

ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

EL CUIDADO

*DEL
ADULTO MAYOR*

**EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
EN SALUD EN TIEMPOS
DE COVID-19**

El libro electrónico: **El Cuidado del Adulto Mayor en la Atención Primaria en Salud en Tiempos de COVID-19**, es una publicación digital de la *Red de Salud del Adulto Mayor - REDESAM* – Brasil. Revisión 01, publicada en marzo de 2021.

Este libro electrónico está autorizado por Creative Commons

Attribution - Non Commercial – No Derivatives 4.0 International License.” Para ver uma cópia dessa licença entre em: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> Ou envie uma correspondência para: Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.



Organizadores

Profa. Dra Rosalina A Partezani Rodrigues¹

Prof. Dr. Jack Roberto Silva Fhon²

Profa. Dra. Fabia Maria de Lima³



¹Enfermera. Magister y Doctora en el área de Salud del Adulto Mayor. Profesora Titular, Coordinadora y Miembro del Núcleo de Investigación en Geriatria y Gerontología de la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Especialista en Gerontología por la Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Beca de Productividad en Investigación del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Nivel 1A. Coordinadora de la Red de Salud del Adulto Mayor (REDESAM – Brasil)

e-mail: rosalina@eerp.usp.br



²Enfermero. Magister y Doctor en Ciencias en el área de Salud del Adulto Mayor. Profesor, Doctor de la *Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Lider del grupo de investigación Práctica pedagógica en la educación superior de enfermería y en el cuidado a la salud del adulto y adulto mayor. Miembro de la Red de Salud del Adulto Mayor (REDESAM – Brasil)

e-mail: betofhon@usp.br



³Enfermera. Magister y Doctora en Neuropsiquiatria y Ciencias del Comportamiento. Profesora Adjunta de la Facultad de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco. Especialista en Gerontología por la Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Vice Coordinadora de la Red de Salud del Adulto Mayor (REDESAM – Brasil)

e-mail: fabia.lima@upe.br

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C966 El cuidado del adulto mayor en la atención primaria en salud em tiempo de COVID-19 / Organizado por Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues, Jack Roberto Silva Fhon, Fabia Maria de Lima – Ribeirão Preto em Centro de Apoio Editorial da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2021.

289 p.

ISBN: 978-65-88556-03-0

doi: 10.51796/978-65-8856-03-0

1. Enfermería Gerontológica. 2. Anciano. 3. Atención primaria en salud. 4. Cuidado. 5. Nuevo coronavirus. I. Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani, org. II. Fhon, Jack Roberto Silva, org. III. Lima, Fabia Maria, org. IV. Título.

CDD: 614

Elaborado por Deborah S. Capella Junqueira – CRB-8/8519



“Esta obra fue parcialmente financiada por la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud OPAS/OMS, por medio de su filial en el Brasil, como parte de los esfuerzos del enfrentamiento de la pandemia por COVID-19”.

Autores

Alan Nogueira da Cunha

Especialista Saúde Pública. Doctando del Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental-EERP-USP/Professor de la Universidade Federal do Mato Grosso – Brasil

Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro

Doctor. Profesor Adjunto / Provedor do Estudante, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal

Alejandra F. Rojas-Rivera

Maestra. Directora e Postítulo de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad de los Andes, Chile

Alejandra Ximena Araya

Doutor. Facultad de Enfermería/Universidad Andrés Bello- Chile

Alexandre de Assis Bueno

Doctor. Facultad de Enfermería/Universidad Andrés Bello, Chile

Alexandre Ernesto Silva

Doctor. Profesor da Universidade Federal de São João del Rei – Brasil

Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha -Oliveira

Doctor. Profesora Adjunta Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal I

Alisson Fernandes Bolina

Doctor. Profesor Adjunto del Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências de Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil

Ana Maria Ribeiro dos Santos

Doctor . Profesora do Curso Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – Brasil

Anahy Velasquez Aznar

Enfermera. Gerente da Nacional de Enfermería- Cuba

Angela Maria Henao Castaño

Doctor. Profesor Asistente da Universidad Nacional de Colombia Sede Bogota – Colombia

Aurora Felix Aleman

Doctor. Profesor da Universidad Autónoma de Tamaulipas- México

Beatriz Arana Gomez

Doctor. Profesora da Facultad de Enfermería de la Universidad Autonoma del Estado de Mexico- México

Blanca Leticia Martínez Amaya

Enfermera. Profesora Universitaria en Universidad Dr. José Matías Delgado- El Salvador

Caridad Dandicourt Thomas

Doctor. Responsável pela carreira de enfermagem e coordenadora de la especialidade en enfermería comunitária. Facultad Manuel Fajardo- Cuba

Caridad Llanes Betancourt

Maestra. Profesora e investigadora Facultad de Ciencias Médicas Calixto Garcia, Habana Cuba

Carmen del Rocio Parra Perez

Maestro. Universidad Católica de Cuenca – Ecuador

Cecilia Lucía Rossi

Enfermera. Profesora Jubilada - Escuela de Enfermería-Universidad Nacional de Rosario-Argentina.

Celmira Lange

Doctor. Profesora de la Universidade Federal de Pelotas, RS- Brasil

Ceres Eloah de Lucena Ferretti

Pós-Doctorado. Enfermera investigadora e colaboradora - Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento -GNCC- FMUSP-Brasil

Claude Odily Quintanilla de Calderón

Maestra. Profesor- Universidad Dr. Andrés Bello - El Salvador

Cristina Mara Zamarioli

Doctor. Profesora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Brasil

Daiane de Souza Fernandes

Maestra. Doctoranda del Programa de Pós Graduação Enfermagem Fundamental da EERP-USP/Profesora de la Universidade Federal do Pará- Brasil

Daniela Alexandra Torres Fernández

Enfermera. Enfermeira responsável pelo Programa Persona Mayor y Dependencia Severa, Cesfam Arauco, Ilustre municipalidad de Santiago- Chile

Darlene Mara dos Santos Tavares

Doctor. Profesora Titular do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Triângulo Mineiro- Brasil

Denisse Parra-Giordano

Doctor, Profesora Asociada no Departamento de Enfermería Universidad de Chile - Chile

Deuzany Bezerra de Melo Leao

Maestra. Profesora Assistente na Universidade de Pernambuco - Brasil

Diana Leonor Broin

Enfermera. Gerente do Departamento Enfermería. Hospital Geriátrico D. Cuneo- Argentina

Doris Sequeira Daza

Doctor. Profesora Titular da carrera de Enfermagem, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile- Chile

Edilene Araújo Monteiro

Doctor. Profesora do curso de Enfermagem e em Biomedicina e do Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba - Brasil

Edith Nieves Álvarez Pérez

Maestra. Profesora e gerente de investigação do Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud- Cuba

Eduardo Rodolfo Blotta

Especialista em Educação Superior. Profesor Titular. Vicedirector de carrera. Escuela de Enfermeria. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional Rosario-Argentina

Edvane Birelo Lopes De Domenico

Doctor. Profesora Asociada do Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - Brasil

Elizabeth Fajardo Ramos

Maestra. Profesora de planta tiempo completo Universidad del Tolima- Colombia

Elizabeth Moura Soares de Souza

Doctor. Profesora do Curso de Enfermagem e Coordenadora da Residência Multiprofissional em saúde na área do adulto e Idoso da Universidade Federal de Alagoas- Brasil

Elucir Gir

Doctor. Profesora Titular da Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP- Brasil

Emanuella Barros dos Santos

Doctor. Consultora Técnica-legislativo - Enfermeira - Câmara Legislativa do Distrito Federal- Brasília- Brasil

Emilce Salamanca Ramos

Maestra. Profesora de dedicação exclusiva- Colombia

Emma Teresa Urbancic - Marusic

Maestra. Profesora Titular do Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. IUHIBA-Argentina

Estela Rodríguez Torres

Maestra. Profesora- Universidad Santiago de Cali- Colombia

Eva Susana Corbo Ibañez

Enfermera. Gerente da Sección Neurologia- Uruguay

Fabia Maria de Lima

Doctor. Profesora da Universidade de Pernambuco- Brasil

Fernanda Raphael Escobar Gimenes

Pós-Doctorado. Profesora Asociada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Brasil

Fernando Gomez

Maestro. Profesor e Director de la Carrera de Licenciatura en enfermeria. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina.

