muestra una transición hacia estructuras más envejecidas, pero no tan acelerada como en otras subregiones. En 1950, la pirámide demográfica de esta subregión era triangular, con una base ancha y una cúspide delgada. Predominaba la población de niños, con cerca de 40% de la población con menos de 15 años. La población de 70 años y más tenía poca presencia en la estructura. En 2020, la base de la pirámide se

estrechó; sin embargo, los grupos poblacionales de 0 a 14 años siguen siendo predominantes. Se ha hecho más presente la representación de los grupos en edades laborales y comienza a tomar relevancia la población adulta mayor.

Los datos presentados hasta el momento, en un acercamiento por subregión, dan testimonio de la complejidad del proceso, que no es igual en todos los territorios, pues influye un sinnúmero de variables, tanto de los individuos como de las políticas públicas en materia de población (Livi-Bacci, 2012; Zavala, 1992; 1995; Quilodrán y Juárez, 2009).

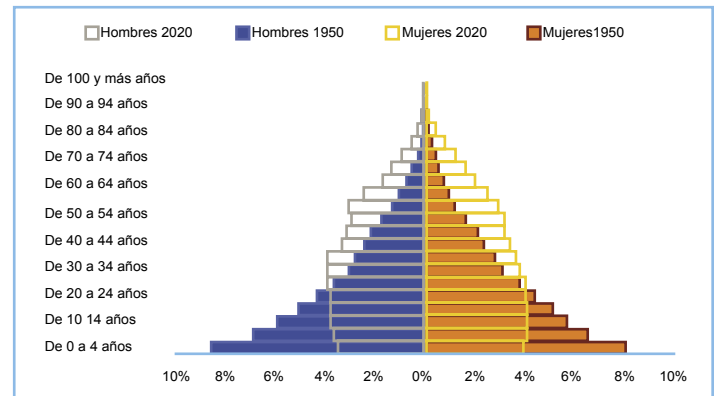
En cada país encontramos una estructura diferente, porque las poblaciones son diferentes. El objetivo de este capítulo es mostrar el envejecimiento en los países de América para verificar si el proceso tiene alguna relación con el desenlace de la pandemia de covid-19 y sus efectos mortales.

Gráfica 2.7. Estructura demográfica por edad y sexo (1950-2020), subregión Norteamérica y el Caribe Anglo



Fuente: Elaboración propia con datos de CEPAL (2020).

Gráfica 2.8. Estructura demográfica por edad y sexo (1950-2020), subregión México y el Caribe Latino



Fuente: Elaboración propia con datos de CEPAL (2020).

2.5 La pandemia de covid-19 en América

A finales de 2019, apareció en China un nuevo coronavirus, el SARS-CoV2, que causa la enfermedad covid-19. En un primer momento se creía que el padecimiento estaba controlado y que no había peligros para la humanidad, pero unas semanas después se conoció su fuerte impacto y velocidad de transmisión, lo que causó que el mundo entrara en alerta sanitaria. La OMS la declaró Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional el 30 de enero de 2020 (OMS, 2020e) y la mayoría de los países impulsó la recomendación de confinamiento para sus poblaciones.

El confinamiento hizo evidentes las desigualdades que se viven en las sociedades, sobre todo

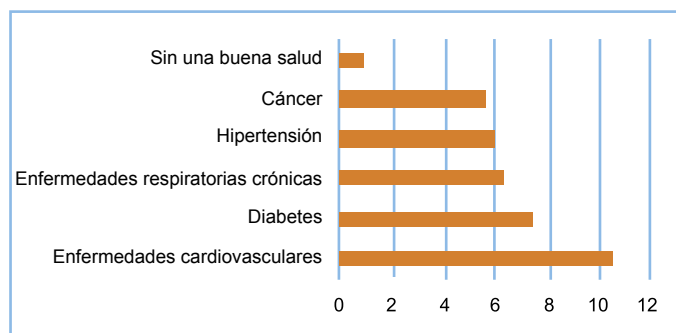
la vulnerabilidad de las poblaciones más desfavorecidas. A un poco más de siete meses de que se presentaran los primeros casos en el mundo, aún se está recabando información sobre su comportamiento y no hay una vacuna que haga frente a los síntomas y prevenga la mortalidad que esta enfermedad ha implicado. Los sectores de salud se han visto rebasados en un gran número de países. Lo claro hasta ahora es que las comorbilidades acentúan los efectos nocivos de esta enfermedad (Roser et al., 2020). En países en los que el acceso universal a la salud no es completo, los efectos pueden ser más drásticos. En América Latina, sólo algunos países, como Cuba y Costa Rica, tienen una cobertura total.

La Gráfica 2.9 describe el comportamiento de la tasa de mortalidad para la población china en cuanto al aumento del riesgo por padecer alguna comorbilidad. Según esta información, una de cada diez personas con coronavirus y enfermedades cardiovasculares murieron. Otros padecimientos crónicos que elevan el riesgo de muerte son la diabetes, la EPOC, la hipertensión y el cáncer.

En las estructuras etarias, la probabilidad de padecer alguna enfermedad crónica guarda una relación directa, es decir, a mayor edad, mayor probabilidad de tener alguno de estos padecimientos. Se podría argumentar que una población

envejecida tiene mayor presencia de enfermedades crónicas; sin embargo, los patrones de mortalidad van más allá de las estructuras etarias y países muy envejecidos con sistemas de salud sólidos (transición de la salud) mantienen a su población saludable, incluso a las personas adultas mayores. Una población con enfermedades crónicas y un control correcto es menos vulnerable.

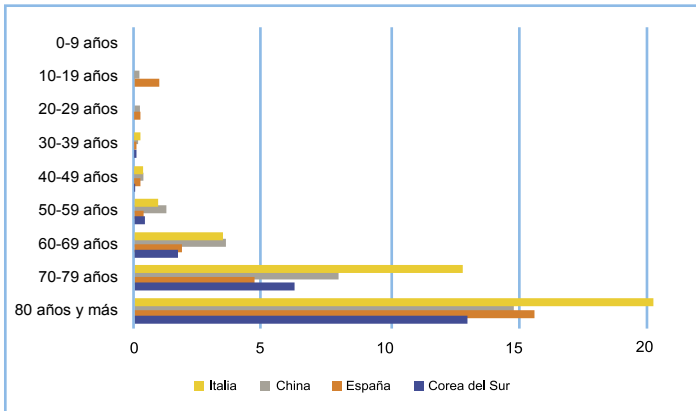
Gráfica 2.9. Tasas de mortalidad por covid-19 según comorbilidades en China



Fuente:Roser et al. 2020.**Disponibles en:** <https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid>

La edad importa para la covid-19 como lo han mostrado los primeros datos sobre el comportamiento epidemiológico de su mortalidad. En la Gráfica 2.10 se aprecia la tasa de mortalidad de algunos países y es clara la relación directa entre mayor edad y mayor probabilidad de muerte por covid-19.

Gráfica 2.10. Tasas de mortalidad por covid-19 según grupos etarios en países seleccionados



Fuente: Elaboración con datos de Roser et al. 2020

Los efectos de la pandemia en Corea del Sur, España, China e Italia han tendido desenlaces diferentes. Los datos son consistentes en que el riesgo a morir si se padece covid-19 más allá de los 70 años de edad es más alto respecto a los otros grupos. Sería conveniente hacer un análisis de la mortalidad por covid-19 por grupos etarios para los países de América, pero no hay datos disponibles para todos los países.

El perfil de mortalidad no es igual que el perfil de contagio. Los casos se concentran principalmente en los grupos en edades laborales, con predominancia en hombres (Suárez et al., 2020). La explicación es que los hombres tienen mayor participación en el mercado laboral y mayor movilidad, lo que se traduce en mayor exposición al riesgo de contagio. A pesar de que los adultos mayores

se contagian menos, una vez que contraen la enfermedad mueren más.

En América, los primeros casos se registraron en Estados Unidos y Canadá, casi un mes después de que la enfermedad irrumpiera en China (Roser et al., 2020). En febrero, la covid-19 se hacía más presente en el continente con los primeros casos en Brasil y México. En marzo se masificaron los contagios.

Los países del continente han recurrido a la distancia física, algunos con bastante antelación y otros cuando lo creyeron adecuado. El confinamiento se ha levantado de manera gradual bajo la consigna de que las poblaciones vulnerables deben permanecer confinadas, como las mujeres embarazadas y los adultos mayores.

El confinamiento ha presentado varios retos entre los que destacan el aislamiento social con efectos importantes para la salud mental, el incremento de la violencia doméstica y el acceso a tecnologías para comunicarse y solventar actividades educativas a distancia. La pobreza replantea el confinamiento, porque la población cuyo sustento está condicionado por la actividad diaria no puede mantener el confinamiento.

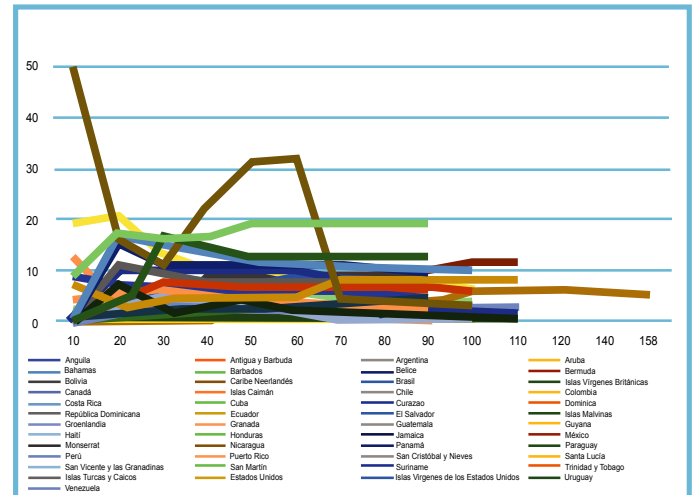
La información sobre el comportamiento de la pandemia en el mundo está sujeta a casos amparrados por una prueba que confirme la presencia de la enfermedad. En el caso de las muertes, los

que hayan fallecido deben tener una prueba que confirme la positividad de la covid-19. En este aspecto, América Latina ha sido muy criticada por el bajo número de pruebas que aplica, por lo que muchos de los datos de los países tienden a la subestimación. Sin embargo, es la única información disponible hasta el momento.

La evolución de la covid-19 en varios países se explica por medio de trayectorias, es decir, se compara cuál era la situación de la pandemia en cada país con cortes temporales desde el primer día que enfrentaron la pandemia y cada 10 días después. Este tipo de análisis permite hacer una comparación más precisa y ver las curvas de evolución de la pandemia.

La Gráfica 2.11 muestra un indicador de letalidad, que se obtiene del cociente de muertes por covid-19 y casos confirmados, multiplicado por 100. Este indicador se traduce como una probabilidad condicional de muerte una vez que se ha contraído la enfermedad. Cabe señalar que la acotación de la subestimación de los datos que se utilizan sigue presente.

Gráfica 2.11. Trayectorias de letalidad en países seleccionados



Fuente: Elaboración propia con datos de Roser et al. 2020

La Gráfica 2.11 nos permite señalar el hecho de que en la mayoría de los países la letalidad no ha rebasado el 10%. Esto quiere decir que de cada 10 contagiados, menos de una persona tiene la probabilidad de morir. Otro elemento que destaca es que los picos de la letalidad aparecen en diferentes momentos de la trayectoria, algunos el día 30 después del primer contagio y otros alrededor del día 50. Hay países en los que la curva aún no ha tenido un quiebre a la baja, un escenario en el que más de 100 días después del primer caso la letalidad sigue al alza y apenas comienza a estabilizarse, como es el caso de México.

Algunos países han enfrentado una situación di-

fácil, como Nicaragua, que en su día 10 tenía una letalidad de 50% y hacia el día 30 iba a la baja, aún por encima del promedio de los países graficados, pero más controlado que los primeros días. Sin embargo, a los 60 días la letalidad repuntó a 32%, es decir que muere una de cada tres personas contagiadas.

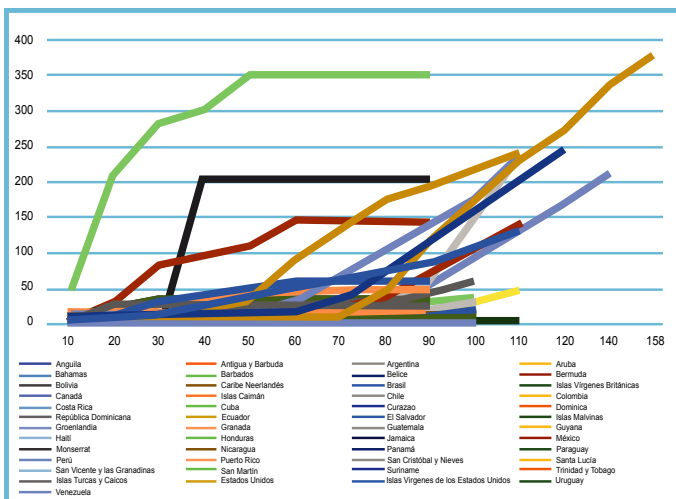
Los casos que sobresalen en el control de la letalidad son Costa Rica, Paraguay y Jamaica, que para el día 90 después de registrar el primer caso tenían una letalidad menor a 1.6%. En el mismo periodo, San Martín, Antigua y Barbuda, Bahamas y México tenían una tasa de letalidad por encima de 10%.

Otro indicador que describe la evolución de la covid-19 en América es la tasa de mortalidad por dicho padecimiento, que estima el número de muertes acumuladas por millón de habitantes, una tasa acumulativa a lo largo del tiempo. La ventaja de este tipo de medidas es su comparabilidad cuando se controla el tamaño de la población, ya que 100 muertes no representan lo mismo para un país con 10 millones de habitantes que para uno con 128 millones.

La Gráfica 2.12 muestra el comportamiento de la mortalidad por covid-19 por cada millón de habitantes. La tendencia es creciente porque no se contaba con información clara sobre cómo actuar. De ahí que varios países mostraron una mortalidad en ascenso los primeros días que después se estabilizó. La mayoría de los países se encuentra en una mortalidad de 50 muertes por covid-19 por cada millón de habitantes.

Hay casos particulares que resultan interesantes. Por ejemplo, Estados Unidos mantuvo una tasa de mortalidad de cero por millón de habitantes durante los primeros 50 días, que después fue creciendo. Hasta el 26 de junio de 2020, cuando se hizo el corte de la base analizada, es decir, el día 158 después del primer caso de covid-19, la mortalidad en ese país era de 359 personas por cada millón de habitantes. Canadá atraviesa una situación similar, aunque con menor impacto en

Gráfica 2.12. Mortalidad acumulada por covid-19 por cada millón de habitantes



Fuente: Elaboración propia con datos de Roser et al. 2020.

vidas. En su día 140, tenía una tasa de mortalidad de 213 muertes por covid-19 por cada millón de habitantes. San Martín tuvo una mortalidad alta los primeros días, hasta 349 por cada millón; sin embargo, después del día 50 se mantuvo sin cambios.

Los países más afectados por la mortalidad de la covid-19 son Bermuda, Monserrat, Perú, México, Estados Unidos, Canadá, Panamá, Chile, Ecuador, Brasil y San Martín. Han superado la tasa de mortalidad de 50 muertes por millón de habitantes en diferentes momentos. Lo preocupante para Perú, México, Estados Unidos, Canadá, Panamá, Chile, Ecuador y Brasil es que la tendencia no se ha estabilizado. Otros países, como Colombia, Honduras y República Dominicana, muestran una tendencia creciente, aunque su tasa de mortalidad es baja.

Los datos mostrados hasta el momento hablan de variaciones en la mortalidad de la covid-19, es decir, las condiciones de cada país hacen que el impacto mortal de la pandemia se presente en menor o mayor intensidad. Como se señaló al comienzo, este documento pretende poner a prueba la hipótesis de si el envejecimiento y la etapa de la transición demográfica están relacionadas con la mortalidad por covid-19.

Como se ha señalado, el indicador de letalidad depende de la calidad de los datos y del número

de casos positivos que se detecten. Muchas veces hay casos no confirmados, que no por ello dejan de ser positivos. En el siguiente apartado se hará uso de la tasa de mortalidad por millón de habitantes, medida en la que se tiene certeza de que la causa de muerte fue la covid-19 y corresponde al tamaño de la población de cada país.

2.6 ¿Hay relación entre la fase de transición demográfica y la mortalidad por covid-19?

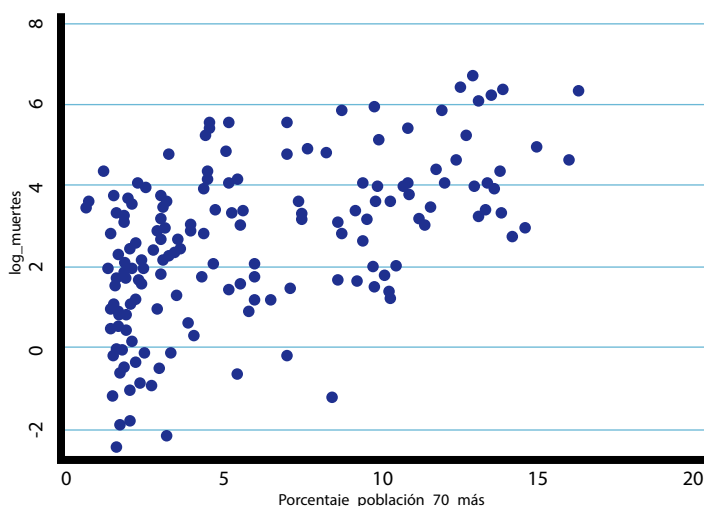
Como se ha argumentado, la población en edad avanzada más vulnerable a la mortalidad de la covid-19; sin embargo, entran en juego variables de contexto, como la escolaridad de la población, el grado de urbanización, el acceso a la salud y la calidad de la medicina preventiva. El objetivo de este documento es demostrar la relación entre la mortalidad por covid-19 y el envejecimiento demográfico.

Al analizar las tasas de mortalidad por millón de habitantes, se aprecia que no tienen una distribución normal, por lo que es conveniente transformar la variable a logarítmica para que cumpla el supuesto de normalidad. El siguiente paso es medir la relación que guarda con el porcentaje de población de 70 años y más.

Los resultados que se han obtenido para poner a prueba la hipótesis de este documento son interesantes. Una vez corregida la tasa de mortalidad, el comportamiento de la pandemia y el envejecimiento en el mundo guardan una relación significativa.

La Gráfica 2.13 muestra la dispersión de la tasa de mortalidad por covid-19 por millón de habitantes y el porcentaje de personas de 70 años y más respecto al logaritmo. La correlación es positiva en 51%. Como se verá más adelante en el modelo de regresión, en el mundo existe una relación estadísticamente significativa.

Gráfica 2.13. Distribución de la relación de la mortalidad y el envejecimiento en el mundo



Fuente: Elaboración propia con datos de Roser et al, 2020.

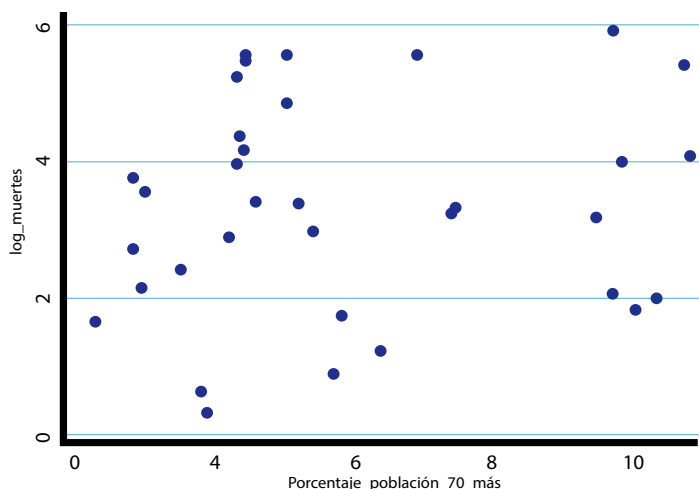
La relación de las variables anteriores en el continente americano se ilustra en la Gráfica 2.13, que muestra una mayor dispersión y ninguna tendencia. Dicha afirmación se sostiene con los modelos que se mostrarán más adelante.

La información mostrada en las Gráficas 2.13 y 2.14 corresponde a las tasas de mortalidad hasta el 26 de junio de 2020. Se ha planteado un modelo de regresión log-lineal, como se especifica a continuación:

$$\log(\text{tasa de mortalidad}) = \alpha + \beta (\% \text{población 70 y más}) + \varepsilon$$

Los resultados se muestran en el Cuadro 2.1, que incluye los modelos tanto mundial como de América. En el primero se incluyeron 166 países y destaca una relación positiva entre la población de 70 años y más respecto a la mortalidad, es decir, el envejecimiento de la población sí es un factor que incide en el impacto de la mortalidad por covid-19, en términos estadísticos. Sin embargo, en el modelo para América, con 36 países, esa relación no se sostiene en las estadísticas.

Gráfica 2.14. Distribución de la relación de la mortalidad y el envejecimiento en América



Fuente: Elaboración propia con datos de Roser et al. 2020.

Los resultados hablan de una serie de cuestionamientos para futuras investigaciones: ¿por qué esa relación no se preserva en América? ¿La manera en que América vivió su transición demográfica modifica el efecto?

Cuadro 2.1. Modelo de mortalidad por covid-19 y envejecimiento demográfico

Fuente: Estimaciones propias con datos de Roser et al.

Log Muertes COVID-19 por millón n de habitantes				
	Mundial		América	
% Población 70 años y más	0.2306	***	0.0781	
Intercepto	1.2566	***	2.8685	***
R2	0.2675		0.0173	
Número de observaciones	166		34	

* p < 0.05
** p < 0.01
*** p < 0.001

2020.

2.7 Consideraciones finales

La covid-19 ha afectado considerablemente a los países del mundo durante 2020, ha demostrado causar una mortalidad acelerada en la población. A pesar de no tener altas tasas de mortalidad, como otros padecimientos, no se puede ignorar su efecto y su peligrosidad para las poblaciones. A partir de los datos que se tienen hasta el momento, se sabe que la mayor probabilidad de contagio está entre la población adulta joven, consecuencia de salir a trabajar para asegurar el sostenimiento de sus familias. Sin embargo, no son los grupos con mayor riesgo de morir una vez que se contagian. La población de 70 años y más tiene mayores probabilidades de mortalidad una vez contagiados de covid-19.

Este documento pretendió hallar la relación entre los procesos de envejecimiento de los países y el comportamiento de la mortalidad por covid-19. De haberse comprobado esa hipótesis, se esperaría que los países más envejecidos fueran los de mayor mortalidad. El envejecimiento demográfico es un proceso complejo, que va más allá de la simple transformación de las pirámides demográficas. Los países se enfrentan a un proceso de envejecimiento inmerso en un proceso social, de salud y cultural. La llamada transición de la salud habla de un contexto complejo en el que la salud se promueve con instituciones encargadas de desde la

prevención y hasta la atención.

El principal hallazgo de este documento es que un modelo explica en 20% una relación estadísticamente significativa entre la mortalidad por covid-19 y el envejecimiento en el mundo. Sin embargo, cuando el modelo se ajusta sólo a los países de América deja de ser significativo y explicativo. La interpretación es que América es un sistema de países complejos, con mucha diversidad entre y dentro de ellos.

