

ANÁLISIS DE GÉNERO Y SALUD COVID-19 EN LAS AMÉRICAS



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OPERA PARA LAS AMÉRICAS

ANÁLISIS DE GÉNERO Y SALUD COVID-19 EN LAS AMÉRICAS

WASHINGTON, D.C., 2021

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OPES EN LAS AMÉRICAS

Análisis de género y salud: COVID-19 en las Américas

OPS/EGC/COVID-19/21-0006

© **Organización Panamericana de la Salud, 2021**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento - NoComercial - CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

Agradecimientos	V
Resumen	VI
Introducción	1
Objetivos del informe	2
Aspectos metodológicos	2
Marco conceptual	4
1. La COVID-19 y la situación de América Latina y el Caribe	7
1.1 Consideraciones de género	7
1.2 Impacto económico y social	8
2. El género como determinante clave de la salud durante la pandemia	15
2.1 Qué dice la bibliografía sobre sexo-género y COVID-19	15
2.2 Situación epidemiológica	16
2.3 Situación del personal de salud	19
2.4 Análisis de desigualdades de género en la atención de salud	21
3. Estudios de casos	23
4. Temas seleccionados de salud	29
4.1 Respuestas desde el sector salud y otros sectores	34
5. Conclusiones	41
6. Recomendaciones	44
Referencias	46





AGRADECIMIENTOS

Este documento fue preparado por un equipo de consultores coordinado por Raúl Mercer, del Programa de Ciencias Sociales y Salud de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Argentina, e integrado por Evelina Chapman, investigadora invitada de la Fundação Oswaldo Cruz, Diretoria de Brasília, Brasil; Carlota Ramírez, de FLACSO, Argentina, y María Teresa Ruiz Cantero, investigadora de la Universidad de Alicante, España. Se ha contado con la colaboración de Miguel Araujo, de la Clínica Indisa, Chile; Vicente Clemente Gómez, de la Universidad de Alicante, España; Lorena Setién, de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina y María del Carmen Tamargo, de FLACSO, Argentina.

La dirección técnica estuvo a cargo de Catharina Cuellar y Lily Jara, asesoras de la Oficina de Equidad, Género y Diversidad Cultural (EGC) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la estrecha colaboración de Ana Rivière Cinnamon, del equipo del Sistema de Gestión de Incidentes.

Asimismo, se reconocen los aportes e insumos que el grupo técnico interprogramático de la OPS conformado para este análisis ha brindado durante todo el

proceso: Mónica Alonso, Britta Baer, Rodolfo Gómez Ponce de León, Carolina Hommes, Natalia Houghton, Jisoo Kim, Carmen Martínez, Antonio Sanhueza y Yande Wassila Thiaw.

También se agradecen los aportes de las personas entrevistadas como informantes clave: Nuria Martín Arroyo y Alma Pérez, de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), Mesa de Género y COVID-19, Panamá; María Del Carmen Calle y Bertha Pineda Restrepo, del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Perú; Claudia Sanabria, de la Unidad de Género del Ministerio de Salud Pública de Paraguay; Nadine Gassman, del Instituto Nacional de las Mujeres, México; Diego Sampol, de la Universidad de la República, Uruguay; Andrés Cuyul, de la Universidad de la Frontera, Chile; Daphne Rattner, de la Universidad de Brasília, Brasil; Sandra Castaneda, de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), Ecuador; Elysse Marcellin, de Womantra, Trinidad y Tabago; Gary Barker, de MenEngage, PROMUNDO, Brasil.



RESUMEN

VI

A finales del 2020, la Región de las Américas se constituyó en el epicentro de la pandemia de COVID-19, con la mayor notificación de casos y muertes a escala mundial.

Además de los efectos catastróficos que la situación generó en los sistemas de salud y en la salud de las personas, se considera que el impacto social y económico negativo de la pandemia de COVID-19 no tiene precedentes. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros han demostrado tener la capacidad para enfrentar los desafíos que la pandemia ha traído aparejados.

Una de las mayores preocupaciones al respecto se relaciona con las consecuencias directas (morbilidad y mortalidad) de la acción del virus sobre poblaciones definidas. También inquietan los resultados de las medidas orientadas a mitigar la propagación del virus y el efecto indirecto sobre las condiciones socioeconómicas.

A este complejo escenario se suma la situación particular de América Latina, la región más inequitativa del planeta en términos de distribución de la riqueza, una asimetría que se manifiesta en la desigualdad del ingreso y en los indicadores de salud y de calidad de vida, tanto entre los países como en su ámbito interno.

Uno de los aspectos a los cuales no se ha prestado mucha atención a lo largo del curso de la pandemia tiene relación con el enfoque de género y sus consecuencias en el contexto actual. Se sabe que el género es uno de los determinantes importantes asociados a la salud, pero en el momento de analizar las consecuencias diferenciales de la pandemia, se observa que la perspectiva de género no aparece en el examen de los efectos directos e indirectos de la pandemia con la misma elocuencia que cuando se abordan diferentes campos de estudio.

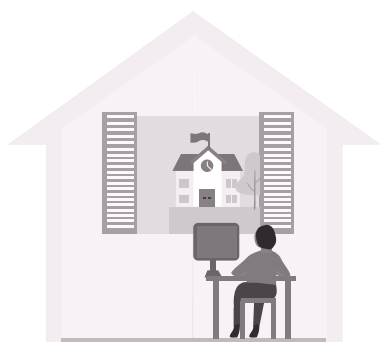
Hacer referencia a la igualdad de género en salud implica necesariamente garantizar igualdad de oportunidades para alcanzar el mejor nivel posible en términos de salud y de calidad de vida, e igualdad en el acceso a la salud, independientemente de la situación socioeconómica, del lugar de residencia y del grupo cultural de pertenencia. Además, el derecho a la salud contempla la libertad para participar y la autonomía en la toma de decisiones fundamentadas vinculadas a la salud y a los propios cuerpos.

El presente informe apunta a generar un conjunto de conocimientos que permitan reconocer, comprender e instalar la temática de género y salud en el contexto actual de la pandemia.

La ausencia de estadísticas desagregadas por sexo, que reflejen la experiencia vital de las mujeres y las niñas, invisibiliza numerosas desigualdades de género. En el contexto de la COVID-19, se requiere información precisa desglosada por sexo sobre incidencia, hospitalización y pruebas diagnósticas, mortalidad, ocupación y condiciones de vida, para comprender el comportamiento de la enfermedad y sus posibles efectos. Este trabajo examina la situación relacionada con dichas variables de interés.

En este contexto, y dada la complejidad de la temática, visualizar la relación entre género y salud durante un momento de la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas demanda recurrir a abordajes metodológicos múltiples para construir un sólido volumen de conocimientos.

Para ello, este informe ha contemplado el uso de métodos mixtos, que consisten en la revisión documental (informes, investigaciones, respuestas programáticas, resoluciones y marcos normativos, y guías de atención de servicios de salud) y el análisis



epidemiológico de información provista por la *line listing* de la OPS, a partir de la notificación regular que realizan los países.¹ De la información general, se seleccionaron estudios de casos para el análisis de información demográfica, clínica y de respuestas del sistema de salud. Además, se realizaron revisiones sistemáticas para responder a tres preguntas específicas relativas a género y salud. Finalmente, se entrevistó a una serie de informantes clave (seleccionados según pertenencia institucional, perfil profesional y diversidad territorial) para captar información de aquellos aspectos que pueden ser transmitidos desde una lectura cualitativa de los acontecimientos.

El informe presenta, en primer lugar, una caracterización del impacto económico de la COVID-19 desde la perspectiva de género y su incidencia sobre la pobreza, las desigualdades, la situación del mercado de trabajo, las brechas de ingreso, la asignación de tiempos de cuidado por parte de las mujeres y las respuestas en materia de políticas de protección social dirigidas a mitigar los efectos de la pandemia.

A partir del análisis de las desigualdades de género en la atención de la salud y de factores asociados, se observa que las estadísticas de la COVID-19 muestran dificultades para calcular la magnitud de la enfermedad y de sus causas y consecuencias, tanto en la Región como en el resto del mundo. Los registros también son contradictorios con respecto a la incidencia de la COVID-19 por sexo. En algunos países, como Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú, la incidencia de casos de COVID-19 es superior en los hombres; en otros, como México, es más frecuente en ciertos grupos de mujeres; y a veces, como en Argentina, se presentan magnitudes similares en ambos sexos. Como enfermedad infecciosa, la variabilidad de la frecuencia de casos

notificados por sexo según el país puede indicar un subregistro de casos relacionado con el proceso de recolección y procesamiento de la información o incluso por problemas ligados al proceso diagnóstico.

No se ha podido hallar información sistemática de cada país en cuanto a la evolución de las diferencias según sexo y desigualdad de género relacionadas con la presentación clínica (signos y síntomas) en el curso de la COVID-19 ni acerca de las circunstancias concomitantes que la agravan ni sobre el esfuerzo diagnóstico y terapéutico recibido según el sexo ni su relación con las muertes acaecidas.

El análisis de las diferencias por sexo en los estudios de casos que se presentan aquí permite desvelar las desigualdades de género que se manifiestan durante el curso de la enfermedad y en la atención de la salud. Aspira a ofrecer un panorama sobre la COVID-19 en los tres estudios de casos seleccionados (Argentina, Brasil y México), cuyos registros institucionales proporcionan información suficiente a partir de la cual se puede examinar la situación de la COVID-19 desde la perspectiva de la interacción entre el sexo y el género.

La situación del personal de salud asume una relevancia particular cuando se toma en cuenta la elevada proporción de mujeres que se hallan representadas en este sector.

Algunos problemas de salud seleccionados muestran la afectación diferencial en el acceso a los servicios de salud, en la incidencia de problemas de salud mental, en la violencia de género en el ámbito de los hogares, en la población con VIH e infecciones de transmisión sexual, en el incremento de las prácticas discriminatorias frente al colectivo LGBTQ+, y en la restricción en el acceso a los servicios de personas con discapacidad, durante la pandemia.

¹ Se trata del sistema de notificación de estadísticas del país en la plataforma *line listing*. Entre los atributos, fortalezas y beneficios del sistema pueden mencionarse los siguientes: es el único sistema de notificación que se ha generado desde las regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con cobertura para los países de las Américas; es un sistema de carácter solidario, en el cual cada país genera y comparte información relativa a la COVID-19 de manera espontánea y automática, y vinculan sus propias bases de datos y motores generadores con la base de datos de la OPS para las Américas.



VIII

Las revisiones sistemáticas sintetizan la mejor evidencia disponible originada en América Latina y el Caribe sobre tres preguntas específicas: P1) el género y su asociación con el riesgo de contagio por SARS-CoV-2; P2) el género y el pronóstico de COVID-19, y P3) el potencial papel moderador del género sobre la efectividad de intervenciones para prevenir o tratar la enfermedad. Para este componente se realizó una búsqueda de alta sensibilidad en diferentes bases de publicaciones y en las listas de referencias de los estudios seleccionados hasta fines de diciembre del 2020. En estas páginas se describen los principales resultados. Para la P1 se identificaron cuatro estudios analíticos transversales, que mostraron una asociación positiva y significativa entre el género masculino y el riesgo de contagio. Para la P2 se incluyeron 26 estudios de cohorte, generalmente retrospectivos, basados principalmente en los registros nacionales de Brasil y México. En la mayoría de los casos se observó una asociación de magnitud moderada ($OR_{a} \approx 1,5$) entre el género masculino y un mayor riesgo de muerte, hospitalización, ingreso a unidades de cuidado intensivo (UCI) y necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI). En cuanto a la P3, no se identificaron estudios elegibles para responder a esta pregunta. La investigación en América Latina y el Caribe confirma los hallazgos a nivel internacional sobre una mayor probabilidad de contagio y de evolución desfavorable en hombres respecto del SARS-CoV-2. La explicación para ambas asociaciones no es clara todavía.

En el marco de la caracterización de las medidas tomadas desde el sector de la salud y otros sectores para enfrentar la pandemia, se identificaron

actores clave y se los entrevistó con el propósito de conocer las principales dificultades y desafíos de los Estados de la Región en el proceso de incorporación y transversalización del enfoque de género en la respuesta a la crisis.

Entre los actores mencionados se encuentran organismos internacionales, movimientos feministas y funcionarias de organismos estatales, con incidencia tanto en la instalación como en la vigilancia de las temáticas de género en la agenda pública. Todos ellos coincidieron en destacar la importancia de la participación de las mujeres tanto en los espacios de toma de decisiones como en la organización y el liderazgo de respuestas comunitarias.

El análisis cualitativo de las entrevistas refleja un diagnóstico acerca de las medidas tomadas por los Estados tanto para garantizar el acceso a los servicios esenciales de salud como para dar respuesta a la crisis económica y a la violencia y las afectaciones de la salud mental que se acrecentaron debido al distanciamiento social, con la posibilidad de reconocer aciertos y carencias en cuanto a la incorporación de la perspectiva de género en las respuestas. Se ha valorado la necesidad de que los Estados incorporen en sus respuestas una perspectiva interseccional, que tenga en cuenta las desigualdades preexistentes en materia de clase social, etnia, nacionalidad, diversidad sexual, entre otros determinantes sociales, para diseñar soluciones más efectivas y pertinentes para las diferentes situaciones.