Gabriella Santos Lima

Maestra. Doctoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-Brasil

Germania Marivel Vargas Aguilar

Maestra. Profesora Titular da Universidad de Guayaquil- Ecuador

Géssyca Cavalcante de Melo

Doctor. Profesora da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas- Brasil

Giovana Paula Rezende Simino

Doctor. Profesora Adjunto no Departamento de Enfermagem Básica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- Brasil

Gladis Isabel Torres

Especialista. Gerente do Departamento de Investigación. Hospital Geriátrico Juana F Cabral-Argentina

Gudelia Nájera Gutiérrez

Doctor. Enfermera - México

Heliberto Mena Cambronero

Maestro. Caixa Costarricense de Seguro Social- Costa Rica

Idalmis Georgina Infante Ochoa

Maestra. Profesora e investigadora auxiliar, Presidenta Nacional de la Sociedad Cubana de Enfermería, Asesora de enfermería oncológica en el Instituto Nacional de oncología y Radiobiología- Cuba

Idevânia Geraldina Costa

Doctor, Profesor Asistente, School of Nursing, Lakehead University, Thunder Bay, Ontario, Canada

Idiane Rosset

Doctor. Profesora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil

Jack Roberto Silva Fhon

Pós-Doctorado. Profesor do Departamento Médico-cirúrgico, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Brasil

Julio Mendigure Fernandez

Maestro. Diretor Executivo de Povos Indígenas ou Nativos do Ministério da Saúde. Profesor da Escola de Pós-Graduação da Universidade Privada San Juan Bautista. Profesor da Escola de Pós-Graduação da Universidad Peruana Unión. Lima- Perú.

Katherine Sanclemente Angrino

Maestra. Profesora da Unidad Central del Valle del Cauca (UCEVA)- Colombia

Laura Villaquirán Jiménez

Maestra. Coordinadora Salud Publica / Centro Medico Centenario- Colombia

Leonor Cuellar Gomez

Doctor. Profesora Universidad del Valle- Colombia

Leonor Luna Torres

Maestra. Profesora Titular da Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá- Colombia

Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval

Doctor. Profesora- Universidad Nacional de Tumbes- Perú

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Doctor. Profesora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Brasil

Luciana Kusumota

Pós-Doctorado. Profesora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Brasil

Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira

Doctor. Profesora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Brasil

Luípa Michele Silva

Pós-Doctorado. Profesora na Universidade Federal de Catalão-GO - Brasil

Luís Carlos Lopes-Júnior

Doctor. Profesor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo, Brasil

Manuel José Lopes

Doctor. Profesor da Escola Superior de Enfermagem de S João de Deus. Universidade de Évora. Investigador do Comprehensive Health Research Centre- Évora- Portugal

María de Jesús Jiménez González

Doctor. Profesora de dedicação exclusiva- México

Maria Elena Martinez Barrera

Enfermera. Inmunizaciones. Ministerio de Salud Perú- Perú

Maria José D'Elboux

Doctor. Profesora Colaborador no Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - Brasil

Maria Jose Sanches Marin

Doctor. Profesora do Curso de Enfermagem e do Programa de Mestrado Saúde e Envelhecimento da Faculdade de Medicina de Marília- Brasil

María Neila Sánchez Cedeño

Maestra. Coordinadora Nodo Valle del Cauca y Cauca Red ESAM Colombia- Colombia

María Victoria Rojas Martinez

Maestra. Profesora da Universidad de Cundinamarca- Colombia

Marina Aleixo Diniz Rezende

Doctor. Profesora Adjunto da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC Goiás- Brasil

Maritza Evangelina Villanueva Benites

Doctor. Profesora de la Facultad de Enfermería da Universidad Nacional de la Amazonia Peruana- Perú

Marli Teresinha Gimeniz Galvão

Pós-Doctorado. Profesora Titular da Universidade Federal do Ceará-UFC - Brasil

Martha Elba Salazar Barajas

Doctor. Profesora de la UAMM-UAT - México

Martha Isabel Vivas Chacón

Enfermera. Profesora da Universidad del Cauca- Colombia

Miriam Gladis Martinez de Marroquin

Maestra. Decana de la primera Facultad de Enfermería en El Salvador y Centroamerica- El Salvador

Mónica Patricia Pippino

Enfermera. Profesora Adjunta da Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas Universidad Nacional de Rosario- Argentina

Nayara Araújo dos Reis

Maestra. Doctoranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental EERP-USP- Brasil

Nayara Gomes Nunes Oliveira

Doctor. Enfermera - Brasil

Orfelina Arpasi Quispe

Doctor. Gerente do Planeamiento y Calidad Hospital II San Isidro Labrador ESSALUD y Docente Asociado - Universidad Peruana Union - Perú

Pamela Andrea Valdebenito Aravena

Enfermera. Profesora Clínica da Universidad Central de Chile- Chile

Patricia Mardy Ruiz Pizarro

Enfermera. Equipe Técnica de la Dirección de Prevención y Control de ITS, VIH y Hepatitis en el Ministerio de Salud- Perú

Paula Cristina Nogueira

Doctor. Profesora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Brasil

Rachel Gabriel Bastos Barbosa

Doctor. Profesora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará - Brasil

Rafael René Suárez Fuentes

Doctor. Profesor Titular e Investigador- Cuba

Renata Karina Reis

Doctor. Profesora Adjunta da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo- Brasil

Reyna Ysmelia Peralta Gomez

Doctor. Directora del Departamento Académico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa- Perú

Rina Vanessa Quijije Díaz

Maestra. Profesora-gestora pedagogico curricular- Ecuador

Rita de Cássia Helú Mendonça Ribeiro

Doctor. Profesora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - Brasil

Rosa Elena Sibrian de Martinez

Maestro. Profesora Titular da Universidad Evangelica de El Salvador- El Salvador

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Doctor. Profesora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Brasil

Ruth Jakeline Oviedo Rodríguez

Maestra. Profesora Titular de Universidad de Guayaquil -Ecuador

Sandra Arely Martínez de Diaz

Enfermera. Diretor Asociado Facultad de Ciencias de la Salud - El Salvador

Silvia Helena De Bortoli Cassiani

Doctor. Organización Panamericana de Saúde/ Assessora Regional de Enfermagem e Técnicos de Saúde- Washington-DC- Estados Unidos

Sofia Sabina Lavado Huarcaya

Doctor. Directora de responsabilidad Social da Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo- Perú

Soledad Andrea Chocobar

Enfermera. Coordinadora del Programa Ampliado de Inmunizaciones de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, Rosario, Santa Fé - Argentina

Sônia Maria Soares

Doctor. Directora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais- Brasil

Soraia Assad Nasbine Rabe

Doctor. Profesora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Brasil

Tércia Moreira Ribeiro da Silva

Doctor. Profesora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais-Brasil

Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso

Doctor. Profesora Coordinadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Tirso Duran Badillo

Doctor. Profesor da Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros da Universidad Autónoma de Tamaulipas- México

Virginia Reyes Audiffred

Doctor. Profesora de Tiempo Completo Titular B da Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM- México

Wanderson Kleber de Oliveira

Doctor. Hospital das Forças Armadas do Ministério da Defesa- Brasil

Zoila Esperanza Leitón Espinoza

Doctor. Profesora da Universidad Nacional de Trujillo Perú- Perú

Diagramación e ilustración:

Aline Salla Carvalho - Especialista en inclusión digital per adulto mayor, marketing web digital, coordinador de comunicación da Frente Nacional de Fortalecimento à ILPI - Itália

Ilustración de índice:

Paulo Alexandre Fernandes - Servicios de creación y producción multimedia EERP/USP- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP - Brasil

Presentación

En el actual contexto, sociodemográfico, pandémico y de evolución tecnológica, se ha destacado a un grupo de población con mayor riesgo de vulnerabilidad (física, social y emocional) en las diversas dimensiones humanas: “El Adulto Mayor”. La esperanza de vida y el número de personas adulto mayor ha aumentado exponencialmente a un ritmo que exige y urge un movimiento de la sociedad en busca de estrategias que conduzcan a nuevas y mejores formas de vida. Ante esta perspectiva, la Red de Salud del Adulto Mayor (REDESAM – Brasil), en conjunto con algunos profesionales de esta en América Latina se han comprometido a incrementar y avanzar en el desarrollo de la investigación y la difusión de nuevas estrategias asistenciales para el control de la pandemia COVID-19.

Recientemente, la pandemia de COVID-19 impuso una carga de trabajo adicional a los profesionales de la salud, especialmente a los enfermeros. Cada día, han demostrado su fuerza de trabajo en la asistencia y en el descubrimiento de nuevas formas de enseñar e investigar temas sobre el Adulto Mayor, dándole una gran visibilidad social a dicha profesión.

Durante el acelerado proceso de envejecimiento en la sociedad, existe necesidades básicas –inherentes al ser humano– que deben atenderse con urgencia, especialmente en el contexto de la pandemia COVID- 19. Ante tal inminencia de las diversas demandas, se reconoce la necesidad y relevancia de cuidado, como premisa del conocimiento en enfermería.

Así, nace La Enfermería Gerontológica –especialidad reciente en el área– que vislumbra mejores condiciones de vida para “El Adulto Mayor”. En la actualidad, ha surgido una gran preocupación por la protección y prevención de la salud, así como de lesiones y la reducción de daños en el cuidado de este en todo el mundo, especialmente en los países en vía de desarrollo. Estos aspectos son relevantes y deben abordarse más ampliamente en los casos de ingreso al sistema de salud.

Por ende, la comunidad de enfermeras que conforma la Red de Salud del Adulto Mayor (REDESAM – Brasil), en alianza con las 12 Redes de América Latina, propusieron la elaboración de este E-book, titulado “**El Cuidado del Adulto Mayor en la Atención Primaria en Salud en Tiempos de COVID-19**”. Teniendo como objetivo contemplar a las enfermeras de América Latina y Portugal junto a sus propuestas de intervención en enfermería para la Atención Primaria en salud del adulto mayor durante el período pandémico y post-pandémico de COVID-19; Es evidente que el futuro de la Enfermería Gerontológica ha llegado, incluso de cara a la adversidad de la sociedad.