Las coberturas de los sistemas de salud y la calidad de los servicios no son equitativos. Esto abre un sinnúmero de interrogantes sobre la covid-19 en los países de América. Aspectos como el acceso a salud y las desigualdades sociales y económicas son posibles variables que explican la diferencia en el comportamiento de la mortalidad por covid-19 en América, sin olvidar la actuación de los gobiernos para prevenir los contagios.

3. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y BIENESTAR MENTAL EN PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA SARS-COV-2/COVID-19

Javier García Rivas

Especialista de la Comisión América de Prevención de Riesgos del Trabajo (CAPRT)

CISS

3.1 Introducción

El personal de la salud es fundamental para el funcionamiento adecuado de los sistemas de salud en el mundo. Durante la pandemia de la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 esto ha sido aún más evidente. En gran parte del mundo, el personal de salud se ha enfrentado durante décadas a condiciones de trabajo física y psicológicamente demandantes, con carencias de insumos y de personal. En Latinoamérica, las cosas no son muy distintas. Estudios científicos muestran que las características laborales del personal de salud tienen un efecto negativo en la salud mental de los trabajadores. En este sentido, es importante conocer los efectos que la pandemia de COVID-19

podría tener en el personal de la salud. El presente trabajo piloto tiene como objetivo explorar las tendencias descriptivas de síntomas de salud mental en trabajadores de la salud en el contexto de la pandemia actual.

3.2 Sistemas de salud y la relevancia del personal de la salud

Un sistema de salud se compone de las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud de una población. El fortalecimiento de los sistemas de salud implica atender las limitantes principales relacionadas con la dotación de personal y la infraestructura, los insumos y la logística.

Por ejemplo, el sistema de salud mexicano se sustenta históricamente en dos instituciones: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que da servicio a los trabajadores y sus familias afiliados por medio del registro patronal, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que provee de servicios a servidores públicos y sus familias. A estas instituciones, se suman los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos, el recién creado Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), instituciones privadas y otras de atención preventiva y de salud mental.

Un sistema de salud necesita personal, fondos, información, suministros, transporte, comunicaciones y orientación. También se espera que sea justo y equitativo al prestar servicios a sus usuarios y que responda a las necesidades de atención de la población.

Las malas condiciones de los sistemas de salud en la mayoría de los países en desarrollo es un obstáculo para asegurar el acceso a la atención sanitaria digna. Sin embargo, los problemas relativos en los sistemas de salud no se limitan a los países pobres. En algunas naciones ricas, gran parte de la población carece de acceso a la atención por disposiciones poco equitativas en materia de protección social y el encarecimiento artificial de los servicios de salud, así como el uso ineficaz de los recursos.

Para mejorar los sistemas de salud es imperante el diseño de sistemas sólidos, autosostenibles a largo plazo y eficientes, que a su vez contemplen modelos de salud preventivos en poblaciones vulneradas por los determinantes sociales de la salud. En el centro del fortalecimiento de los sistemas de salud debe estar el personal de salud en todas sus áreas: física, mental y social. El personal de salud es esencial para lograr un sistema exitoso, justo y más humano. En los países más pobres, el personal de salud ha demostrado durante años su responsabilidad para mantener la

atención con limitaciones en instalaciones y materiales. Esta situación ha sido aún más evidente durante la pandemia de COVID-19. Los sistemas de salud han tenido que adaptarse a las exigencias súbitas de la emergencia para tratar de evitar su colapso y el personal de salud ha cargado con las demandas de la población y la falta de recursos materiales.

De acuerdo con la información disponible, 2015 y 2016, los países de América del Norte promediaban 2.4 médicos por cada mil habitantes, mientras Latinoamérica tenía en promedio 2.2 médicos y un 4.9 enfermeras por cada mil habitantes. Estos datos contrastan con los de la Unión Europea que en los mismos años tenía 3.7 médicos y 8.6 enfermeras por cada mil habitantes (Banco Mundial, 2020).

Para responder a la emergencia de COVID-19, México contrató más de 6 000 médicos y 12 000 enfermeras, porque se reconocía el antecedente de un déficit de 120 000 médicos en el país (Gobierno de México, 2020). Otros países han hecho lo mismo, por ejemplo, la Caja Costarricense del Seguro Social abrió una convocatoria para contratar personal de salud (Delgado, 2020); Ecuador contrató cerca de 120 médicos en Guayaquil y 700 profesionales de la salud para el resto del país, y República Dominicana contrató a 621 trabajadores de la salud, incluidos 161 médicos (Di-

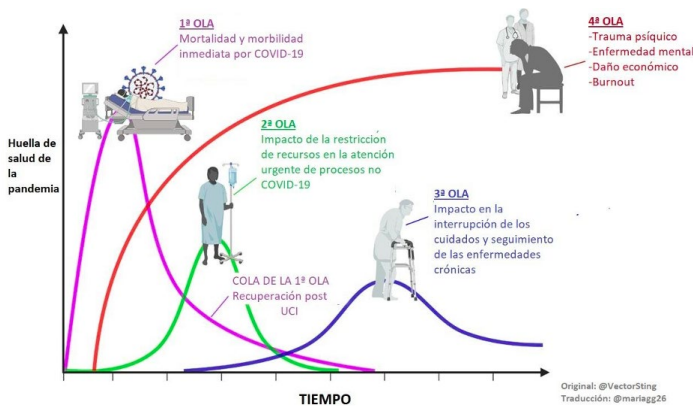
rección de Comunicaciones SNS, 2020). Estos esfuerzos ponen en evidencia la falta de personal médico para atender la pandemia, independientemente de los rezagos existentes. La sobrecarga física y psicológica de la jornada laboral, el peligro latente de contagio, el trato con pacientes y familiares, la falta de herramientas, recursos materiales y material de protección personal, los turnos extendidos, y el poco reconocimiento social son sólo algunos de los riesgos laborales a los que se enfrentan a diario los trabajadores de la salud. Los trabajadores de la salud deben laborar en condiciones estresantes que se han exacerbado durante la pandemia (Lai et al., 2020). Las cargas de trabajo, comparables con el esfuerzo de los trabajadores de la construcción, ya se identificaban como extenuantes desde antes de la pandemia (Lunde, 2017). En cuanto a las demandas mentales, se sabe que la interacción de diversos estresores tiene mayor impacto en el estado mental de los trabajadores que una sola demanda estresante (Jimmieson et al., 2017). Estas condiciones y sus efectos son previsibles a largo plazo. Victor Tseng ha diseñado un gráfico que ejemplifica los efectos inmediatos que se enfrentan en olas sucesivas de la pandemia, hasta una cuarta ola a largo plazo. La imagen es representativa y no identifica tiempos precisos, se propuso para detonar una conversación sobre las posibles conse-

cuencias en el ámbito de la salud, es decir, no se sustenta en datos empíricos ni mediciones de investigación; sin embargo, su utilidad se centra en mostrar los efectos durante los meses y años venideros. Una preocupación particular es la cuarta ola, lo que ocurrirá después de regresar a la llamada “nueva normalidad”. Lo que viene luego de la pandemia continúa siendo un enigma, pero se asume que cambiará en definitiva el mundo y la forma en la que nos relacionamos, estudiamos y trabajamos. El diagrama contempla el momento actual de la pandemia, la etapa infectocontagiosa y la necesidad de atención inmediata de un número creciente de pacientes. De acuerdo con la Figura 3.1, las olas son:

- Primera ola. Mortalidad y morbilidad inmediata de la COVID-19.
- Cola de la primera ola. Recuperación posterior a la atención en unidades de cuidados intensivos y recuperación posterior a la alta médica.
- Segunda ola. Impacto de las restricciones de recursos en condiciones no relacionadas con la COVID-19, todos los padecimientos urgentes habituales por los que las personas necesitan tratamiento inmediato, agudo.
- Tercera ola. Impacto de la atención interrumpida de afecciones crónicas porque los pacientes se quedaron en casa.
- Cuarta ola. Trauma psíquico, enfermedad men-

tal, trastorno de estrés postraumático, lesiones económicas, agotamiento y más.

Figura 3.1. Diagrama de Tseng sobre olas de salud posteriores a la pandemia



Fuente: Tseng @VectorSting

Lo que el diagrama deja claro es que los efectos de la pandemia serán evidentes después del periodo infectocontagioso de la emergencia. Las consecuencias psicológicas se verán reflejados en una serie de condiciones asociadas a la salud mental de pacientes, familiares y, por supuesto, trabajadores de la salud. La Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) define a la salud mental como “un estado mental caracterizado por el bienestar emocional, un buen ajuste del comportamiento, una relativa libertad de ansiedad y síntomas incapacitantes, y una capacidad para establecer relaciones constructivas y hacer frente a las demandas y tensiones ordina-

rias de la vida” (VandenBos, 2007).

Por su parte, la OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias habilidades, puede hacer frente al estrés normal de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2005).

En otras definiciones se contempla la salud mental como la habilidad para desempeñar el trabajo de forma productiva en aquellas personas aptas físicamente y en edad suficiente (Galderisi et al., 2015).

Entre las manifestaciones mentales más estudiadas en el personal de la salud se encuentran la ansiedad, la depresión y el estrés. La primera se entiende como un sentimiento de preocupación, nerviosismo o inquietud, por lo general sobre un evento inminente o algo con un resultado incierto. La Real Academia Española define la ansiedad como un “estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.” Sin embargo, Arroll y Kendrick (2018) ofrecen una definición más completa:

Se considera una respuesta adaptativa universal a una amenaza, pero esta respuesta puede convertirse en desadaptativa. La distinción entre ansiedad anormal y normal se produce cuando la ansiedad está fuera de proporción con el nivel de amenaza o cuando hay síntomas que son inacep-

tables independientemente del nivel de amenaza, incluidos los ataques de pánico, síntomas físicos graves y creencias anormales como el miedo a la muerte súbita.

La depresión se entiende como un conjunto de sentimientos de abatimiento y desesperanza severos. En su etapa más grave la depresión se contempla como una falta de interés por todas o la mayoría de las cosas, que incluye síntomas como aumento o pérdida de peso, insomnio, retraso psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, e ideación o intento suicida.

El estrés, según Cannon, se identifica como una reacción fisiológica a estímulos interpretados como amenazantes por el individuo, que activa la respuesta conocida como “lucha o huida” (Quick y Spielberger, 1994). Esta teoría sobre el estrés permitió desarrollar el modelo homeostático de estrés que ha servido como base de las teorías de exposición a estresores crónicos.

Desde finales de diciembre de 2019, la ciudad china de Wuhan informó de un tipo de neumonía causada por un nuevo virus, que eventualmente se conocería como SARS-CoV-2. La enfermedad respiratoria ocasionada por el virus se denominó COVID-19. El virus y la enfermedad se extendieron por todo el país y posteriormente a todo el mundo. Estudios en la ciudad de origen de la pan-

demia reportan que los efectos psicológicos son prevalentes en el personal de salud en la línea de enfrentamiento. Más de la mitad de los trabajadores reportan síntomas depresivos, 44% manifiesta ansiedad, 34% dijo sufrir de insomnio y más de 72% indicó tener distrés (Lai et al., 2020). Estos efectos en la salud mental de los trabajadores del sector salud son similares a los registrados en otros estudios en diversas partes del mundo (Huang y Zhao, 2020; Mazza et al., 2020; Shacham et al., 2020).

Frente a esta situación de emergencia, los trabajadores de la salud en primera línea, directamente involucrados en el diagnóstico, tratamiento y atención de los pacientes con COVID-19, corren el riesgo de desarrollar problemas psicológicos y otros síntomas de salud mental. El número cada vez mayor de casos confirmados y sospechosos, la carga de trabajo abrumadora, el desabasto del equipo de protección personal, la falta de medicamentos y la sensación de no ser adecuadamente apoyados pueden contribuir a la carga mental de estos trabajadores. Un estudio posterior a la pandemia de SARS-Cov-1 de 2003 muestra que los trabajadores de la salud presentan síntomas de desórdenes psiquiátricos años después de la emergencia (Lancee et al., 2008). En el mismo estudio se identifica que 13% de los trabajadores reportaron ataques de pánico durante la pande-

mia. Otros estudios han mostrado que entre 2.2% y 14.5% de los trabajadores de la salud presentan síntomas de depresión y ansiedad asociados a experiencias de estrés (Bohlken et al., 2020; Mazza et al., 2020). Se ha encontrado también que los trabajadores temen al contagio e infección de sus familiares, amigos y colegas, y a la presencia de condiciones de salud de riesgo que agravan la infección, como hipertensión y obesidad. En varios países estos trabajadores incluso temen al riesgo latente de agresiones por parte del público general, pacientes y familiares de pacientes infectados por el SARS-CoV-2, además del flujo de pacientes cotidianos ingresados por otras causas. De esta forma, las altas demandas mentales y de tiempo en convergencia con las demandas cognitivas de la situación actual pueden tener un triple impacto en síntomas de estrés y burnout (Jimmieson et al., 2017). La identificación de estas demandas durante la pandemia puede coadyuvar en la intervención de medidas preventivas sobre los posibles efectos nocivos mentales y emocionales generados por la sinergia de múltiples factores de riesgo psicosocial (Jimmieson et al., 2017).

3.3 Estudio piloto con trabajadores de la salud en México

Este estudio piloto transversal descriptivo tiene como objetivo identificar las prevalencias de síntomas negativos de salud mental asociada a los riesgos psicosociales que afectan a los trabajadores de la salud durante la pandemia de COVID-19. Cabe mencionar que los efectos de salud han sido evaluados por autoinforme y no constituyen una muestra del estado mental por diagnóstico clínico.

Se construyó un cuestionario para medir los factores de riesgo psicosocial y bienestar mental en colaboración con investigadores de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) y la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en conjunto con el Centro Interamericano de Estudios en Seguridad Social (CIESS). En una estrategia de reclutamiento de bola de nieve, se solicitó a personal de salud contestar el cuestionario de forma digital y posteriormente distribuir la liga del cuestionario a otros colegas de manera directa o a en sus redes sociales. Se sabe que los determinantes sociales de la salud afectan de forma desproporcionada a distintos estratos sociales, por este motivo se incluyeron todos los trabajadores de la salud, como camilleros, personal de limpieza, administrativos, etc., y no sólo a profesionales de la salud. Se solicitó a los participan-

tes compartir sus experiencias sobre la situación actual por medio del cuestionario.

Se recibieron respuestas en su mayoría del estado de Morelos y de la Ciudad de México. En total, participaron 296 trabajadores de la salud, incluidos quienes trabajan en la primera línea y no únicamente los profesionales de la salud. Es importante destacar que hay trabajadores como camilleros, trabajadores de limpieza, recepcionistas, por mencionar algunos grupos, que se encuentran combatiendo la actual pandemia y enfrentando el mismo riesgo latente de contagio para ellos y sus familias. La muestra se compone principalmente por trabajadores que laboran en Morelos, 33%; la Ciudad de México, 32%; el Estado de México, 21%, y 14% de otras localidades.

La depresión se evaluó mediante una traducción del Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), que mide la frecuencia del estado de ánimo deprimido y la anhedonia en las últimas dos semanas evaluadas sobre una escala Likert, que va de 0 = “para nada” a 3 = “casi todos los días”. El PHQ-2 fue validado en una muestra de 6 000 pacientes, con el cuestionario general de salud GHQ-20, días de enfermedad y visitas a clínicas autoinformados, y la dificultad relacionada con los síntomas para su validez de constructo. Su validez del criterio se evaluó con una entrevista independiente estructurada profesional de salud mental (MHP) en una

muestra de 580 pacientes (Kroenke, Spitzer y Williams, 2003).

La ansiedad se midió por medio del Generalized Anxiety Disorder Scale de dos ítems (GAD-2). Este cuestionario está basado en la escala de siete ítems utilizado para realizar tamizajes generales de ansiedad, aunque también ha mostrado buenos índices para identificar otro tipo de ansiedades, como pánico, ansiedad social y estrés postraumático. La GAD-2 se evalúa por medio de una escala Likert de cuatro puntos que va de 0 = “para nada” a 3 = “casi todos los días” (Kroenke et al., 2007).

El estrés se evaluó por medio de una pregunta construida para identificar síntomas de estrés. El ítem único ha mostrado ajustes adecuados en validez de constructo, criterio y contenido, e indica: “Estrés significa una situación en que una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, que tiene problemas para dormir, debido a que su mente está preocupada todo el tiempo. ¿Usted se siente así en estos días?”. La respuesta es evaluada en una escala Likert de 1 = “casi nada” a 5 = “mucho” (Elo, Leppänen y Jahkola, 2003).

El burnout fue medido por un ítem que dicta: “Por favor, elija la opción que se acerque más a lo que usted siente actualmente. Aquí el BURNOUT se refiere a sentirse agotado mental y físicamente, como si uno estuviera ‘acabado’ por el trabajo”. El

Ítem responde a la siguiente escala: 1 = “Disfruto mi trabajo. No tengo síntomas de burnout”; 2 = “Ocasionalmente estoy bajo estrés y no siempre tengo mucha energía como antes, pero no siento burnout”; 3 = “Definitivamente siento burnout y tengo uno o más de sus síntomas, como agotamiento emocional o físico”; 4 = “Los síntomas de burnout que estoy experimentando no se van. Creo que siento mucha frustración en mi trabajo”, y 5 = “Me siento completamente con burnout y frecuentemente me pregunto si puedo recuperarme. Estoy en un punto donde necesito hacer cambios o buscar ayuda de algún tipo”. La escala ha sido validada en español (Merino-Soto et al., 2018).

3.4 Resultados

En los análisis descriptivos en la muestra total se identificó que 27.4% de los participantes reportaron presentar síntomas de ansiedad en “más de la mitad de los días” o “todos los días”. Esto es considerablemente mayor al 14.3% encontrado en otras estimaciones en México (Boyzo, Bautista y Coronel, 2017).

Por su parte, 16.9% de los participantes reportaron sentir síntomas de depresión “más de la mitad de los días” o “todos los días”. Esto contrasta con los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017) en México,

en 2017, en los que 32.5% reportó haberse sentido deprimido. Cabe señalar que los datos presentados por el presente estudio piloto y los proporcionados por el INEGI no representan casos de depresión clínica, la cual sólo puede ser diagnosticada por un profesional de la salud mental.

En relación con los síntomas de estrés, 44.1% de la muestra indicó haberlos presentado “siempre” o “casi siempre”. En una serie de preguntas abiertas sobre los aspectos que más les genera estrés, compartieron temas como temor, familia, contagio, falta de equipo, entre otros. A su vez, los recursos o apoyos con los que cuentan para enfrentar el estrés son apoyo familiar, protección personal, apoyo social por parte de compañeros de trabajo y actividad física, entre otros.

Por último, 47.6% reportó “definitivamente” síntomas de burnout. Esto también es mayor a lo reportado en otros estudios en México (Flores y Ruíz, 2018; Miranda-Lara et al., 2016).

Los resultados obtenidos no representan a la totalidad de la población laboral del personal de salud en México; sin embargo, dan una imagen general de qué afecciones de salud mental padecen los trabajadores durante la pandemia y qué consecuencias tendremos que enfrentar dentro de esta población.

3.5 Conclusiones

Durante la pandemia, los trabajadores de la salud enfrentan condiciones laborales demandantes y riesgo latente de contagio para ellos y sus familias. Estas condiciones y la alerta psicológica constante podrían estar vinculadas a los altos índices de síntomas psicológicos, como depresión, ansiedad y estrés. Aunque no se trata de un estudio correlacional, los resultados del pilotaje de este trabajo proporcionan una imagen actual de la situación y el estado mental de los trabajadores de la salud. El panorama inicial obtenido por este piloto ofrece un importante punto de partida para futuros trabajos diseñados para identificar los factores asociados a los relativamente altos índices de problemas de salud mental reportados en esta muestra. Será importante tener en cuenta que no se ha trabajado con una muestra representativa de los trabajadores de la salud ni se cuenta con el número suficiente de participantes para obtener información estratificada por grupos ocupacionales o por indicadores de estratos socioeconómicos entre los trabajadores de la salud. Sin embargo, cabe destacar que este piloto es uno de los primeros esfuerzos para identificar los efectos que la contingencia sanitaria podría tener en el bienestar mental de los trabajadores de la salud que desempeñan labores en la línea frontal de la pandemia de covid-19.

El seguimiento epidemiológico de la salud mental de los trabajadores de la salud es esencial para garantizar una población laboral saludable encargada a su vez de prestar servicios y garantizar la salud de la población a la que sirven. Aunado a esto, una población laboral saludable ayuda a mejorar los procesos de servicios de esenciales para el buen funcionamiento de las instituciones de salud.

4. IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE GRUPOS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD

Fernando Quintanar Olguín

Especialista de la Comisión Americana de Salud, Bienestar y Seguridad Social (CASBSS)

CISS

4.1 Introducción

Por su naturaleza, el contenido de esta sección se entrelaza con todas las secciones que conforman el presente documento. La tendencia demográfica, los derechos humanos, el riesgo para el personal de salud y los costos de la atención son temas que pueden aislarse de las condiciones de salud mental de varios grupos sociales.

El tema de la salud mental en grupos vulnerables que pueden o no verse afectados por la pandemia de covid-19 se ha vuelto central por el interés que ha generado en la atención urgente a la población a nivel mundial. La salud mental es un tema prioritario debido a que se han generado otros tipos de problemas de salud mental que, aunque relativamente conocidos, se han hecho más complejos por el contexto de la covid-19 y el confinamiento.

La ONU, la OMS, la OPS y otros organismos internacionales han publicado recomendaciones sobre cómo atender las necesidades de las personas afectadas por covid-19. A lo largo del presente documento, el lector deberá tener en mente que estamos en las fases iniciales del estudio de la covid-19 y la pandemia, por lo cual se debe diferenciar entre opinión, información y conocimiento científico. Aún se requiere mucha investigación que brinde sustento a las decisiones que se tomen, pero la experiencia con otras pandemias proporciona un punto de orientación que no se debe ignorar.

Todavía es muy pronto para contar con información sustentada en la investigación científica sobre la covid-19, con la exigencia metodológica que le caracteriza. En este sentido, las fuentes para el presente documento se clasifican en cuatro rubros. El primero es el de las publicaciones científicas experimentales, sociodemográficas y de investigación clínica. El segundo son las notas hechas por especialistas en el tema en un espacio formal, ya sea institucional o electrónico en el campo de la salud, disponibles en páginas en internet relacionadas con centros y servicios hospitalarios, así como la información proporcionada por agrupaciones y sociedades de especialistas. El tercer rubro es el de la información de los medios de comunicación que han cubierto el tema

con seriedad. El cuarto son las observaciones hechas en la práctica clínica entre profesionales de la salud que han atendido a diferentes grupos de personas afectadas por la pandemia.

Es necesario definir y formular elementos guía que ayuden a andar el camino en el tema de la salud mental. Es importante aclarar qué se entiende por salud mental y cuál es su importancia en el campo de la salud. A lo largo de esta sección se revisarán elementos relacionados con grupos vulnerables, como migrantes, mujeres, personas con discapacidad y adultos mayores ante la pandemia de covid-19. Se pretende brindar algunas pautas de acción y sugerencias de cómo prevenir, identificar y diferenciar, dar apoyo y contención a los grupos vulnerables con los que trabajan los profesionales de la salud, principalmente personal de enfermería, trabajo social, medicina y psicología, así como pensar en los alcances de las afecciones en su salud mental.