El informe se cierra con una serie de conclusiones y recomendaciones que atañen a distintas dimensiones de acción en los siguientes ámbitos:

● **Datos y evidencia:** se sugiere integrar variables demográficas y sociales que permitan caracterizar la información mediante su estratificación binaria según el sexo y el comportamiento de dicha información de acuerdo con las diferentes interseccionalidades. Asimismo, se deben fomentar los estudios que investiguen los motivos del comportamiento diferencial de la pandemia según el género, así como

analizar los sesgos vinculados a todo el proceso de diagnóstico-atención y los posibles sesgos asociados.

● **Respuestas en planes y políticas:** se destaca la necesidad de ampliar la lectura de los problemas asociados a la actual pandemia e integrar el enfoque de género en todas las etapas de formulación de políticas, planes y estrategias.





INTRODUCCIÓN

1

A finales del 2020, la Región de las Américas se había convertido en el epicentro de la pandemia de COVID-19, ya que acusaba la mayor notificación de casos y muertes a escala mundial. Se considera que el perjuicio social y económico de la pandemia de COVID-19 a corto, mediano y largo plazo, así como a nivel local, nacional y mundial, no tendrá precedentes. No obstante, esta situación representa una oportunidad para mejorar la capacidad de respuesta de los Estados ante una crisis de salud (1). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros han demostrado tener la capacidad para enfrentar los desafíos que la pandemia ha traído aparejados.

Una de las mayores preocupaciones al respecto se relaciona con las consecuencias directas (morbilidad y mortalidad) de la acción del virus sobre poblaciones definidas, pero también resulta inquietante el efecto indirecto derivado de las implicaciones sociales y económicas de las medidas para mitigar la propagación de virus. Sin lugar a dudas, el impacto de la pandemia varía según la calidad de las respuestas de las medidas que tienen lugar en el marco de las políticas, las respuestas de los sistemas y servicios de salud, la universalidad en cuanto al acceso, la calidad de la atención y la efectividad de las intervenciones. A este complejo escenario, se suma la situación particular de América Latina, la región más inequitativa del planeta en términos de distribución de la riqueza, una asimetría que se manifiesta en la desigualdad del ingreso y en los indicadores de salud y de calidad de vida, tanto entre los países como en su ámbito interno.

Uno de los aspectos a los cuales no se ha prestado mucha atención a lo largo del curso de la pandemia tiene relación con el enfoque de género y sus consecuencias en el contexto actual. Se sabe que el género es un determinante estructural de la salud (2), pero en el momento de analizar los diferentes impactos de la

pandemia, se observa que la perspectiva de género no aparece en el análisis del impacto directo o indirecto de la pandemia con la misma elocuencia que cuando se abordan diferentes campos de estudio.

En síntesis, la pandemia de COVID-19 ha provocado profundos cambios en las dinámicas sociales de la Región, cambios que son propios del comportamiento del virus y de la capacidad de respuesta de los países. En líneas generales, se observa un efecto multiplicador de las inequidades económicas, sociales y de salud ya existentes en América Latina y el Caribe. Cabe recordar que los conceptos de sexo y género, si bien están relacionados, conforman dimensiones diferenciales. En efecto, el sexo está vinculado a la dimensión biológica, mientras que el género contempla aspectos psicosociales ligados al modo a través del cual se configuran las identidades y se establecen relaciones de poder entre hombres y mujeres. El género se vuelve clave en el momento de reconocer y analizar los efectos diferenciales de la pandemia sobre hombres y mujeres, según las problemáticas abordadas. Todo ello entra en interacción con los diferentes determinantes de la salud (interseccionalidades) que se entrelazan en los diversos contextos político-territoriales a lo largo del curso de la vida para generar condiciones de existencia muy disímiles, que van a determinar las afectaciones diferenciales de la pandemia.

El presente documento es una iniciativa de la OPS y de un grupo de profesionales expertos de la Región y otras proveniencias, que busca indagar sobre las relaciones entre la dimensión de género y diferentes derivaciones de las respuestas y consecuencias de salud en sus distintos contextos socioeconómicos. La escasez de países que aportan información por sexo tanto para los parámetros epidemiológicos como clínicos limita la posibilidad de evidenciar las desigualdades de género en el contexto de la

COVID-19, así como los análisis interseccionales con otras dimensiones, por ejemplo, el nivel socioeconómico y la exposición de ciertos grupos a la discriminación étnica.

La perspectiva de sexo y género (binaria) que se ha adoptado en el estudio, sobre todo en cuanto a los datos cuantitativos, adquiere relevancia por su enfoque tanto en el sexo biológico, en cuanto al impacto epidemiológico, como en el género, en función de las demás relaciones que se producen entre género y efectos de la COVID-19.

Objetivos del informe

- Profundizar el conocimiento sobre las desigualdades de género en la salud ante la pandemia de COVID-19 en las Américas.
- Presentar recomendaciones para mejorar las respuestas nacionales desde un abordaje de igualdad de género.

Aspectos metodológicos

En virtud de la importancia y complejidad del análisis de la perspectiva de género en salud ante la pandemia, el presente informe incluye una combinación de abordajes metodológicos y de indagación, para lo cual se ha recurrido a datos e investigaciones disponibles y generado nueva información e investigación sobre la base de fuentes primarias.

En resumen, se utilizaron las siguientes técnicas y fuentes de información:

Revisión documental. Se volvieron a examinar registros administrativos (documentos, informes) y se evaluaron las respuestas frente a la pandemia en materia de resoluciones, programas, normativas, guías y políticas desarrolladas por los países desde una perspectiva de género, con acceso a los sistemas de seguimiento existentes. Se analizaron las consecuencias indirectas o sindémicas de la pandemia vinculadas a la situación de hombres y mujeres en aspectos relativos a la vida productiva, la inserción en el mercado laboral, la situación educativa, los problemas emergentes y las políticas de cuidado. La base documental disponible ha sido utilizada como patrón de referencia científica para el desarrollo de los contenidos.

Análisis epidemiológico. Sobre la base de la *line listing* de la OPS, a partir de información de base poblacional de los diferentes países desagregada por sexo, edad y poblaciones seleccionadas (personal de salud), se realizó una disección de los datos regionales, en particular sobre infecciones, muertes y grupos más afectados. Para profundizar en el análisis de los datos propios de los países, se seleccionaron Argentina, Brasil y México.² Las dimensiones objeto de este estudio han sido subsidiarias de la diversidad y variabilidad de la información recogida en cada país. Además del sexo, la edad, la cantidad de casos y las muertes por COVID-19, en Brasil se ha podido acceder a información sobre la expresión clínica de la enfermedad (signos-síntomas). Por su parte, en Argentina se ha contado con información sobre la tipología de los casos de COVID-19 (confirmados y sospechosos) y el tiempo transcurrido entre el inicio

² En el caso de Brasil, el análisis se desarrolló a través de dos fuentes de información del Ministerio de Salud: el Sistema de Vigilancia del Síndrome Gripal de casos leves a moderados sospechosos de COVID-19, y el Sistema de Vigilancia del Síndrome Respiratorio Agudo Grave. Para Argentina, se utilizó el registro de casos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud. En el caso de México, se consultó la base de datos elaborada por la Secretaría de Salud, junto con la Dirección General de Epidemiología.

de los síntomas y el diagnóstico, y entre el diagnóstico y la muerte. Por último, en México, la información disponible abarca la tipología de casos de COVID-19 (confirmados y sospechosos), el diagnóstico de neumonía, comorbilidad y factores de riesgo (hábito de tabaquismo, contactos de riesgo con los casos diagnosticados de SARS-CoV-2). En los tres países se ha contado con el esfuerzo diagnóstico y terapéutico en materia de atención de la salud a la COVID-19 como *proxy* del sesgo de género asistencial: hospitalización, ventilación mecánica invasiva (VMI) e ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI). Se han realizado estudios descriptivos con datos brutos y análisis estratificados bivariado y trivariado, con comparación de proporciones por sexo (X2) y comparación de medias (t de Student). El análisis se lleva a cabo entre los sexos para comparar la distribución de las variables objeto de interés entre hombres y mujeres. Y, dada la diferencia en la magnitud de casos y muertes por COVID-19 por sexo, en los análisis estratificados se efectúa también un análisis por columnas en ambos sexos de las variables de interés, previo a la comparación entre hombres y mujeres.

Revisión sistemática. De acuerdo con los estándares internacionales de calidad metodológica y de reporte (PRISMA), se realizó una búsqueda muy sensible de estudios primarios publicados en las bases Scielo, LitCovid, LOVE (Epistemonikos), COVID-19+ (McMaster PLUS), COVID-evidence, EPPI Centre, la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de la OPS, Global Research Database, Google Scholar y, además, en las listas de referencias de los estudios

seleccionados, hasta el 16 de diciembre del 2020. La búsqueda arrojó 1.481 registros, con la suma de todas las fuentes utilizadas. Se revisaron títulos y resúmenes, a fin de eliminar duplicados, y se descartaron publicaciones por razones de temática o diseño. De este modo, se obtuvo un listado de artículos potencialmente elegibles para cada objetivo de la revisión. Más tarde, se examinaron los textos completos de dicho listado y se seleccionaron definitivamente los estudios que cumplieran los criterios de inclusión de la revisión. Se seleccionaron estudios analíticos solo con resultados ajustados y que respetaran los requisitos mínimos de comparabilidad y calidad de análisis. Cuando fue pertinente y posible, se realizaron una síntesis narrativa y un metaanálisis.

Entrevistas a informantes clave. Se identificaron actores clave en el diseño, la implementación y el monitoreo de políticas públicas sensibles al género en la Región de América Latina y el Caribe. Se contactaron funcionarios del sector público y de organismos internacionales y regionales, representantes de organizaciones de la sociedad civil y referentes del ámbito académico. Las entrevistas, realizadas de manera virtual, fueron grabadas y transcritas para su posterior codificación y análisis. La codificación se realizó a través del *software* Atlas ti 9.0 y, para ello, se plantearon tres temas de interés: el papel de las mujeres en las respuestas a la pandemia, la integración de la perspectiva de género en las medidas y el abordaje interseccional en el análisis y las decisiones.



Marco conceptual

Las consecuencias de las crisis nunca son neutrales respecto al género, y la COVID-19 no es una excepción. A lo largo de este informe se revelan algunos de los efectos diferenciales que la COVID-19 tiene en hombres y mujeres, a lo largo del curso de la vida, en diferentes contextos sociales, culturales, económicos y geográficos, con el fin de aportar una lectura de género sensible de la situación regional.

El tránsito por la pandemia no excluye un mar de incertidumbres propias de la falta de conocimiento, información y evidencia relacionadas con los efectos directos del virus y aquellos propios de la sindemia (3). Estos últimos se refieren al modo en que las condiciones se agrupan dentro de los contextos sociales, de acuerdo con patrones de desigualdad profundamente arraigados para los cuales la COVID-19 ha tenido un efecto amplificador. La agregación de enfermedades producto del fenómeno sindémico en un contexto de disparidad social y económica exacerba los efectos adversos de cada enfermedad por separado. Por este motivo, la COVID-19 no solo constituye una pandemia, sino que se trata de una sindemia, por lo cual demanda enfoques integrales y diversificados en las respuestas.

La COVID-19 ha generado un fenómeno de consecuencias imprevistas a escala mundial. Las medidas para frenar su propagación mantienen a los grupos poblacionales en estados de confinamiento variable y, junto con ello, se ha generado una reconfiguración de los espacios y modelos laborales. Alrededor de 94% de las y los trabajadores del mundo viven en países con algún tipo de restricción laboral (1). Se espera que la economía global se contraiga en 5% en el 2023.

El cierre de los sistemas educativos causó un verdadero fenómeno de “migración forzada” de la población infantil. Se estima que aproximadamente 1.800 millones de niños, niñas y adolescentes han

dejado de asistir a sus actividades educativas de forma presencial, lo cual afectó en mayor medida a los hogares de bajos recursos. Las consecuencias sobre la salud de niños, niñas y adolescentes se relacionan con aspectos neurocognitivos, emocionales, del desarrollo, y con la aparición de problemas asociados de salud mental, resultantes de estos cambios en las dinámicas sociales.

Los efectos de la pandemia han sido generalizados y, para el caso de las mujeres y las niñas, las condiciones han empeorado en todos los ámbitos. Las mujeres están perdiendo sus medios de vida con mayor rapidez, porque se desempeñan en los sectores económicos más afectados. De acuerdo con un informe de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), actualmente alrededor de 435 millones de mujeres y niñas viven con menos de 1,90 dólares estadounidenses por día, cifra que incluye 47 millones de personas sumidas en la pobreza como resultado de la COVID-19 (2).