El cuerpo de autores está integrado por enfermeros de atención y gestión, profesores e investigadores, así como enfermeras que ocupan puestos de liderazgo en Ministerios de Salud en países como: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, México, Perú, Portugal y Uruguay, en un total de 107 personas.

El libro electrónico consta de 22 capítulos, escritos por enfermeros con visiones y experiencias diversas, que enriquecieron este trabajo y permitieron compartir conocimientos en América Latina y entre países iberoamericanos. Se comienza este libro con la presentación de datos demográficos y epidemiológicos sobre la población Adulta Mayor y sobre el COVID-19. Así como sobre los sistemas de salud en América Latina y la práctica de enfermería del adulto mayor en tiempos de pandemia. Luego, se dirige el debate a los temas emergentes y prioritarios del cuidado de este en la Atención Primaria en Salud ante la pandemia COVID-19, considerando que los adultos mayores integran a una población de mayor riesgo a ser infectados e a las formas más graves de la enfermedad.

Estos son temas de suma importancia y requieren una rápida difusión, ya que las medidas que involucran el control de la pandemia son constantemente revisadas y modificadas. Por ello, se opta por la modalidad online (en formato de libro electrónico.) con el fin de brindar un acceso amplio y rápido a enfermeras, técnicos y auxiliares de enfermería en portugués y español.

Cada capítulo es de responsabilidad de los autores. El libro electrónico se puede encontrar en el sitio web de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, institución socia de esta producción, en el Centro de Apoyo Editorial de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo - <http://www.eerp.usp.br/caed-home>

Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Prólogo

Los retos de los enfermeros ante el envejecimiento.

Se ha sido testigo durante decenas de años en todo el mundo del aumento continuo de la esperanza de vida media al nacer. Aun así, existe una desigualdad en ella, debido a las grandes discrepancias en las diferentes geografías. Por ejemplo, mientras que en Europa (en su conjunto) se dice que la esperanza de vida media es de 78 años. La realidad es que, si se mira solo a los países de la Unión Europea, se verifica que la mayoría de ellos ya han pasado los 80 años. Ahora bien, Si el enfoque está en América del Sur, se ve que la esperanza de vida promedio es de 75 años. Por otro lado, ya en el continente africano dicha esperanza es de 61 años^(1,2).

A pesar de esta discrepancia entre regiones, hay otro elemento que se debe considerar. Desde 1950 a 2016, el aumento promedio de la esperanza de vida fue de aproximadamente 27,3 años en América del Sur. Pero, en Europa fue de tan solo 16 años y 17 años en los Estados Unidos de América^(1,2). En otras palabras, la aceleración del envejecimiento parece ser más rápido en los países de América del Sur.

Si se tratara de entender qué sucedió en estas regiones con respecto al principal indicador de riqueza (Producto Bruto Interno - PBI) en el mismo período, se percibiría que todos los países tienen un PBI suficientemente alto. Sin embargo, mientras que en 1950 hubo una diferencia de \$ 13.692 entre el PBI de Brasil y Estados Unidos —favorable a este último— en 2016 esa diferencia aumentó a \$ 39.536⁽³⁾. Es decir, la brecha es ahora 3 veces mayor que en 1950.

Así se puede concluir que, a pesar de no alcanzar aún los valores de países pertenecientes a Norteamérica o Europa; los países Latinoamericanos tienen indicadores que apuntan a un rápido envejecimiento demográfico. Inclusive, la producción de riqueza de esta última región está mucho más alejada del promedio de la primera que en el pasado. Por ende, envejecieron, pero no se hicieron ricos. Al mismo tiempo, principalmente en Europa; se construyeron sistemas de seguridad social y salud robustas y basados en una lógica de contrato social solidario; es decir, todos participan con sus impuestos durante el tiempo que pueden (como su vida laboral), para tenerlos cuando no los tengan (infancia, enfermedad o vejez).

En América Latina, no solo por el bajo desarrollo económico, sino principalmente por las políticas adoptadas, los sistemas de seguridad social y salud son extremadamente débiles, dejando desprotegidos a los grupos de población más desfavorecidos.

Este contexto es particularmente importante cuando se experimentan situaciones extremas como las asociadas con la pandemia actual.

Ahora bien, sabiendo que, en las circunstancias actuales, asociado al envejecimiento tenemos fenómenos de multimorbilidad y dependencia ⁽⁴⁾, la pregunta es: ¿Cómo crear condiciones para vivir esta fase de la vida con calidad, bienestar y dignidad?

Ciertamente, habrá múltiples respuestas posibles a esta pregunta. Aunque, centraremos la atención en el rol que ya tienen las enfermeras; y principalmente en aquello que pueda surgir en el futuro.

El argumento para esta reflexión fue, por supuesto, este libro y sus múltiples capítulos con diferentes temáticas en el que se tendrá la oportunidad de descubrirlos con un marco más amplio en cada uno de ellos.

Así pues, en vista de lo anterior, es claro que una de las dimensiones estructurales de la vida del adulto mayor es el autocuidado entendido como un proceso —asumido por cada uno—, de mantener la salud a través de prácticas de promoción de la salud y el control de enfermedades ⁽⁵⁾. Siendo los enfermeros los profesionales del autocuidado, es decir, los que tienen el mandato social de intervenir terapéuticamente cuando la persona no se sabe o no puede cuidarse a sí misma; esto significa que deben liderar el proceso de atención a todas las personas con dependencia. Por lo tanto, las enfermeras necesitan dejar de formarse y actuar de acuerdo con la obediencia y empezar a hacerlo debido a una rebeldía inteligente y comprometida socialmente; en este caso las relacionadas con la salud y el bienestar de las personas. Y para eso, necesitan aún más entender que la dependencia no es un atributo de la persona, sino el resultado de su condición de salud e interacción en un contexto de ecosistema dado. Por otra parte, el cuidado (el acto de cuidar) es siempre un acto político por la sencilla razón de que la salud y el bienestar de las personas, en particular de los adultos mayores, se explican en gran medida por los determinantes sociales de la salud. De manera que, las enfermeras deben estar preparadas para actuar en todos los niveles, desde la definición de políticas de salud, hasta el nivel clínico.

Relativamente al primero (la definición de políticas públicas), necesitan asumirse como responsables de decisiones políticas u obligarlos a asumir el autocuidado como pilar estructural de cualquier servicio público de salud; a nivel de las organizaciones, ya sea que brinden cuidados o académicos, necesitan trabajar para que el autocuidado / dependencia sea al menos un enfoque tan importante como la enfermedad; en consecuencia, necesitan desarrollar modelos de cuidado congruentes con este y que asuman los hogares de las personas y estos como contexto y foco (respectivamente) de todo el proceso de cuidado. No obstante, necesitan crear las condiciones para ponerlo en práctica y estar al servicio de las personas con todos sus amplios conocimientos y habilidades que hasta ahora han estado subordinadas a la dictadura de la enfermedad.

Por si hubiera alguna duda, la pandemia que se está viviendo tiene la importancia del autocuidado. Así es que, todas las medidas de carácter preventivo de COVID-19 encajan en el autocuidado (higiene de manos, etiqueta respiratoria y aislamiento social). Si se mira a los muchos millones de personas infectadas en todo el mundo, también se ve que, en promedio, más del 95% de ellos están en sus hogares solo con el cuidado personal, ya sea para protegerse a sí mismos o para proteger a los demás. Pero también, el autocuidado es promover la salud mental de estas personas. En este contexto, la promoción

del autocuidado, especialmente en las poblaciones más vulnerables, como los adultos mayores, es fundamental.

En este sentido los múltiples capítulos de este libro, por ejemplo: señalan, entre otros, el N° 3 (Ampliación del rol del enfermero en la atención de los adultos mayores en la región de las Américas); N° 6 (El proceso de atención de enfermería aplicado al adulto mayor en tiempos de pandemia en la Atención Primaria en Salud ; N° 7 (Promoción de la salud del adulto mayor en grupos de convivencia en tiempo de pandemia en la Atención Primaria en Salud), N° 11 (Impacto del confinamiento en la salud mental del adulto mayor en tiempos de pandemia) y N° 12 (Cuidador del adulto mayor en tiempo de pandemia: visión de enfermería en el contexto de la Atención Primaria en Salud). Por estos motivos, se considera que el aporte de este libro es un signo inconfundible de la enorme vitalidad de la enfermería en América del Sur y no se encuentra una mejor manera que cerrar así el Año Internacional de la Enfermería. Por eso, se recuerda la visión que, para este efecto, se definió hace un año: "mejorar la salud a nivel mundial, elevar el perfil y el estatus de las enfermeras en todo el mundo, influir en los responsables de la formulación de políticas y apoyar a las propias enfermeras para liderar, aprender y construir un movimiento global".