La salud mental se entiende como una condición personal que brinda la posibilidad de llevar una vida independiente por medio de mecanismos de adaptación, aprendizaje, prevención, toma de decisiones y solución de problemas con proyección al momento inmediato y futuro, en la que se desarrollan procesos de socialización funcionales y saludables. La salud mental implica una mejor utilización de las habilidades y recursos personales

en las esferas de la vida y permite a las personas mantener su individualidad y autonomía en los contextos en los que viven. La salud mental no es sólo el bienestar físico, mental y social como se pensó durante muchos años, hoy se toman en cuenta el contexto o los escenarios en los que se desarrolla el curso de vida, incluyendo la forma de acercarse a la cultura, el arte, la espiritualidad, la ciencia, el ambiente natural y los beneficios que brindan los derechos humanos. Dentro del campo de la salud en general, la salud mental tiene un lugar particular, pues a diferencia de las otras áreas de la medicina, no suele expresarse por malestares físicamente reconocibles que faciliten su identificación, diagnóstico y tratamiento cuando existen los recursos para hacerlo. Si bien es verdad que muchas afecciones de la salud mental tienen un origen bioquímico o en la estructura cerebral, la mayor parte se expresa por patrones de comportamiento inadecuado que pueden poner en riesgo la vida y salud física de la persona y quienes le rodean. La salud mental implica que en todo momento las personas se encuentran en un flujo de acciones, decisiones, eventos, reacciones, presiones, demandas, respuestas, necesidades, afecciones, riesgos y malestares que comprometen, y no necesariamente causan, las formas en las que las personas viven lo que les afecta.

Según la OMS (2019), los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) constituyen 10% de la carga mundial de morbilidad y 30% de las enfermedades no mortales. Uno de cada cinco niños y adolescentes presenta algún trastorno mental transitorio o permanente. En 2019, la depresión afectaba a 264 millones de personas y llegó a ser una de las principales causas de discapacidad. Cerca de la mitad de los trastornos mentales se presentan antes de los 14 años de edad. Cada año se suicidan aproximadamente 800 000 personas, lo que coloca al suicidio como la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años. En entornos afectados por conflictos, casi una de cada nueve personas presenta algún trastorno mental moderado o grave. Las personas con trastornos mentales graves mueren de 10 a 20 años antes que la población en general. Las tasas de profesionales de la salud mental varían entre menos de dos por cada 100 000 habitantes en países de bajos ingresos, como varios países del Caribe, y poco más de 70 por cada 100 000 en países de altos ingresos. Menos de la mitad de los 139 países con políticas y planes de salud afirma que estos se ajustan a las convenciones de derechos humanos. A pesar de que la depresión y la ansiedad no siempre tienen que ver con cuestiones laborales la economía mundial pierde cerca de un billón de

dólares en productividad a causa de esos males, pues las cuestiones de la vida cotidiana repercuten en la vida laboral. Es indispensable que se observen los nuevos padecimientos en la salud mental, pues se ignora el impacto de la creciente preocupación por los cambios perceptuales sobre el cuerpo y otros padecimientos.

Para Fuente (2014), el perfil de la consulta psiquiátrica ha cambiado mucho en los últimos años y la depresión es la afección predominante. De hecho, hay una carga de MNS distribuida en el mundo que muestra cuáles son las principales afecciones. En la Tabla 4.1 se presentan en orden jerárquico los padecimientos predominantes en el mundo en general y en los países de ingresos altos, bajos y medios. Se nota que se conserva una relación jerárquica entre las columnas, destacan los trastornos depresivos bipolares y los padecimientos neurodegenerativos en los últimos rangos.

Tabla 4.1. Carga global de trastornos mentales, neurológicos y de uso de sustancias (MNS)*

Rango	En todo el mundo	Países de altos ingresos	Países medianos y bajos ingresos
1	Trastornos depresivos unipolares	Trastornos depresivos unipolares	Trastornos depresivos unipolares
2	Trastornos por consumo de alcohol	Alzheimer y otras demencias	Trastornos por consumo de alcohol
3	Esquizofrenia	Trastornos por consumo de alcohol	Esquizofrenia
4	Desorden afectivo bipolar	Trastornos por consumo de drogas	Desorden afectivo bipolar
5	Alzheimer y otras demencias	Esquizofrenia	Epilepsia
6	Trastornos por consumo de drogas	Desorden afectivo bipolar	Alzheimer y otras demencias
7	Epilepsia	Migraña	Trastornos por consumo de drogas
8	Migraña	Transtorno de pánico	Migraña
9	Transtorno de pánico	Insomnio (primario)	Transtorno de pánico
10	Transtorno obsesivo compulsivo	Enfermedades de Parkinson	Transtorno obsesivo compulsivo
11	Insomnio (primario)	Transtorno obsesivo compulsivo	Transtorno de estrés postraumático
12	Transtorno de estrés postraumático	Epilepsia	Insomnio (primario)
13	Enfermedades de Parkinson	Transtorno de estrés postraumático	Esclerosis múltiple
14	Esclerosis múltiple	Esclerosis múltiple	Enfermedades de Parkinson

Fuente. Datos tomados y adaptados de ejemplos de trastornos mentales, neurológicos y sustancias, en el ámbito de la iniciativa Grand challenges in Global Mental Health (2011).

Según Fuente (2014), el nuevo perfil de la consulta incluye violencia y maltrato a mujeres y niños, generados en relaciones familiares conflictivas, ambientes no saludables y socialmente estresantes, pero también por presiones del crimen organizado, principalmente el tráfico de personas y otros grupos que ejercen formas de manipulación política o religiosa, como también lo señala Hassan (1995). Van en aumento trastornos alimenticios y psicofisiológicos que antes no existían,

además de crisis de angustia, fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica. La automedicación es fenómeno creciente. De la Fuente comenta que hay alteraciones psicológicas, como los llamados trastornos adaptativos, sobre los cuales hay que preguntarse si realmente son trastornos, lo mismo que las llamadas “nuevas patologías” que podrían ser viejos trastornos en nuevos contextos. También resalta que los estudios sobre salud mental han identificado factores de riesgo biológicos y psicosociales susceptibles de ser modificados a lo largo del curso de vida; además, se ha avanzado en tratar de entender cómo se ve afectada la salud mental por factores como pobreza, violencia social, guerras, migración y desastres naturales entre otros, pero considero que también se deben incluir las manipulaciones sociales, políticas, religiosas y delictivas que afectan a las personas en su vida diaria. Pocas veces se habla de estos temas, pero cada día tienen mayor importancia, sobre todo para grupos de migrantes y personas con cierto tipo de discapacidad. En este sentido, hay que entender que no todo sufrimiento implica enfermedad ni todo dolor implica deterioro. La OMS y la OPS han elaborado documentos, notas, manuales y guías en las que presentan lineamientos para hacer frente a las necesidades de la salud mental de las personas afectadas por las implicaciones de la covid-19.

4.2 Salud mental en grupos en condición de vulnerabilidad

La vulnerabilidad tiene su origen en la noción de riesgo o en la probabilidad de que sucedan ciertos acontecimientos no previsible que pueden tener consecuencias negativas significativas sobre determinados grupos, personas o comunidades, y aumentar su peligrosidad en función de su magnitud, frecuencia, duración, historia y origen. La covid-19 obliga a revisar esto hoy en día.

La vulnerabilidad no se limita a la falta de satisfacción de necesidades materiales, incluye conductas discriminatorias o actos injustos de intolerancia y rechazo a una persona o grupo de personas por ser quienes son. La vulnerabilidad no es una condición personal ni característica de un ser humano, se entiende como un fenómeno condicionado por el desarrollo de las relaciones sociales. Para comprenderla, prevenirla y atenderla, se requiere considerar cómo se vinculan éstas con los sucesos que causan la vulnerabilidad (Lara, 2014).

A partir de la irrupción de la covid-19, se presentan problemas de salud mental o hay recaídas, principalmente entre grupos vulnerables, debido a una higiene pobre, falta de habilidad para practicar la distancia social u otras estrategias preventivas, ausencia de información oportuna para la búsqueda de atención médica y falta de

habilidad para completar el tratamiento esperado. Hay estilos de vida relacionados con factores de riesgo, entre los que se incluyen obesidad, hábito de fumar e inactividad física, que incrementan el riesgo de mortalidad y morbilidad entre pacientes con desórdenes mentales. Se estima que las personas con afecciones mentales tienen más complicaciones derivadas de diabetes tipo 2, padecimientos cardiovasculares y otras enfermedades del corazón que llevan a que su esperanza de vida se reduzca de 13 a 30 años (Kavoor, 2020).

También se tiene que pensar en los eventos traumáticos múltiples, como terremotos, incendios, inundaciones y otros que se pueden presentar al mismo tiempo que la pandemia y que comprometen la atención necesaria, como sucedió en la Ciudad de México el 23 de junio de 2020, en plena cuarentena. Es recomendable contar con una guía para el cuidado de estados esenciales de trauma, en la que primero se minimice la tasa de mortalidad y se traten de forma prioritaria los daños que afectan la vida. En segundo lugar, se deberán deshabilitar riesgos de daños potenciales al reducir los impedimentos y garantizar una pronta recuperación de la vida cotidiana. En tercer lugar, se recomienda contar con profesionales de la salud mental experimentados que proporcionen atención en caso de experiencias traumáticas e incrementen la eficacia y eficiencia de los

tratamientos. Por último, se deberá trabajar en el desarrollo de modelos de atención a la salud en casos de desastre o crisis, que cumplan con las fases de mitigación, preparación, respuesta y recuperación. La experiencia con la covid-19 muestra que la forma de atención y apoyo psicológico frente a frente no es posible, tampoco deseable, y se deberá pensar en que la atención no se centraría sólo en la persona afectada sino en su familia, vecinos y comunidad. Se recomienda trabajar con un tratamiento mediante procedimientos basados en evidencia, como las terapias cognitivo-conductuales, de exposición y otras que cuenten con sustento consistente (Shi y Brian, 2020).

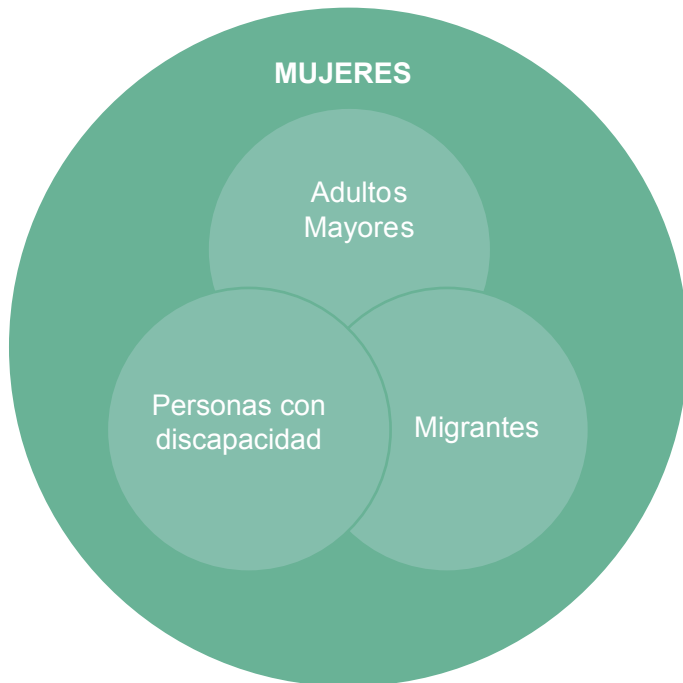
La OMS (2010) pregunta qué hace que los grupos sean vulnerables. En su respuesta considera que ciertos grupos son más vulnerables que otros a causa de factores tanto sociales como ambientales. Los grupos en condición de vulnerabilidad comparten desafíos comunes relacionados con su estatus social y económico, apoyo social y condiciones de vida, incluyendo:

- a) Violencia y abuso.
- b) Estigma y discriminación.
- c) Falta de oportunidades educativas.
- d) Reducción en el acceso a servicios sociales y de salud.

- e) Restricciones en el ejercicio de sus derechos civiles y políticos.
- f) Exclusión de participación libre y plena en la sociedad.
- g) Acceso reducido a los servicios de ayuda en emergencias y crisis.
- h) Exclusión de las oportunidades de empleo y generación de ingresos.
- i) Mayor discapacidad y pérdida de años de vida funcional.
- j) Muerte prematura.

En el transcurso del tiempo, estos factores pueden interactuar y conducir a una mayor marginalización, disminución de los recursos y mayor vulnerabilidad, que no debe confundirse con incapacidad ni los grupos vulnerables considerarse víctimas pasivas. Se deben encontrar formas para empoderar a los grupos vulnerables para que puedan participar plenamente en la sociedad. Es necesario no pensar en los grupos vulnerables como aislados, no están desvinculados unos de otros y tienen varios puntos de conexión entre las personas que se encuentran en ellos, pues las afectaciones de unas se relacionan con las de otras, como se representa en la Figura 4.1.

Figura 4.1 Relación entre grupos de personas en condiciones de vulnerabilidad



Fuente: Elaboración propia.

El reto es ver esas conexiones y brindar la atención necesaria, por eso es recomendable considerar a la persona no sólo en su individualidad sino en relación con su sistema familiar y de relaciones sociales. Sobre todo, se puede apreciar cómo recae en la mujer la mayor carga por motivos originados por las necesidades de otros.

4.3 Importancia de la salud mental y su atención

Autores como Torales y colaboradores (2020) han reportado que el aislamiento puede ser protector en circunstancias como los ataques terroristas, experiencias previas con un aumento de angustia mental durante estos eventos. También se registró un incremento en la incidencia de síntomas neurológicos funcionales después del cierre de toda la ciudad por los ataques con bombas en el maratón de Boston (Guerriero et al., 2014). Estos resultados han planteado la necesidad de que los proveedores de cuidados aprendan a identificar los trastornos por síntomas neurológicos funcionales después de eventos comunitarios, para dar seguimiento a la salud mental hasta seis meses después de la liberación del aislamiento en personas con estado de salud mental vulnerable anterior.

El soporte debe incluir información precisa de lo que sucede, suministros apropiados para los afectados, incluyendo alimentos, ropa y alojamiento si es necesario. También se debe considerar que después de enfrentar eventos estresantes en la comunidad, los proveedores de atención médica, como personal médico y de enfermería, pueden desarrollar trastornos psiquiátricos con desenlaces con formas de violencia y suicidio. El personal médico reportó altos niveles de ansiedad y

el impacto del estigma entre los que estaban en contacto directo con pacientes infectados. Se encontró que hay diferencia en la adaptación psicológica entre el personal de salud que tenía acceso a un entorno bien equipado y estructurado (Kang et al., 2020).

Shigemura et al. (2020), Kang et al. (2020) y González-Sanguino et al. (2020) reportan estudios sobre los efectos de las epidemias en China, Corea y Japón, o la epidemia de ébola en la República Democrática del Congo y en Sierra Leona, en 2014. Torales y colaboradores (2020) señalan que ante la emergencia de covid-19, los trabajadores médicos en Wuhan han lidiado con un alto riesgo de infección y protección inadecuada contra la contaminación, exceso de trabajo, frustración, discriminación, aislamiento, pacientes con emociones negativas, falta de contacto con sus familias y agotamiento. La situación actual está causando problemas de salud mental, como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y miedo, que no sólo afectan la atención, la comprensión y la capacidad de toma de decisiones de los trabajadores médicos, lo que podría dificultar la lucha contra la covid-19, sino también podrían tener un efecto duradero en su bienestar general. Se reconoce que existen factores que pueden aumentar el riesgo de desarrollar condiciones afectadas en su salud mental, como

ser del sexo femenino, tener un nivel socioeconómico más bajo, conflictos interpersonales, uso frecuente de medios de comunicación, menor resistencia y poco apoyo social.

No obstante, en los documentos de la OMS y la OPS hay aspectos que no se tratan, que es necesario tomar en cuenta, no sólo el contexto, momentos y curso de vida de los involucrados desde el enfoque de caos y complejidad, también es necesario considerar los nexos existentes, la naturaleza de las relaciones personales, de los proyectos de vida, el tipo de relación de pareja y la tipología de la familia en la que se encuentran los involucrados. Torales y su equipo señalan que las cosas se complican cuando el miedo público y las percepciones distorsionadas del riesgo injustificado conducen a la discriminación, la estigmatización, el señalamiento de chivos expiatorios, y que es probable que las respuestas emocionales de las personas incluyan miedo e incertidumbre extremos y comportamientos sociales negativos. Deben dirigirse esfuerzos particulares a las poblaciones vulnerables incluyendo: 1) pacientes infectados y enfermos, sus familias y colegas; 2) individuos y sus relaciones con la comunidad; 3) individuos con afecciones médicas preexistentes, ya sean físicas o mentales, y 4) proveedores de atención en salud, especialmente profesionales de enfermería y medicina que trabajan directa-

mente con personas enfermas o en cuarentena. Por último, se requiere integrar el reconocimiento del grado de estrés psicológico que tanto los profesionales de la salud como los responsables de diversos servicios podrían enfrentar. Los riesgos de las poblaciones vulnerables deben reconocerse en la toma de decisiones en la crisis, no sólo los profesionales como médicos y enfermeras, sino también otros trabajadores de la salud, como camilleros, personal de limpieza, paramédicos, laboratoristas, recepcionistas, que además enfrentan condiciones socioeconómicas, de género y apoyo social limitado de su comunidad o área laboral.

Lo más importante de estos reportes es que resaltan la importancia de reconocer que los problemas emergentes de salud mental relacionados globalmente con la covid-19 pueden evolucionar hacia problemas de salud duraderos, aislamiento innecesario y estigma. Las medidas sanitarias mundiales deberían atender los estresores psicosociales, en particular los asociados al aislamiento por cuarentena, miedo y vulnerabilidad entre la población general, vigilar la información de los medios de comunicación y las redes sociales y apoyar a la comunidad con intervenciones psicológicas promovidas en el mundo.

Aunque los estudios relacionados con la salud mental en pacientes con covid-19 son escasos,

varios autores destacan que es más o menos posible predecir las consecuencias en salud mental y física de los sectores de la población más vulnerables e integrar la información disponible de otras pandemias y desastres. Las estrategias de intervención y apoyo psicológico comunitario podrían tener efectos en la reducción de los síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), síntomas depresivos y de ansiedad en adultos durante estos eventos estresantes. Se necesita más investigación basada en evidencia, en particular en el impacto de estas intervenciones en niños y adolescentes durante periodos más largos.

La OPS y la OMS en 2018 han reportado que el uso eficaz de los recursos en salud de cada país tiene una gran importancia, debido a sus limitaciones. En lugar de asignar la mayor parte a los hospitales especializados o psiquiátricos, los países deben dar prioridad al financiamiento de los servicios de salud mental comunitarios y de atención primaria, siguiendo una estrategia equilibrada de atención dirigida a las múltiples fuentes de la carga de enfermedad causada por los trastornos mentales, en los que se incluyen principalmente trastornos del estado de ánimo y suicidio, trastornos causados por el consumo de sustancias y muerte por sobredosis, o accidentes y enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol.

Respecto a la salud mental en el mundo, la OMS

(2018) señala:

- a) El subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad son los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio.
- b) A nivel mundial, la principal causa de discapacidad son los trastornos depresivos.
- c) El segundo subgrupo en importancia como causantes de discapacidad incluye los trastornos de ansiedad, sin embargo, la autoagresión y los trastornos por dolor suponen 1.6% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y 4.7% de los años perdidos por discapacidad (APD).
- d) En general, y debido a enfermedades mentales comunes, América del Sur tiene mayores proporciones de discapacidad. Centroamérica tiene una mayor proporción de discapacidad por trastorno bipolar y trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, y por epilepsia; Estados Unidos y Canadá presentan una elevada carga de discapacidad por esquizofrenia, demencia y trastornos causados por el consumo de drogas.
- e) Los países con mayores ingresos gastan una gran parte de sus presupuestos de salud en los servicios de salud mental y reportan gastos más eficientes, alejándose de los hospitales neuropsiquiátricos y trabajando más con visión comunitaria. Los países de ingresos

menores parecen agravar su falta de recursos al asignarlos a hospitales neuropsiquiátricos especializados y pocas veces buscan financiar servicios comunitarios para la atención de la salud mental.

- f) Se pueden hacer mejoras sustanciales al priorizar el financiamiento de los servicios de salud mental comunitarios a pesar de las limitaciones que afectan los presupuestos de salud mental en la región de las Américas.

Debido a los efectos de la cuarentena es posible anticipar un aumento de respuestas de ansiedad, estrés e irritabilidad en actividades de la vida diaria, sobre todo en población adulta mayor y en mujeres cuidadoras, jefas de familia y madres solteras. Esto incluye situaciones como manejar o utilizar ciertos equipos electrónicos, cambio de rutinas cotidianas y la consideración de otras formas de cuidados para la salud. Además, es posible que se presenten comportamientos obsesivos por la limpieza y la seguridad, así como agresividad de diferentes tipos sobre todo hacia las mujeres y personas con discapacidad. Hay que tomar en cuenta que, en el caso de las personas mayores y las personas con discapacidad, cierto tipo de actividades cotidianas de la vida diaria son fuente de estimulación natural que tiene beneficios en la salud, sin embargo, el encierro, el aislamiento y la distancia social pueden tener efectos

negativos en el bienestar y la salud mental de estas personas.

En las condiciones actuales se requiere estar atentos a una trampa común en la que caen familiares y responsables de la persona afectada en su salud mental, incluso el personal de salud. Esta trampa es de tipo conceptual y cognitivo. La familia y responsables suelen expresar que su familiar o paciente no entiende, que ya han hablado con ella o él pero que sigue igual o responde con violencia. Este tema es recurrente y frustrante, piensan que hablando se deben arreglar las cosas y esto no sucede en muchos casos, menos en el de las demencias, psicosis, esquizofrenias y trastornos obsesivos compulsivos.

4.3.1 Salud mental por covid-19 en personas con discapacidad

Desafortunadamente, todavía se llega a pensar que una persona con discapacidad es una persona enferma, es decir, se asume que la discapacidad es una enfermedad. Hoy se puede tener una discapacidad y ser una persona saludable, o tener discapacidad y padecer alguna enfermedad, ya sea física o mental. Las personas con discapacidad pueden tener una vida independiente según el tipo de discapacidad que tengan. En este sentido, es claro que las personas con discapa-

cidad se pueden ver afectadas por cualquier tipo de padecimiento físico o mental y según el tipo de discapacidad las afectaciones por padecimientos mentales se complicarán de diferente forma, como lo ha mostrado la pandemia por covid-19.

La OMS (2020c) ha señalado que las personas con discapacidad pueden correr un riesgo mayor de contraer covid-19 debido a los siguientes factores:

- a) Obstáculos para emplear algunas medidas básicas de higiene, como el lavado de las manos si los lavabos o lavamanos son físicamente inaccesibles.
- b) Dificultades para mantener el distanciamiento social debido al apoyo adicional que necesitan o porque se encuentran institucionalizadas.
- c) La necesidad de tocar cosas para obtener información del entorno para apoyarse físicamente.
- d) Obstáculos para acceder a la información de salud pública.
- e) Pueden correr un riesgo mayor de presentar cuadros más graves de covid-19 si contraen la infección, porque el virus exacerba los problemas de salud existentes, en particular en los casos con afecciones en la función respiratoria o del sistema inmunitario, o con cardiopatías o diabetes.
- f) Obstáculos para el acceso a la atención

de salud ya sea por distancia, por distribución de los espacios o por la atención personal que pudieran necesitar.