En las Américas, el SARS-CoV-2 golpeó a todos los países en el 2020, infectó a más de 35 millones de personas y causó alrededor de 850.000 muertes. Se trata del continente más afectado, en el contexto de una región con grandes desigualdades económicas y de salud (1). Obviamente, estas cifras se fueron incrementando con el paso del tiempo, y en la actualidad la Región sigue siendo la más afectada en cuanto a casos notificados y muertes.

La falta de estadísticas desagregadas por sexo que reflejen la experiencia vital de las mujeres y las niñas invisibiliza muchas desigualdades de género. En el contexto de la COVID-19, se requiere información precisa desglosada por sexo sobre incidencia, hospitalización y pruebas diagnósticas, mortalidad, ocupación y condiciones de vida, para comprender el comportamiento de la enfermedad y su relación con potenciales efectos. Este trabajo analiza la situación relativa a las variables de interés. No solo es fundamental



analizar la información disponible, también se deben identificar los vacíos existentes de información, para plantear estrategias que permitan ampliar el entendimiento de los problemas y orientar la toma de decisiones estratégicas, con el fin de mitigar las consecuencias de la pandemia desde una perspectiva de igualdad de género. Para comprender completamente por qué existen las disparidades y ser capaces de abordar sus fuentes ascendentes, es necesario explorar cómo los valores culturales, las expectativas y las creencias se encuentran asociados con la construcción de la identidad y las relaciones de género.

Dentro del marco conceptual, se plantea la necesidad de asumir un **enfoque interseccional que revele**

la forma en que los distintos determinantes sociales y estructurales, así como las adscripciones identitarias, se combinan para generar diferentes formas de discriminación y desigualdad en determinados grupos poblacionales.

También es necesario el **enfoque de curso de vida** (4, 5), que en términos de políticas de salud congruentes debe basarse en tres atributos esenciales: 1) las acciones tempranas; 2) la vinculación con las transiciones y los períodos de la vida críticos y sensibles; y 3) la concepción y ejecución por parte de la sociedad en su conjunto.

El presente informe se ha basado en la lógica de razonamiento que se expone en la figura 1.

Figura 1. La perspectiva de género en la caracterización de la pandemia de COVID-19



La emergencia provocada por la COVID-19 se explica a través de diferentes hipótesis. Una de ellas alude a una suerte de ruptura del equilibrio ecológico en la relación del virus con sus portadores animales habituales y la diseminación a la especie humana. De ahí en adelante, la expansión territorial de la pandemia fue una derivación propia del genio epidemiológico del agente causal. En cada contexto, la relación entre los diversos determinantes de la salud (entre ellos el género) expresa el comportamiento diferencial de la pandemia en cada territorio, así como también influye en los efectos directos e indirectos. Finalmente, las modalidades de respuesta han estado condicionadas por la interrelación de factores políticos e institucionales, además de las capacidades de los países.

Hacer referencia a la igualdad de género en salud implica necesariamente garantizar igualdad de oportunidades para alcanzar el mejor nivel posible de salud y calidad de vida, e igualdad en el acceso a la salud, independientemente de la situación socioeconómica, del lugar de residencia y del grupo cultural de pertenencia. Además, el derecho a la salud contempla la libertad para participar y la autonomía en la toma de decisiones fundamentadas vinculadas con la salud y los propios cuerpos. Es sabido que estas condiciones no se dan plenamente en la Región y, lo que resulta más preocupante, su precariedad se ha exacerbado como resultado de la actual pandemia.





1 LA COVID-19 Y LA SITUACIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1.1 CONSIDERACIONES DE GÉNERO

Un panorama general de los efectos multidimensionales de la pandemia y, en particular, de las afectaciones de la COVID-19 desde una mirada de género en América Latina y el Caribe parte del reconocimiento de que, en general, el impacto y la profundidad de las crisis son disímiles para mujeres y hombres. Por lo tanto, en el caso de esta pandemia, resulta clave reconocer los efectos diferenciales como insumo para la toma de decisiones de política pública. Por otra parte, el impacto sobre la salud es la resultante de una combinación de efectos diferenciados según sexo (biológicamente determinado) y determinantes de género, para lo cual se requiere de un análisis de género.

En este punto, el enfoque de género se vuelve fundamental para hacer visible el hecho de que mujeres, hombres y otras identidades de sexo genéricas tienen necesidades, percepciones, expectativas y situaciones de vida diferenciales a partir de un orden social construido sobre una matriz cis-hetero-normativa jerárquica y desigual, vinculado a las construcciones simbólicas de las diferencias sexuales y a un sistema institucionalizado de prácticas sociales.

En dicho sistema se definen formas tradicionales de masculinidad y femineidad, que responden a un “binarismo ideal” —aceptado desde el punto de vista social y cultural— como único modelo de vínculos afectivos y sexuales en el que se asientan las relaciones íntimas, familiares y sociales, con la generación de exclusiones y discriminaciones. El enfoque de género se enriquece con un abordaje de la diversidad sexual, a partir de la cual la identidad de género se conceptualiza como un proceso de construcción que depende de la autopercepción de cada persona y no de la categorización social a partir de las características anatómicas y fisiológicas.

Tal como lo señala la Recomendación General n.º 28 del Comité de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por su sigla en inglés), la perspectiva de género y diversidad se sostiene en una concepción acerca del género que abarca las identidades, las funciones y los atributos construidos socialmente de la mujer y el hombre y el significado social y cultural que la sociedad atribuye a esas diferencias. De este modo, el género se constituye en una categoría analítica, ética y política indispensable, ya que, tal como se señaló en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, realizada en Beijing, no existen políticas públicas neutrales en términos de género, pues todas tienen efectos e impactos diferentes en las experiencias de mujeres, hombres y otras identidades de sexo genéricas conforme a sus realidades.

Según ONU-Mujeres, “las desigualdades y discriminación de género impregnan todas las situaciones, ya sea una nueva pandemia o un antiguo conflicto, arraigadas disparidades en los ingresos o falta de voz política”. Y en el caso específico de la pandemia de COVID-19, se evidencian “de forma flagrante los numerosos sistemas quebrantados en el mundo, donde las personas más vulnerables —por edad, pobreza, raza o género— se vuelven exponencialmente más vulnerables” (7).

Un diagnóstico y una apreciación basados en enfoques integrados posibilitan identificar y comprender las situaciones diferenciales experimentadas por mujeres, hombres y otras identidades de sexo genéricas en el transcurso de la pandemia de COVID-19. También permite analizar el modo en que las medidas de salud y la crisis económica derivada de la pandemia afectaron la vida de las mujeres, los hombres y las personas LGBTQ+.

Cabe resaltar que la revisión de los registros que documentan las medidas tomadas por los diferentes Estados frente a la pandemia indica dificultades para acceder a información construida con perspectiva de igualdad de género. Tal como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), “los nuevos datos sobre la COVID-19 también están, en general, incompletos, son poco fiables y rara vez se desglosan por sexo y edad” (8). A su vez, los datos de ONU-Mujeres indican que la ausencia de estadísticas vitales sobre la vida de mujeres, niñas y personas LGBTQ+ hace que las desigualdades de género no se visibilicen, lo cual limita, por ejemplo, el seguimiento del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): “Solo 12 de los 53 indicadores específicos de género tienen datos producidos regularmente, y 6 de los 17 objetivos carecen por completo de indicadores específicos de género” (9).

1.2 IMPACTO ECONÓMICO Y SOCIAL

Las consecuencias derivadas de la COVID-19 han significado una retracción en la autonomía de las mujeres. El concepto de autonomía, definido por el Observatorio de Igualdad de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) como “la capacidad de las personas para tomar decisiones libres e informadas sobre sus vidas, de manera de poder ser y hacer en función de sus propias aspiraciones y deseos en el contexto histórico que las hace posibles” (10), es una condición necesaria para que las mujeres actúen como sujetos plenos del desarrollo. El Observatorio de Igualdad de Género de la CEPAL señala lo siguiente: “Para el logro de una mayor autonomía se requieren muchas y diversas cuestiones, entre ellas liberar a las mujeres de la responsabilidad exclusiva de las tareas reproductivas y de cuidado, lo que incluye el ejercicio de los derechos reproductivos; poner fin a la violencia de género y adoptar todas las

medidas necesarias para que las mujeres participen en la toma de decisiones en igualdad de condiciones” (10). A partir de esta definición se identifican tres tipos de autonomías: la física, la económica y la de toma de decisiones y participación:

Autonomía física: Da cuenta de las problemáticas sociales relacionadas con los derechos reproductivos de las mujeres y la violencia de género.

Autonomía económica: Se explica como la capacidad de las mujeres de generar ingresos y recursos propios a partir del trabajo remunerado en igualdad de condiciones. Considera el uso del tiempo y la contribución de las mujeres a la economía.

Autonomía en la toma de decisiones y participación: Se refiere a la presencia de las mujeres en los distintos niveles de los poderes del Estado. Incluye las medidas orientadas a promover su participación plena y en igualdad de condiciones.

Como se puede constatar a lo largo del presente informe, estas autonomías se encuentran afectadas de alguna manera cuando se las relaciona con el acceso a la salud. En el caso de la autonomía física, la afectación se expresa en la imposibilidad de acceder a servicios debido a la incidencia de la actual pandemia. Esto puede deberse a las medidas de mitigación, así como a la falta de continuidad en los programas y en la provisión de servicios. La autonomía económica se ve influida por la reducción de los recursos como producto del cierre de fuentes

de trabajo y los fenómenos de pauperización creciente que impiden contar con recursos económicos suficientes para afrontar los costos de la atención de salud. En cuanto a la autonomía en los procesos de toma de decisiones asociadas a la salud, puede verse perjudicada por la disminución de los espacios de participación, como resultado de las medidas de confinamiento.

Un análisis amplio sobre impactos económicos y sociales invita a tener un marco como el descrito arriba. La pandemia ha afectado todas las autonomías, así como las condiciones necesarias para que puedan ser ejercidas, en el mundo en general y en los países de la Región de América Latina y el Caribe en particular.

POBREZA Y DESIGUALDADES DE GÉNERO

Según la CEPAL, pese a los esfuerzos que los países vienen realizando desde la década del 2000, la persistencia de la pobreza continúa siendo uno de los principales nudos críticos para cumplir con la Agenda 2030 y alcanzar un desarrollo sostenible e inclusivo (11).

La pobreza se entrelaza con otros múltiples factores y configura situaciones de vulnerabilidad, riesgo social y desigualdad social. Las desigualdades de género, las étnico-raciales y las relacionadas con las diferentes etapas del curso de la vida de las personas y las territorialidades constituyen algunos de los factores estructurantes de esa disparidad, que se traduce en brechas de acceso a recursos, a la salud, a la educación, al trabajo decente, a la protección social, es decir, brechas que impiden el acceso y el ejercicio de derechos humanos, sociales y culturales.

De acuerdo con datos del Observatorio de Igualdad de Género de la CEPAL, en 2019 (10) en la Región de América Latina y el Caribe, 29,4% de las mujeres en promedio no tenían ingresos propios, mientras que para los hombres la cifra ascendía a 10,7%. Esto implica que casi un tercio de las mujeres de la Región está subordinado, para su subsistencia, a otras personas que perciban ingresos —en general, hombres—, lo que las hace vulnerables y dependientes, y cercena su autonomía económica.

La mayoría de los organismos del sistema de las Naciones Unidas coincide en advertir que la pandemia —que aún se encuentra en curso— y las medidas de confinamiento derivadas de ella han tenido efectos sociales y económicos significativos en el bienestar de las personas y de las familias de América Latina y el Caribe, y que han aquejado más severamente a los sectores en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, entre ellos, las mujeres.

Esto también se explica en parte por el hecho de que las medidas de contención de la pandemia tuvieron efectos más profundos en el mercado informal de trabajo y en sectores en los que se concentran mujeres trabajadoras, tales como: servicios sociales, comercio mayorista y minorista, servicios empresariales y transporte, almacenamiento y comunicaciones. Estos cuatro sectores concentran 78% de las mujeres ocupadas de la Región y las mujeres representan más de 60% de la mano de obra en los sectores de alojamiento y servicios de alimentación (9). La situación de las mujeres no es homogénea, sino que está atravesada por otros factores que la agravan; baste considerar, por ejemplo, el caso de las mujeres rurales indígenas.

Según el Informe Especial n.º 3, *El desafío social en tiempos de COVID-19* (12), de mayo del 2020, la pobreza y la pobreza extrema aumentarían en todos los países de la Región. En línea con este incremento, también se exacerbaría la desigualdad en todos los 17 países de la Región (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Variación proyectada del índice de Gini, sin considerar el efecto de las medidas anunciadas para mitigar el impacto de la COVID-19, en 17 países de América Latina, 2020

Entre 0,5% y 1,4%	Guatemala Honduras Panamá Paraguay República Dominicana
Entre 1,5% y 2,9%	Bolivia (Estado Plurinacional de) Chile Colombia Costa Rica El Salvador Nicaragua Perú
3,0% o más	Argentina Brasil Ecuador México Uruguay

Nota: elaborado a partir de Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El desafío social en tiempos de COVID-19, Informe Especial COVID-19 n.º 3. Santiago de Chile: CEPAL; 2020.