En 2011, el *Institute of Medicine*, a través de un informe que actualmente se está revisando, defendió que las enfermeras deben estar preparadas para liderar cambios que mejoren la salud de las poblaciones ⁽⁶⁾.

En conclusión, se cita un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud sobre las enfermeras, en el que se establece que los gobiernos nacionales, con el apoyo, cuando sea relevante, de sus socios nacionales e internacionales, deben catalizar y liderar una aceleración de los esfuerzos para:

- Desarrollar habilidades de liderazgo, administración y gestión para la fuerza laboral de enfermería a fin de promover agendas relevantes de educación, salud, empleo y género;
- Optimizar el rendimiento de las inversiones actuales en enfermería mediante la adopción de opciones de políticas requeridas en educación, trabajo decente, remuneración justa, implementación, práctica, productividad, regulación y retención de la fuerza laboral de enfermería;
- Acelerar y mantener la inversión adicional en educación, habilidades y empleos en enfermería ⁽⁷⁾.

Por lo tanto, inequívocamente, las enfermeras ya son indispensables en todos los contextos de atención, pero tienen el potencial de contribuir mucho más al beneficio del acceso universal en la atención médica.

Prof. Dr. Manuel José López

REFERENCIAS

- 1- Riley JC. Life Expectancy. [Homepage]. 2019 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
- 2- Roser M, Ortiz-Ospina E, Ritchie H. Life Expectancy. 2019 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
- 3- Roser M. (Economic Growth. [Homepage]. 2013 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://ourworldindata.org/economic-growth>
- 4- Lopes MJ, Escoval A, Pereira DG, Pereira CS, Carvalho C, Fonseca C. Evaluation of elderly persons' functionality and care needs. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2013;21(Sp.Issue):52-60. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700008>
- 5- Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. ANS Adv Nurs Sci. 2012;3(35):194-204. doi: <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- 6- Institute of Medicine. The Future of Nursing. Leading Change, Advancing Health. Washington: National Academies Press; 2011. doi: <https://doi.org/10.17226/12956>
- 7- World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. [Online]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2021 Feb 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003293-eng.pdf>

Dedicado



A la memoria de los profesionales en Enfermería de América Latina que dejaron este mundo como consecuencia de la pandemia.

Agradecimientos



"Este E-book es parte de la historia de la Enfermería Gerontológica en América Latina, cuya precursora fue la Prof. Marialcira O. Quintero, enfermera y maestra de la Universidad de Zulia, Maracaibo, Venezuela. Como primera coordinadora de la REDESAM, Marialcira fue una impulsora durante una generación de enfermeras interesadas en el desarrollo de una red de cooperación en el cuidado de los adultos mayores, por lo que los coordinadores de los 12 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, España, El Salvador, Ecuador, México, Perú, Uruguay y Venezuela) que componen la REDESAM, en la actualidad, expresan su agradecimiento. Ciertamente la articulación de las enfermeras en América Latina se verá cada vez más fortalecida, a favor de la atención a los adultos mayores '.

¡Muchas gracias!

Equipo de coordinación del libro electrónico

Sumário

PRESENTACIÓN	12
PRÓLOGO	14
1. PANORAMA ACTUAL DE COVID-19 EN EL MUNDO Y EN AMÉRICA LATINA, CON ENFOQUE EN EL ADULTO MAYOR	23
<i>Wanderson Kleber de Oliveira (Brasil)</i>	
2. SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA: POTENCIALIDADES, DESAFÍOS Y PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	35
<i>Alisson Fernandes Bolina (Brasil); Anhay Velazquez Aznar (Cuba); Aurora Felix Alemán (México); Gladis Isabel Torres (Argentina) Julio Mendigure Fernandez (Perú); Luís Carlos Lopes-Júnior (Brasil); Marina Aleixo Diniz Rezende (Brasil)</i>	
3. AMPLIACIÓN DEL ROL DEL ENFERMERO EN LA ATENCIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS	48
<i>Silvia Helena De Bortoli Cassiani (Estados Unidos); Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval (Perú)</i>	
4. BREVE HISTORIA DE LA PANDEMIA COVID-19 Y LA PRÁCTICA DE LO ENFERMERO EN EL CUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	61
<i>Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues (Brasil); Leonor Luna Torres (Colombia); Rachel Gabriel Bastos Barbosa (Brasil)</i>	
5. ATENCIÓN INTERPROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	75
<i>Doris Siqueira Daza (Chile); Alexandre de Assis Bueno (Brasil); Beatriz Arana Gómez (México); Elizabeth Moura Soares de Souza (Brasil); Leonor Cuellar Gomez (Colombia)</i>	
6. EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	87
<i>Cristina Mara Zamarioli (Brasil); Germania Marivel Vargas Aguilar (Ecuador); Maria Neila Sanchez Cedeño (Colômbia); Nayara Araújo dos Reis (Brasil)</i>	
7. PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN GRUPOS DE CONVIVENCIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	100
<i>Cecilia Lucia Rossi (Argentina); Alejandra Rojas Rivera (Chile); Daiane de Souza Fernandes (Brasil); Estela Rodríguez Torres (Colombia); Luipa Michele Silva (Brasil); Rafael René Suárez Fuentes (Cuba)</i>	

- 8. APOYO SOCIAL AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD 111**
Zoila Esperanza Leitón Espinoza (Perú); Alejandra Ximena Araya (Chile); Caridad Dandicurt Thomas (Cuba); Eduardo Rodolfo Blotta (Argentina); Luciane Paula Batista Araújo de Oliveira (Brasil); Monica Patrícia Pippino (Argentina)
- 9. VACUNACIÓN A LOS ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD 125**
Tercia Moreira Ribeiro da Silva (Brasil); Alan Nogueira da Cunha (Brasil); Gudelia Nájera Gutiérrez (México); María Elena Martínez Barrera (Perú); Soledad Andrea Chocobar (Argentina)
- 10. EVALUACIÓN Y CUIDADO DE LA PIEL DE LOS ADULTOS MAYORES EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD 136**
Soraia Assad Nasbine Rabeih (Brasil); Idevania Geraldina Costa (Canadá); Martha Elba Salazar Barajas (México); Pamela Andrea Valdebenito Aravena (Chile); Paula Cristina Nogueira (Brasil)
- 11. IMPACTO DEL CONFINAMIENTO EN LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA 148**
Sofía Sabino Lavado Huarcaya (Perú); Claude Odily Quintanilla de Calderon (El Salvador); Emanuella Barros dos Santos (Brasil); Emma Tereza Urbancic Marusic (Argentina); María Tereza Mendes Diniz de Andrade Barroso (Portugal)
- 12. CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: VISIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD 160**
Elizabeth Fajardo Ramos (Colombia); Carmen del Rocio Parra Pérez (Ecuador); Edilene Araújo Monteiro (Brasil); Emilce Salamanca Ramos (Colombia); Sandra Arely Martínez de Díaz (El Salvador)
- 13. TECNOLOGÍAS DIGITALES Y ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD..... 173**
Idiane Rosset (Brasil); Fernando Gómez (Argentina); Lisiane Manganelli Girardi Paskulin (Brasil); María de Jesús Jiménez González (México); Rosa Elena Sibrian de Martínez (El Salvador)
- 14. CUIDADO SEGURO DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD..... 183**
Fernanda Raphael Escobar Gimenes (Brasil); Ana Maria Ribeiro dos Santos (Brasil); Miriam Gladis Martínez de Marroquin (El Salvador); Orfelina Arpasi Quispe (Perú); Rina Vanessa Quijije Díaz (Ecuador)
- 15. LA VIOLENCIA CONTRA EL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD 196**
María José D'Elboux (Brasil); Edith Nieves Álvarez Pérez (Cuba); María José Sanches Marin (Brasil); Ruth Jakeline Oviedo Rodríguez (Ecuador)

16. EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON VIH EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN TIEMPOS DE COVID-19 208

Renata Karina Reis (Brasil); Aliete Cristina Gomes Dias Pedrosa da Cunha- Oliveira (Portugal); Elucir Gir (Brasil); Gessyca Cavalcante de Melo (Brasil); Marli Teresinha Gimenez Galvão (Brasil); Patrícia Mardy Ruiz Pizarro (Perú)

17. EL ADULTO MAYOR EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD..... 222

Giovana Paula Rezende Simino (Brasil); Edvane Birelo Lopes De Domenico (Brasil); Idalmis Infante Ochoa (Cuba); Reyna Ysmelia Peralta Gómez (Perú)

18. LIMITACIONES DEL ADULTO MAYOR PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA..... 232

Darlene Mara dos Santos Tavares (Brasil); Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro (Portugal); Blanca Leticia Martínez Amaya (El Salvador); Daniela Alexandra Torres Fernández (Chile); Martha Isabel Vivas Chacon (Colombia); Nayara Gomes Nunes Oliveira (Brasil)

19. DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD 244

Fabia Maria de Lima (Brasil); Celmira Lange (Brasil); Ceres Eloah de Lucena Ferreti (Brasil); Maria Victoria Rojas Martinez (Colômbia) Eva Susana Corbo Ibañez (Uruguay); Virginia Reyes Audiffred (México)