Las personas con discapacidad también podrían verse afectadas de manera desproporcionada por el brote debido a las graves perturbaciones de los servicios de los cuales dependen. Para proteger a las personas con discapacidad, la OMS sugiere algunas medidas:

- a) Reducir la posible exposición a la covid-19, mantener el mínimo contacto con personas y utilizar las tecnologías de información y comunicación.
- b) Poner en marcha un plan que asegure continuidad en la atención y apoyo recibido.
- c) Preparar a los integrantes del hogar por si el cuidador principal se contagia de covid-19.
- d) Atender la salud mental y física de los integrantes del hogar y los cuidadores.

Sin embargo, estas observaciones dejan fuera de las posibilidades reales la atención a grupos campesinos, grupos originarios y cuidadores dedicados al trabajo de pesca y agricultura. Tampoco son propuestas accesibles para familias feminizadas en las que la cabeza de familia es una mujer por lo general trabajadora, madre soltera y cuidadora.

En cuanto a los gobiernos, en el mismo documento la OMS (2020c) propone:

a) Que los gobiernos se aseguren que la información de salud pública y comunicación sea accesible.

b) Tomar medidas dirigidas a las personas con discapacidad y sus redes de apoyo, incluyendo proporcionar apoyos económicos.

c) Tomar medidas dirigidas a los prestadores de servicios para personas con discapacidad.

Esto incluye la vinculación con funcionarios de las dependencias gubernamentales que atiendan a las personas con discapacidad y a las organizaciones de la sociedad civil.

Respecto a las medidas del personal de salud se sugiere:

- a) Asegurarse de que la atención por covid-19 sea accesible, asequible e incluyente.
- b) Ofrecer servicios de telesalud para personas con discapacidad.

En este caso se podría incluir que el personal aprenda a leer los escenarios para identificar posibilidades reales de la atención y apoyo que se pueda brindar.

Para los prestadores de servicios a personas con discapacidad se recomienda:

- a) Elaborar e implementar planes de continuidad de servicios.
- b) Mantener comunicación frecuente con las personas con discapacidad y sus redes de apoyo.

- c) Reducir posible exposición a la covid-19.
- d) Procurar brindar suficiente apoyo a personas con discapacidad que tengan necesidades complejas.

Las propuestas de medidas para la comunidad de las personas con discapacidad son:

- a) Tomar medidas básicas de protección que debe adoptar el público en general.
- b) Hacer ajustes laborales flexibles y control de riesgos de infecciones.
- c) Brindar mayor acceso de los grupos vulnerables a comercios.
- d) Proporcionar apoyo adicional que deben brindar familiares, amigos y vecinos a una persona con discapacidad.

En este caso se recomienda dar apoyos escalonados para evitar que el cuidador principal colapse. Estos apoyos deberán cumplir todas las recomendaciones básicas.

Lizama (2020) hace una serie de observaciones a lo planteado hasta el momento porque las determinaciones se han tomado desde los protocolos de urgencias no corresponden a los pocos recursos médicos disponibles y la saturación de los servicios médicos. Las decisiones hacen a un lado a personas con discapacidad permanente, al evaluarlas como prescindibles, poco útiles o deficientes, criterios claramente discriminatorios y eugenésicos. Reconoce que la OMS ha respondido

a estas inquietudes al publicar una serie de recomendaciones de atención ante la contingencia, en específico para personas con discapacidad, pero no se tiene idea de su impacto en la sociedad.

Las mujeres con discapacidad durante el confinamiento están más expuestas a la violencia doméstica, a sufrir abusos o maltrato y a la sobrecarga si son cuidadoras de otras personas. Esto es un buen ejemplo de lo que se representa en la Figura 4.1. Se requiere tomar medidas específicas para personas con discapacidad en situación de calle, que carecen de domicilio y en la mayoría de las ocasiones también de documentos de identidad, y para personas mayores de 60 años con discapacidad. Por otra parte, están las personas con discapacidad institucionalizadas en dependencias que no siempre tienen los recursos necesarios o se encuentran privadas de la libertad.

Los planteamientos de la OMS y de Lizama tienen un punto de referencia que, de tomarse en cuenta, puede ser de riesgo para las personas cuidadoras y los responsables. Estas propuestas dicen qué pero no señalan cómo aplicar las medidas. Hay que considerar que la condición de discapacidad de una persona en medios rurales y costeros es diferente de la que se encuentra en medios más urbanizados. Además, no se hace ninguna observación respecto a que parte del problema

de la salud mental, que afecta a la persona con discapacidad y su familia, reside en una relación familiar que ya está comprometida, que ha dejado de ser funcional o nunca lo fue funcional. Se debe capacitar al personal de salud para orientar, y en su caso contener, los conflictos familiares.

4.3.2 Salud mental por covid-19 en personas adultas mayores

Ojeda y de Cosío (2020) plantean que en general, luego de 72 horas de aislamiento, se han reportado efectos psicológicos negativos que incluyen confusión, enojo, agotamiento, desapego, ansiedad, deterioro del desempeño y resistencia a trabajar, y en algunos casos pueden llegar a trastorno de estrés postraumático y depresión. Muchos de los síntomas se relacionan con los temores de infección, frustración, aburrimiento, falta de suministros o de información, pérdidas financieras y el estigma. En este caso, es necesario considerar apartados particulares para diferentes situaciones vinculadas a las personas mayores.

4.3.2.1 Personas que cuidan de adultos mayores

Los adultos mayores son particularmente vulnerables a la covid-19 dadas sus fuentes de información limitadas, sistemas inmunitarios más débiles y la tasa de mortalidad más alta por el coronavi-

rus, sobre todo en los casos afectados por diabetes o hipertensión. Ojeda y de Cosío (2020) recomiendan a la OMS que las personas cuidadoras de adultos mayores:

- a. Les suministren apoyo práctico y emocional. En especial si tienen algún deterioro cognitivo o demencia, pueden estar más ansiosos, enojados, estresados, agitados y retraídos.
- b. Transmitan información sencilla acerca de lo que está pasando, cómo reducir el riesgo de infección y ayudar a practicarlo. Que repitan la información cada vez que sea necesario. Puede resultar útil hacerlo por escrito o con imágenes.
- c. Alienten a sus familiares o amigos a llamarlos con regularidad y enseñarles cómo utilizar las videollamadas.

4.3.2.2 Adultos mayores que viven solos

- a. Si usted padece alguna enfermedad, asegúrese de tener acceso a todos los medicamentos que requiera.
- b. Active sus contactos sociales para que, en caso de ser necesario, le brinden ayuda.
- c. Esté preparado y sepa de antemano dónde y cómo obtener ayuda si la necesita, como llamar a un taxi, recibir comida o solicitar atención médica.

- d. Aprenda ejercicios físicos simples que pueda realizar a diario en su casa para mantener la movilidad y reducir el aburrimiento.
- e. Mantenga la rutina y los horarios habituales en la medida de lo posible o desarrolle nuevas rutinas u horarios, incluido el ejercicio regular, limpieza, tareas domésticas diarias y otras actividades, como cantar y bailar.
- f. Mantenga contacto regular con sus seres queridos por los medios que tenga a disposición.
- g. Invite a sus familiares o amigos a llamarlo con regularidad y que le enseñen cómo utilizar las videollamadas.
- h. Aprenda cómo utilizar los equipos de protección personal, como tapabocas, gel y caretas.

Se debe señalar que los planteamientos expresados por Ojeda y de Cosío (2020) se quedan cortos en cuanto al alcance de sus posibilidades. Si bien gran parte de la población adulta mayor contemporánea ha vivido crisis y desastres, no hay ningún evento que se compare con la pandemia de covid-19. Tampoco basta con considerar que las principales afecciones que causa la pandemia y el confinamiento son la ansiedad, la depresión, el aislamiento y la irritabilidad. Hay otras afecciones que se deben tomar en cuenta, como la sensación de pérdida de control de la vida personal.

Una de las primeras observaciones sobre los efectos en la salud mental es que las personas mayores entran en un estado de confusión al no tener claridad de las condiciones de riesgo en las que se encuentran. Las personas mayores tratan de llevar su vida diaria como siempre y no saben cómo actuar ante las restricciones. En este caso es necesario diferenciar que las condiciones del aislamiento difieren según el estilo de vida que se haya tenido. Hay indicios de que las personas acostumbradas a las muchedumbres o las convivencias familiares frecuentes tienen más dificultad para soportar el aislamiento y la distancia social. Las personas con un estilo de vida más solitario, pero saludable, parecen llevar mejor esta situación, sobre todo si cuentan con un proyecto de vida personal, que hace de la soledad un recurso y no una carencia.

Un asunto diferente es el contacto físico, pues hombres y mujeres no lo llevan de la misma forma, más aún si se vive en condición de soledad o se es parte de una familia distante o muy cohesionada. El distanciamiento social en adultos mayores también puede causar estados depresivos y una sensación de la llamada soledad no buscada, que es una condición de soledad que no fue elegida por la persona y es relativamente complicada evitarla, pues depende más de las circunstancias que de las elecciones propias.

También hay que considerar que el aislamiento afecta más el estado cognitivo de las personas mayores, más aún cuando hay indicadores de deterioro cognitivo o un estado inicial de alguna demencia. El aislamiento acentúa la monotonía del entorno, disminuyen las fuentes de estimulación cotidiana y natural y, si no se tiene una rutina diaria saludable, se reduce la movilidad y se llega a una rutina no saludable. La experiencia clínica pone en evidencia que la cuarentena y la distancia social en familias cuidadores de adultos mayores con cáncer, demencia, Parkinson y alguna discapacidad para bañarse, caminar o alimentarse, incrementan la inmovilidad y restricción no sólo de la persona mayor sino de toda la familia.

Todos estos casos se complican cuando las familias se componen de parejas mayores, de parejas de algún padre y un hijo que también es mayor, o de familias con tres integrantes, incluida la persona mayor. Estas condiciones suelen generar ideas suicidas o violencia no manifiesta de forma directa (Quintanar, 2011).

4.3.3 Salud mental por covid-19 en mujeres

La vulnerabilidad de la mujer tiene muchas caras, una de ellas es la violencia doméstica que puede ser física, verbal, psicológica, económica y sexual. A eso debemos agregar las presiones del rol

social y familiar, de ahí la importancia de la perspectiva de género ante la pandemia de covid-19. Los Estados tienen el deber de considerar en sus políticas adoptadas el avance en la igualdad de género y reconocer el riesgo particular a violaciones de derechos humanos que enfrentan las mujeres por factores combinados con su sexo, raza, etnia, posición económica e incluso la edad, entre otros. Recordemos que la mujer no es vulnerable, más bien es vulnerada, al igual que las personas de otros grupos.

Pizarro (2001) reportó una investigación de Carolin Moser en 1998 en la que utilizó el enfoque de vulnerabilidad/activos en áreas urbanas de Ecuador, Filipinas, Zambia y Hungría, que mostró que frente a los impactos económicos que afectaron a los habitantes de cuatro comunidades, se produjeron reacciones variadas de las familias orientadas a movilizar dinámicamente sus activos en el trabajo con un aumento del trabajo de las mujeres y del tiempo que ellas destinan al cuidado de los niños y a buscar agua limpia en tomas, pozos, arroyos y ríos. En la vivienda se rentaron habitaciones y se establecieron empresas familiares, también se construyeron viviendas en terrenos de los padres para matrimonios jóvenes, y era común que en esos enlaces se formaran porque la mujer ya estaba embarazada. Las mujeres tenían un trabajo asalariado en desventaja respecto al

de los varones, por lo general era en el área de servicios a donde se incorporan con mayor frecuencia que los hombres.

Estas condiciones se agravan al cerrar fuentes de trabajo, como restaurantes, estéticas, bares y centros comerciales, entre otros espacios, por la cuarentena. Esta mayor incorporación a los servicios se vincula a varios factores, como el aumento de los niveles de educación de las mujeres, el creciente número de jefas de hogar y la precaria situación de los hogares pobres que induce al aporte de varios ingresos en la familia (CEPAL, 1998). En esas condiciones, las familias de más bajos ingresos, con menor educación, así como las mujeres y los jóvenes encuentran mayores dificultades para competir en un mercado de trabajo que ha reducido sus espacios, que se ha precarizado y ha exigido el incremento de calidad en el trabajo realizado.

En los ámbitos rurales y comunidades costeras se hacen más notorios los efectos de la migración de los varones, que dejan a las mujeres a cargo de la familia y el hogar que con frecuencia termina en un hogar feminizado, en el que la mujer no puede sentarse a esperar el apoyo que la pareja o los hijos puedan mandar. No es extraño que en los trabajos de campo en comunidades rurales y costeras se encuentren mujeres que atienden a un hijo o familiar y a alguna persona mayor al mis-

mo tiempo. En el caso de las ciudades, también hay condiciones extremas que vulneran más a la mujer, como las de las zonas marginales y carentes de servicios. Por eso es importante tomar en cuenta los enfoques de género, de curso de vida, de determinantes sociales y de complejidad.

4.3.4 Salud mental por covid-19 en personas migrantes

En la actualidad, el tema de la salud mental debe considerar las redes sociales y la migración. Las redes sociales se han convertido en una forma de comunicación factible a pesar de las distancias, que permite a las personas identificarse y ser tomadas en cuenta. La migración es un tema muy viejo con nuevas implicaciones. Para Fuente (2014). los motivos de la migración son económicos, políticos, ideológicos, familiares o religiosos, y la migración pone a prueba la cohesión y el tejido social de las sociedades receptoras. Cuando la migración es masiva suele verse afectada por fenómenos xenofóbicos.

Emigrar es un proceso que conlleva altos niveles de estrés, que puede superar la capacidad adaptativa de las personas y generar el síndrome de adaptación con estrés crónico y múltiple, llamado el síndrome de Ulises.

La migración se caracteriza porque un problema que afecta de forma diferencial a un individuo

termina por convertirse en un problema colectivo. Cada persona de un grupo migrante tiene problemas individuales, pero esos problemas en conjunto adquieren otras dimensiones. Si los objetivos fracasan, se entra en un proceso de duelo en un contexto carente de soportes y cargado de responsabilidades, sobre todo si se emigra con familia. Es un duelo al que se le puede agregar las amenazas de la mafia, grupos de tratantes de personas, redes de prostitución y tráfico de personas, abusos de autoridades o grupos sociales, detenciones, expulsiones del país de destino en el que no se es recibido. En estas condiciones, el deseo de una vida mejor se convierte en una lucha por sobrevivir.

El escenario para trabajar no es sencillo, pues se siente soledad, carencias extremas, miedo, fracaso en el logro de metas y debilitamiento o enfermedad física. Todo se conjuga con un cambio de lenguaje, cultura, ritmos de vida, paisaje y prioridades sociales cotidianas. De la Fuente enfatiza que los migrantes presentan datos clínicos como depresión, sentimientos de culpa, ideación suicida, irritabilidad, nerviosismo, insomnio, preocupaciones recurrentes, cefalea, fatiga crónica, incluso pueden tener sensaciones de despersonalización por fatiga y falta de sueño. Aunque se parecen a los síntomas de estrés postraumático, se recomienda atenderlos como entidades separadas.

Achotegui (2008) plantea que hay una relación directa entre el grado de estrés límite que viven ciertos grupos de inmigrantes y la presencia de sintomatología de su salud mental. Hace referencia al síndrome de Ulises, que se caracteriza por la presencia de un conjunto de estresores o duelos determinados, como la soledad forzada, la indefensión, el miedo, y otros que se presentan de modo crónico, en los que no se cuenta con apoyo social y pueden asociarse a la aparición de un conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental, en el límite de la psicopatología, para la cual sería conveniente la intervención de otros profesionales de la salud mental, como trabajadores y educadores sociales, enfermeros, y no sólo psicólogos o psiquiatras. La intervención de estos profesionales también puede requerirse para adaptarse al retorno al lugar de origen.

Las personas migrantes son candidatas a padecer el síndrome de Ulises, en referencia al héroe griego que pasó innumerables peligros lejos de sus seres queridos y su lugar de origen. Para los países de acogida de migrantes, el conjunto de síntomas que conforman el síndrome de Ulises se ha convertido en un problema de salud mental emergente, en el que se pueden identificar siete prototipos de duelos en la migración, que incluyen la familia y los seres queridos, el idioma, la

cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia y los riesgos para la integridad física. Estos duelos suceden en diferente grado en todos los procesos migratorios, pero no es lo mismo vivirlos en buenas condiciones que en situaciones extremas. En este sentido habría que diferenciar tres tipos de duelo en la dificultad en su elaboración, por lo tanto, en su potencialidad psicopatológica:

- a) Duelo simple: se da en condiciones adecuadas que permiten que pueda ser elaborado.
- b) Duelo complicado: cuando existen dificultades serias para elaborarlo.
- c) Duelo extremo: es tan problemático que no es elaborable por la propia persona, supera las capacidades de adaptación de la persona y sería el duelo propio del síndrome de Ulises.

Los desencadenantes del duelo pueden ser la soledad forzada, que se vive como un gran sufrimiento y suele presentarse sobre todo en la noche, cuando afloran los miedos, los recuerdos y las necesidades afectivas, en especial si se viene de una cultura en la que se valoran mucho los lazos familiares. En segundo lugar, está el fracaso del proyecto migratorio. El sentimiento de desesperanza y fracaso surge cuando el inmigrante no logra siquiera las mínimas oportunidades para salir adelante. El fracaso en soledad pesa mucho

más y se complica. El tercer desencadenante del duelo es la lucha por la supervivencia en situación extrema, en áreas tan importantes como la alimentación y la vivienda, el miedo por los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio, las coacciones de las mafias, las redes de prostitución, el narcotráfico y la corrupción.

Se sabe que en las situaciones de miedo psíquico hay más posibilidades de respuesta que en las de miedo físico, los factores de los estresores potencian su efecto y no suelen presentarse solos, pueden durar de días a años, con diferente intensidad y relevancia. También está la ausencia de sensación de control, si se padece estrés, pero se conoce la forma de salirse de la situación, se reacciona de modo más sereno que cuando no se ve la salida. El último factor es la ausencia de una red de apoyo social. Hay que tener en cuenta que a estos estresores se agregan los clásicos de la migración, que incluyen el cambio de lengua, de cultura, de paisaje, otros componentes de la vida cotidiana, dentro de los cuales podemos incluir el cambio de hábitos y costumbres que suelen llevar a un choque cultural.

A esta larga cadena de dificultades se debe añadir la del sistema sanitario, que debería ayudar a estas personas, pero no siempre cuenta con lo necesario, a veces el personal tiene prejuicios y otras veces la sintomatología del migrante es

diagnosticada erróneamente como trastornos depresivos, psicóticos, enfermos orgánicos, y otros más dentro del cuadro psiquiátrico, lo que conduce a tratamientos inadecuados o dañinos. También hay gasto sanitario innecesario que conlleva a un manejo inadecuado de recursos. Además, el inmigrante padece toda una sintomatología que tiene un efecto incapacitante. Estas personas tienen la salud como uno de sus capitales básicos, pero comienzan a perderlo (Achotegui, 2009).

En la atención a la salud mental de las personas migrantes hay síntomas que deben ser entendidos por áreas en el contexto, para atender la salud mental más que psiquiatrizar la afectación. La sintomatología no puede interpretarse aislada, se debe considerar a partir del contexto en el que surge, pues en el caso de las personas migrantes puede haber diferencias culturales. En la Tabla 4.2 se muestran las áreas a considerar y los síntomas que las integran.

Tabla 4.2. Sintomatología por áreas de reconocimiento

Área Depresiva	Área de la ansiedad	Área de somatización	Área confusional
Tristeza Llanto Culpa Ideas de muerte	Tensión Nerviosismo Irritabilidad Insomnio Preocupaciones excesivas y recurrentes	Cefaleas Fatiga Malestar osteomuscular molestias abdominales y torácicas	Sensación de fallos de la memoria Fallas de la atención Sensación de estar perdido Perdersse físicamente Desorientación temporal

Fuente: Elaboración propia.

Achotegui menciona que los síntomas no son exclusivos de la condición de migrantes; en general, en el área depresiva los últimos dos síntomas varían mucho según la cultura. Un factor que protege de modo significativo de las ideas de muerte a los inmigrantes es la intensidad de sus sentimientos religiosos.

En el caso de la sintomatología del área de la ansiedad, hay un enorme cúmulo de sentimientos opuestos que es difícil integrar. Se requiere una gran capacidad de insight para entender y procesar tantas emociones. En el caso del insomnio, suele haber complicaciones agravadas por las pésimas condiciones de las viviendas que habitan, así como los ambientes húmedos, excesivamente calurosos en verano y fríos en invierno, la existencia de ruidos, mala ventilación y malas condiciones de higiene y servicios básicos.

En el área de la somatización, los malestares físicos no van aislados. Las cefaleas y la fatiga pueden estar vinculadas al insomnio y la tensión. Los malestares físicos pueden comprometer otro tipo de padecimientos corporales o enmascarar padecimientos que no se han reconocido.

En el área confusional, la migración en situación extrema favorece condiciones de desconcierto, hay muchas mentiras o medias mentiras, fabulación, secretos e incluso rumores en las relaciones familiares. El inmigrante apenas explica la verdad

a los suyos para que no sufran por él. Estamos en el área de la salud mental más que en el área de la psiquiatría. La primera es más amplia que el área de la psicopatología y la psiquiatría, por eso desde la perspectiva psicológica, se considera que la migración es un acontecimiento de la vida que, como todo cambio, supone una parte de estrés que se denomina duelo migratorio. El síndrome de Ulises se halla inmerso en el área psicosocial de la prevención sanitaria y la salud mental más que en el área del tratamiento. La intervención tendrá por objeto evitar que las personas que padecen el cuadro empeoren y lleguen a padecer un trastorno mental (Achotegui, 2009), e interpreten sus desgracias como una mala suerte provocada por la brujería, la magia, la hechicería (Achotegui, 2008).

Los síndromes psiquiátricos son fenomenológicamente universales, pero en su origen la expresión clínica está determinada por factores culturales. Como fenómeno, la inmigración es un factor generador de estrés y supone riesgo para el desarrollo de patología mental. Martínez y Martínez (2006) encontraron que las diferencias idiomáticas y la restricción en el acceso a recursos y servicios sanitarios, suponen un obstáculo de primer orden que debe ser superado mediante políticas sanitarias que aboguen ya sea por superar la discriminación por segregación o por la integración.

Para estos autores, las diferentes formas culturales de considerar los síntomas y la enfermedad condicionarán el proceso diagnóstico y terapéutico. La clínica psiquiátrica se enfrenta a un nuevo reto diagnóstico y terapéutico en el que han de superarse barreras etnoculturales individuales y colectivas, sociales y biológicas.