Todo esto tendrá lugar en un contexto en el cual, según el Banco Mundial, es probable que la desaceleración de la actividad económica intensificada por la pandemia afecte especialmente a los más pobres, lo que supone un crecimiento menos inclusivo, que constituye una clara inversión de tendencias anteriores (13).

Cabe recordar las consideraciones de la OMS al respecto: “La pobreza es el principal factor determinante de la salud y la mala salud es un obstáculo para el desarrollo social y económico. Las personas más pobres viven vidas más cortas y tienen una salud más precaria que las personas ricas. Esta disparidad ha llamado la atención sobre la notable sensibilidad de la salud al entorno social”. Como ya se ha mencionado, la pandemia de COVID-19 ha generado un deterioro progresivo de las condiciones de vida y provocado el surgimiento de mayores niveles de pobreza y exclusión, particularmente en América Latina y el Caribe.

SITUACIÓN LABORAL DE LAS MUJERES Y BRECHAS DE INGRESO

Para abordar esta dimensión es necesario realizar una caracterización general de los efectos de la pandemia sobre la actividad económica, el mercado de trabajo y los ingresos de las personas y familias. A partir de ahí, se podrán identificar y mensurar dichos efectos en los ingresos y en la situación laboral de las mujeres y otros grupos en situación de vulnerabilidad. Esta dimensión se relaciona con el concepto de autonomía económica.

Se observa que la tasa de desocupación regional sufrirá un aumento de 5,4 puntos porcentuales, de modo que ascenderá a 13,5% (44,1 millones de personas). Esto implica cerca de 18 millones de personas más respecto de las cifras del 2019 (14). También se anticipa un incremento de la informalidad laboral, que ya es elevada en la región. La CEPAL y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) indican que el porcentaje de trabajadores informales entre los ocupados de 16 países de América Latina y el Caribe llegaba a 51% en el 2019. El sector turístico, uno de los más afectados por la pandemia en América Latina y el Caribe, concentra la mayor proporción de mujeres en la fuerza laboral, con un promedio cercano a 70% (15).

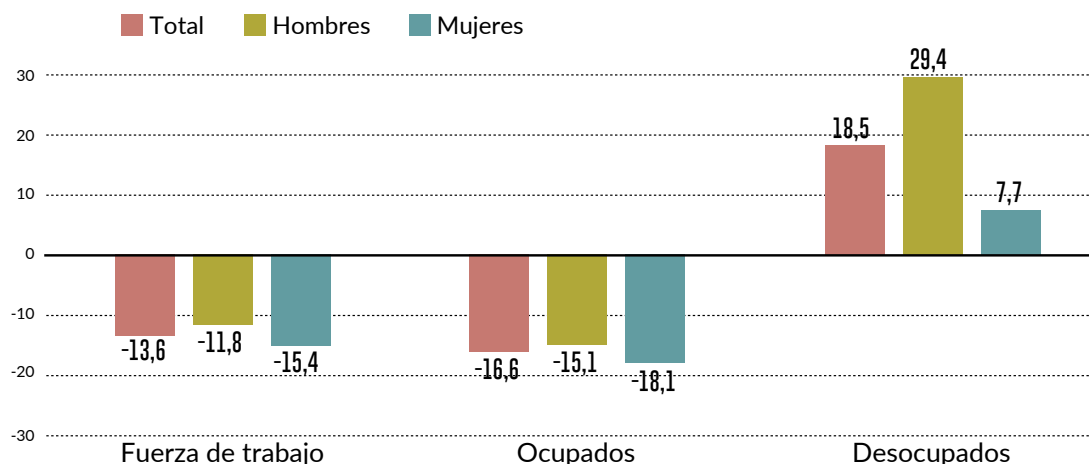
La brecha de género es un fenómeno persistente en América Latina y el Caribe, previo a la pandemia. Según la CEPAL y la OIT, antes de la emergencia provocada por la COVID-19, las mujeres ganaban en promedio 17% (15) menos que los hombres. La CEPAL señala al respecto que las desigualdades de género son transversales a la estructura social, ya que la brecha salarial se observa independientemente del estrato al que pertenezcan hombres y mujeres: estas siempre tienen una remuneración menor. En los estratos de bajos, medios y altos ingresos, la remuneración del trabajo asalariado femenino equivale a 75%, 80% y 70%, respectivamente, en relación con la remuneración del trabajo asalariado masculino (16).

Por otro lado, la informalidad y precariedad laboral es una situación extendida en la Región de América Latina y el Caribe. En el 2018, solo 47,4% de los ocupados aportaba al sistema de pensiones y más de 20% de los ocupados vivía en la pobreza. Las mujeres, las jóvenes y las personas indígenas, afrodescendientes y migrantes están sobrerrepresentadas entre los trabajadores informales (12).

Asimismo, la reducción del empleo en términos proporcionales fue mayor en el caso de las mujeres que en el de los hombres (18,1% en comparación con 15,1%, respectivamente), acaso por su mayor presencia en sectores muy afectados por la crisis de salud (servicio doméstico, restaurantes y hoteles, comercio). La destrucción de empleos domésticos asalariados (sobre todo de mujeres), con hogares como empleadores, fue la categoría de ocupación que sufrió la mayor disminución relativa (15). (Ver Figura 2).



Figura 2. Variación interanual en puntos porcentuales del número de personas ocupadas y desocupadas en la fuerza laboral, por sexo, en América Latina y el Caribe, segundo trimestre del 2020



Nota: datos preliminares correspondientes a los siguientes 12 países: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Internacional del Trabajo. La dinámica laboral en una crisis de características inéditas: Desafíos de política. Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe n.º 23 (LC/TS.2020/128). Santiago de Chile: CEPAL; 2020.

El nivel educativo también parece haber tenido una incidencia en la situación, ya que la pérdida de empleo en la Región, en general, fue mayor para las personas con menores niveles de escolarización formal que para las personas con estudios superiores; esto podría explicarse, en parte, porque hay una fuerte asociación entre un bajo nivel educativo y la informalidad laboral. Las personas con mayor nivel educativo están insertas en actividades que han sufrido una menor retracción y, por otra parte, pueden adecuarse más fácilmente a realizar sus labores mediante el teletrabajo. “Esta desigualdad de acceso a la opción del teletrabajo tiene serias consecuencias distributivas, pues la posibilidad de realizar este tipo de trabajo está estrechamente correlacionada con las oportunidades de acceso a Internet y esto a su vez está determinado por el nivel de ingresos de los hogares” (17).

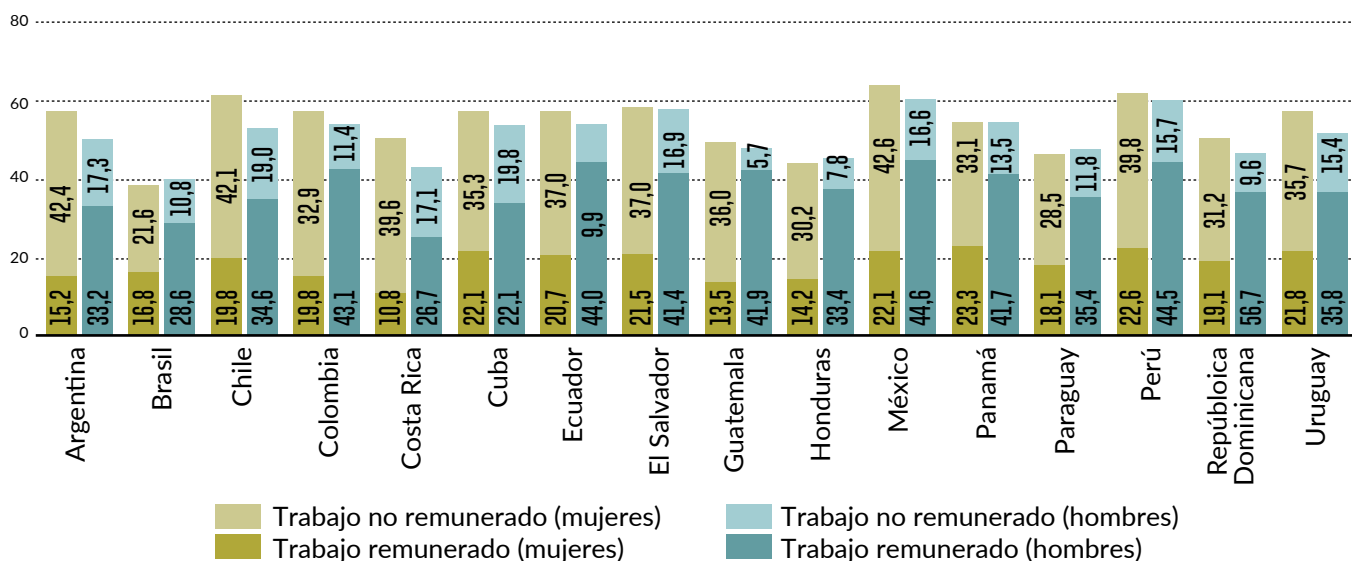
TAREAS DE CUIDADO Y USOS DEL TIEMPO POR PARTE DE LAS MUJERES

La situación previa a la pandemia ya mostraba el desequilibrio existente en la ecuación entre trabajo reproductivo y trabajo productivo entre hombres y mujeres en perjuicio de estas últimas. Las encuestas de uso del tiempo mostraban que las mujeres duplicaban y en algunos casos triplicaban las horas dedicadas al

cuidado respecto de los varones. Las tareas de cuidado, que agobian de manera desproporcionada a las mujeres y a menudo limitan su participación en los mercados laborales, han hecho que ellas sufran la pandemia de forma diferente y posiblemente peor que los hombres (18). Esta es una de las claves que limita el progreso de las mujeres.

Según la OIT, “las mujeres se encargan de 80% de las tareas del hogar, lo cual restringe su participación efectiva en el mundo del trabajo” (17). Asimismo, de acuerdo con la misma Organización, “el grueso del trabajo de cuidado de personas en el mundo es realizado por cuidadoras y cuidadores no remunerados, en su mayoría mujeres y niñas pertenecientes a grupos socialmente desfavorecidos”. Por su parte, ONU-Mujeres asegura que “el trabajo no remunerado de las mujeres a menudo incluye el costo del cuidado que sostiene a las familias, respalda las economías y cubre la falta de servicios sociales, pero rara vez se reconoce oficialmente como trabajo”. A su vez, “la pandemia ha puesto de relieve el hecho de que el trabajo no remunerado ha sido realmente una red de protección social para el mundo y ha hecho posible que otros salgan y obtengan un ingreso productivo, al tiempo que obstaculiza las oportunidades de crecimiento y las oportunidades de empleo de aquellas mujeres que llevan la carga del cuidado” (19).

Figura 3. Tiempo dedicado al trabajo remunerado y no remunerado, por sexo, América Latina



Nota: promedio de horas semanales que dedican las personas de 15 años o más al trabajo remunerado y no remunerado en 16 países de América Latina. Último período disponible.

Fuente: Observatorio de Igualdad de Género, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Autonomías [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; sin fecha.

En el período previo a la crisis de salud, las mujeres destinaban un tercio de su tiempo al trabajo doméstico y de cuidados no remunerados. Las labores domésticas remuneradas representan tan solo 11,4% de las mujeres que trabajan y abarcan 72,8% del total de las personas ocupadas en el sector salud. Los datos indican que en la Región existe una asociación entre cuidados, pobreza, desigualdad, precariedad y exclusión, que la crisis de la pandemia maximiza (20).

POLÍTICAS DE PROTECCIÓN SOCIAL

Lo descrito hasta aquí muestra que la pandemia de COVID-19 incrementó las dificultades de la población en general y, en particular, las que han debido enfrentar los sectores en situación de pobreza y vulnerabilidad para satisfacer sus necesidades básicas. Esto aconteció en una región donde los niveles de inversión en políticas de protección social destinadas a mujeres y otras poblaciones en situación de vulnerabilidad aumentaron a partir de los años 2000, pero luego se estancaron y siguieron siendo bajos en comparación con los países desarrollados (11).

Las mujeres se han visto más afectadas durante la pandemia debido al deterioro de sus condiciones de vida producto de las barreras de acceso al mercado laboral, del incremento del trabajo informal no remunerado en

relación con los hombres, del hecho de percibir menor salario por igual carga laboral, de la mayor carga de tareas de cuidado, de las restricciones provocadas por las medidas de mitigación de la pandemia (confinamiento, distanciamiento social), y de la violencia doméstica. Todas estas circunstancias obviamente inciden en los niveles de salud alcanzados. El Rastreador Global de Respuestas de Género a COVID-19 del PNUD ha documentado cerca de 177 iniciativas gubernamentales en 29 países destinadas a abordar la violencia contra las mujeres en el contexto de la pandemia. La mayoría de ellas se centran en el fortalecimiento de los servicios de atención (64%) y el despliegue de campañas de sensibilización (23%).