20. EL CUIDADO AL ADULTO MAYOR CON CONDICIONES CRÓNICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN TIEMPOS DE COVID-19 257

Sônia Maria Soares (Brasil); Deuzany Bezerra Melo Leão (Brasil); Katherine Sanclemente Angrino (Colombia); Laura Villaquirán Jiménez (Colombia); Maritza Evangelina Villanueva Benites (Perú); Rita de Cassia Helú Mendonça Ribeiro (Brasil)

21. CUIDADOS PALIATIVOS AL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD..... 267

Jack Roberto Silva Fhon (Brasil); Alexandre Ernesto Silva (Brasil); Denisse Parra-Giordano (Chile); Heliberto Mena Cambronero (Costa Rica); Tirso Duran Badillo (México)

22. RESILIENCIA DEL ADULTO MAYOR EN TIEMPOS DE PANDEMIA: ENFOQUE EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD 278

Luciana Kusumota (Brasil); Angela Maria Henao Castaño (Colombia); Caridad Llanes Betancourt (Cuba); Diana Leonor Broin (Argentina); Gabriella Santos Lima (Brasil)

2

SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA QUE ENFRENTA LA PANDEMIA DEL NUEVO CORONAVIRUS: POTENCIALIDADES, DESAFÍOS Y PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD



Alisson Fernandes Bolina
Brasil

Anhay Velazquez Aznar
Cuba



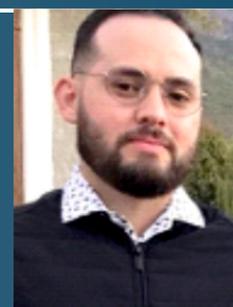
Aurora Felix Alemán
México

Gladis Isabel Torres
Argentina



Julio Mendigure Fernandez
Perú

Luís Carlos Lopes-Júnior
Brasil



Marina Aleixo Diniz Rezende
Brasil

2 - SISTEMA DE SALUD EN AMÉRICA LATINA QUE ENFRENTA LA PANDEMIA DEL NUEVO CORONAVIRUS: POTENCIALIDADES, DESAFÍOS Y PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Alisson Fernandes Bolina

ORCID: 0000-0002-1364-0176

Anhay Velásquez Aznar

ORCID: 0000-0003-0270-6851

Aurora Félix Alemán

ORCID: 0000-0003-1140-2040

Gladis Isabel Torres

ORCID: 0000-0003-2007-3154

Julio Mendigure Fernandez

ORCID: 0000-0002-5432-8656

Luís Carlos Lopes-Júnior

ORCID: 0000-0002-2424-6510

Marina Aleixo Diniz Rezende

ORCID: 0000-0003-3069-9185

RESUMEN

Introducción: En América Latina, las brechas preexistentes en los sistemas de salud con relación directa con las inequidades sociales ponen de manifiesto la importancia de reflexionar sobre el papel de la Atención Primaria de Salud para brindar respuestas más efectivas y sostenibles en tiempos de pandemia. **Objetivos:** contextualizar los sistemas de salud en América Latina y discutir los desafíos y oportunidades frente la pandemia del nuevo coronavirus, centrándose en el papel de la Atención Primaria de Salud para este enfrentamiento. **Desarrollo del tema:** la heterogeneidad política, social, demográfica, económica y ambiental, ligada a las características intrínsecas de la organización y estructura del sistema de salud en cada país, ha influido mucho en la evolución de la pandemia en América Latina. La posterior llegada de COVID-19 en relación con Asia y Europa ha permitido a la mayoría de los países adoptar estrategias para mitigar los efectos de la propagación del Sars-CoV-2. Sin embargo, existen debilidades en los sistemas de salud en cuanto al acceso y cantidad de camas de cuidados intensivos y ventiladores mecánicos, lo que, sumado a la pobreza y las desigualdades sociales sistémicas, potencian la situación pandémica en estos países. **Consideraciones finales:** en vista de estos desafíos, la pandemia representa una oportunidad para superar las desigualdades en el acceso y las inequidades en salud con el fin de calificar la atención sanitaria integral. Esto refuerza la relevancia del papel de atención primaria en la aportación de respuestas más eficaces y sostenibles, dado su alto grado de capitalización y alcance de una población más grande, más vulnerable a COVID-19 debido a sus condiciones de vida.

Descriptor: Sistemas de Salud; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Atención Primaria; América Latina; Infecciones por coronavirus.

Introducción

La propagación de la enfermedad causada por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) pone a prueba la estructura de los sistemas de salud y su capacidad de afrontamiento. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), varios sistemas de salud en el mundo se han derrumbado, presentando tasas significativas de mortalidad principalmente en los países desarrollados⁽¹⁾. En comparación con estos países, se postuló que la posterior llegada del nuevo coronavirus a América Latina podría dar oportunidades para la toma de decisiones relacionadas con el sistema de salud con el fin de mitigar los efectos del COVID-19⁽²⁾.

A pesar de los desacuerdos y la toma de decisiones por parte de algunas autoridades, los gobiernos de América Latina han adoptado estrategias para hacer frente a la pandemia COVID-19⁽³⁾. Sin embargo, se observa que el número de casos en América Latina sigue creciendo a escala exponencial, principalmente debido a la alta prevalencia de enfermedades crónicas, y debido a problemas de infrafinanciación de los sistemas de salud y políticas de austeridad fiscal. Además, las desigualdades sociales y las inequidades sistémicas en salud potencian la situación pandémica en América Latina, con proyecciones preocupantes después de este período⁽⁴⁾.

Brasil es el epicentro de la pandemia del nuevo coronavirus en América Latina, habiendo registrado el mayor número de casos de COVID-19 en esta región⁽⁵⁾, con 4.497.434 casos confirmados⁽⁵⁾ y al menos 135.793 muertes al 18 de septiembre de 2020⁽⁶⁾ (<https://coronavirus.jhu.edu>). Perú tiene la mayor incidencia acumulada (756.412 casos confirmados) y la tercera tasa de mortalidad más alta, con 31.283 muertes al 18 de septiembre de 2020, detrás de México, que registró 72.803 muertes⁶. Por otro lado, Uruguay tiene el menor número de casos hasta el momento, con 1.890 infectados y 46 muertes^(4,6). En Venezuela, el gobierno no ha publicado datos epidemiológicos desde hace varios años⁽⁵⁾, lo que dificulta la obtención de la magnitud real de la pandemia en el país.

La heterogeneidad política, social, demográfica, económica y ambiental^(7,8), vinculada a las características intrínsecas de la organización y estructura del sistema de salud de cada país, han influido en gran medida en la evolución de la pandemia en América Latina. Cabe destacar que esta heterogeneidad, así como la fragilidad del sistema de salud para hacer frente a brotes infecciosos se han demostrado en anteriores emergencias de salud pública, como el virus de la gripe H1N1 (gripe porcina)⁽⁹⁾. Otro punto importante a tener en cuenta es que la atención de COVID-19 está centrada y ha sido ampliamente debatida en el entorno hospitalario. Sin embargo, se sabe que los sistemas de salud universales guiados por una Atención Primaria de Salud (APS) sólida, resolutiva, integral y accesible tienen un mayor potencial para responder a las necesidades sociales de la población, incluso en tiempos de pandemia⁽¹⁰⁾.

La importancia del papel de la APS para aportar respuestas más eficaces y sostenibles merece un mayor

protagonismo en América Latina, ya que presenta lagunas preexistentes en los sistemas de salud con relación directa con las desigualdades sociales. Además, teniendo en cuenta las experiencias de conflictos de los países desarrollados durante la pandemia, el uso inadecuado de los recursos de alta complejidad sobrecarga la atención secundaria y terciaria. Y compromete el sistema a tiempo con casos que podrían haberse resuelto en APS⁽¹¹⁾.

OBJETIVO

Contextualizar los sistemas de salud en América Latina y discutir los desafíos y potencialidades frente a la pandemia del nuevo coronavirus, centrándose en el papel de la Atención Primaria de Salud para este enfrentamiento

Desarrollo del tema

Sistemas de salud comparados en América Latina

Los sistemas de salud contemporáneos muestran similitudes debido a las políticas sociales, la difusión de los avances tecnológicos y numerosas contradicciones de mercado altamente generadoras de valor. Por otro lado, difieren en cuanto al acceso de las poblaciones a los servicios de salud y la forma de su organización y desempeño. Tales diferencias son el resultado de una interacción compleja entre elementos históricos, económicos, políticos y culturales específicos de cada sociedad⁽¹²⁾.

A la vez, Los Sistemas de Salud pueden clasificarse en tres grandes formas: 1) el sistema de negocios permisivo o de mercado, en el que predominan la financiación privada; 2) la asistencia pública; 3) el seguro social público y los sistemas universales⁽¹³⁾. Por lo que, también es importante analizar los pilares esenciales para un sistema de salud, es decir: La regulación, financiación (sistemas segmentados y/o universales) y la prestación de servicios (servicios integrados o fragmentados, con monopolio estatal, contratación pública, competencia gestionada o de libre mercado). Ahora bien, la OMS ratifica la importancia de seis pilares a los que llama elemento básico: “1) prestación de servicios; 2) mano de obra; 3) información; 4) productos médicos; 5) vacunas y tecnologías; 6) financiación y gobernanza con liderazgo⁽¹⁴⁾”.