Achotegui (2009; 2008) señala la necesidad de diferenciar el síndrome de Ulises de otras afecciones, por ejemplo, el trastorno por estrés posttraumático. Lo que se ha descrito hasta el momento tiene algunas similitudes con éste. En los pacientes con síndrome de Ulises están presentes el miedo o terror. La soledad, el sentimiento de fracaso y la lucha por la supervivencia no tienen nada que ver con el concepto de trastorno de estrés posttraumático. Lo que tienen en común es la respuesta al miedo, un estresor presente en muchas situaciones de riesgo. Achotegui piensa que al delimitar el síndrome de Ulises se contribuye a evitar que estas personas sean incorrectamente diagnosticadas como depresivos, psicóticos o alguna otra afección, al no existir una denominación a su padecimiento. Los errores en diagnósticos se convierten en nuevos estresores para los inmigrantes. Decir que a estas personas no les pasa nada a nivel psicológico, sería no aceptar la realidad de sus numerosos síntomas y discriminarles una vez más.

Ante las situaciones de estrés a las que hacen frente los inmigrantes es previsible que haya un mayor riesgo de alcoholismo, psicosis u otros problemas de salud mental. Tratar a un inmigrante psicótico, con déficit de apoyo social, dificultades de comunicación lingüística, cultural, etc., es muy difícil, por lo que la prevención es fundamental con estas personas que padecen situaciones extremas. En la atención a la salud mental de los migrantes, la intervención deberá ser fundamentalmente de tipo psicoeducativo y de contención emocional, por lo que el trabajo sobre el síndrome atañe no sólo a psicólogos médicos o psiquiatras, también corresponde a trabajadores sociales, enfermeros, educadores sociales y otros profesionales asistenciales.

Los problemas de salud mental no son independientes entre los grupos en condición de vulnerabilidad. Llega el momento de pensar en los vulnerables de los vulnerables, que podrían llamarse metavulnerables, pues las personas y los grupos pueden ser vulnerados en distintos grados y aspectos de su vida.

En el caso de las Américas y el Caribe, en el momento de la pandemia por covid-19, los grupos de migrantes se convierten en un foco de atención para el crimen organizado en el tráfico de personas. Además, la pandemia va evidenciar la debilidad de los sistemas de salud nacionales, la

inutilidad de la estrategia del cierre formal de las fronteras y la necesidad de mucha gente de migrar. El crimen organizado va a desempeñar un papel importante al ofrecer estrategias para cubrir la demanda de desplazamiento de migrantes apoyándose en estructuras desde México hasta Estados Unidos y Canadá. Barrachina (2020) señaló que al momento de escribir su reporte no se había notado una disminución significativa del flujo de migrantes y que Honduras, Costa Rica y El Salvador fueron de los países centroamericanos que respondieron de forma oportuna al riesgo; no así Nicaragua, que no había puesto en práctica las recomendaciones de la OMS y la OPS.

4.4 Recomendaciones preliminares

Las pandemias suelen relacionarse con innumerables estresores psicosociales, como separación de amigos y familiares, ajustes en las rutinas, cambios en los tiempos y espacios personales, pérdida de empleos y aislamiento social. El surgimiento de la covid-19 hacia finales de 2019 ha traído consigo muchos de esos estresores, en particular ansiedad, depresión, insomnio y temores generales. La tasa de trastornos mentales es aún más alta en personas contagiadas y en los trabajadores de salud que día a día tratan a personas con covid-19. Se han identificado algunos

factores de riesgo, como tener puntuaciones altas en ansiedad rasgo, ser mujer y haber estado cerca de personas contagiadas (Martínez, 2020).

Bao y colaboradores (2020) presentan un modelo de toma de decisiones ante el impacto de la pandemia. El modelo consta de cinco niveles para población en general, pero es posible retomar sus propuestas y complementarlas con un sexto nivel para las personas en grupos vulnerables, como se expone en la tabla 4.3.

Tabla 4.3. Modelo básico de toma de decisiones ante la pandemia por COVID-19

Nivel	Rubro	Actividad
1. Evaluación	Evaluar la información que se comunica con la población	Proporcionar, en todos los medios posibles, información que sea confiable, basada en evidencia y entendible por el público general.
2. Mantenimiento	Mantener activos y funcionales los apoyos sociales	Procurar que los apoyos vitales, y las redes sociales, como familia, amistades, compañeros de trabajo, miembros de iglesias continúen activamente comunicándose por diversos medios.
3. Reducción	Reducir posibles estigmas alrededor de estereotipos de la pandemia	Combatir mitos, falacias y teorías de conspiración que muchas veces crean un ambiente de suspicacia y culpas.
4. Aseguramiento	Llevar una vida lo mas normal y segura posible	Poner énfasis en la protección personal de la familia y del personal de salud, mientras se continúa una vida lo más cercana a la normalidad y manteniendo estilos nuevos de vínculos y trabajos.
5. Utilización	Utilizar los servicios privados y gubernamentales que permitan la recuperación emocional de las personas	Orientar a la ciudadanía en diversas opciones para manejar y superar sus temores, ansiedades, tristeza e ideas irracionales y catastróficas. Aquí se enfatiza los servicios psicosociales y de psicoterapia a distancia.
6. Reforzamiento	Solicitar y corresponder en la ayuda cuando sea necesario continuando con lo cotidiano en la vida diaria	Dar continuidad a lo que ha funcionado para la persona en sus actividades diarias manteniendo comunicación regular con las personas que le pudieran apoyar en caso necesario, pero también reconocer que uno mismo puede ser apoyo para alguien más.

Fuente: Tabla adaptada del modelo original de cinco niveles de Boa y cols. 2020..

En función de lo revisado hasta el momento se pueden presentar algunas recomendaciones preliminares para la atención a la salud mental de los grupos en condición de vulnerabilidad. Retomando lo planteado al principio de este documento, es indispensable que la salud mental sea planteada según el enfoque de los determinantes sociales para llevar a la salud mental más allá del entorno de la psicopatología y la psiquiatrización.

4.4.1 Recomendaciones origen de la condición de vulnerabilidad

Antes de brindar una atención más amplia, se recomienda identificar cómo ha llegado la persona a la condición de vulnerabilidad. En lo posible, la propia persona debe participar en la toma de decisiones con lo que se promovería que retomara el control de su vida. También se debe identificar la naturaleza de las relaciones interpersonales, sociales y familiares en las que se encuentre la persona a atender. Se recomienda identificar estresores sociales y antecedentes psiquiátricos o de problemas de comportamiento y ayudar a la persona afectada a conocer la situación que se le presenta y las implicaciones de su estado.

4.4.2 Recomendaciones por contexto en el que se encuentra la persona o grupo

Hay que procurar definir y diferenciar las condiciones en las que se encuentra la persona y su contexto de origen. Se recomienda identificar si las recomendaciones que se le han brindado pueden ser ejecutadas en su entorno y si son las que necesita. Es necesario diferenciar si vive en un ambiente desértico rural, selvático, costero, urbano marginal o de otro tipo. Es pertinente identificar si la persona cuenta con los elementos para recuperar su salud mental y su integración social. En lo posible, hay que reconocer riesgos a la salud mental en el nuevo escenario, además de activar y/o fomentar las redes de apoyo social.

4.4.3 Recomendaciones por tipo y forma de afectación a la salud mental

Se requiere identificar y diferenciar si la afección a la salud mental ha llevado a la condición de vulnerabilidad o es resultado de la condición que vulnera. Además, se debe conocer el origen y tipología que caracteriza el padecimiento que afecta la salud mental, y si la afectación en la salud mental es individual o se comparte en el grupo o la familia. También se debe distinguir si es necesario

brindar tratamiento farmacológico o es suficiente uno no medicamentoso. Se requiere generar mecanismos de información y comunicación con la comunidad, cuando sea necesario, para orientar a los involucrados en cómo actuar en las situaciones como las pandemias, crisis o desastres. Por último, se recomienda orientar a familiares y responsables sobre los problemas de salud mental y sus implicaciones, y orientar a familiares y responsables sobre posibles decisiones que pudieran tomar.

4.4.4 Recomendaciones por tipo de grupo en el que se encuentra la persona en condición de vulnerabilidad

En el caso de la discapacidad, se recomienda comentar con la persona afectada cómo su condición afecta a la familia y, que en lo posible, ella misma exprese en qué puede apoyar. Si la persona tiene discapacidad extrema o múltiple es necesario dedicarle tiempos cortos a tareas o actividades de estimulación variada y explicarle lo que se está haciendo. La experiencia clínica ha mostrado que esto es muy útil en la cuarentena y no implica grandes gastos.

En el caso de la persona adulta mayor, es recomendable hablar con ella, en sus estilos de comunicación. Esto es importante porque muchos

conflictos con personas mayores suceden por lo repetitivo de su discurso, del que no se dan cuenta. También es conveniente tener actividades cotidianas, culturales y recreativas que faciliten una convivencia intergeneracional natural. Se deben evitar actividades que evoquen añoranzas que afecten el estado de ánimo o que se repitan sin sentido.

En el caso de las mujeres también es recomendable orientarlas acerca de las afectaciones en la salud mental que pueden padecer ellas mismas y las personas que atienden. Es recomendable enseñarles estrategias de toma de decisiones y solución de problemas, que son recursos propuestos por la psicología cognitivo-conductual. En el contexto de la pandemia por covid-19 también es necesario brindarles soporte para que no sobrevaleen su esfuerzo y sacrificio.

Para las personas migrantes se recomienda el uso de estrategias de afrontamiento, para que aprendan a manejar y respetar los espacios vitales de ellos y de quienes les rodean. Esto implica tener consideración de cómo uno mismo y los demás deben usar los espacios físicos, los tiempos, los hábitos y los gustos de cada quien. Al mismo tiempo se les puede orientar en el diseño y planeación de metas realistas y alcanzables.

4.4.5 Recomendaciones por posibilidades de temporalidad

Un motivo de preocupación para todas las personas incluidas en este documento es el tiempo. En la atención que se les han brindado, pocas veces se atiende la naturaleza temporal de lo que les afecta y esta preocupación puede agregar más motivos de tensión.

Es importante que las personas con discapacidad, las mujeres en condición de vulnerabilidad, las personas migrantes y las personas adultas mayores reciban orientación sobre cómo manejar los tiempos y momentos para la solución de lo que les afecta, para diferenciar los tiempos de reloj, que uno define, y los tiempos de meta en los que el suceso tiene su propia duración. Cuando se tienen tiempos programados, se recomienda desarrollar acciones que lleven a la actualización constante de la evolución de cada situación particular. Es importante que las personas pongan su mirada y experiencia al día.

4.4.6 Dosificación del control del propio comportamiento en actividades de la vida diaria

En correspondencia con el punto anterior se debe procurar identificar aspectos concretos que dan a las personas en grupos vulnerables la sensación de que han perdido control, presencia o autoridad. Al hacer cambios y ajustes de espacios se debe procurar conservar los propios que puedan

ser utilizados como un área para un retiro personal. También se debe definir tiempos personales para un respiro individual.

4.4.7 Reconocimiento del riesgo de control y manipulación social

Todas las personas en condición de vulnerabilidad están expuestas, en mayor medida, a encontrarse con personas o grupos que ejercen presión política, religiosa o social, con aparentes buenas intenciones, que esconden la finalidad de utilizarles para diversos fines, y el aislamiento social por la covid-19 puede ser un pretexto para esto. Se debe procurar cuidar que las personas mayores que viven solas o son cuidadoras cuenten con apoyos vecinales ante el riesgo de visitas y mensajes no adecuados. Se recomienda trabajar en generar mecanismos de vigilancia social o vecinal que alerten de la presencia de grupos o personas ajenas al entorno cotidiano y que busquen influir en las condiciones de personas reconocidas como vulnerables. Si las personas en grupos vulnerables reciben presentes o regalos, es importante averiguar de dónde se les envía, quién lo hace y con motivo de qué, no se recomienda aceptarlos sin información de su origen.

4.4.8 Reconocimiento de las personas

Para identificar posibilidades de atención a las personas, sobre todo las mayores, es necesario reconocer su género, nivel educativo, ocupación, credo religioso, tipología familiar, organización y dinámica que tiene la familia, tipo de entorno en el que se encuentran, condiciones de salud y sus antecedentes patológicos, estilo de vida diaria, habilidades y pasatiempos, así como las redes sociales con las que puede contar. Las recomendaciones que aquí se brindan son puntos de referencia y buscan complementar las que ya han brindado organismos como la OMS y la OPS.

5. ACCESO A MEDICAMENTOS Y PROPIEDAD INTELECTUAL EN TIEMPOS DE COVID-19

Jorge Luis Ordellin Font

Especialista de la Comisión Americana Jurídico Social (CAJS)

CISS

5.1 Introducción

La pandemia de covid-19 ha demostrado la necesidad de garantizar acceso global transparente, equitativo y oportuno a instrumentos preventivos, pruebas de laboratorio, reactivos, materiales de apoyo, suministros médicos esenciales, nuevos diagnósticos y demás medicamentos, que deben ser seguros, asequibles y eficaces. El acceso a medicamentos es una necesidad a la que hay que responder no sólo desde cada Estado, sino también de forma global. Constituye una demanda global fomentar capacidades de desarrollo, fabricación y distribución de los diagnósticos, tratamientos y vacunas para enfrentar la pandemia provocada por el nuevo coronavirus, así como la colaboración entre los sectores públicos y privados, evitar la guerra de precios, superar los impedimentos para la circulación de estos insumos, revertir las deficiencias en las instalaciones médi-

cas y garantizar la preparación del personal de la salud, entre otras medidas.

La pandemia ha demostrado que un modelo distinto debe ser enarbolado. La situación debe verse como una oportunidad para replantear el modelo de investigación y desarrollo (I+D) de productos farmacéuticos y otras tecnologías para responder a los problemas de salud de todos los países, sin importar su nivel de desarrollo. Es necesario concebir un modelo sustentado en la salud y no en intereses comerciales. Autores como Velásquez (2020) proponen que este modelo se desarrolle bajo el mandato de la OMS, en específico al amparo del artículo 19 de la Constitución de este organismo internacional.

El ecosistema de innovación del sector farmacéutico es complejo, engloba actores con intereses y perspectivas diferentes; sin embargo, debe ser claro que hoy es insostenible. Este modelo se sustenta hoy en el esquema: investigación (privada o pública) - patentes (monopolio legal) - precios altos - acceso restringido. Presenta innumerables deficiencias, entre las que se pueden mencionar: 1) falta de transparencia de los costos de I+D; 2) disminución neta de la innovación farmacológica en los últimos años; 3) precios altos que restringen el acceso; 4) fragmentación y falta de coordinación, y 5) desperdicio y superposición (Velásquez, 2020).

No son pocas las organizaciones internacionales, los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil, las empresas y demás actores que promueven otra forma de innovación, sustentada en la publicación de datos científicos y especificaciones técnicas, patentes, libre acceso a la información, la responsabilidad social de las empresas y las organizaciones. Un ejemplo de estos esfuerzos comunes ha sido la recaudación de 7 300 millones de euros por la Unión Europea para financiar la investigación de una vacuna contra la covid-19. Esto corrobora que existen otras estrategias, incentivos y sistemas de innovación disponibles para la búsqueda de vacunas, tratamientos y curas. En otras palabras, no existe un modelo único, como nos han querido imponer históricamente. Es importante reconocer que este modelo no se contradice con la propiedad intelectual, que adquiere particular importancia para garantizar el acceso a nuevos medicamentos. La propiedad intelectual es parte de los incentivos de los sistemas de innovación y puede convivir con otros incentivos, no son antagónicos. Sin embargo, no puede desconocerse que bajo determinadas circunstancias y cuando su uso no es apropiado constituye una barrera al acceso transparente, equitativo y oportuno de diagnósticos, terapias, medicamentos y vacunas de calidad, seguros, asequibles y eficaces.

Es importante que sean tomadas las previsiones legales, políticas y económicas necesarias para que los tratamientos efectivos, se enfrente a la menor cantidad de barreras que impidan su acceso. Ello significa que los Estados deben tener en cuenta la mayor cantidad de mecanismos, herramientas e iniciativas posibles para superar cada uno de los obstáculos identificados o por identificar durante el proceso, evaluando diversos escenarios.

En correspondencia con esta situación, el presente apartado tiene como objetivo analizar los mecanismos de la propiedad intelectual que podrían tomarse en cuenta para superar las barreras de acceso para el enfrentamiento de la covid-19.

5.2 Acciones internacionales

Otra verdad que ha sido revelada a partir de la pandemia es la necesidad de la intervención del Estado para que el enfrentamiento sea efectivo, en general en los sistemas de salud. Se precisa de un Estado capaz no sólo de entender la complejidad de los procesos relacionados con la salud pública, sino también de determinar su papel en la búsqueda del consenso, de un pacto social que parta del principio de que la salud no es un bien económico susceptible de comercio. Esta idea no significa que no existan intereses económicos y

que se apliquen incentivos para promover la innovación. También debe tenerse en cuenta que, si bien este tema es una cuestión nacional, precisa de una gobernanza global, en la que se articulen necesidades e intereses foráneos, que deben ser compatibles con las necesidades nacionales.

Por ejemplo, durante la pandemia de la covid-19 algunos países prohibieron la exportación de productos e implementos médicos, como las mascarillas, mientras otros aplicaron restricciones, como limitar el volumen de los productos que podían ser exportados, o impusieron el requisito de solicitar nuevas autorizaciones, todo con el objetivo de garantizar los medicamentos para sus nacionales. Dado que la pandemia es un flagelo global, cualquier restricción que se imponga en las cadenas de suministros tiene incidencia también en el país que las impone.

En este sentido, el 20 de abril de 2020 la Asamblea General de Naciones Unidas, en su septuagésimo cuarto periodo de sesiones, adoptó la Resolución 74/274, “Cooperación internacional para garantizar el acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo médico con los que hacer frente a la covid-19”. Este instrumento reconoce que el acceso equitativo a los productos sanitarios es una prioridad mundial; en consecuencia, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de los productos sanitarios de calidad

garantizada son fundamentales para hacer frente a la pandemia.

Como se reconoce en la Resolución, es necesario que los Estados aumenten la financiación de la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos, y la cooperación científica internacional, incluido el sector privado, siempre y cuando sean respetados los objetivos de eficacia, seguridad, equidad, accesibilidad y asequibilidad (apartado 3). El instrumento también hace un llamado a evitar, dentro de los marcos jurídicos vigentes, la especulación y la acumulación indebida de medicamentos esenciales y demás dispositivos necesarios que puedan obstaculizar su acceso (apartado 4). Un aspecto que merece ser destacado es el reconocimiento del acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo médico necesarios para hacer frente a la covid-19 (apartado 5). Sin embargo, es importante recordar que este tipo de instrumento internacional no tiene efectos prácticos en los países ni en la vida de las sociedades, más allá del reconocimiento internacional, esto se debe a que las resoluciones de la ONU no son vinculantes.

La OMS presentó y aprobó “La respuesta de covid-19”, en su 73 Asamblea General, en la que solicita el acceso universal oportuno y equitativo y la distribución justa de todas las tecnologías y productos de salud que se consideren esencia-

les que deben ser de calidad, seguros, eficaces y asequibles. Igualmente reconoce el papel de la inmunización extensiva contra la covid-19 como un bien público mundial para la salud, en particular en la prevención, contención y detención de la transmisión para poner fin a la pandemia (apartado 6). El reconocimiento de la vacuna o del tratamiento como un bien público global ha adquirido particular trascendencia por la connotación que tiene a nivel internacional y de respeto de los derechos humanos. Con ello se reconoce que todos los seres humanos sin condición de género, raza, posición económica, nacionalidad u otro elemento distintivo deberán tener acceso al medicamento. Internacionalmente constituye el compromiso de los Estados de garantizar dicho acceso bajo estas condiciones.

“La respuesta de covid-19” reafirma la necesidad de eliminar los obstáculos injustificados, incluyendo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC) y las flexibilidades dentro de la Declaración de Doha sobre los ADPIC (Declaración de Doha) (apartado 4), y de impulsar la colaboración para promover la investigación y el desarrollo de medicamentos financiados por el gobierno y el sector privado, incluida la innovación abierta. Se ratifica que los Estados miembros, la sociedad ci-

vil y el sector privado deben identificar y brindar opciones que respeten las disposiciones de tratados internacionales, incluidas las disposiciones del acuerdo sobre los ADPIC y las flexibilidades confirmadas por la Declaración de Doha.

Otro aspecto que destaca en la Resolución es la propuesta de implementar mecanismos para la agrupación y licenciamiento voluntario de patentes. Se considera que esta es una forma viable para facilitar el acceso oportuno, equitativo y asequible a ellas, de conformidad con las disposiciones de los ADPIC y las flexibilidades dentro de la Declaración de Doha (apartado 2). La Resolución considera imprescindible trabajar en colaboración con todos los niveles para desarrollar, probar y ampliar la producción de diagnósticos, terapias, medicamentos y vacunas seguros, efectivos, de calidad y asequibles para enfrentar la covid-19, incluidos los mecanismos como el “Acelerador del acceso a las herramientas contra la covid-19 (ACT)” y “La respuesta global de coronavirus”. De manera general y pese a la oposición de algunos países, como Estados Unidos, la Resolución sienta las bases para replantear el modelo de innovación en la industria farmacéutica y el papel que debe desempeñar la propiedad intelectual.

Pese a los esfuerzos y al reconocimiento de la comunidad internacional lo cierto es que la aceptación de estas condiciones no es unánime. La

industria farmacéutica representada por la Federación Internacional de Farmacéuticos, (IFPMA, por sus siglas en inglés) manifestó su desacuerdo con el llamado a la acción para garantizar el acceso equitativo de conocimiento, tecnología y datos de salud en el enfrentamiento de la covid-19. En este sentido, esta organización considera que prácticas como la propuesta implican un desincentivo a la colaboración entre innovadores biofarmacéuticos y gobiernos, universidades y otros socios de investigación para acelerar el progreso en las necesidades médicas insatisfechas más apremiantes (IFPMA, 2020).

Estados Unidos manifestó su desacuerdo con la propuesta por considerar que el lenguaje utilizado en la propuesta de Resolución no correspondía con el negociado en el Acuerdo de los ADPIC y la Declaración de Doha de 2001. A juicio de su delegación, la propuesta enviaba un mensaje equivocado a los innovadores y al papel que desempeña la propiedad intelectual para incentivar el desarrollo de productos de salud nuevos y mejorados.

El mismo cuerpo diplomático consideró que el consorcio de patentes, aun cuando fuera voluntario, debía aplicarse a mecanismos e innovaciones existentes y no a los creados o nuevos para dar respuesta a la pandemia y adaptados al alcance y duración de las necesidades médicas de la crisis actual. Si bien reconocía el enfoque de co-

laboración para garantizar los esfuerzos mutuos y acelerar el proceso para formular una vacuna, la declaración emitida alentaba a los Estados a comprometerse para encontrar soluciones que logran un mayor acceso a medicamentos y dispositivos médicos de alta calidad de forma asequible, segura y efectiva. Se consideró que adoptar un enfoque desequilibrado e incompleto sobre el tema del acceso a los medicamentos y los ADPIC podría provocar una pérdida de la oportunidad de acelerar la investigación, el desarrollo, la distribución y el acceso a precios asequibles y seguros, la calidad y productos efectivos relacionados con la covid-19.