Las medidas de confinamiento para prevenir o disminuir los contagios por coronavirus implicaron la paralización de actividades económicas y, por lo tanto, tuvieron un efecto negativo sobre los ingresos económicos de amplios segmentos de la población. Los más afectados fueron aquellos cuyos ingresos provienen del mercado de trabajo informal (venta callejera, servicio doméstico, actividades por cuenta propia, etc.), sin ningún tipo de cobertura social. Por ello, los gobiernos debieron aplicar medidas que garantizaran algún tipo de ingreso, más seguridad alimentaria y de acceso a los servicios básicos para un amplio grupo de la población (cuadro 2).

Cuadro 2. Medidas de protección social para hacer frente a la COVID-19, América Latina y el Caribe

TRANSFERENCIAS MONETARIAS*	TRANSFERENCIAS EN ESPECIES	SUMINISTRO DE SERVICIOS BÁSICOS	PROTECCIÓN SOCIAL PARA TRABAJADORES FORMALES	OTROS APOYOS DIRECTOS A PERSONAS Y FAMILIAS
■ Nuevos programas de transferencias monetarias ■ Extensión de las transferencias existentes (entregas anticipadas, ampliación de montos y cobertura)	■ Alimentos ■ Medicamentos ■ Mascarillas ■ Productos de aseo	Suspensión o exoneración del pago de cuentas: ■ Agua ■ Electricidad ■ Gas ■ TIC (teléfono, internet, TV)	■ Reducción de la exposición a la COVID-19 (teletrabajo) ■ Protección de ingresos y puestos de trabajo (seguros de desempleo, licencias, prohibición de despidos)	■ Alivios tributarios ■ Facilidad de pago de créditos e hipoteca ■ Cotel de precios

Nota: *las transferencias monetarias se refieren a transferencias para personas y hogares en situación de pobreza y vulnerabilidad e incluyen a los trabajadores informales.

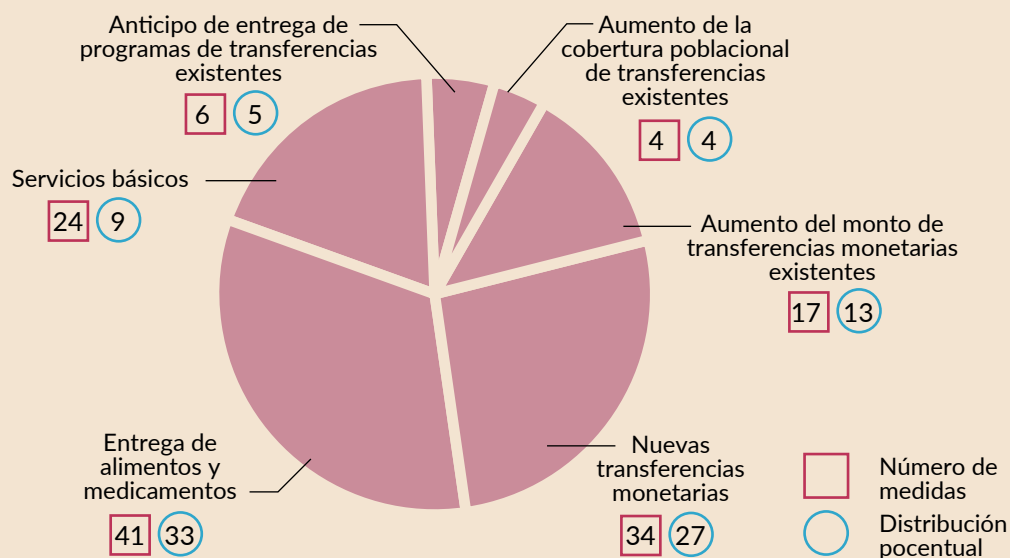
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El desafío social en tiempos de COVID-19, Informe Especial COVID-19 n.º 3. Santiago de Chile: CEPAL; 2020.

Sin duda la velocidad y magnitud de las respuestas de protección social requeridas por la pandemia pusieron en tensión e hicieron visibles situaciones disímiles entre los países respecto del manejo de sistemas de información

y de mecanismos de interoperabilidad necesarios para organizar operativamente el despliegue de esas medidas de ayuda social en la coyuntura del COVID-19.

13

Figura 4. Medidas de protección social para la población en situación de pobreza y vulnerabilidad frente a los efectos de la COVID-19, por tipo de medida, 29 países de América Latina y el Caribe, al 24 de abril del 2020 (en número de medidas y distribución porcentual)



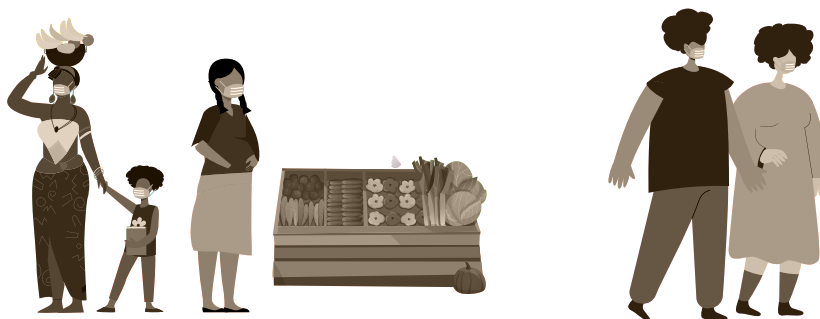
Nota: los países considerados son Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

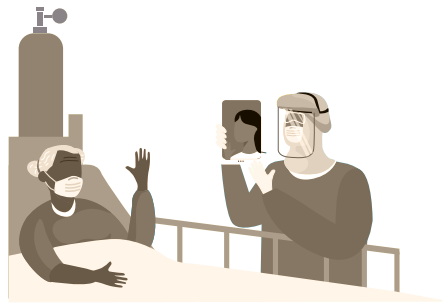
Fuente: adaptada de Comisión Económica para América Latina y el Caribe. América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: Efectos económicos y sociales, Informe Especial COVID-19 n.º 1. Santiago de Chile: CEPAL; 2020.

En el caso de la población de bajos ingresos, si bien los gobiernos de la Región implementaron medidas de apoyo, la prolongación de la pandemia y la magnitud de la crisis consecuente hicieron que esas ayudas resultaran insuficientes, lo cual llevó a que muchas personas retomaran sus actividades informales en el marco de una apertura gradual o pese a las restricciones todavía vigentes (figura 4).

El Rastreador Global de Respuestas de Género a COVID-19 realiza un seguimiento de las respuestas de los gobiernos de todo el mundo para abordar la pandemia y destaca aquellas que han integrado una perspectiva de género. La herramienta captura dos tipos de respuestas gubernamentales: la participación de las mujeres en los grupos de trabajo de COVID-19 y las medidas de

política nacional adoptadas por los gobiernos. A partir de allí, se analiza cuáles de las medidas de políticas abordan la seguridad económica y social de la mujer, incluido el trabajo de cuidados no remunerado, el mercado laboral y la violencia contra la mujer. El rastreador puede proporcionar orientación para los responsables de la formulación de políticas y pruebas para los defensores, a fin de garantizar una respuesta de políticas para la COVID-19 que sea sensible al género. La información provista comprende el número de países y territorios que notifican al menos un indicador sensible al género por grupos, según niveles de ingreso, medidas sensibles al género de acuerdo con el Índice de Desarrollo Humano, según estado de fragilidad, etcétera.





2 EL GÉNERO COMO DETERMINANTE CLAVE DE LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA

2.1 QUÉ DICE LA BIBLIOGRAFÍA SOBRE SEXO-GÉNERO Y COVID-19

Las publicaciones científicas y los protocolos en curso a noviembre del 2020 brindaban información abundante, pero eran poco claros en lo que respecta a la verdadera asociación entre el sexo u otros factores de género y el riesgo de contraer la infección o morir por SARS-CoV-2 en América Latina y el Caribe.

15

Por eso, se realizó una revisión sistemática de estudios analíticos con tres preguntas de investigación enfocadas a conocer la relación entre el sexo u otros factores de género y el riesgo de infectarse, de enfermar o de morir por SARS-CoV-2 específicos para la Región, y en contar con materiales más robustos para poder hacer recomendaciones basadas en mejor evidencia. Para ello, primero se realizó una revisión de alcance exploratorio sobre el tipo de estudios disponibles. A partir de los resultados, se decidió producir evidencia de alta calidad mediante una revisión sistemática de la bibliografía que incluyó metaanálisis y que permitió un acercamiento a conclusiones válidas para orientar la toma de decisiones en programas y políticas, así como informar las brechas todavía pendientes en materia de investigación.

La revisión sistemática estuvo orientada a las siguientes

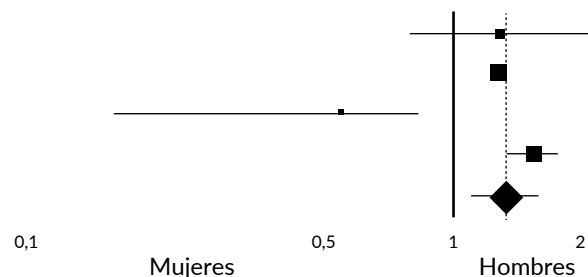
metas: 1) evaluar la asociación entre el sexo u otros factores de género, y el riesgo de contraer la infección por COVID-19; 2) determinar el pronóstico para enfermar gravemente o morir; y 3) evaluar si el sexo u otros los factores de género moderan el efecto de las intervenciones para la prevención y el tratamiento contra la COVID-19 en el contexto de América Latina y el Caribe.

Para responder sobre el riesgo de contagio por SARS-CoV-2, se hallaron cuatro estudios (21-24) bastante heterogéneos, que muestran resultados estadísticamente significativos y señalan un mayor riesgo en hombres.

Para evaluar el pronóstico del SARS-CoV-2, se incluyeron 26 estudios de cohorte, basados principalmente en los registros nacionales de México y Brasil; la mayoría detectó una asociación de magnitud moderada con razón de momios ajustados alrededor de 1,5 ($ORa \approx 1,5$) entre el género masculino y un mayor riesgo de muerte (figura 5), hospitalización (figura 6), ingreso a UCI y necesidad de VMI. En el caso de los estudios realizados a partir de un mismo registro nacional, se seleccionó solo uno de ellos. A continuación, se muestran, a modo de ejemplo, los resultados combinados de los estudios reportados en ORa y sus intervalos de confianza, representados por los rombos en las figuras 5 y 6.

Figura 5. Riesgo de muerte por COVID-19, por sexo

	ORa	IC 95%	n
Araujo ^a	1,29	0,79-2,09	785
Carrillo (31)	1,28	1,24-1,33	69.334
Heberto (25)	0,55	0,16-0,83	254
De Souza ^b	1,55	1,35-1,76	9.807
General (modelo de efectos aleatorios)	1,32	1,10-1,60	80.180



^aAraujo M, Ossandón P, Abarca AM, Menjiba AM, Muñoz AM. [Prognosis of patients with COVID-19 admitted to a tertiary center in Chile: Acohort study]. Medwave. 17 de noviembre de 2020;20(10):e8066. doi: 10.5867/medwave.2020.10.8066. Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/8066.act>.

^bDe Souza FSH, Hojo-Souza NS, Batista BD de O, Silva CM da, Guidoni DL. On the Analysis of Mortality Risk Factors for Hospitalized COVID-19 Patients: a Data-driven Study Using the Major Brazilian Database. medRxiv. 25 de septiembre de 2020;2020.09.24.20200766. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.09.24.20200766>. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.24.20200766v1.full.pdf>.

Se realizó un análisis de sensibilidad para el cual se excluyó el estudio de Heberto et al. (25), considerando la posibilidad de que se hubiera producido un

HOSPITALIZACIÓN (25)

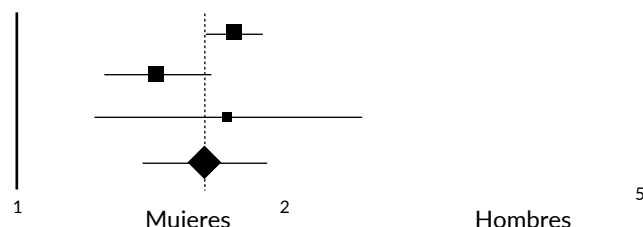
Se recopilaron seis medidas de efecto para este desenlace, cuatro expresadas como ORa (21, 26-28) y dos mediante riesgo relativo ajustado (RRa) (29, 30). Todos excepto uno (29) (RRa = 1,02 NS) muestran

error al seleccionar la categoría de referencia durante el análisis, que no modificó sustancialmente la heterogeneidad observada (I^2).

mayor riesgo de hospitalización en hombres (ORa en rango de 1,43 a 1,75). En este caso se incluyeron tres estudios en el metaanálisis.

Figura 6. Riesgo de hospitalización por COVID-19, por sexo

	es	IC 95%	N
Giannouchos (21)	1,75	1,62-1,90	89.756
Soares (27)	1,43	1,25-1,65	10.713
Zuñiga (28)	1,72	1,21-2,44	877
General (modelo de efectos aleatorios)	1,62	1,38-1,90	101.346



Nota: medida de efecto: ORa 1,62 (IC 95% 1,38-1,90); análisis de heterogeneidad: Q 6,33 Sig. 0,04 I^2 68,4%.

ADMISIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Se obtuvieron tres medidas de efecto (31-33) y todas han mostrado mayor riesgo en hombres.

INDICACIÓN DE VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Para este desenlace, hubo cuatro estudios que aportaron resultados (25, 31, 34, 35): tres de ellos de pequeña envergadura y con resultados no significativos. El único estudio de mayor alcance (31) mostró nuevamente mayor riesgo en hombres.

En cuanto al tercer objetivo, no se encontraron estudios que involucraran análisis de interacción para evaluar un potencial papel del sexo como moderador del efecto de las intervenciones para la COVID-19.

Como resultados relevantes, la bibliografía analítica originada en América Latina y el Caribe confirma la existencia de una asociación entre sexo biológico masculino y gravedad y muerte por SARS-CoV-2, relación que, además, es independiente de la edad y de la presencia de comorbilidades.

2.2 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La OPS ha implementado la vigilancia de la COVID-19 desde que se detectó el primer caso en la Región de las Américas el 21 de enero del 2020. Esta actividad

de vigilancia epidemiológica ha permitido monitorear las tendencias epidemiológicas y la evolución del comportamiento de la COVID-19, evaluar el impacto de la pandemia en los sistemas de salud, detectar y contener brotes en poblaciones en situación de vulnerabilidad y orientar la implementación de medidas de control.

Entre los esfuerzos de vigilancia de la OPS, el formulario de informe de casos de COVID-19 recopila información demográfica, clínica y epidemiológica clave sobre los casos. Estos datos se utilizan para comprender mejor el virus y su impacto en los resultados de salud.

Cuando el epicentro de la COVID-19 se trasladó de Europa a las Américas en mayo del 2020, la pandemia se aceleró en la Región, amplificó las desigualdades de salud existentes y expuso las fisuras del sistema de salud vinculadas a las desigualdades socioeconómicas que afectan de manera desproporcionada a los grupos desfavorecidos. El género, determinante clave de la salud, ha emergido como impulsor de los resultados de salud tanto para hombres como para mujeres durante la pandemia (1).

La dimensión de género en los brotes de enfermedades y los diferentes resultados de salud incluyen tanto el mecanismo físico (factores biológicos basados en el sexo que subyacen a la respuesta inmune del huésped) como componentes contruidos socialmente (factores sociales, conductuales

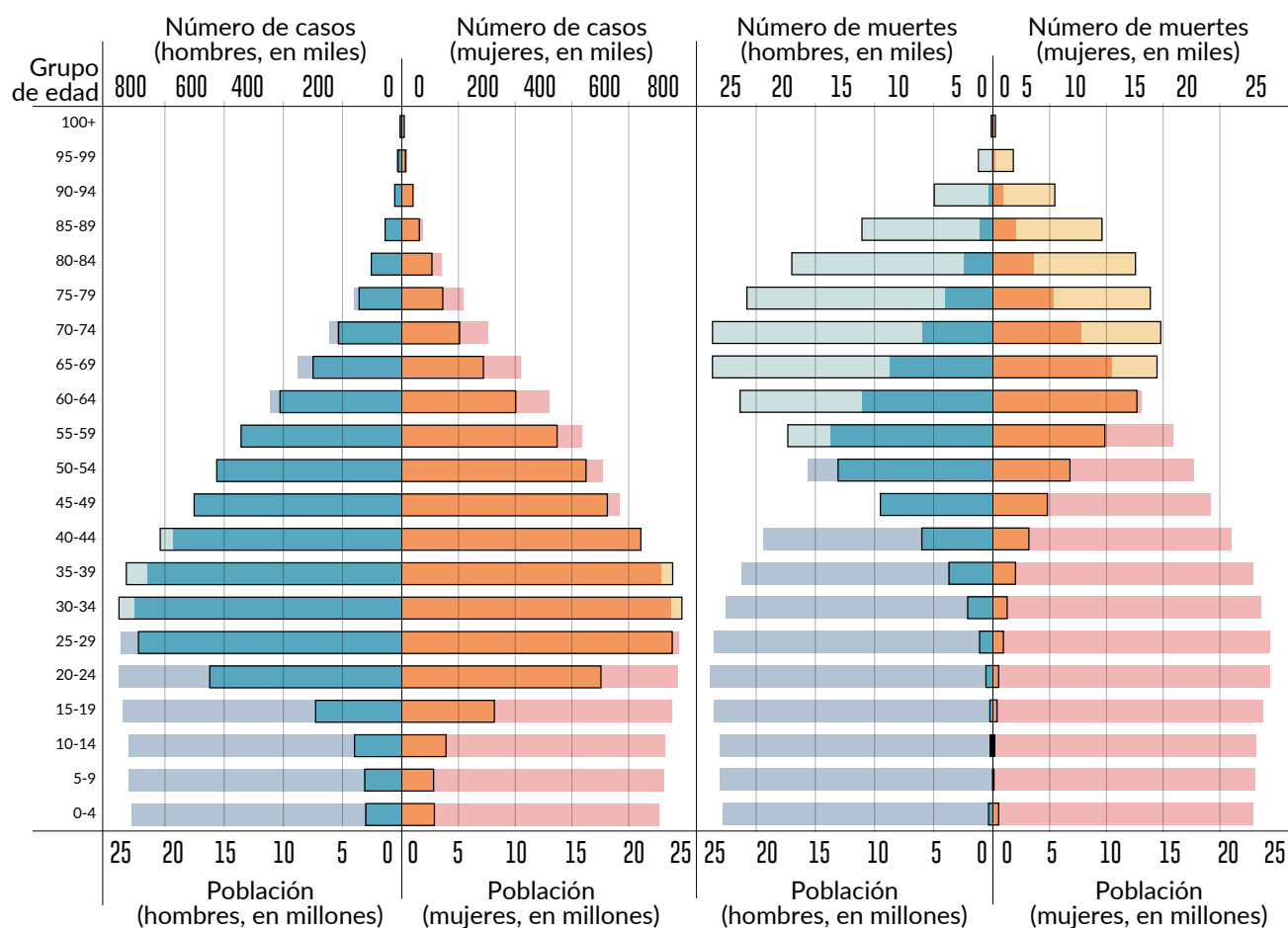
y de estilo de vida). La pandemia de coronavirus no es una excepción cuando se trata de diferencias de género en su asociación con la susceptibilidad y la gravedad de la enfermedad. Para lograr una respuesta a la pandemia que integre un enfoque sensible al género al tiempo que considera factores sociales, económicos, ambientales, geográficos, étnicos y culturales, es imperativo un conocimiento más profundo de cómo la enfermedad afecta a las personas, los colectivos y las poblaciones en general.

La asociación entre las características clínicas graves y los resultados relacionados con la edad, el sexo y las condiciones de salud subyacentes está bien documentada. En un metaanálisis de los datos existentes, se descubrió que los hombres podrían tener un mayor riesgo de infección grave por SARS-CoV-2 y una hospitalización de 50% más de hombres que de mujeres. Al considerar la mayor probabilidad de que los hombres tengan manifestaciones más graves de la

COVID-19, se han examinado las diferencias entre las vías biológicas femeninas y masculinas para la lucha contra los virus. En general, la respuesta inmunitaria de las mujeres tiende a ser más eficaz y adaptativa a los virus, lo que influye en que padezcan casos menos graves de COVID-19. Aunque la tasa de letalidad específica de niños y adultos jóvenes es baja, los niños corren el riesgo de desarrollar complicaciones graves relacionadas con la COVID-19.

La Región de las Américas tiene una población total de 1.020 millones de personas, 51% de las cuales son mujeres (36). Desde el inicio de la pandemia de la COVID-19 hasta el 31 de enero del 2021 la Región había registrado 45,6 millones de casos y 1,1 millones de muertes. El informe de los ministerios de salud de 26 países de las Américas contiene información sobre el sexo y la edad de 20 millones de personas afectadas (43% de todos los casos notificados), cuya distribución se aprecia en la figura 7.

Figura 7. Casos de COVID-19 y muertes por sexo y grupo etario comparados con la población de base en 26 países y territorios de la Región de las Américas



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Resultados de salud desglosados por sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. De enero del 2020 a enero del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021.

Según los datos arrojados, en la Región de las Américas no se notifican diferencias importantes por sexo en el número absoluto de casos, con 49,9% de casos femeninos. Se observa un pequeño aumento en la proporción de diagnóstico de la COVID-19 en hombres en grupos de mayor edad (cuadro 3). Los hombres representan 52% de los casos notificados entre los 60 y los 69 años, pero el porcentaje disminuye a 46,9% de los casos cuando las edades ascienden a 70 años o más. Sin embargo, si se consideran números absolutos comparables de casos

en mujeres y hombres, se aprecia una mayor tasa de incidencia de estos últimos en grupos de mayor edad. Existe una población de referencia más grande de mujeres de más edad, debido a su mayor esperanza de vida en comparación con los hombres mayores. La incidencia de casos de COVID-19 entre hombres de 60 a 69 años y mayores de 70 años es de 17,05 por 1.000 habitantes y de 18,72 por 1.000 habitantes, respectivamente. Para el grupo de edad de 60 a 69 años, los hombres registran 3,16 casos por 1.000 habitantes más que las mujeres.

Cuadro 3. Porcentaje del total de casos y tasas de casos por 1.000 habitantes estratificados por edad y sexo

Grupo etario	Porcentaje de hombres	Porcentaje de mujeres	Incidencia en hombres (por 1.000 habitantes)	Incidencia en mujeres (por 1.000 habitantes)
0-9 años	53,4	46,6	4,77	4,34
10-19 años	49,3	50,7	9,06	9,66
20-29 años	49,1	50,9	25,28	26,74
30-39 años	50,4	49,6	30,54	29,83
40-49 años	50,0	50,0	29,61	28,54
50-59 años	50,2	49,8	27,17	25,59
60-69 años	52,0	48,0	23,10	19,21
Más de 70 años	47,5	52,5	24,97	21,03
Total general	50,0	50,0	21,16	20,60

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Resultados de salud desglosados por sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. De enero del 2020 a enero del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021.

La diferencia entre sexos es aún más pronunciada cuando se considera el resultado de salud relativo a la COVID-19. De los 1,1 millones de muertes notificadas en la Región durante la duración del presente estudio, la distribución por sexo y edad estuvo disponible para 511.000 (48%) de las muertes en 23 países. De estos casos, 60% correspondían a hombres. Para la población mayor de 70 años, la tasa de mortalidad por 10.000 asciende a 50,69 para los hombres en comparación con 31,59 para las mujeres. Los hombres de 40 a 69 años tienen el doble de riesgo de muerte en comparación con las mujeres del mismo grupo de edad.

Aunque los casos de COVID-19 y las muertes generalmente se informan en poblaciones de mayor edad, en

mayo del 2020 se ha observado una complicación extraña pero asociada entre los niños. El síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C) presenta en los niños síntomas similares a la enfermedad de Kawasaki y puede conducir a insuficiencia orgánica múltiple y a shock. En la Región de las Américas, 17 países y territorios notificaron 2.922 casos confirmados de SIM-C y 81 muertes (3%) a fines de enero del 2021. No hay una diferencia significativa entre la tasa de niños varones frente a niñas con SIM-C. Cuando se toman en cuenta los datos arrojados durante el presente período, se observa que 56% de los casos registrados en la Región correspondió a niños varones y 59% de las muertes, a niñas. En este momento, no está claro si el sexo afecta las tasas de infección por SIM-C en los niños.

2.3 SITUACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Las implicancias de la pandemia muestran el mayor riesgo que asumen las mujeres, asociado a sus funciones en la primera línea de atención social y de la salud. Los principales sectores laborales que enfrentan este virus están altamente feminizados. Las mujeres desempeñan roles que, a menudo, las exponen a riesgos que afectan sus vidas, así como su salud y la de sus familias; y, además, asumen mayores costos físicos y emocionales como resultado de jornadas extendidas y extenuantes, alejadas de sus hogares (37).

El personal de salud ha sido protagonista y sujeto político en una emergencia de salud, y ello ha supuesto uno de los mayores desafíos que probablemente deban enfrentar en la vida. A diferencia del resto de la población, que con las medidas de confinamiento y limitación de la movilidad ha logrado reducir los riesgos de contagio, el nivel de transmisión del coronavirus ha entrañado peligros en todos los ámbitos en los que el personal de salud se ha debido mover, como centros de salud, especialmente hospitales; centros sociales de salud, en especial los de atención a personas mayores; o su propio ámbito social. El efecto de esta situación, vivida en un entorno de riesgo, sumado a la falta de recursos personales y materiales para su protección personal, han repercutido enormemente en problemas de salud físicos y psicológicos. La COVID-19 ya es reconocida en muchos países del mundo como una enfermedad profesional, y, en los que no lo es, debería serlo. Pese a estas circunstancias, no obstante, no todo es negativo. Una revisión publicada en PLoS One muestra que, si bien es cierta la gran vulnerabilidad del personal de salud por estar en primera línea, el riesgo de muerte es significativamente más bajo para este grupo poblacional que en el caso de trabajadores que se desempeñan en otros ámbitos distintos de salud, por razones no del todo identificadas (38).