En general, las comparaciones se refieren a los servicios, y hay varias maneras de describirlos y analizarlos. Básicamente, estos sistemas difieren en relación con las siguientes dimensiones:

- _ Grado de cobertura (universal o segmentado). _ Equilibrio entre fuentes de financiación (impuestos, cotizaciones sociales, seguro público o privado, pago directo).
- _ Grado de integración entre agentes financieros y proveedores (número de agentes financieros, presencia de un Ministerio de Salud o Seguro Nacional).
- _ Propiedad de servicios (públicos, privados o filantrópicos).
- _ Formas de organización para la atención, retribución y regulación de los profesionales (acto, salario, capitación, regulación)⁽¹²⁾.

Actualmente, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Región de las Américas se divide en las siguientes subregiones: América del Norte, Caribe Latino, Caribe No Latino y América Latina compuesta por el Istmo Centroamericano, Región Andina (de la que Venezuela es parte), Cono Sur, México y Brasil. Así mismo, el continente americano está marcado por una profunda heterogeneidad socioeconómica, política, demográfica y cultural. Por ejemplo: el ingreso per cápita en América del Norte es 4,5 veces mayor que en América Latina, donde la tasa de ingresos es el doble en el interior de los países con una alta concentración de riqueza⁽¹²⁾. Sin duda, en esta diversidad se refleja en los indicadores de salud como la mortalidad prematura por enfermedades cerebrovasculares, en las que las intervenciones de servicio se reconocen como efectivas y es superior al 25% en muchos países de América Latina; es decir, cuatro veces mayor que la que se encuentra en América del Norte. [En el Cuadro 1 \(ANEXO 1\)](#) Se presenta indicadores de algunos países de América Latina y el Caribe. Así como datos continentales y subregionales.

En América Latina existen importantes desigualdades con gran heterogeneidad en la cobertura y prestación de servicios, siendo difícil clasificar los sistemas a partir de esa tipología. No obstante, en muchos países, la seguridad social convive con la asistencia brindada por los servicios públicos al resto de la población. Se pone por caso en las que existen pocos sistemas nacionales que propongan la universalización de la atención (Cuba, Brasil, Costa Rica)⁽¹³⁾.

Aunque, cabe señalar que ha habido una expansión del acceso, especialmente a los servicios básicos de salud, así como, un importante crecimiento de los seguros privados en todo el continente latinoamericano. Sirva de ejemplo: En países como Uruguay (*Sistema Nacional Integrado de Salud*), Venezuela (*Sistema Nacional de Salud Pública*) y Ecuador, se han hecho esfuerzos para ampliar la cobertura, unificar los servicios y mejorar la coordinación entre los servicios bajo control público. Ya en Chile, Colombia y Perú, la estrategia para ampliar el acceso implementó una cobertura diferenciada, con mayor participación de seguros privados en el caso de las reformas chilenas y colombianas. Es evidente que el gasto público en salud sigue siendo bajo (US\$ 182/ habitante, 3,7% del PIB) con un alto gasto directo de las familias. Aun cuando el gasto social creció en la región (19,1% del PIB en 2012-2013), o sea, el crecimiento del gasto en salud fue modesto pasando del 3,2% al 4,2%⁽¹³⁾.

Bajo este contexto, la estrategia de APS emerge como un consenso mundial para el logro de los derechos de salud, que se sintetizó a través del conocido eslogan "*Salud para Todos hasta el año 2000*" en las reformas neoliberales de los años 1980-1990 donde se produjo ajustes macroeconómicos. Marcado por un énfasis en la separación entre la financiación, la prestación de servicios, el discurso de mayor eficiencia en la gestión, y el estímulo a la competencia entre los servicios públicos con la constitución de un "mercado interior" o entre proveedores públicos y privados. Las referencias son los cambios implementados en el *Servicio Nacional de Salud* (en inglés National Health Service - NHS) en Inglaterra y un conjunto de medidas de gestión introducidas en el seguro privado estadounidense (*atención administrada*). A partir de ese momento, la APS es difundida por organismos internacionales como el Banco Mundial como una estrategia selectiva dirigida a grupos vulnerables y excluidos del proceso productivo. Y a finales de la década de 1990 hubo reformas a favor de la coordinación de la APS. Así surge la propuesta de cobertura universal para los países de ingresos medios y bajos, publicada en el Informe sobre la salud mundial en 2010⁽¹³⁾.

Retos y potencialidades de los sistemas de salud en América Latina

Si bien las reformas que se han producido en el continente latinoamericano en las últimas décadas han reflejado las coyunturas internacionales mencionadas, es posible sugerir la hipótesis de que el continente americano constituye un gran laboratorio de políticas de salud y modelos de atención⁽¹³⁾.

En este caso, la dictadura de Pinochet introdujo las aseguradoras privadas – Instituciones de Salud Previsional– (*ISAPREs*) para estimular el modelo de mercado adaptado y se utilizó en Colombia como una manera de ampliar la cobertura a través del seguro subsidiado (Ley 100 de 1993), que se conocía como pluralismo estructurado, con una clara influencia del momento neoliberal. Ya en Brasil, la Constitución de 1988 reconoció la salud como un derecho y la prestación de servicios universales en su conjunto comenzó a ser realizada por el *Sistema Único de Saúde* (SUS por sus siglas en portugués), un sistema público integrado bajo financiamiento fiscal. Se trata de una reforma de carácter publicista cuyo discurso correspondió al momento democrático-racionalizador de la situación anterior, pero que acabó implementándose extemporáneamente en una situación neoliberal y adversa, produciéndose así una expansión significativa de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) con medidas recientes para mejorar el acceso y la calidad del servicio⁽¹³⁾. Ahora bien, el sistema de salud brasileño es un sistema universal con doble y desigual cobertura: mientras que la población de bajos ingresos utiliza el SUS, los usuarios del segmento suplementario pueden recurrir constitucionalmente a ambos, con derecho a exención de impuestos. Por otra parte, cabe destacar la aprobación de la Enmienda Constitucional N° 95 en diciembre de 2016 que estableció una congelación de los gastos públicos y las inversiones durante 20 años⁽¹³⁾.

En Chile, el proceso de redemocratización permitió reformas con la validez de dos nuevas leyes, a partir de 2005: la *Ley de Autoridad Sanitaria* y la *Ley de Garantías Expliciten en Salud*. El *Plan AUGE –Acceso Universal con Garantías Expliciten salud–* define o aborda la cobertura obligatoria (garantías) de los principales problemas de salud tanto en el sistema público como en el privado, llevándose a cabo acciones para ampliar el acceso, reorganizar y mejorar la calidad de los servicios con una mayor contribución fiscal, reducción de los copagos, retirada de subvenciones de ISAPRES, recuperación de la red pública, estimulación de la APS y organización de redes regionalizadas e integradas de servicios. Estos objetivos forman parte de un extenso Plan de Metas publicado por el Ministerio de Salud para el período 2011-2020. Aun así, el análisis de la composición de la financiación muestra que la contribución pública de fuentes fiscales con carácter redistributivo sigue siendo muy baja, siendo del orden del 40%⁽¹³⁾.

Por otro lado, las reflexiones que surgen del análisis del caso en Colombia tampoco parecen demostrar la superioridad de un modelo centrado en los operadores de seguros como estrategia para la universalización de la atención. Por ejemplo, en el período comprendido entre 1993 y 2003, la cobertura a gran medida se expandió significativamente, alcanzando el 90% de la población (es decir 38% del régimen contributivo y 51% las subvencionada). En otras palabras, el crecimiento del plan subvencionado fue casi tres veces mayor que el contributivo con una diferencia importante en la lista de servicios prestados en cada uno de estos planes. Luego, en 2010, en Colombia, una grave crisis institucional y financiera del *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) llevó a la revisión de la Ley 100 que se había instituido con el voto de un nuevo marco legal en 2011 (Ley 1438). Dicha situación estuvo marcada por un intenso debate entre autoridades gubernamentales, políticos, entidades profesionales y la sociedad civil sobre los resultados, impases y posibilidades de mejora del sistema colombiano. Con esta nueva ley se estableció el acceso universal como derecho de ciudadanía y a la APS

como estrategia para organizar la prestación de servicios. A fin de lograr este propósito, el nuevo marco jurídico contempló la unificación de los planes de beneficios con una actualización cada dos años de los procedimientos cubiertos. Por consecuencia, en 2012, la arquitectura del sistema todavía estaba compuesta por los contributivos, subvencionados, especiales (militares, docentes, petroleros, entre otros) y, sin seguro, cuya atención se presta en los servicios disponibles de las Secretarías de Salud de entidades territoriales hasta ahora (Departamentos y Municipios)^(12,13).