5.3 Propiedad intelectual y acceso a medicamentos

No puede desconocerse que las patentes y otros derechos de propiedad intelectual han coadyuvado a sustentar los intereses comerciales del actual modelo de innovación en la industria farmacéutica. Sin embargo, para Gurry, en su condición de director general de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, existen disposiciones jurídicas internacionales y nacionales que permiten que la propiedad intelectual no sea un obstáculo, si su aplicación es selectiva y temporal. En el apartado quinto de sus consideraciones, el

funcionario reconoce que “tanto a nivel nacional como internacional, el sistema de PI [propiedad intelectual] es consciente de que las emergencias y catástrofes pueden exigir la adopción de medidas que perturben el funcionamiento normal del marco de incentivos en el que se basa el propio sistema durante el período que dure la emergencia o la catástrofe” (Gurry, 2020).

En este sentido surgen múltiples preguntas sobre cómo el sistema de propiedad intelectual puede contribuir a potenciar la innovación, la colaboración científica, la innovación abierta y a compartir los resultados, así como fomentar la alianza entre los sectores público y privado. El sistema de propiedad intelectual tiene mecanismos que le impiden convertirse en una barrera al acceso de medicamentos: en esencia, las licencias obligatorias y el uso público no comercial, que podrían aplicarse a tecnologías patentadas incorporadas en material médico y medicamentos vitales para el enfrentamiento de la pandemia.

En el mundo se ha reconocido que las licencias obligatorias son un instrumento válido para intervenir en la tensión entre los derechos de propiedad intelectual y el derecho a la salud. De manera general, su función dentro del sistema de propiedad intelectual es garantizar el equilibrio entre los intereses de los titulares de patentes y el interés público y de la sociedad. Su aplicación no sólo es

permitida en casos de emergencia nacional, utilidad pública o cuestiones de seguridad, sino cuando se trata de cuestiones de interés del Estado o del público en general para impedir el abuso de derechos (OMPI, 2014: 2).

Sin embargo, es importante tener en cuenta que estas figuras responden tanto a una concepción internacional como nacional de la propiedad intelectual. Por ello, cualquier análisis de estas figuras debe tomar como referencia los mínimos establecidos en los tratados y acuerdos internacionales sobre la materia y las particularidades de la regulación jurídica en cada país.

5.4 Licencias obligatorias y el sistema de los ADPIC

Un análisis rápido de las iniciativas presentadas en el ámbito internacional en materia de acceso a medicamentos y dispositivos médicos para hacer frente a la pandemia tiene como punto común la condición de que su adopción tome en cuenta el cumplimiento de los Acuerdos de los ADPIC. El Anexo 1C del Acuerdo de Marrakech, del 15 de abril de 1994, por el que se establece la Organización Mundial del Comercio, establece un grupo de mínimos sobre el uso de la propiedad intelectual en el comercio global y nacional. Sin embargo, hay que tener en cuenta que entre los derechos y

obligaciones que estos acuerdos establecen existe un conjunto de flexibilidades para garantizar la función social de la propiedad intelectual.

El artículo 30 del Acuerdo establece excepciones a los derechos conferidos sobre las patentes. Según lo previsto, los países podrán prever excepciones limitadas de estos derechos siempre y cuando cumplan con los siguientes requerimientos: 1) no atentar de manera injustificable contra la explotación normal de la patente, y 2) no causar un perjuicio injustificado a los legítimos intereses del titular de la patente.

Cada Estado establece los usos permitidos y los ADPIC reconocen la posibilidad de que se regulen otros usos, sin autorización del titular de los derechos, incluyendo el uso por el gobierno o por terceros autorizados por éste. El artículo 31 establece requerimientos que la legislación de cada país debe cumplir al momento de regular estos y otros usos, y que son cumplidos por la mayoría de las legislaciones nacionales. Sin embargo, esto no quiere decir que la regulación de cada país haya aprovechado los márgenes de actuación que el artículo prescribe y que estos mecanismos se apliquen con certeza.

Entre los requerimientos se pueden mencionar: a) la autorización de usos sólo en función de circunstancias propias; b) intentar obtener autorización del titular en términos y condiciones comercia-

les razonables y en un plazo prudencial, aunque existen excepciones; c) limitación del alcance y duración de los usos a los fines para los que han autorizados; d) uso de carácter no exclusivo; e) imposibilidad de la cesión del uso, salvo con aquella parte de la empresa o de su activo intangible que disfrute de ellos; f) autorización sólo para abastecer el mercado interno principalmente; g) el retiro de la autorización si las circunstancias que dieron origen a ella han desaparecido y no es probable que vuelvan a surgir; h) derecho del titular de los derechos a recibir una remuneración adecuada según las circunstancias propias del caso y según el valor económico de la autorización; i) sometimiento a revisión judicial o por autoridad superior diferente de las condiciones de validez jurídica de la autorización y de la remuneración (art. 31 de los ADPIC).

La práctica demostró que estos requerimientos no eran suficientes para garantizar que los derechos de patentes no se convirtieran en una barrera de acceso a los medicamentos. Como complemento a las disposiciones del Acuerdo, se ha reconocido un grupo de flexibilidades que se encuentran en la Declaración de Doha, adoptada el 14 de noviembre de 2001, en la que se recoge de manera expresa que no puede desconocerse que la propiedad intelectual es importante para el desarrollo de nuevos medicamentos. En específico se de-

clara que los ADPIC no pueden impedir que los países miembros puedan adoptar medidas para proteger la salud pública. El acuerdo deberá ser interpretado y aplicado de manera que apoye el derecho de cada Estado de proteger la salud pública y en particular de promover el acceso a los medicamentos para todos.

En virtud de la Declaración, se reconocen como flexibilidades las siguientes: a) teniendo en cuenta la aplicación de las normas consuetudinarias de interpretación del derecho internacional público, las disposiciones del Acuerdo deben ser leídas a la luz del objeto y fin del Acuerdo; b) el derecho de conceder licencias obligatorias es de cada Estado así como las bases sobre las que éstas se conceden; c) es derecho de cada país determinar lo que constituye una emergencia nacional u otra circunstancia de extrema urgencia, incluyendo aquellas que son consideradas crisis de salud pública, y d) la libertad de cada Estado de establecer un régimen de agotamiento de los derechos de propiedad intelectual.

Otro aspecto importante de la Declaración de Doha, que debe tenerse en cuenta al momento de concebir la posibilidad de aplicación de las licencias obligatorias, es la capacidad de fabricación del sector farmacéutico de cada país. Este criterio también se considera en el artículo 6 de la Declaración de Doha, en específico cuando dichas

capacidades son insuficientes o inexistentes y pueden complejizar la posibilidad de otorgar licencias obligatorias (artículo 6). Como complemento a este artículo, se adoptó la Decisión del Consejo General de los ADPIC, del 30 de agosto de 2003, sobre la aplicación del párrafo 6 de la Declaración de Doha.

La Decisión del Consejo General establece la categoría de miembro importador habilitado para aquellos países miembros que no tengan capacidad para producir productos farmacéuticos. Se entiende como producto farmacéutico cualquier producto patentado o manufacturado mediante un proceso patentado del sector farmacéutico que sea necesario para hacer frente a los problemas de salud pública. En este concepto se incluyen los ingredientes activos necesarios para su fabricación y los equipos de diagnóstico necesarios para su utilización (art. 1 de la Decisión del Consejo General de 30 de agosto de 2003).

La condición de país miembro importador y exportador debe ser habilitada por el Consejo de los ADPIC. A partir de estas condiciones es posible conceder una licencia obligatoria para que un determinado país produzca un producto farmacéutico y lo exporte a un país miembro importador menos adelantado o que haya sido habilitado para importar un determinado producto farmacéutico por no tener capacidades suficientes o ser inexis-

tentes para su fabricación.

En el caso de los países miembros menos adelantados se presume que sus capacidades de fabricación en el sector farmacéutico son insuficientes o inexistentes, sin embargo, el resto de los países que no se encuentre dentro de esta condición pero que no tenga capacidad de fabricación en el sector o sea insuficiente podrá ser autorizado como país miembro importador. Si posteriormente a esta autorización se comprueba que el país tiene la capacidad suficiente para poder realizar esta fabricación deberá dejar de aplicarse el sistema.

El país importador deberá, además, notificar al Consejo de los ADPIC la concesión de la licencia y sus condiciones. Entre otros datos, deben ser comunicados “nombre y dirección del licenciario, el producto o productos para los cuales se ha concedido la licencia, la cantidad o las cantidades para las cuales ésta ha sido concedida, el país o países a los cuales se ha de suministrar el producto o productos y la duración de la licencia” (apartado c).

Cuando el Consejo de los ADPIC concede la habilitación como país miembro importador habilitado, deberán quedar especificados los nombres y cantidades previstas del producto o productos necesarios, así como que el uso es para abastecer el mercado interno (art. 2). Asimismo, los produc-

tos deben estar claramente identificados de una forma específica, utilizando embalaje y/o color o forma especial del producto. Esta distinción en ningún caso podrá tener repercusión significativa en el precio.

Cuando se trata de capacidades de fabricación de productos farmacéuticos insuficientes o inexistentes, el país miembro exportador no está obligado a cumplir con el requisito establecido en el apartado f del artículo 31 de los ADPIC, que condiciona el uso de la licencia obligatoria al abastecimiento del mercado interno. Sin embargo, a partir de esta exclusión es posible que el país miembro exportador pueda fabricar la cantidad necesaria para el o los países miembros importadores, aunque la cantidad fabricada del producto deberá exportarse totalmente. Todas las informaciones y precisiones anteriormente establecidas deberán ser previamente anunciadas en un sitio web.

En el país miembro exportador se recibirá una remuneración adecuada conforme lo previsto en inciso h del artículo 31 de los ADPIC. El monto de esta será del valor económico del producto en el país miembro importador (apartado 3 de la Decisión General). Si el país miembro importador a su vez debe conceder una licencia para los mismos productos, está eximido del cumplimiento de la referida obligación. Esto evita que el país miembro importador haga un doble pago por concepto de

remuneración por la misma patente, en su país y en el país exportador.

La Decisión también conmina a los países, ya sea que ostenten la condición de importador o exportador, a adoptar las medidas razonables y proporcionales necesarias para evitar la desviación del comercio y prevenir la reexportación de productos. Asimismo, existe la posibilidad de que las medidas adoptadas puedan ser revisadas en el Consejo de los ADPIC en el caso de que uno de los miembros considere que éstas son insuficientes (apartado 4).

Con esta posibilidad que brinda la Declaración de Doha y la posterior Decisión, se considera que el país exportador y el importador no han incumplido las obligaciones derivadas de los ADPIC, en relación con el producto farmacéutico que está patentado en su territorio. Estas disposiciones han sido en algunos casos implementadas en las regulaciones nacionales. En Ecuador, por ejemplo, se regula que la licencia obligatoria es concedida para abastecer el mercado interno, salvo cuando se trate de la exportación de productos farmacéuticos conforme a lo establecido por la OMS (art. 319.3, Código de Ingenios). De manera similar, en Argentina, la Ley de Propiedad Intelectual reconoce que su concesión no sólo es para el abastecimiento del mercado interno, sino también el externo (art. 47, g).

Pese a que uno de los objetivos de los ADPIC es la promoción de la transferencia de tecnología y la creación de capacidades (artículo 7), incluyendo el sector farmacéutico, este objetivo aún no se ha logrado en la mayoría de los países menos desarrollados, como tampoco la promoción de las limitaciones ha promovido la fabricación de medicamentos. Luego de más de dos décadas de implementación del Acuerdo no se ha logrado la transferencia de tecnología y la creación de capacidad en el sector farmacéutico conforme lo previsto en el Acuerdo y la Declaración. Tampoco las aplicaciones de licencias en los países en desarrollo han sido ampliamente utilizadas, sólo existen contados casos de uso, lo que se debe en gran medida a las presiones de grupos de poder y agentes, en el orden interno y externo de cada país. No obstante, estos mecanismos han ganado particular interés durante el enfrentamiento de la pandemia de covid-19.

5.5 Licencias obligatorias, uso gubernamental y covid-19

Durante la crisis de la pandemia de covid-19, al menos tres países de América expusieron la necesidad de aplicar este tipo de flexibilidades para garantizar el acceso a medicamentos y tecnologías.

El Gobierno Nacional de Ecuador, mediante Acuerdo del Ministerio de Salud Pública 00126-2020, declaró el Estado de Emergencia Sanitaria en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud, pero no incluyó el establecimiento de licencias obligatorias. En este sentido, la Comisión de Educación, Ciencia y Tecnología de la Asamblea Nacional adoptó una Resolución para requerir al Gobierno Nacional, el establecimiento de licencias obligatorias y otras medidas que permitieran garantizar el acceso gratuito y a costos asequibles de los productos farmacéuticos y tecnologías médicas en la Declaratoria de Emergencia Sanitaria por la pandemia del coronavirus (covid-19), a fin de garantizar el derecho a la salud por medio de su acceso gratuito o a costos asequibles (art. 1).

En concreto, se solicitó disponer el uso público no comercial o la licencia obligatoria de las patentes, así como el acceso a los datos de prueba de productos farmacéuticos para la producción, importación o uso masivo, en el Ecuador, de vacunas, medicamentos y dispositivos médicos, incluyendo aquellas tecnologías e invenciones que se encuentran pendientes de resolución en los trámites de patente (art. 2).

El Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, la Creatividad y la Innovación, denominado también Código de Ingenios, establece

que, previa declaratoria por decreto ejecutivo o resolución ministerial de la existencia de razones de interés público, de emergencia o de seguridad nacional, el Estado puede declarar en cualquier momento y, sin necesidad de negociación previa con el titular de la patente, una licencia obligatoria (art. 314), también puede declarar el uso público no comercial, del cual hablaremos más adelante. En Chile, la Cámara de Diputados adoptó la Resolución 896, el 17 de marzo de 2020, en virtud de la cual se requiere al Ministro de Salud que declare la existencia de razones de salud pública para la concesión de licencias no voluntarias contempladas en el artículo 51, apartado segundo de la Ley 19.039 sobre propiedad industrial, respecto a todas las solicitudes de patentes y patentes concedidas que afectan vacunas, medicamentos, diagnósticos, dispositivos, suministros y otras tecnologías útiles para la vigilancia, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las personas infectadas por el virus SARS-CoV-2, por razones de salud pública y/o emergencia nacional (art. 2, Resolución 896). Además, se solicitó su aplicación no sólo a patentes concedidas u otros derechos industriales, sino también, a solicitudes que puedan restringir su importación o producción nacional.

El artículo 51, apartado 2, de la ley chilena regula la solicitud de licencia no voluntaria cuando por

razones de salud pública, seguridad nacional, uso público no comercial o de emergencia nacional u otras de extrema urgencia siempre que sean declaradas por la autoridad competente, se justifique el otorgamiento de estas licencias. A diferencia de otros supuestos contemplados en la ley, en este caso no es necesario acreditar que quien solicita la licencia no voluntaria haya pedido de manera previa al titular de la patente una licencia contractual y que no pudo obtenerla en condiciones y plazo razonables (art. 51 bis, a).

Por último, la Ley C-13 Ley de Respuesta a las Emergencias covid-19 en Canadá dispuso la rápida implementación y administración de medidas para proteger la salud y seguridad de los canadienses y estabilizar la economía de este país. En el capítulo 12, la norma modifica la Ley de Patentes al añadir el apartado cuarto a la sección 19. A partir de esta modificación se autoriza al comisionado para que, a solicitud del ministro de Salud, autorice al gobierno de Canadá y a cualquier persona a hacer, construir, usar y vender una invención patentada en la medida que esta sea necesaria para responder a la emergencia de salud pública. Esta autorización no es transferible a terceros, es decir, a otras personas distintas a las que se le autorizó el uso de la licencia.

Para que proceda esta solicitud es necesario que se especifique por parte del Ejecutivo el nombre

del titular de la patente y su número, según el registro de la Oficina de Patentes, determinación de la emergencia de salud pública de preocupación nacional, descripción de la emergencia pública, y la persona que ha sido autorizada para hacer uso de la patente. La autorización cesa cuando el Ministro de Salud notifique al comisionado que esta ya no es necesaria para responder a la emergencia de salud pública o un año después del día que se otorga.

Además de los ejemplos anteriores es necesario tener en cuenta que los mecanismos de licencias obligatorias y el uso gubernamental o público no comercial, como también se le conoce, han sido regulados en las legislaciones nacionales sobre patentes de cada país. Sin embargo, existen diferencias en cuanto a las condiciones para el otorgamiento de estas licencias. Esto abre disímiles posibilidades en cuanto al posible acceso de medicamentos y productos farmacéuticos patentados. Analizaremos brevemente algunas de las principales particularidades en materia regulatoria en algunos países de la región.

a) Argentina

En Argentina se reconoce la posibilidad de otorgar licencias obligatorias por motivos de emergencia sanitaria o seguridad nacional en el artículo 45 de la Ley de Patentes. La autorización corresponde

al Instituto Nacional de la Propiedad Industrial (INPI), según lo previsto en el artículo 47, inciso a de la Ley de Propiedad Intelectual. Esta institución, al otorgar el derecho de explotación conferido por una patente, deberá fijar su alcance y duración, estando limitado su uso a los fines de la concesión (art. 45). La autorización deberá ser concedida en función de las circunstancias propias de cada caso, alcanza a los componentes y procesos de fabricación que permitan su explotación (art. 47, b, e).

b) Brasil

La Ley 9.279, del 14 de mayo de 1996, que regula los derechos y obligaciones relativos a la propiedad industrial, establece en su artículo 71 que, en los casos de emergencia nacional o intereses públicos declarados en actos del Poder Ejecutivo Federal, puede ser concedida de oficio licencia compulsoria, temporal y no exclusiva para la explotación de la patente. Todo ello sin perjuicio de los derechos del respectivo titular.

El Decreto 3.201, del 6 de octubre de 1999, que desarrolla el artículo anterior, dispone sobre la concesión de oficio de una licencia compulsoria en los casos de emergencia nacional e interés público. Una particularidad es que para la aplicación de este instrumento debe quedar constatado que el titular de la patente, directamente o por in-

termedio del licenciario, no atiende las necesidades de emergencia nacional o interés público. Todo ello conforme lo previsto en el propio artículo 71 de la Ley 9.279 y en el artículo segundo del Decreto 3.201, modificado por el Decreto 4.830, del 4 de septiembre de 2003. El acto del Poder Ejecutivo Federal que declara la emergencia nacional o el interés público deberá ser emitido por el ministro de Estado que es responsable por la materia que causa la declaración y deberá ser publicado en el Diario Oficial de la Unión (art. 3 del Decreto 4.830).

A efectos de la legislación, se entiende por emergencia nacional el inminente peligro público, aunque sea en sólo una parte del territorio nacional (§ 1, art. 2) y como interés público, aquellos hechos relacionados, entre otros con la salud pública, la nutrición, la defensa del medio ambiente y aquellos que tengan primordial importancia para el desarrollo tecnológico y socioeconómico del país (§ 2, art. 2).

c) Ecuador

En Ecuador, el otorgamiento de derechos intelectuales le corresponde a la autoridad nacional competente. La autorización debe establecer su alcance o extensión, y especificar el periodo por el que se concede, el objeto de la licencia, el monto y las condiciones de pago de las regalías (art.

314). El Código de Ingenios establece que la concesión de una licencia obligatoria por razones de interés público no menoscaba el derecho del titular de la patente a seguir explotándola (art. 314). Esta disposición encuentra su razón en el último párrafo del artículo 65 de la Decisión 486 de la Comunidad Andina de Naciones.

d) Chile

En Chile, la concesión de licencias no voluntarias por motivos de razones de salud pública y/o emergencia nacional está prevista en el apartado 2 del artículo 51 de la Ley 19.039 sobre Propiedad Industrial. La solicitud para el otorgamiento de la licencia constituirá una demanda y conocerá sobre ella el jefe del Departamento de Propiedad Industrial conforme al procedimiento para nulidad de patentes establecido en la ley. Éste podrá acceder provisoriamente a la demanda por resolución fundada, resolviendo un incidente especial (art. 51 bis, b). Al jefe del Departamento de Propiedad Industrial le corresponderá pronunciarse sobre la solicitud de la licencia no voluntaria en función de las circunstancias de ésta y deberá fijar la duración, el alcance, los fines para los cuáles se pagará y el monto de la remuneración que se pagará al titular (art. 51 bis, c).

e) México

Además de las causas de emergencia o seguridad nacional, la Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial, recién aprobada, contempla la posibilidad de otorgamiento para aquellas enfermedades graves declaradas de atención prioritaria por el Consejo de Salubridad General (art. 153) y siempre que los derechos sobre la patente impidan, entorpezcan o encarezcan la producción, prestación o distribución de satisfactores básicos o medicamentos para la población.

Cuando se trata de enfermedades graves que causen una situación de emergencia o atenten contra la seguridad nacional, el Consejo de Salubridad General deberá realizar la declaratoria de atención prioritaria, por iniciativa propia o a solicitud por escrito de instituciones nacionales especializadas en la enfermedad, acreditadas por el Consejo, en la que se justifique la necesidad de atención prioritaria (art. 153). Después, el Instituto Mexicano de Propiedad Industrial (IMPI) declarará la explotación de ciertas patentes mediante la concesión de licencias de utilidad pública.

Según lo previsto en el artículo 153 de la Ley de Propiedad Intelectual mexicana:

Una vez que se ha publicada la declaratoria del Consejo en el Diario Oficial de la Federación, las empresas farmacéuticas podrán solicitar la concesión de una licencia de utilidad pública al Ins-

tituto y éste la otorgará, previa audiencia de las partes, a la brevedad que el caso lo amerite de acuerdo con la opinión del Consejo de Salubridad General en un plazo no mayor a 90 días, a partir de la fecha de presentación de la solicitud ante el Instituto.

En México, la Secretaría de Salud fijará las condiciones de producción y de calidad, duración y campo de aplicación de la licencia cuando ésta sea adoptada por motivos de enfermedades graves que causen emergencia o atenten contra la seguridad nacional, así como la calificación de la capacidad técnica del solicitante para poder materializarla (art. 153).

f) Comunidad Andina de Naciones

El artículo 65 de la Decisión 486 de la Comunidad Andina de Naciones, compuesta por Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, regula las licencias obligatorias con motivo de interés público, de emergencia o de seguridad nacional. La Decisión no establece si es necesaria una negociación previa para conceder este tipo de licencias. En el artículo 68 se establece un conjunto de requerimientos que deben ser cumplidos en el otorgamiento de este tipo de licencias y que en general se han recogido en las disposiciones nacionales, como el Código de Ingenios. Un aspecto distintivo en

la regulación de la normativa regional es que, si las licencias obligatorias no cumplen con estos requerimientos, se entiende que las disposiciones no surtirán efecto legal (art. 69). Es importante precisar que la Decisión 486, en su artículo 65, no habla de la disposición por uso público no comercial de una invención patentada por una entidad gubernamental o un contratista autorizado por aquella.

5.5.1 Sobre el alcance, duración y remuneración

Las licencias no voluntarias tienen el carácter de no ser exclusivas, no permiten la concesión de sublicencias y tampoco pueden cederse a terceros. En Ecuador, sólo pueden transferirse con la parte de la empresa o de su activo intangible que permite su explotación industrial de forma expresa. Asimismo, la transferencia debe constar por escrito e inscribirse ante la autoridad competente en materia de derechos intelectuales (art. 319.2). La imposibilidad de cesión y el carácter no exclusivo se han reconocido en el artículo 47, inciso f, de la Ley de Propiedad Intelectual argentina, el artículo art. 51 bis inciso c de la legislación chilena y en el artículo 153 de la mexicana.