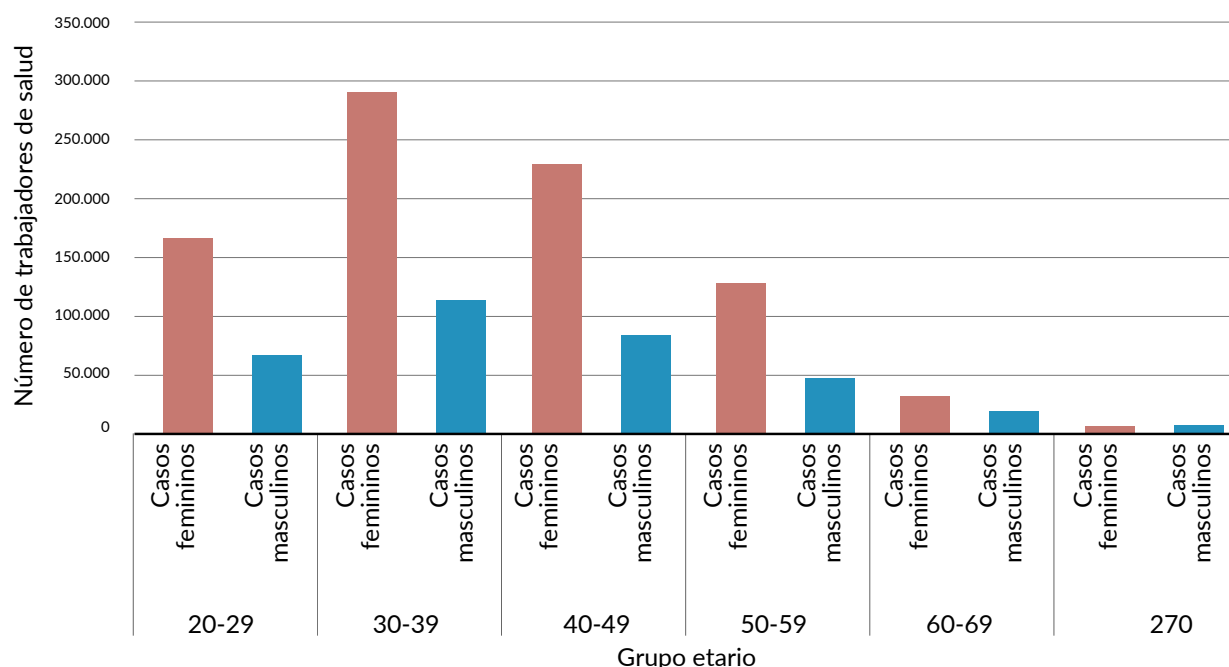
En América Latina, los ingresos de las mujeres que trabajan en el sector salud son 25% inferiores a los de los varones del mismo sector (7). Ello conduce a una marcada diferencia entre mujeres y hombres en el acceso a derechos laborales tales como las licencias por enfermedad, la cobertura por accidente o enfermedad profesional y el acceso a una obra social. En comparación con sus colegas masculinos, las trabajadoras de la salud realizan en promedio más horas extras, son más vulnerables a episodios de violencia laboral, se encuentran más expuestas a agentes que pueden estar infectados y tienen menos acceso a elementos de protección para realizar sus tareas.

Por otra parte, la pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve la capacidad y resiliencia de los sistemas de salud de la mayoría de los países, con un alto porcentaje de trabajadoras mujeres, así como su potencial de preparación y respuesta ante emergencias de salud. La rápida expansión de los contagios e infecciones asociados a este tipo de coronavirus enfatiza la urgente necesidad de contar con una fuerza laboral sólida, estable y bien remunerada en el sector de la salud, como parte integral de un sistema de salud eficaz y resiliente. A su vez, la pandemia ha provocado el cierre de escuelas y otros espacios de cuidado, debido a lo cual ha aumentado el tiempo que las familias dedican a esas labores no remuneradas, que recaen históricamente sobre todo en las mujeres. Esta situación se ve agravada cuando se toma en cuenta que una proporción muy alta de las trabajadoras de la salud son jefas de hogar con niños, niñas y adolescentes.

La presión sobre las y los profesionales de la salud no es neutral en cuanto al género. A nivel mundial, 70% del personal de salud de primera línea son mujeres. En la Región de las Américas, 86% del personal de enfermería, que debe tener un contacto particularmente estrecho con los pacientes, es femenino (39). En el trabajo de cuidados de todo el mundo se observan tendencias similares, ya que en su mayoría estas labores las realizan mujeres y niñas de grupos socialmente desfavorecidos, como los migrantes que se desempeñan en la economía informal (40). Mediante el uso de un equipo de protección personal (EPP) adecuado, las tasas de trabajadores de salud que contraen COVID-19 pueden reducirse considerablemente. Sin embargo, también se deben considerar factores como el estrés, la insuficiencia de la formación y las carencias de personal en algunas unidades.

Los colectivos de profesiones o especialidades de salud interesados en el impacto de la COVID-19 en la salud también física de sus profesionales son variados. Además del personal de enfermería u odontología, hay anestelistas e intensivistas, técnicos en radiología y pediatría que perciben o padecen el aumento del riesgo de infección durante la atención de pacientes afectados con COVID-19 (41-44). El personal de enfermería de las UCI experimenta un gran riesgo durante los cuidados en caso de neumonía provocada por la COVID-19, lo que ocasiona trastornos somáticos que se solapan unos con otros (45). Al 31 de enero del 2021, los informes de los ministerios de Salud incluían más de 1,3 millones de casos entre las y los trabajadores de salud en las Américas. Más de 6.000 trabajadores de salud murieron debido a la COVID-19. Las mujeres representan 72% de los casos entre los profesionales de la salud. La diferencia por sexo es más marcada en los grupos de edad de 40 a 59 años, ya que 74% corresponde a mujeres (figura 8).

Figura 8. Número de casos de COVID-19 en trabajadores de salud, por sexo y edad



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Resultados de salud desglosados por sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. De enero del 2020 a enero del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021.

La utilización de EPP a lo largo de las horas de exposición al riesgo de contagio en dinámicas laborales estresantes ligadas al presentismo y los turnos rotatorios se asocia a problemas de salud mental (44, 46, 47), y ha sido y es un factor clave que no se ha resuelto con la eficacia (eliminar el contagio) ni la efectividad (sin efectos secundarios) necesarias. El personal de salud ha sentido la presión de trabajar con EPP y materiales de protección inadecuados para el riesgo implicado por sus actividades de atención. Se ha observado una elevada prevalencia de lesiones debidas a la presión entre el personal de salud que usa EPP en su lucha contra la COVID-19, con los siguientes factores de riesgo: sexo masculino, sudoración, mascarillas de nivel 3 y mayor tiempo de uso en el caso de intervenciones preventivas integrales (48). Por su parte, en las mujeres se ha observado mayor probabilidad de problemas de adaptación de los respiradores FFP3 que entre los hombres (39). De estas experiencias recogidas durante la pandemia se desprende la necesidad no solo de contar con existencias adecuadas de EPP para quienes trabajan en ocupaciones laborales de riesgo, sino también de abordar la discriminación sistémica para proteger al personal de salud. Esta responsabilidad recae en las instituciones de salud y

los organismos públicos que pueden influir en la fabricación de EPP, con la autoridad que les confiere su poder adquisitivo.

Durante la pandemia de COVID-19 los y las profesionales de la salud también han estado participando de ensayos clínicos para mejorar la protección no específica, como el realizado acerca del uso de la vacuna BCG (40), y de las primeras campañas de vacunación durante el primer mes de aplicación, ya que dicho personal forma parte del grupo prioritario, integrado en su mayor parte por mujeres (49).

Por otra parte, debido al riesgo del propio contagio y el de familiares o personas cercanas, así como por la sobrecarga laboral y emocional que implica estar en la primera línea de la respuesta, la salud mental de las y los trabajadores de salud se ha visto más afectada que la de la población en general. Varios estudios demuestran que ser mujer ha sido un factor predictivo de sintomatología ansiosa, depresiva, insomnio o síndrome del trabajador quemado (*burnout*) (50-52).

Un fenómeno de relevancia básica para el personal femenino es el que atañe al acceso a productos de gestión menstrual. Esta dimensión invisibilizada durante la pandemia ha profundizado las desigualdades que afectan a las mujeres con capacidad de

menstruar que encontraron dificultades para adquirir productos de higiene personal. En el caso de las mujeres que trabajan en el sector de la salud, no solo se ignoró el acceso material a productos de salud, sino que tampoco se tomaron en cuenta el tiempo, las instalaciones ni los recursos necesarios para gestionar la salud menstrual, particularmente en las trabajadoras de primera línea que deben utilizar permanentemente EPP.

Según el Task Force Interamericano Sobre Liderazgo de las Mujeres de la Organización de los Estados Americanos,³ las mujeres tienen derecho a participar plenamente y a ejercer sus liderazgos en todos los ámbitos de la vida, incluidas la esfera económica, social, política, tecnológica y cultural. Su participación y una mayor diversidad en los espacios de toma de decisiones y en el liderazgo tienen un impacto positivo en la productividad, la innovación, la legitimidad y la capacidad de respuesta. Pese a los avances registrados en la Región en materia de participación femenina, la subrepresentación en el liderazgo y la toma de decisiones sigue siendo una constante (31,6% en los parlamentos; 28,5% en los gabinetes ministeriales; 32,1% en la Corte Suprema de Justicia; 15,5% en alcaldías municipales y 8,5% en juntas directivas de empresas).

2.4 ANÁLISIS DE DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

A mediados de febrero del 2021, de 192 países que contaban con información de casos confirmados de COVID-19 y muertes notificadas a nivel mundial, solo la mitad, 18 de ellos de América Latina, habían aportado información de algún tipo de datos desagregados por sexo, según Global Health 50/50. A menudo, la falta de información por sexo puede ocultar desigualdades de género. Hasta la fecha, existe información por sexo de aproximadamente siete de cada diez casos y ocho de cada diez muertes en todo el mundo. Los registros son contradictorios con respecto a la prevalencia de la COVID-19 por sexo (53-55). Global Health 50/50 indica que en algunos países —como Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Perú— la prevalencia es superior en hombres, mientras que en otros —por ejemplo, Corea del Sur, Francia y México— es más frecuente en mujeres, y en un tercer grupo —Argentina, España— la prevalencia es similar para ambos sexos.

Como la COVID-19 es una enfermedad infecciosa, la variabilidad en la frecuencia de los casos notificados por sexo según el país sugiere la posibilidad de

un subregistro. Es decir, la frecuencia de casos de COVID-19 registrada en ambos sexos puede verse influida por un efecto artefacto de carácter metodológico en el proceso de recolección y procesamiento de la información o por problemas en el proceso diagnóstico (56). En todo caso, se debe tener precaución con las cifras absolutas de corte transversal en una epidemia, pues la evolución de las tendencias de casos o de muertes suele explicar más que las cifras absolutas transversales a las que se tiene acceso más fácil. Global Health 50/50 aporta información de las tendencias por países, y expone la tortuosa y cambiante evolución de los casos y muertes en América Latina y el Caribe.

No resulta sencillo ni sistemático contar con información de la evolución en términos de diferencias por sexo con respecto a la presentación clínica en el curso de la enfermedad ni en cuanto a las circunstancias patológicas concomitantes que la agravan; tampoco sobre desigualdades de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico ni en su relación con las muertes producidas. Los recursos institucionales pueden no estar disponibles para actualizar estos datos diariamente y, además, cada país tiene una capacidad limitada para identificar pacientes potenciales, lo que influye en la disponibilidad de la información. Se ha comprobado que no es habitual la existencia de información exhaustiva para hombres y mujeres en las bases de datos de los ministerios de Salud. Como consecuencia, mientras abunda la publicación de resultados de las investigaciones en ciencias básicas e incluso clínicas sobre la COVID-19, la falta de información sistemática por sexo y desde la perspectiva de género supone un reto de desarrollo de estudios epidemiológicos con interés en las desigualdades de género en relación con esta enfermedad. En el presente informe, y con respecto a las bases de datos analizadas, se observa que los registros institucionales no proporcionan información desagregada por sexo, quizá debido a lo que se ha denominado la “tiranía de lo urgente”, como sucede con la falta de datos sobre la forma de medir la gravedad, habitualmente utilizada como criterio de hospitalización. Respecto de las muertes por COVID-19, existe un acuerdo generalizado que señala mayor frecuencia en hombres que en mujeres (57). Se han utilizado diversos argumentos relacionados con las diferencias por sexo de carácter inmunológico o con desigualdades de género en cuanto a una mayor exposición en hombres que en mujeres al hábito de fumar tabaco o incluso a una mayor comorbilidad en unos que en otras (53). Sin embargo, en tanto la mayoría de los estudios carezca de datos estratificados por sexo, se llama a la prudencia en la asunción precoz de conclusiones sobre las diferencias por sexo y desigualdades de género en la mortalidad (58-61).