En Argentina, el sistema de salud consta de tres subsectores: el público con gestión nacional, provincial y municipal, el seguro social y de salud de afiliación obligatoria compuesto por obras sociales y el seguro privado de afiliación voluntaria. Este sistema es responsable de cubrir el 47% de la población, pero comúnmente no tiene sus propios servicios, asegurando la prestación a través de proveedores privados u hospitales públicos⁽¹²⁾. Aunque, el sector público posee su propia red de hospitales y centros de salud. La mayor parte de la financiación y prestación de servicios corre a cargo de las provincias y los municipios, mientras que el Ministerio de Salud reserva funciones de normalización y regulación. No obstante, Las políticas de la APS son del tipo focalizado (distribución de medicamentos, salud materno-infantil, médicos comunitarios para acciones esencialmente de promoción y prevención a nivel local). La realidad es que el sistema se centra esencialmente en la atención médica curativa y el hospital⁽¹²⁾.

Así mismo, se destacan los cambios que se han estado produciendo en los sistemas de salud de Paraguay y Uruguay. En Paraguay, se han observado avances legales graduales con la consignación en el acceso e implementación de Unidades de Atención a la Familia como puerta de entrada al sistema público desde 2008. Mas, se estima que el 40% de la población sigue estando descubierta. Por mencionarlo, sólo el 13,9% tiene seguro público (Instituto de Previsión Social) y el gasto público sigue siendo muy bajo⁽¹²⁾. En Uruguay, en 2007, se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), considerado seguro para la extensión gradual de la cobertura universal de atención integral. De esa manera, la financiación solidaria se ha establecido a través de un único fondo público y la prestación de servicios tiene en cuenta la combinación de proveedores de servicios y la importante presencia de mutuas (Instituciones de Asistencia Médica Colectiva - IAMC), representadas por cooperativas médicas. Es bien dicho que con esta reforma se prevé un cambio en el modelo de atención en la dirección de la APS. Aunque, las dificultades de coordinación, organización y recursos humanos requerirán tiempo para que se expresen y operen en el sistema de salud⁽¹²⁾. En el [Cuadro 2 \(ANEXO 2\)](#) se presenta un análisis comparativo de las principales características de los sistemas de salud en Brasil, Chile, Argentina y Colombia.

Estrategias para fortalecer la capacidad del sistema para responder a la pandemia

El impacto de la epidemia en la dinámica económica, social, política y cultural de la población ha puesto a prueba la gobernanza de los países y los organismos internacionales más allá de los problemas de salud⁽¹⁰⁾. Para empezar, En América Latina, la llegada de COVID-19 en relación con Asia y de Europa ha permitido a la mayoría de los países a adoptar estrategias para mitigar los efectos de la propagación del Sars-CoV-2⁽²⁾. Aunque, existen debilidades en los sistemas de salud en cuanto al acceso y cantidad de camas de cuidados intensivos y ventiladores mecánicos, lo que, sumado a la pobreza y las desigualdades sociales sistémicas, potencian la situación pandémica en estos países⁽⁴⁾.

Algunos investigadores han evaluado los efectos del brote COVID-19 en países de bajos ingresos, como América Latina, que presenta un escenario alarmante con una dinámica de brotes sin precedentes⁽³⁾. Según los investigadores, es urgente fortalecer el Sistema de Vigilancia de la Salud e invertir en el desarrollo de recursos humanos, financieros y de infraestructura de los servicios de salud para dar una respuesta eficaz a la pandemia⁽³⁾.

Por consiguiente, se destaca las primeras estrategias adoptadas por los gobiernos de estos países donde se centraron, sobre todo, en las medidas de distanciamiento social de las personas y en la búsqueda de la provisión de camas en la unidad de cuidados intensivos para pacientes críticos⁽¹⁰⁾. Aunque, algunos expertos asumieron, sobre la base del elevado número de casos en algunos países de América Latina, que la aplicación de medidas de mitigación de enfermedades fue tardía, particularmente en relación con el distanciamiento social y la fragilidad de la Vigilancia Epidemiológica⁽⁸⁾.

Por ejemplo, en México, cuando comenzó el brote de COVID-19, las autoridades declararon un riesgo subestimado, muy por debajo de la verdadera amenaza a la población, lo que llevó a las tensiones entre el gobierno y las acciones de algunos Estados, que actuaron de forma independiente⁽⁴⁾. Inclusive, en Brasil, a pesar de datos alarmantes, el gobierno también minimizó la pandemia y puso en jaque las medidas de mitigación que estaba proponiendo el Ministerio de Salud y reiteradas por la Organización Mundial de la Salud, generando dudas sobre el comportamiento a seguir de la población⁽¹⁵⁾.

Para tener acceso al resumen de las principales medidas, acciones y políticas adoptadas por los países de América Latina y el Caribe, visite el siguiente enlace:

<http://www.sela.org/media/3219723/covid-19-resumen-de-las-principales-medidas-estados-miembros-sela.pdf>

Según datos de la Universidad Johns Hopkins⁽⁶⁾, estos dos países se encuentran entre los que tienen mayor número de muertes en América Latina, 137.793 en Brasil y 72.803 en México (al 18 de septiembre de 2020). Ahora bien, Hay otros países latinoamericanos que también se destacan con los datos alarmantes y el mayor número de casos confirmados; como Argentina (613.658 casos confirmados), Colombia (750.471 casos confirmados) y Perú (756.412 casos confirmados).

Para actualizar las estadísticas de casos confirmados y la mortalidad por el nuevo coronavirus en América Latina y en todo el mundo, visite el enlace a seguir:

<https://coronavirus.jhu.edu>

Además de los aspectos relacionados con la gobernanza de estos países, deben considerarse otros determinantes sociales, como los datos sociodemográficos que influyen en los resultados de la pandemia en estos países. Aunque la población de América Latina es más joven en comparación con Europa y Estados Unidos (menos del 9% de la población latinoamericana es mayor de 65 años, en comparación con el 20% de la europea y el 16% de América del Norte)⁽²⁾, hay un gran contingente de personas mayores que viven en contextos de vulnerabilidad social, en hogares sin red de apoyo social y en condiciones precarias en Instituciones de Larga Estadía para Adulto Mayores (ILPIs – por sus siglas en portugués).

No cabe duda que es crucial identificar qué grupos dentro de una población tienen mayor riesgo de infección y muerte por COVID-19. Así mismo, saber qué sectores de la sociedad tienen más probabilidades de infectarse, morir o sufrir otras consecuencias graves, permite canalizar los recursos hacia quienes más los necesitan⁽¹⁶⁾. Por ejemplo, la situación que se produce en los hogares del Adulto Mayor es diferente de la que ocurre en otras instituciones de salud, que presentan riesgos específicos. Entre ellos, existen factores intrínsecos como el proceso de envejecimiento y la disminución de la capacidad funcional que dificulta la respuesta del sistema inmunológico en la lucha contra las enfermedades, además de las posibilidades de deterioro de la capacidad de locomoción, dificultades de comunicación y alteración de la autopercepción del cuerpo; todas estas características son inherentes a los espacios comunes que se insertan al Adulto Mayor, sumados a la corresponsabilidad de la atención que involucra a varios profesionales de la salud, familiares y cuidadores.

Vale la pena señalar que los países del mundo han tomado medidas para garantizar que los Adultos Mayores tengan acceso a servicios e información esenciales durante la pandemia COVID-19, y que las instituciones, especialmente las científicas, redoblen sus esfuerzos para satisfacer las necesidades sanitarias de este grupo de población. Pero esto no es sólo una responsabilidad de estas instituciones, es una obligación de todo el aparato estatal, garantizar la protección de la población más vulnerable a través de políticas públicas nacionales.

Se están organizando diversos movimientos de atención a las personas mayores en la pandemia del nuevo coronavirus, como la Red de enfermeras en Salud del Adulto Mayor (REDESAM), desde eventos como congresos, charlas mediante *streaming*, videos educativos dirigidos a las personas mayores, desarrollo de la investigación, publicación de artículos entre otros, y también la disponibilidad del *E-book* ahora presentado.

Frente a todos los desafíos de los sistemas de salud en América Latina, la pandemia COVID-19 representa una oportunidad para superar las desigualdades en el acceso y las inequidades en salud con el fin de calificar la atención integral de salud⁽⁹⁾. Esto refuerza la relevancia del rol de la APS en brindar respuestas más efectivas y sostenibles, dado su alto grado de capitalización y el alcance de un contingente mayor de población más vulnerable al COVID-19 por sus condiciones de vida^(10,11).

El papel de la APS frente a la pandemia de COVID-19

La Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y debe estar lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas y constituir un elemento organizativo de un proceso de atención médica continuo.

Dentro de la APS, se habla sobre cuatro atributos que deben cumplirse, descritos por Bárbara Starfield: Accesibilidad y primer contacto, donde debe existir un fácil acceso al sistema sanitario; Longitudinalidad, donde se debe establecer una relación personal y continua entre el médico y paciente; Integralidad, que da solución a las necesidades de salud más frecuentes de la comunidad; y Coordinación, que significa un trabajo en conjunto entre los médicos de Atención Primaria, otros especialistas. Así como la orientación familiar y comunitaria^(17,18).