En Brasil, si el caso es de extrema urgencia, el uso efectivo de la patente puede ser efectuado

aun cuando no se hayan cumplido los requerimientos establecidos en la norma para la emisión del acto de concesión. No obstante, sí existe una obligación de informar al titular de manera expedita si la autoridad competente tuviera conocimiento de que la patente se encuentra en vigor (art. 7). La patente licenciada podrá ser explotada directamente por la Unión o por terceros debidamente contratados o convenidos, sin que exista la posibilidad de que pueda ser utilizada para otros fines (art. 9).

En relación con la duración de la autorización, los límites pueden ser complejos de determinar, como ha quedado demostrado en la actual situación. El artículo 319.5 del Código de Ingenios establece que la licencia obligatoria podrá revocarse a petición motivada del titular de la patente si las circunstancias que le dieron origen han desaparecido y no es probable que vuelvan a surgir. Las autoridades deberán examinar si dichas circunstancias siguen existiendo. En Chile, la resolución que concede el uso de licencia mantendrá vigor mientras duren los hechos que la motivaron o hasta la sentencia de término, conforme lo dispuesto en el artículo 51 bis b de la ley.

En el país austral, la licencia sólo quedará sin efectos, total o parcialmente, si las circunstancias que dieron origen a ella desaparecieran y no existiera probabilidad de que volvieran a surgir. El jefe

de Departamento está también legitimado para examinar si las circunstancias continúan existiendo. En ningún caso podrá ser acogida la solicitud de revocación cuando existan probabilidades de que las circunstancias que dieron origen a la concesión se repitan. La propia autoridad también podrá modificar las condiciones de otorgamiento de la licencia si nuevos hechos o circunstancias surgen, en particular si el titular de la patente hubiese otorgado licencias contractuales en condiciones más favorables que las acordadas para el beneficiario de la licencia no voluntaria (art. 51 bis, d). De manera similar, en Argentina sólo podrán retirarse las licencias cuando las circunstancias que dieron origen a su autorización se extingan y no exista probabilidad de que vuelvan a surgir. El Instituto Nacional de la Propiedad Industrial está facultado para examinar, previa petición fundada, si dichas circunstancias continúan existiendo. La norma precisa que, al dejarse sin efecto estos usos, se deberán tener en cuenta los intereses legítimos de las personas que hubieran recibido dicha autorización (art. 47, i).

También se ha reconocido el derecho de los titulares de percibir una remuneración. Las principales diferencias se hallan en los criterios a tener en cuenta para establecimiento de ésta y en las posibilidades de recurrir este monto en la instancia judicial cuando el mismo es decidido por instan-

cias administrativas. En la regulación argentina se habla de una remuneración “razonable” determinada a partir de las circunstancias propias de cada caso, teniendo en cuenta el valor económico de la autorización (art. 47, h). Tanto la autorización como el monto de la remuneración pueden ser sometidas a revisión judicial según lo previsto en el artículo 48.

En Ecuador se puede solicitar la correspondiente remuneración (art. 314). El artículo 319.4 precisa que el beneficiario de la licencia deberá reconocer ésta según las circunstancias de cada caso, habida cuenta del valor económico de la licencia o uso público no comercial. Si no hay acuerdo al respecto, será la autoridad competente en materia de derechos intelectuales quien la determinará, 30 días después de notificada la decisión.

En México, una importante modificación introducida con la nueva Ley de Protección de la Propiedad Industrial es la determinación por parte de la Secretaría de Salud de dicho monto. Anteriormente correspondía al Instituto de Propiedad Industrial establecer, escuchando a ambas partes, el monto razonable de las regalías que le correspondía al titular de la patente. Por otro lado, es válido señalar que en este tipo de licencias no es necesario aplicar lo dispuesto en el artículo 148 segundo párrafo de la Ley de Propiedad Intelectual de México.

En Brasil, el artículo 5 del Decreto 4.830 establece que el acto de otorgamiento de la licencia deberá hacer referencia a las condiciones ofrecidas por la Unión, en especial la remuneración del titular (art. 5.2) y su obligación de transmitir las informaciones necesarias y suficientes para la efectiva reproducción del objeto protegido y los demás aspectos técnicos aplicables al caso particular. En la determinación de la remuneración deberán ser consideradas las circunstancias económicas o de mercado relevantes, el precio de productos similares y el valor económico de la autorización (art. 5.2, § 2).

Además de estos requerimientos, es necesario tener en cuenta la capacidad económica y técnica de a quien se le concede la patente para realizar una explotación eficiente, así lo han reconocido la legislación argentina (artículo 50) y la legislación mexicana (artículo 71).

5.6 Uso público no comercial

Otro mecanismo que puede ser utilizado para garantizar el acceso a medicamentos y productos farmacéuticos es el uso público no comercial. Se considera que es un tipo específico de licencia o un instrumento similar. Aun cuando comúnmente aparecen regulados de manera conjunta, hay que tener en cuenta que existen marcadas dife-

rencias, de hecho, se considera que es uno de los mecanismos idóneos para poder responder de forma ágil y efectiva a una situación como la pandemia actual.

En el Acuerdo de los ADPIC se establece de forma clara que, a diferencia de las licencias obligatorias anteriormente comentadas, en el caso del uso público no comercial no es necesario intentar obtener la autorización del titular en términos y condiciones comerciales razonables, así como tampoco que estos intentos no hayan surtido efecto en un plazo prudencial. Este requerimiento no es necesario cuando se habla de licencias concedidas por situaciones de emergencia nacional o en otras circunstancias de extrema urgencia. Es común que se entremezclen las licencias obligatorias por emergencia nacional u otros tipos de emergencias con el denominado uso público no comercial o uso gubernamental, como también se le conoce. Sin embargo, debemos señalar que su principal elemento distintivo es su aplicación de oficio por el Poder Ejecutivo, sin necesidad de negociación previa.

A raíz de la crisis epidemiológica, algunos países han planteado la posibilidad de aplicar este tipo de licencias en caso de ser necesario. Por ejemplo, en Alemania se modificó la Ley para prevenir y controlar enfermedades infecciosas en humanos (Ley de protección contra infecciones-IfSG). En

virtud de la sección 5 del instrumento modificatorio, el Ministerio Federal de Salud o una autoridad subordinada podrá aplicar el párrafo primero del § 13 de la Ley de Patentes, para todos aquellos productos que deban ser utilizados en interés del bienestar público o de la seguridad de la Confederación. La ley considera que la situación epidémica de la covid-19 es de importancia nacional y, en consecuencia, los medicamentos, incluidos narcóticos, ingredientes activos, materiales de partida y auxiliares, dispositivos médicos, diagnósticos de laboratorio, ayudas, así como objetos de equipos de protección personal y productos para la desinfección, son de seguridad de la Confederación.

El párrafo primero de la sección 13 de la Ley de Patentes alemana establece la ausencia de efecto de la patente cuando la invención se utilice en beneficio del bienestar público. Por lo tanto, a raíz de esta modificación es posible aplicar esta sección siempre y cuando así se determine. En el caso de Canadá ya se han comentado las principales disposiciones al respecto.

En América Latina, algunas legislaciones también prevén esta figura, aunque en algunos casos se mezcla con las licencias obligatorias por motivos de emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia. En Ecuador, al igual que sucede con la licencia obligatoria, el Código

de Ingenios establece que previa declaratoria de la existencia de razones de interés público, de emergencia o de seguridad nacional, por decreto ejecutivo o resolución ministerial, el Estado puede declarar en cualquier momento y sin necesidad de negociación previa con el titular de la patente, disponer el uso público no comercial de una invención patentada por una entidad gubernamental o un contratista (art. 314).

En Argentina, el uso público no comercial se halla previsto en el inciso c del artículo 47 de la Ley de Propiedad Intelectual. En este caso, se precisa que cuando el gobierno o el contratista, sin hacer una búsqueda de patentes, sepa o tenga motivos demostrables para saber que una patente válida es o será utilizada por o para el gobierno, deberá informar sin demoras a su titular. En Brasil, el Decreto 3.201 dispone la aplicación de la concesión de oficio de la licencia obligatoria en casos de emergencia nacional o interés público, que en este último caso deberá aplicarse el uso público no comercial (art. 1).

Otro aspecto del uso público no comercial que merece ser resaltado es que, a diferencia del resto de las licencias obligatorias, cuando el uso es concedido al gobierno o a terceros autorizados por éste, sin el consentimiento del titular de los derechos, los países pueden limitar los recursos disponibles contra la autorización de uso sólo al

pago de la compensación en los términos establecidos en el inciso h del artículo 31, es decir, recibir una remuneración adecuada según las circunstancias propias de cada caso, habida cuenta del valor económico de la autorización (art. 44, apartado 2 de los ADPIC).

En Alemania se dispone el derecho a una remuneración equitativa. En caso de disputa sobre el monto, se puede recurrir a los tribunales ordinarios. En Canadá se ha reconocido que el gobierno o cualquier persona autorizada a utilizar la invención protegida por la patente deberá pagar al titular una remuneración en la cantidad que se considere adecuada según las circunstancias, el valor económico de la autorización y el uso que ha sido autorizado.

Una peculiaridad de esta figura es que, mientras en los supuestos de licencias obligatorias por emergencia nacional y uso público no comercial el titular debe ser notificado cuando sea razonablemente posible, en el caso del uso público no comercial cuando el gobierno o el contratista, sin hacer una búsqueda de patentes, sepa o tenga motivos demostrables para saber que una patente válida es o será utilizada por o para el gobierno, deberá informar sin demora al titular de los derechos, según lo previsto en el artículo 31, inciso b. En Alemania, por ejemplo, se establece que se comunicará este uso a la persona inscrita en el

registro como titular de la patente (sección 30, 1) antes de que se use la invención. En Canadá, se deberá notificar al titular de la patente de la referida autorización para el uso de la invención protegida por la patente y las condiciones de la misma (art. 19.4.4). En Ecuador la notificación es obligatoria cuando sea razonablemente posible (art. 314 en relación con el artículo 319.1 del Código de Ingenios).

En Estados Unidos existe una figura, que si bien no se reconoce de forma expresa como uso público no comercial, sí tiene efectos similares. Se halla regulada en el §1498, Casos de patentes y derechos de autor, capítulo 91, sobre las reclamaciones a la corte, parte IV, Jurisdicción y lugar, del título 28 del US Code, sobre el Procedimiento Judicial.

En esta sección se reconoce que, cuando una invención protegida por una patente en los Estados Unidos es utilizada o fabricada por o para los Estados Unidos, sin licencia del propietario de la misma o del titular del derecho de uso o fabricación, estos últimos podrán reclamar ante el Tribunal de Reclamaciones Federales de los Estados Unidos la recuperación de su compensación de forma razonable y completa.

La sección 1498 se refiere al uso o fabricación que realice un contratista, un subcontratista o cualquier persona, empresa o corporación para el

gobierno y con la autorización o consentimiento del gobierno de los Estados Unidos. Las disposiciones de esta sección no se aplicarán a ninguna reclamación que surja en un país extranjero.

5.7 Excepciones relativas a la seguridad

Un poco más complejo para su aplicación en el contexto de la pandemia de covid-19 es la excepción contemplada en el artículo 73 del Acuerdo de los ADPIC sobre medidas necesarias para la protección de la seguridad. Si bien no existe unanimidad sobre esta posibilidad, algunos autores la han mencionado (Aoun et al., 2020: 8-9).

El artículo 73 de los ADPIC contempla la suspensión temporal de cualquier derecho de propiedad intelectual y considera las excepciones relativas a la seguridad. Establece que ninguna disposición del Acuerdo podrá ser interpretada para impedir que se adopten medidas necesarias para la protección de los intereses esenciales relativos a su seguridad, con tres supuestos específicos: 1) las materias fisionables (contienen nucleídos fisionables) o que sirven para su fabricación; 2) artículos y materiales destinados directa o indirectamente a asegurar el abastecimiento de las fuerzas armadas, y 3) la aplicación en tiempos de guerra o en caso de grave tensión internacional.

Sin embargo, no queda claro si la excepción puede ser más amplia. En Alemania, el párrafo primero de la sección 13, anteriormente comentado, que establece la suspensión de los derechos sobre la patente, también regula que la invención se usará por motivo de interés de la seguridad de la República Federal de Alemania siempre y cuando así sea determinado por la autoridad federal competente o por la autoridad subordinada.

5.8 A manera de conclusiones

Como se aprecia, no existe un único mecanismo de respuesta para enfrentar las barreras que pudieran significar la propiedad intelectual y garantizar el acceso a los medicamentos. Sin embargo, consideramos que estos mecanismos no son suficientes, dependen en gran medida de la forma en la que se han introducido las disposiciones de los tratados internacionales en los ordenamientos jurídicos internos. Por otro lado, es necesario modificar la forma en la que se investigan y desarrollan los productos farmacéuticos. El mundo precisa de menos exclusividad y más solidaridad y colaboración internacional.

Podemos resumir las principales lecciones extraídas de este contexto de la siguiente forma:

- La importancia de que no se vea o analice el sistema de propiedad intelectual de manera aislada, sino estrechamente relacionado con

las políticas adoptadas en materia de innovación y economía. Se debe lograr que la tecnología y los productos tecnológicos lleguen a las personas, teniendo en cuenta incluso la necesidad de intervenir la capacidad productiva, la contratación pública, los incentivos a las empresas para la innovación, y el revertimiento del modelo de investigación e innovación. No es posible que exista innovación sin acceso.

- En cada país es preciso analizar con detenimiento el apoyo a la ciencia y la innovación para producir vacunas y/o tratamiento o curas, la capacidad de producción de equipos médicos y suministros, los mecanismos de distribución, internos, infraestructuras sanitarias y los sistemas de propiedad intelectual, entre otros aspectos que pueden devenir en barreras de acceso de medicamentos y/o dispositivos o equipos médicos. La propiedad intelectual puede ser una barrera de acceso, pero no es la única.

- Consideramos que es necesario no sólo centrarse en la innovación, sino también en el acceso a vacunas y tratamientos que pudieran llegar a existir. Es preciso establecer políticas claras que permitan conocer el panorama de los incentivos a la innovación en cada país, así como el uso adecuado de las flexibilidades para garantizar el acceso cuando existan pruebas de que la propiedad intelectual constituye una barrera. Es impor-

tante tener en cuenta que el hecho de que estas flexibilidades se encuentren reguladas no significa que sean aplicadas, dado que son decisiones de cada Estado.

- Los monopolios legales de las patentes pueden limitar la producción y la importación de medicamentos y productos médicos. El sistema de propiedad intelectual cuenta con mecanismos e instituciones que permiten garantizar un acceso equitativo a productos, dispositivos y medicamentos. Estos mecanismos necesitan ser regulados con claridad en algunas legislaciones nacionales y ser aplicados. La sola regulación por sí sola no es suficiente.
- El sistema de patentes de los países en vía de desarrollo necesita ser pensado como parte de la política de desarrollo social y económico. No basta con que la regulación se realice cumpliendo los mínimos de protección reconocidos en los tratados y acuerdos internacionales, también es preciso pensar en la regulación nacional teniendo en cuenta la capacidad de respuesta para garantizar el ejercicio de otros derechos, como el derecho a la salud pública.

6. CONCLUSIONES FINALES

Las autoridades responsables de la salud de la población en los países de las Américas y el Caribe tienen el compromiso de trabajar para procurar que las propuestas planteadas ante la pandemia consideren la heterogeneidad de la región. La búsqueda de alternativas a los programas de salud debe buscar una relación de horizontalidad que incluya la participación de la comunidad desde un enfoque local.

Uno de los grandes retos a resolver es garantizar el acceso y la cobertura universal de la salud con un modelo de atención integral. Para esto se requiere una mayor inversión en salud pública y una revisión de la eficiencia en su gestión, contemplar la importancia de los riesgos laborales del personal de salud, el acceso equitativo y transparente a medicamentos y dispositivos médicos, la atención a los determinantes sociales para una mayor calidad de vida, incluyendo los procesos del envejecimiento, y la atención a los grupos vulnerables con énfasis en la salud mental.

Desde el enfoque general de sistemas y contingencias, es difícil valorar el impacto que el SARS-CoV-2 ha tenido en los servicios de salud. Se

requiere identificar los puntos centrales que presentan bloqueos y recurrencias en las demandas de atención, que generan presiones para la asistencia en salud. Debido a esto, resulta necesario mejorar los sistemas de información, brindar datos de calidad, confiables y actualizados, tanto en situaciones regulares como en crisis sanitaria. Es necesario revisar los sistemas de información básica. Existen problemas en la cuantificación de los casos y de mortalidad por covid-19, así como para acceder a los recursos necesarios para obtener una métrica más precisa. De no contar con sistemas de información de calidad, se deben desarrollar métodos indirectos que estimen resultados con una mayor aproximación para evaluar la situación.

Debido a los cambios en la dinámica poblacional, las transiciones demográficas y epidemiológicas de la región, el financiamiento requerido para el sostenimiento de los sistemas de salud ha ido en aumento. El modelo integral de salud ofrece la ventaja de enfocar esfuerzos en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo cual resulta en una inversión más eficaz para la salud a largo plazo.

La pandemia de covid-19 ha puesto en evidencia la necesidad de una administración más eficiente en gastos de salud. La ausencia de estrategias de prevención de la enfermedad en la población

conlleva a que, en el corto plazo, se incremente el gasto de los servicios de salud derivados de las complicaciones de la población afectada, principalmente en el rubro de enfermedades crónicas. Se corrobora que a mayor inversión pública en salud, se tienen mejores resultados en las condiciones que derivan en una mayor esperanza de vida.

Por lo anterior es necesaria la evaluación del impacto de la pandemia una vez que haya concluido para revisar la eficiencia del gasto en salud y la respuesta de los sistemas.

Los efectos de la pandemia se pueden analizar a partir de cinco dimensiones: 1) el comportamiento epidemiológico en cuanto a las complicaciones en la salud; 2) el impacto en la economía y las condiciones laborales; 3) la salud mental global; 4) el comportamiento social de los habitantes, y 5) los usuarios de servicios y las manifestaciones de comportamiento social con implicaciones nocivas. Se corrobora una correlación positiva del riesgo de mortalidad por covid-19 y edad; sin embargo, la edad por sí misma no la determina, sino las condiciones asociadas a ella, como las enfermedades crónico-degenerativas que comprometen la sobrevivencia, no es el envejecimiento, sino la comorbilidad que conlleva la edad.

Es evidente que dada la urgencia generada por la pandemia las autoridades brindaron recomen-

daciones que incluían el confinamiento y las restricciones económicas, sin dimensionar sus implicaciones. Se generaron tensiones con un efecto recursivo que repercutió en la salud y provocó efectos psicosociales negativos, que también requirieron atención. Se recomienda establecer criterios uniformes de información y definición de parámetros con el objetivo de buscar comparabilidad en futuros estudios.

En el análisis de las cinco regiones propuestas por la CISS, se encuentran efectos diferenciados vinculados a las transiciones epidemiológicas y demográficas, que incluyen cambios en el grupo etario, financiamiento en salud, prevalencia en enfermedades crónicas, cobertura y acceso.

El comportamiento de la covid-19 en países de América es distinto al presentado en otros continentes, esto puede deberse a la diversidad entre ellos y en el interior de cada uno, a que la educación para la salud ha penetrado de forma diferenciada entre sus habitantes, cuyo comportamiento se ve afectado por aspectos como acceso a la salud, desigualdades sociales y económicas, así como por las acciones de los gobiernos para la prevención de contagios.

Dada la naturaleza de la dinámica social en los países, se pone de manifiesto la importancia de diferenciar entre información, en la que simplemente se proporcionan datos y se comentan he-

chos, y educación a la comunidad, en la que se brinda orientación en formas de acción sobre el uso de la información. En este sentido, se trata de generar una acción colaborativa entre el personal y la población sensibilizada al tema y sus implicaciones, a partir de acciones de educación comunitaria.

A la hora de trabajar en la atención a la salud hay que reconocer la particularidad de los casos de personas en grupos vulnerables y de otras afectadas por covid-19, cuidando no restringirlos a la regionalización de la pandemia. Se tendrá que reconocer la naturaleza de las condiciones en la que se presentan.

Los efectos en la salud del personal médico no pueden ser reducidos a condiciones de tipo patológico, sino de riesgo laboral. Es básico considerar que el personal de salud y servicios se encuentra deprimido y ansioso por la situación laboral que vive, no porque sean rasgos de personalidad que le caracterizan.

Hay que cuidar que el personal de salud cuente con las condiciones laborales adecuadas, incluyendo la capacitación para el manejo de la situación, y que la información que el personal de salud este utilizando tenga un sustento en la evidencia y no en la creencia y el discurso social. Es necesario generar mecanismos de apoyo al personal de salud para canalizar y liberar frustraciones y

presiones por las demandas de las restricciones hospitalarias.

En el caso del impacto de la covid-19 en la salud mental de grupos vulnerables, es necesario capacitar al personal para diferenciar cómo responde la persona en dicha condición según el grupo al que pertenece. Por esta razón, se debe evitar psiquiatrizar y patologizar en primera instancia el comportamiento de las personas con discapacidad, mujeres, adultos mayores y migrantes.

Dentro de la atención a la salud mental, se requiere trabajar desde el curso de vida y los determinantes sociales de las personas. Brindar capacitación al personal de salud en el reconocimiento de los derechos humanos y la atención a la salud mental se convierte en un componente básico de la formación del personal de salud y asistencia social. De ahí la importancia de procurar trabajar con una visión comunitaria y no institucionalizante. En cualquier caso, se tendrán que desarrollar mecanismos para tratar la salud mental, considerando las distintas condiciones de riesgo que se puedan presentar de manera simultánea a la pandemia, como los desastres naturales, la violencia social y otros eventos críticos.

El personal de salud debe observar si se está enfrentando a nuevas afectaciones a la salud mental o expresiones nuevas de padecimientos mentales ya conocidos. Hay que cuidar que las propuestas

de acción del personal de salud incluyan el reconocimiento del tiempo, lugar y recursos involucrados con las personas afectadas en su salud física y mental.

La accesibilidad del fármaco y vacuna de la covid-19 puede estar comprometida por la manera en la que se brindan los servicios de salud en cada país. Se deberán considerar otros factores como la disponibilidad, la capacidad financiera y la eficiencia de los servicios de salud. Se deben considerar políticas de salud pública con cobertura universal. Aun cuando existe sustento legal en términos de propiedad intelectual para garantizar el acceso a medicamentos, ello no significa que se garantice su aplicación por parte de los gobiernos. Es necesario evaluar las alternativas presentes en los marcos jurídicos internacionales y nacionales para garantizar que la propiedad intelectual no constituya una barrera en el acceso a los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para enfrentar a la pandemia. La forma de comercializar los fármacos en la población tiene que ser revisada y regulada a favor del derecho humano a la salud.

Se está ejerciendo presión internacional para un acceso oportuno, equitativo y asequible de la vacuna. En términos del respeto a la propiedad intelectual, cada país deberá trabajar para generar mecanismos que garanticen el acceso a me-

dicamentos y productos farmacéuticos para uso público no comercial con las remuneraciones que correspondan.

Es necesario generar mecanismos legales de protección de la innovación en materia de salud en los que predomine la solidaridad y la colaboración internacional en comparación con la exclusividad y el uso lucrativo de los medicamentos. Existe la necesidad de regular nacional e internacionalmente la innovación con base en los valores de transparencia, equidad y justicia, y proponer mecanismos de vigilancia.

Uno de los aspectos críticos generados por la pandemia de la covid-19 es la relación de cobertura y accesibilidad en los servicios de salud, en los que se pueda garantizar como un derecho humano, priorizando la atención a grupos vulnerables con el objetivo de actuar bajo condiciones de equidad.

Referencias bibliográficas

- Achotegui, J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional*, 7 (1), 15-25.
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). *Revista de Servicios Sociales*, 46, 163-171.
- Alarcón, N. (2020). La UE recauda más de 7.300 millones de euros para la búsqueda de una vacuna. *El Confidencial*, 4 de mayo de 2020. https://www.elconfidencial.com/mundo/europa/2020-05-04/la-ue-recauda-7-500-millones-de-euros-para-la-busqueda-de-una-vacuna_2578979/
- Alba, F. (2009). El uso político de los “dividendos demográficos”. *Este País*, 218.
- Aoun, A., Barrenechea, A., Blasetti, R., Cortese, M., Correa, J., Gette, G., Kors, J., Lowenstein, V., y Vidaurreta, G. (2020). Pandemia por el Covid-19: Propiedad intelectual para el acceso a medicamentos. Centro de Estudios Interdisciplinarios de Derecho Industrial y Económico. <http://www.derecho.uba.ar/investigacion/pdf/covid-19-medicamentos.pdf>
- Arroll, B., y Kendrick, T. (2018). Definition of Anxiety. *Primary Care Mental Health*, 125.
- Banco Mundial. (2020). World Development Indicators.
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., y Lu, L. (2020). 2019-nCoV Epidemic: Address Mental Health Care to Empower Society. *The Lancet*, 395 (10224), e37-e38.
- Barrachina, C. (2020). Estados Unidos, México y Centroamérica: migración y COVID-19. Universidad Anáhuac México. <https://www.anahuac.mx/mexico/noticias/Migracion-y-COVID-19>
- Beratarrechea, A. G. (2010). Actualización: las enfermedades crónicas (primera parte). *Evidencia*, 13 (2), 68-73. <https://www.funda->

- cionmf.org.ar/files/enfermedades%20cronicas%20parte%20I.pdf
- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., y Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19 Pandemic: Stress Experience of healthcare Workers. A Short Current Review. *Psychiatrische Praxis*, 47 (4), 190-197.
- Bolaños, M. (2000). Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de Población* 25(6), 179-206
- Bongaarts, J. (1978). A framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review* 1 (4). 105-132
- Boyo, B. L. A., Bautista, F. J. O., y Coronel, H. R. (2017). Niveles de ansiedad en una población mexicana. 150 M533–SCDD-Ed. 22 Biblioteca Alberto Quijano Guerrero, 75.
- Cámara de Diputados. (2020). Resolución No. 896. <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmId=3885&prmDestinold=3&prmTipo=RESOLUCIONENVIO>
- CEPAL (1998). Panorama social de América Latina, 199,7 CEPAL, Santiago de Chile.
- Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1254-panorama-social-america-latina-1997>
- CEPAL. (1999). Panorama social de América Latina, CEPAL, Santiago. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1255/1/S9811872_es.pdf
- CEPAL. (2009). Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/3859>
- CEPAL. (2020). América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: efectos económicos y sociales.
- Código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación. (2016). Registro Oficial, 113 (supl. 899).
- Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., Bordin, I. A., Costello, E. J., Durkin, M., y Fairburn, C. (2011). Grand Challenges in Global Mental Health. *Nature*, 475 (7354), 27-30.
- Comisión de Educación Cultura Ciencia y Tecnología. (2020). Resolución para requerir

- al Gobierno Nacional el establecimiento de licencias obligatorias y otras medidas que permitan garantizar el acceso gratuito y a costos asequibles de los productos farmacéuticos y tecnologías médicas en la Declaratoria de Emergencia Sanitaria por la pandemia del Coronavirus (COVID-19) y demás variaciones, así como los protocolos e instrumentos de bioseguridad para el personal de salud, posgradistas y estudiante del Sistema de salud público. Asamblea Nacional de la República del Ecuador. Disponible en <https://www.keionline.org/wp-content/uploads/ES-Ecuador-CL-resolution.pdf>
- Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. (2000). Observación general N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 22° periodo de sesiones, celebrado en mayo de 2000, Ginebra.
- Davis, K. and Blake, J. (1956) Social structure and fertility: An analytic framework. *Economic and Cultural Change*. 4. 211-235
- Decreto No. 3.201 de 6 de octubre de 1999. Dispone sobre la concesión, de oficio, de licencia compulsoria en casos de emergencia nacional y de interés público de que trata el artículo 71 de la Ley No. 9.279 de 14 de mayo de 1996. Disponible en https://http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3201.htm
- Delgado, G. (2020). CCSS contratará personal para atender pacientes con COVID-19. Disponible en <https://www.elmundo.cr/costa-rica/ccss-contratara-personal-para-atender-pacientes-con-covid-19/>
- Diario Oficial de la Federación. (2020). Ley Federal de Protección a la Propiedad Industrial. Texto vigente a partir del 5 de noviembre de 2020. Diario Oficial de la Federación, 1 de julio. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPPI_010720.pdf
- Dirección de Comunicaciones SNS. (2020). SNS designa 627 nuevos colaboradores y continúa contratación para respuesta a COVID-19. Disponible en <https://sns.gob.do/noticias/sns-designa-627-nuevos-colaboradores-y-continua-contratacion-para-respuesta-a-covid-19>

- Domínguez-Alonso, E., y Zacea, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública de México*, 53, s168-s176.
- Elo, A.-L., Leppänen, A., y Jahkola, A. (2003). Validity of a Single-Item Measure of Stress Symptoms. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 444-451.
- Flores Tesillo, S. Y., y Ruíz Martínez, A. O. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel.
- Flórez, C. E. P., Chapman, E., Panisset, U., Arredondo, A., Fitzgerald, J., y Reveiz, L. (2016). Disponibilidad de indicadores para el seguimiento del alcance de la “Salud Universal” en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 330-340.
- Frenk, J., Bobadilla, J. L., Stern, C., Freika, T., y Lozano, R. (1991a). Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud Pública de México*, 33 (5), 448-462.
- Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J. L., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J., y José, M. (1991b). La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, 111 (6)s.
- Fuente, J. R. de la, y Heinze, G. (2015). *Salud mental y medicina psicológica*. McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Fuente R. De la (2014). *Salud mental global*. En De la Fuente J. R. (coordinador) *Salud Mental y Medicina Psicológica*. Cap. 2, Pg. 6-11. Ed. UNAM McGraw-Hill. México.
- Funk, M., Drew, N., Freeman, M., y Faydi, E. (2010). *Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable*.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., y Sartorius, N. (2015). Toward a New Definition of Mental Health. *World Psychiatry*, 14 (2), 231.
- Gobierno de México. (2020). *Jornada Nacional de Reclutamiento y Contratación de Recursos Humanos para la Salud*. Disponible en <https://www.gob.mx/imss/articulos/jornada-nacional-de-reclutamiento-y-contratacion-de-recursos-humanos-para-la-salud?idiom=es>

- González-González, C., Palloni, A., Wong, R. (2015). Mortality and Its Association with Chronic and Infectious Diseases in Mexico: A Panel Data Analysis of the Elderly. *Salud Pública de México*, 57, s39-s45.
- González-Sanguino, C., Ausín, B., ÁngelCastellanos, M., Saiz, J., López-Gómez, A., Ugidos, C., y Muñoz, M. (2020). Mental Health Consequences During the Initial Stage of the 2020 Coronavirus Pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*.
- Guerrero, R. M., Pier, D. B., De Gusmão, C. M., Bernson-Leung, M. E., Maski, K. P., Urion, D. K., y Waugh, J. L. (2014). Increased Pediatric Functional Neurological Symptom Disorders after the Boston Marathon Bombings: A Case Series. *Pediatric Neurology*, 51 (5), 619-623.
- Gurry, F. (2020). Consideraciones en torno a la propiedad intelectual, la innovación, el acceso y la COVID-19. Organización Mundial de la Propiedad Intelectual. Disponible en https://www.wipo.int/about-wipo/es/dgo/news/2020/news_0025.html
- Hassan, S. (1995). Cómo combatir las técnicas de control mental de las sectas. *Urano*.
- Huang, Y., y Zhao, N. (2020). Generalized Anxiety Disorder, Depressive Symptoms and Sleep Quality During COVID-19 Outbreak in China: A Web-Based Cross-Sectional Survey. *Psychiatry Research*, 112954.
- Huenchuan, S. (2013). Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de avanzar hacia la igualdad. CEPAL.
- Huenchuan, S. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. CEPAL.
- IFPMA. (2020). Statement on the “Solidarity Call to Action to realize equitable global access to COVID-19 health technologies through pooling of knowledge, intellectual property and data”.
- INEGI. (2017). Encuesta Nacional de Hogares 2017.
- Jimmieson, N. L., Tucker, M. K., y Walsh, A. J. (2017). Interaction Effects among Multiple

- Job Demands: An Examination of Healthcare Workers across Different Contexts. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30 (3), 317-332.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., y Yang, B. X. (2020). Impact on Mental Health and Perceptions of Psychological Care among Medical and Nursing Staff in Wuhan During the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak: A Cross-Sectional Study. *Brain, Behavior, and Immunity*.
- Kavoor A. (2020). COVID-19 in People with Mental Illness: Challenges and Vulnerabilities. *Asian J Psychiatr. Jun*; 51: 102051.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. *Medical Care*, 1284-1292.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., y Löwe, B. (2007). Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. *Annals of Internal Medicine*, 146 (5), 317-325.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., y Li, R. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed To Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3 (3), e203976-e203976.
- Lancee, W. J., Maunder, R. G., y Goldbloom, D. S. (2008). Prevalence of Psychiatric Disorders among Toronto Hospital Workers One To Two Years after the SARS Outbreak. *Psychiatric Services*, 59 (1), 91-95.
- Lara, M. (2014). Diagnóstico de los trastornos mentales: el DSM-5. En Fuente J. R. De la (coordinador) *Salud Mental y Medicina Psicológica*. Cap. 10, Pg. 114.120. Ed. UNAM McGraw-Hill. México.
- Legetic, B., Medici, A., Hernández-Ávila, M., Alleyne, G. A., y Hennis, A. (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. *Ley de Patentes de Invención y modelos de utilidad*. (1996). Decreto 260/96 en virtud del cual se ordena la Ley N° 24.481, modificada por su similar N° 24.572 (T.O. 1996) y su Reglamentación. Disponible en [http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane)

xos/35000-39999/35001/texact.htm

Ley de Patentes, N° 19.039. (texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley , 2006). Disponible en https://www.inapi.cl/transparencia/doc/marconormativo/doc/Ley_19.039_Ley_19996_refundido_oficial.pdf

Ley regula derechos y obligaciones relativos a la propiedad industrial No. 9.279. (1996). Disponible en https://http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9279.htm

Livi-Bacci, M. (2012). Historia mínima de la población mundial. Barcelona, Planeta.

Livi-Bacci, M. (2014). Población y sustentabilidad: temas abiertos para el siglo XXI. Papeles de Población, 20 (82), 13-26.

Lizama, V. (2020). Personas con discapacidad: olvidadas durante la pandemia por Covid-19. Bajo Lupa. Disponible en <https://documenta.org.mx/blog-documenta/2020/04/15/personas-con-discapacidad-olvidadas-durante-la-pandemia-por-covid-19/>

Lunde, L.-K. (2017). Physical Demands at Work:

Objectively Measured Exposure and Musculoskeletal Pain in Construction and Healthcare Workers.

Martínez, M.F. & Martínez, J. (2006). Determinantes psicosociales de la utilización de organizaciones comunitarias por inmigrantes. Revista de Psicología General y Aplicada, 59(3), 433-444. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2196290>

Martínez-Taboas, A. (2020). Pandemias, COVID-19 y Salud mental: ¿qué sabemos actualmente? Revista Caribeña de Psicología, 143-152. Disponible en <https://doi.org/https://doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>

Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., y Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People During the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17 (9), 3165.

Merino-Soto, C., Juárez-García, A., Altamirano-Bringas, A., y Velarde-Mercado, B. (2018). Una medida muy breve del burnout:

- evidencia de validez de constructo en trabajadores peruanos. *Ansiedad y Estrés*, 24 (2-3), 131-135.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2016). Modelo de Atención Integral en Salud. 1-47. Disponible en https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518
- Miranda-Lara, V. R., Monzalvo-Herrera, G., Hernández-Caballero, B., y Ocampo-Torres, M. (2016). Prevalencia del síndrome de burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 24 (2), 115-122.
- Moneo, M. M., y Larrea, A. M. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*.
- Notestein, F. W. (1945). Population-The Long View. *Food for the World*, 36-57.
- Notestein, F. W. (1952). The Economics of Population and Food Supplies. 13-31. Disponible en <https://ageconsearch.umn.edu/record/209548/files/Copy%20of%20iaae-conference-1-14-248.pdf>
- Ojeda-Casares, H., y Gerardo de Cosio, F. (2020). COVID-19 y salud mental: mensajes clave. Disponible en <https://www.paho.org/es/file/67248/download?token=5-blpCkE>
- OMC. (2001). Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública. adoptada el 14 de noviembre de 2001 en la Reunión Ministerial de la OMC, 2001. Disponible en https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm
- OMPI. (2014). Excepciones y limitaciones a los derechos conferidos por las patentes: licencias obligatorias y/o explotación por parte del gobierno, Parte I y II. Comité Permanente sobre el Derecho de Patentes, 21ra. sesión, Ginebra, 3 a 7 de noviembre de 2014.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition; a theory of the epidemiology of population change, in *Milbank Mem Fund Quart*, 49
- Omran, A. R. (1977). Epidemiologic Transition in the United States: the Health Factor in Popu-

- lation Change. Population Bulletin, 32 (2), 1.
- OMS. (1946). WHO definition of health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference.
- OMS. (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Disponible en https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1
- OMS. (2005). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. OMS.
- OMS. (2009). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1
- OMS. (2010). Financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo. Disponible en https://www.who.int/whr/2010/10_summary_es.pdf?ua=1
- OMS (2011). Todos por la equidad. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, Brasil/19-21 de octubre de 2011.
- OMS. (2012). Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20). Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/26562/B130_36-sp.pdf
- OMS. (2014). La salud en la agenda para el desarrollo después de 2015. Disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf
- OMS (2018). Definición de salud mental. Disponible en https://www.who.int/topics/mental_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20abarca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB
- OMS. (2019). Salud mental. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>

- OMS. (2020a). COVID-19 response, Seventy-Third World Health Assembly A73/CONF./1 Agenda item 3. Disponible en https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_CONF1-en.pdf
- OMS. (2020b). Novedades sobre el acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19.
- OMS (2020c) Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19. Disponible en https://www.who.int/docs/default-source/documents/disability/spanish-covid-19-disability-briefing.pdf?sfvrsn=30d726b1_2
- OMS (2020d). Global health estimates: Leading causes of death. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- OMS (2020 e). Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCov). Disponible en [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
- ONU. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo. 5 a 13 de septiembre.
- OPS. (2001). Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico, 22 (4). Disponible en https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/eb_v22n4.pdf
- OPS. (2012). Alma-Ata 1978. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. 6-12. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- OPS. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53 Consejo Directivo 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, 14. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf>
- OPS. (2017a). Introducción: salud universal.

Disponible en https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=introduccion-salud-universal&lang=es 2017

OPS (2017b). Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad, Salud en Las Américas, 2017. Disponible en https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=acceso-a-servicios-de-salud-exhaustivos-equitativos-y-de-calidad&lang=es

OPS. (2019). Indicadores básicos 2019 Tendencia de la Salud en las Américas, Washington D.C. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51543>.

OPS (2019b). Indicadores básicos 2019. Tendencias de la Salud en las Américas

OPS-OMS. (2017). Financiamiento de la salud en las Américas. Salud en las Américas, 1-31. Disponible en https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_type&p=290&lang=es

OPS-OMS (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_

[spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y)

OPS-OMS. (2020). Recomendaciones para la Reorganización Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19. 1-24. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52214/OPSHSSHSCOVID-19200018_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OPS-OMS-DCP3. (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: PAHO. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33994>

Pinzón Flórez, C. E., Chapman, E., Panisset, U., Arredondo, A., Fitzgerald, J., & Reveiz, L. (2016). Disponibilidad de indicadores para el seguimiento del alcance de la “Salud Universal” en América Latina y el Caribe. Pan American Journal of Public Health, 330-340. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28548>

Pizarro Hofer, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. CEPAL.

- Quick, J. C., y Spielberger, C. D. (1994). Walter Bradford Cannon: Pioneer of Stress Research. *International Journal of Stress Management*, 1 (2), 141-143.
- Quilodrán, J., y Juárez, F. (2009). Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo desde sus propios relatos. *Notas de Población*, 87, 63-94. Disponible en <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12841>
- Quinhoes, T. A. T., y Fleury, S. (2005). La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América en los años 90. *Salud Colectiva*, 1, 129-153.
- Quintanar, F. (2011). Atención psicogerontológica a adultos mayores. FES Iztacala UNAM.
- Rao, K. A. (2020). Covid-19 in People with Mental Illness: Challenges and Vulnerabilities. *Asian Journal of Psychiatry*.
- Real Academia Española (s.f.) Ansiedad. Diccionario de la lengua española. Obtenido de <https://dle.rae.es/ansiedad?m=form>
- Roser, M., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., y Hasell, J. (2020). Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data.
- Shacham, M., Hamama-Raz, Y., Kolerman, R., Mijiritsky, O., Ben-Ezra, M., y Mijiritsky, E. (2020). COVID-19 Factors and Psychological Factors Associated with Elevated Psychological Distress among Dentists and Dental Hygienists in Israel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (8), 2900.
- Shi W. y Brian H (2020). What can we do for people exposed to multiple traumatic events during the coronavirus pandemic?. *Asian Journal of Psychiatry* Volume 51, June, 102065.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., y Benedek, D. M. (2020). Public Responses to the Novel 2019 Coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental Health Consequences and Target Populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74 (4), 281.
- Suárez, V., Suarez Quezada, M., Oros Ruiz, S., y Ronquillo de Jesús, E. (2020). Epidemiology of COVID-19 in Mexico: From the 27th of February to the 30th of April 2020. *Epidemiología de COVID-19 en México: del 27*

de febrero al 30 de abril de 2020. Revista Clínica Española, S0014-2565 (20), 30144-2. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.05.007>

ponible en: http://www.coolgeography.co.uk/GCSE/AQA/Population/Demographic%20Transition/Demographic_Transition_Model.jpg

Tavares Quinhoes, T. A., & Fleury, S. (2005). La Reforma del Sistema de Salud de los Estados Unidos de América en los Años 90. Salud Colectiva, 129-153. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2005.v1n2/129-153/es>

UNCUYO. (2011). Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios. Plataforma de información para políticas públicas de la Universidad Nacional de Cuyo. Disponible en <http://www.politicaspUBLICAS.uncu.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>

Tseng, V. (2020, 30 de marzo). As our friends and colleagues brave the front lines, we must also get ready for a series of aftershocks. It's very hard to plan this far ahead while we're in survival mode. We must prepare early and strategize our response to the collateral damage of #COVID19 [Tweet]. Obtenido de <https://twitter.com/VectorSting/status/1244671755781898241>

US. Title 28, United State Code. Disponible en <https://uscode.house.gov/view.xhtml?req=granuleid:USC-prelim-title28-section1498&num=0&edition=prelim>

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., y Ventriglio, A. (2020). The Outbreak of COVID-19 Coronavirus and its Impact on Global Mental Health. International Journal of Social Psychiatry, 0020764020915212.

US Mission to International Organizations in Geneva. (2020). U.S. Explanation of Position "COVID-19 Response" Resolution. Disponible en geneva.usmission.gov/2020/05/19/explanation-of-position-covid-19-response-resolution/

VandenBos, G. R. (2007). APA Dictionary of Psychology. American Psychological Association.

Transition demography model by rgamesby: dis-

Velásquez, F. (2000). El enfoque de sistemas y de contingencias aplicado al proceso administrativo. *Estudios Gerenciales*, 16 (77), 27-40.

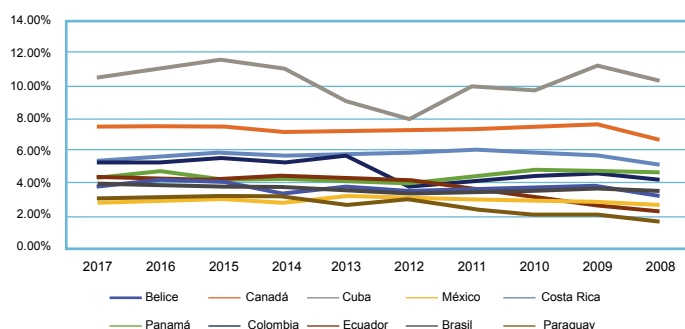
Velásquez, G. (2020). Repensando la I+D para productos farmacéuticos después del choque de la Coronavirus COVID-19. *Informe sobre Políticas*, 75.

Vera Bolaños, M. (2000). Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de Población*, 6 (25), 179-206.

Zavala, M. E. (1992). La transición demográfica en América Latina y en Europa. *Notas de Población*, 56. Disponible en https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/12947/NP56-01_es.pdf?sequence=1

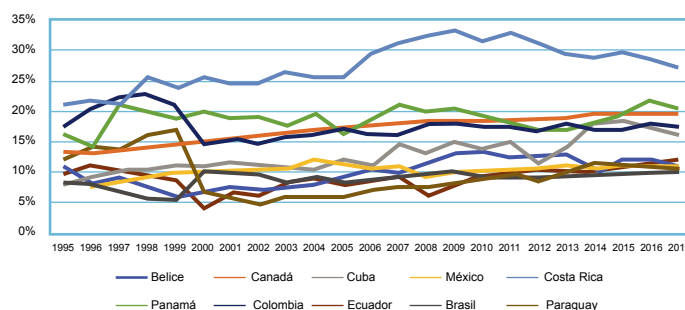
Zavala, M. E. (1995). Dos modelos de transición demográfica en América Latina. *Perfiles Latinoamericanos*. *Revista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*, Sede México, 4 (6), 29-47.

Anexos



Anexo 1.1. Gasto en salud respecto al producto interno bruto (PIB) a lo largo del tiempo

Fuente: Elaboración propia con datos de Organización Mundial de la Salud. Base de Datos. Datos 2017 [acceso: 01 de julio de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database>



Anexo 1.2. Gasto en salud respecto al gasto total a lo largo del tiempo

Fuente: Elaboración propia con datos de Organización Mundial de la Salud. Base de Datos. Datos 2017 [acceso: 01 de julio de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/databas>





Calle San Ramón S/N - Col. San Jerónimo Lídice
Alcaldía Magdalena Contreras - C.P. 10100 - Ciudad de México
© 2021 CISS. Reservados todos los derechos