Existe un consenso de la APS sobre la importancia de mejorar los indicadores de salud de una determinada población empadronada en un territorio. Un estudio señala que más del 80% de los problemas de salud de una determinada población pueden resolverse en la APS y debe conciliar especialmente las acciones de atención con la prevención y promoción de la salud, además de coordinar la atención brindada en otros niveles del sistema^(17,19-22).

Sin embargo, durante una pandemia en la que se desarrolla una enfermedad emergente cuya historia natural no se ha dilucidado del todo, como el COVID-19, los sistemas y profesionales de salud que trabajan frente a las demandas de atención enfrentan numerosas y complejas dificultades en la rutina del trabajo. De hecho, la pandemia ha exigido a los profesionales, especialmente enfermeras, una mayor gestión y organización técnico-científica, psicológica y del proceso de trabajo para actuar en primera línea en el combate al COVID-19 con el fin de garantizar un servicio de alta calidad e integral a las comunidades^(5,22).

Por lo tanto, la APS debe considerarse un pilar importante para hacer frente a la COVID-19. Centrarse en los atributos esenciales y derivados de la APS, como el seguimiento de familias vulnerables y el seguimiento de casos sospechosos y leves, constituyen estrategias fundamentales tanto para contener la pandemia como para no agravar a las personas con COVID-19. La APS también es responsable de abordar los problemas derivados del aislamiento social prolongado y la precariedad de la vida social y económica, como los trastornos mentales, la violencia doméstica, el alcoholismo y el agravamiento o desarrollo de condiciones crónicas, cuyas consecuencias son difíciles de predecir, requiriendo una atención integral longitudinal⁽¹⁰⁾.

Por eso, para garantizar una atención segura y de calidad en la APS, es necesaria la planificación basada en datos, la reorganización de los servicios según las características de la epidemia, la asignación de recursos económicos y estrategias de actuación específicas para afrontar la pandemia actual. Así como, capacitar a los profesionales de la salud, realizar pruebas diagnósticas masivas; crear una estructura para solicitar exámenes complementarios con resultados de manera oportuna; espacio físico adecuado para albergar posibles casos sospechosos; stock de medicamentos; flujos y protocolos bien definidos con acceso prioritario a otros niveles y servicios de salud, a fin de mejorar la coordinación de la atención brindada por la APS; apoyo diagnóstico y asistencial compartido con el equipo de salud; suficientes profesionales; Equipo de Protección Personal (EPP) adecuado, esencial y suficiente, tanto para los profesionales de la salud así como para las personas sintomáticas. No hay duda de que la organización de procesos de trabajo que articulen las metodologías de acceso al servicio determinará; 1) la atención a las personas; 2) la producción de información que pueda retroalimentar el servicio y el sistema; 3) **afianzará** de manera fundamental la atención brindada a la población⁽¹⁰⁾.

La alta tasa de propagación del Sars-CoV-2, particularmente en espacios cerrados, incluidos los servicios de salud de la APS, y la necesidad de evitar una búsqueda masiva de servicios de salud en las primeras etapas de la epidemia han hecho que —los servicios de telesalud, estrategia de cuidados esenciales en varios países y sistemas de salud del mundo— permitan los usuarios contar con información calificada y oportuna sobre cómo proceder a nivel individual⁽¹⁰⁾. Es de destacar que la APS es potente en la reducción

de las inequidades en salud y debe, por tanto, ser fortalecida y estructurada como una de las principales respuestas del sector salud a la epidemia, dado su alto grado de capilarización en los territorios nacionales y llegando a porciones significativas de la población expuestos a riesgos excesivos debido a sus condiciones de vida. Finalmente, pandemias como de la COVID-19 ponen en tela de juicio discursos y prácticas para reducir el tamaño del estado, relajar las leyes laborales, dismantelar el sistema de protección social, devaluar y no invertir en ciencia, tecnología y educación, así mismo precarizar los servicios públicos de salud^(10,11).

CONSIDERACIONES FINALES

Finalmente, la descripción y el análisis de la integración de la APS en los sistemas de salud en América Latina muestran que incluso en el caso de sistemas de base universal, persisten las segmentaciones con fragmentación de los servicios en este nivel de atención. Ante aquello, tanto los atributos esenciales y derivados de la APS deben estar interrelacionados para garantizar la expresión de las tres funciones sólidas: a saber, **1. resolución; 2. comunicación; 3. rendimiento de cuentas.** Además, de la búsqueda de un marco integral para la evaluación y el modo operacional de las APS en cada país, para que se tenga en cuenta los niveles de análisis interrelacionados, a fin de contribuir al avance en América Latina.

Los sistemas de salud pública universales anclados en una APS sólida, resolutive, integral, accesible y con orientación cultural y social constituyen uno de los pilares de una sociedad que respeta los derechos más elementales de las personas. Por eso es vital que la APS asuma su rol como coordinadora de cuidados y organizadora de la Red de Atención en Salud. Ya que de ella dependen: el éxito del enfrentamiento a dicha pandemia —la COVID-19; el futuro de los diferentes sistemas de salud; así mismo como la salud de los latinoamericanos.

Destacamos la importancia del papel de la enfermería, que lleva a cabo la protección, prevención y la atención integral tanto a los pacientes diagnosticados de COVID-19, como a los casos sospechosos y, sobre todo, focalizándose en la población en mayor riesgo de contaminación. Reforzamos que, en la APS, la enfermería actúa como vínculo entre la comunidad, los servicios de salud y los distintos sectores a los que se puede apoyar. Si bien en los países de América Latina existe una variación en el número de casos confirmados de COVID-19 a la fecha de esta publicación, las principales recomendaciones para enfrentar esta crisis de salud aún se centran en las medidas preventivas y mitigar la propagación del Sars-CoV-2, donde el equipo de enfermería de la APS juega un papel central y decisivo.

REFERENCIAS

- 1- World Health Organization (WHO). [Internet]. Geneva. 2020. Coronavirus (COVID-19) events as they happen. Eventos de coronavirus (COVID-19) a medida que ocurren. [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
- 2- Alvarez RP, Harris PR. COVID-19 in Latin America: Challenges and opportunities. Rev. Chil. Pediatr. 2020;91(2):179-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i2.2157>
- 3- Caicedo-Ochoa Y, Rebellón-Sánchez DE, Peñaloza-Rallón M, Cortés-Motta HF, Méndez-Fandiño YR.

- Effective Reproductive Number estimation for initial stage of COVID-19 pandemic in Latin American Countries. *Int J Infect Dis.* 2020;95:316-318. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.04.069>
- 4- Pablos-Mendez A, Vega J, Aranguren FP, Tabish H, Raviglione. Covid-19 in Latin America. *BMJ.* 2020; 370 DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2939>
- 5- Burki T. COVID-19 in Latin America. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(5):547–548. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30303-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30303-0)
- 6- Johns Hopkins University [Internet]. Baltimore. 2020. Coronavirus Resource Center. [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/>
- 7- Rodríguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C et. al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis.* 2020;35:101613. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101613>
- 8- Bautista-Molano W, Garrot LF, Toro C. Explorando el impacto de COVID-19 en América Latina. *J Clin Rheumatol.* 2020;26(6):218-219. DOI: <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000001523>
- 9- Ezequiel GE, Jafet A, Hugo A, Pedro D, Maria MA, Carola OV et al. The COVID-19 pandemic: A call to action for health systems in Latin America to strengthen quality of care. *International Journal for Quality in Health Care,* 2020;1-2. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa062>
- 10- Sarti T, Lazarini W, Fontanelle L, Almeida Coelho APS. ¿Cuál es el papel de la atención primaria de salud en la pandemia de COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020;29(2):e2020166. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>
- 11- Farias LABG, Colares MP, Barreto FKA, Cavalcanti LPG. El papel de la atención primaria en la lucha contra el Covid-19. Impacto en la salud pública y perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2020;15(42):2455. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)
- 12- Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GVS, Bonfim JR, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Jr, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Fiocruz; 2012. p. 591-659.
- 13- Conill EM. Sistemas universais para a América Latina: jovens e antigas inovações nos serviços de saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* 2018; 31(4):1-13. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8779>
- 14- World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva. 2007. Everybody Business: Strengthening Health System to Improve Health Outcomes. WHO`s Framework for Action. Available from: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
- 15- Editorial the Lancet. COVID-19: learning from experience. *The Lancet.* 2020; 395(10229):1011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30686-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30686-3)
- 16- Ritchie H, Ortiz-Ospina E, Beltekian D, Mathieu E, Hasell J, Macdonald B et. al. Coronavirus Pandemic (COVID-19). *Our World in Data* [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- 17- Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
- 18- Organización Panamericana de Salud (OPS) [Internet]. Brasília. 2020. Atención Primaria de Salud; [cited 2020 Sep. 19]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>
- 19- Mendes EV. *A construção social da atenção primária à saúde.* Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.
- 20- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly.* 2005;83(3):457-502. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

- 21- Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet*. 2008;372(9647):1365-1367. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61524-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61524-X)
- 22- Bolina AF, Bomfim E, Lopes-Júnior LC. Frontline Nursing Care: The COVID-19 Pandemic and the Brazilian Health System. *SAGE Open Nursing*. 2020;6:1-6. DOI: <https://doi.org/10.1177/2377960820963771>