³ El Task Force Interamericano sobre Liderazgo de las Mujeres está compuesto por instituciones clave interamericanas e internacionales, con reconocida experiencia y programación en las áreas relacionadas con el liderazgo de las mujeres. Véase el enlace: <http://www.oas.org/es/taskforcewomenleadership/iniciativas/pronunciamento-COVID-19.asp>.

DESIGUALDADES DE GÉNERO PERSISTENTES

Los estudios de sesgo de género en la atención de la salud y el paradigma de la medicina basada en la evidencia comparten la hipótesis de que existen imprecisiones empíricas en la práctica médica. Se define al sesgo de género como la diferencia en el tratamiento médico de hombres y mujeres, el impacto del cual puede ser positivo, negativo o neutro para su salud (62). Los sesgos de género en la atención de la salud pueden producirse en el esfuerzo diagnóstico y en el esfuerzo terapéutico. Debe recordarse que un sesgo de mal diagnóstico o error diagnóstico puede influir en el esfuerzo terapéutico (63).

Existe evidencia científica que indica que los diagnósticos se retrasan mucho más en las mujeres que en los hombres en al menos 700 enfermedades (64), lo que sin duda influye en la evolución de la enfermedad, la discapacidad y la calidad de vida e incluso en las muertes evitables. Sobre los sesgos de género en el retraso del diagnóstico desde el comienzo de los síntomas de COVID-19, en Japón se ha observado un mayor retraso (más de seis días) en mujeres que en hombres con COVID-19 sintomático (1,58 [0,942-2,66]) (65). Además, según ONU-Mujeres, en un estudio sobre la COVID-19 realizado en los primeros meses del confinamiento en algunos países de Asia y el Pacífico, las mujeres se han enfrentado a mayores dificultades para acceder a atención médica y han tenido más probabilidades que los hombres de experimentar tiempos de espera más extensos para ver a un médico.⁴

Son múltiples las enfermedades que se expresan de forma diferente en hombres y en mujeres. No considerarlo produce sesgos de género asistenciales en perjuicio de estas últimas. En el caso de la COVID-19 se dan precisamente las condiciones que señalan que la presentación de síntomas y signos varía según el sexo, como el bien conocido infarto agudo de miocardio, entre otros problemas de salud (66). Inicialmente descrita como una enfermedad de presentación clínica con compromiso de las vías respiratorias, con el paso de los meses se reconoció la afectación de distintos órganos. El síndrome inflamatorio multisistémico (14), según la Fundación Cochrane, se presenta con signos y síntomas individuales con propiedades diagnósticas muy deficientes: “Ni la ausencia ni la presencia de signos o síntomas son lo suficientemente precisos como para considerar o descartar la enfermedad” (67).

La presentación clínica tan poco específica de la infección por el SARS-CoV-2 es un gran problema, al que se añade el hecho de que no siempre afecta de igual forma al organismo de hombres y mujeres, lo que puede contribuir a generar desigualdades en el acceso a la atención médica, las conductas de búsqueda de ayuda y el uso individual del sistema de atención. En efecto, la evolución de la COVID-19 hacia una neumonía es más frecuente en los hombres, pero en las mujeres son más

habituales los problemas digestivos, dermatológicos y neurológicos de los que se derivan la agnosia y la ageusia (68).

Una de las estrategias de la atención de salud para contribuir a prevenir los sesgos de género asistenciales consiste en considerar la prevalencia de las enfermedades por sexo, pues una afección se reconoce mejor en el sexo que la acusa con mayor asiduidad y hay más dificultades de reconocimiento en el sexo que la padece con menor frecuencia. También cabe tomar en cuenta las diferencias fisiopatológicas entre mujeres y hombres, la gravedad y la comorbilidad según sexo, así como la edad. Una vez descartada la influencia de estos parámetros, si el esfuerzo diagnóstico en un sexo con respecto a otro a igual necesidad es distinto, se puede manejar la hipótesis de existencia de un sesgo de género en la toma de decisiones en la atención de la salud.

Hay una serie de posibles razones por las que se pueden originar sesgos de género en la atención de la salud, aplicables al caso de la COVID-19. Para diagnosticar la mayoría de las enfermedades, solo se requiere la anamnesis y un examen físico, en cuyo caso el conocimiento, la actitud y la experiencia personal y profesional pueden llevar a malinterpretar los síntomas y signos. Está demostrado que se puede realizar una interpretación distinta del mismo síntoma o signo clínico según se presenten en un hombre o en una mujer. También se ha comprobado que en ocasiones el registro de los síntomas y signos en la historia clínica no coincide con lo que las y los pacientes cuentan, lo cual se debe a la influencia de los estudios de medicina, que enseñan lo que la literatura científica evidencia según sexo (69). El desconocimiento para el caso de la COVID-19 también puede ser causa de potenciales desigualdades de género en la atención de la salud.

Durante los primeros meses de la pandemia, los hospitales fueron el principal o el único lugar donde se pudieron realizar pruebas para el diagnóstico del SARS-CoV-2 de forma sistemática. Pero la presión asistencial de salud y la escasez de test diagnósticos dificultaron el acceso a tales pruebas al total de las personas que lo requerían. Por lo tanto, como el criterio de hospitalización era la gravedad, valorada sobre todo en términos de padecer neumonía, y como esta se manifestó de manera más frecuente en hombres, es probable que esto haya llevado a hospitalizar más hombres que mujeres; de este modo, más hombres que mujeres fueron diagnosticados con COVID-19. A partir de ahí, cabe la hipótesis por comprobar de un subregistro de casos de COVID-19 en las mujeres, que puede tener su correlato en una menor cantidad de muertes confirmadas por COVID-19 en dicho grupo poblacional.

⁴ Véase el total de defunciones por COVID-19 en la página del Instituto Nacional de Estadística de España: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/covid/I0/&file=01002.px>.

3 ESTUDIOS DE CASOS



El análisis de las diferencias por sexo en la COVID-19 puede desvelar desigualdades de género que se hayan podido producir en el curso de la enfermedad y su atención en el sistema de salud. A continuación, se presentan los estudios de casos de COVID-19 de Argentina, Brasil y México, cuyos registros institucionales proporcionan información suficiente a partir de la cual es posible analizar la situación de la COVID-19 desde la perspectiva de la interacción entre el sexo y el género. Estos estudios de casos no abordan todos los temas anteriormente mencionados, sino que se enfocan en los efectos directos de la COVID-19 en términos de casos y acceso a la atención médica.

LA COVID-19 EN BRASIL

23

CASOS Y MUERTES EN BRASIL

A finales del mes de diciembre del 2020, según el registro de casos leves a moderados de COVID-19 en Brasil, había 5.770.032 casos positivos (50,9% de mujeres frente a 49,1% de hombres) y 39.650 personas fallecidas (0,81% del total de hombres fallecidos y 0,56% de total de mujeres fallecidas), lo que supone 41,7% de mujeres y 58,3% hombres del total de muertes por esta causa.⁵

El registro de casos graves de COVID-19 contenía información de 610.614 casos (44,3% de mujeres frente a 55,7% de hombres), con un total de 82.183 mujeres

fallecidas (30,38% del total de mujeres con COVID-19 grave) y 111.204 hombres fallecidos (34,77% del total de hombres con COVID-19 grave), lo que supone 42,5% de mujeres frente a 57,5% de hombres del total de muertes registradas.

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA COVID-19 EN HOMBRES Y MUJERES EN BRASIL: SIGNOS Y SÍNTOMAS

Las diferencias en la presentación clínica de la COVID-19 en hombres y mujeres también es evidente en Brasil, tanto en el registro de casos leves a moderados como en los casos graves ($p < 0,001$). También se pueden apreciar variaciones según la gravedad, ya que las mujeres acusan con mayor frecuencia signos y síntomas leves a moderados, mientras que en la COVID-19 grave la mayor magnitud de síntomas y signos se observa en los hombres (cuadros 4 y 5). Esta diferencia en la presentación clínica según sexo, y su efecto en la demora diagnóstica y en la generación de sesgos de mala clasificación diagnóstica en el sexo que es menos prevalente, presentes en una miríada de patologías, da pie para plantear en qué medida la variada presentación clínica de la COVID-19 en mujeres frente a hombres reduce la probabilidad de una detección precoz en las primeras, que podría impedir cronicidad, efectos secundarios y hasta incluso muertes evitables.

Cuadro 4. Presentación clínica de la COVID-19 leve a moderada en Brasil, por sexo, 2020

Síntomas	Mujeres		Hombres		OR [IC]
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	
Asintomático*	1.629.246	49,5	1.659.153	50,5	0,96 [0,96-0,96]
Tos*	5.368.870	54,7	4.439.635	45,3	1,46 [1,46-1,46]
Fiebre*	3.921.649	51,7	3.668.701	48,3	1,15 [1,14-1,15]
Dolor de garganta*	3.885.442	58,7	2.729.345	41,3	2,02 [2,02-2,02]
Coriza*	877.877	55,5	702.971	44,5	1,56 [1,55-1,56]
Disnea o dificultades respiratorias*	1.888.993	56,5	1.453.175	43,5	1,69 [1,68-1,69]
Dolor de cabeza*	1.475.894	61,0	943.650	39,0	2,45 [2,44-2,46]
Disturbios olfativos*	177.144	55,3	142.972	44,7	1,53 [1,52-1,55]
Disturbios gustativos*	292.710	57,7	214.439	42,3	1,86 [1,85-1,88]
Otros síntomas*	6.344.691	51,8	5.902.729	48,2	1,15 [1,15-1,16]

Notas: elaborado a partir de datos del Ministerio de Salud de Brasil; *valor de p significativo al $< 0,001$; OR [IC95%] calculados para mujeres y hombres.

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil. Sistema de Vigilancia del Síndrome Gripal de casos leves a moderados sospechosos de COVID-19. Brasília: Ministerio de Salud de Brasil; 2020.

⁵ Este apartado se basa en Ministerio de Salud de Brasil: <https://antigo.saude.gov.br/>.

Cuadro 5. Presentación clínica de la COVID-19 grave en Brasil, por sexo, 2020

Síntomas	Mujeres		Hombres		OR [IC]
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	
Fiebre*	220.674	58,7	155.372	41,3	2,02 [2,00-2,04]
Tos*	240.591	56,6	184.316	43,4	1,70 [1,69-1,72]
Dolor de garganta*	59.535	54,5	49.791	45,5	1,43 [1,41-1,46]
Disnea o dificultades respiratorias*	266.717	56,2	208.260	43,8	1,65 [1,63-1,66]
Saturación O ₂ < 95%*	193.861	56,8	147.501	43,2	1,73 [1,71-1,75]
Diarrea*	42.451	51,5	39.975	48,5	1,13 [1,11-1,15]
Vómitos*	22.825	47,5	25.242	52,5	0,82 [0,80-0,84]
Dolor abdominal*	9.672	50,9	9.328	49,1	1,07 [1,03-1,12]
Fatiga*	39.293	55,3	31.762	44,7	1,53 [1,50-1,56]
Pérdida de olfato*	19.456	53,4	17.008	46,6	1,31 [1,28-1,35]
Pérdida del gusto*	19.595	53,6	16.978	46,4	1,33 [1,30-1,37]

Notas: elaborado a partir de datos del Ministerio de Salud de Brasil; *valor de p significativo al < 0,001; OR [IC95%] calculados para mujeres y hombres.

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil. Sistema de Vigilancia del Síndrome Gripal de casos leves a moderados sospechosos de COVID-19. Brasília: Ministerio de Salud de Brasil; 2020.

ESFUERZO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN HOMBRES Y MUJERES CON COVID-19 GRAVE EN BRASIL

El acceso, el uso y la calidad de la atención de la salud son clásicos determinantes de las desigualdades de salud. El registro de la COVID-19 en Brasil aporta suficiente información para identificar diferencias según sexo en una serie de indicadores, como la hospitalización, la realización de radiografías de tórax, el ingreso en las UCI y el apoyo mediante la ventilación asistida. Debido a que debajo de las diferencias según sexo en ocasiones se ocultan desigualdades de género, con el fin de mejorar las prácticas profesionales, se aprovecha la oportunidad para identificar la existencia de desigualdades de género en la atención de salud relacionada con la COVID-19.

La definición de caso probable de COVID-19 de la OMS indica un "paciente que cumple los criterios clínicos de fiebre y tos, o aparición súbita de tres o más signos o síntomas de la lista siguiente: fiebre, tos, debilidad general-fatiga, cefalea, mialgia, dolor de garganta, resfriado nasal, disnea, anorexia-náuseas-vómitos, diarrea, estado mental alterado". Desafortunadamente, la mayoría de ellos resulta confundible con los de otras patologías, conforme ha sucedido sobre todo en los comienzos de la pandemia. Asimismo, según la OMS, se considera caso probable "el caso sospechoso con signos indicativos de COVID-19 en las imágenes diagnósticas torácicas", un signo clínico que, junto con la fiebre y la saturación < 95% de oxígeno, objetiva la emergencia terapéutica y aumenta la probabilidad de hospitalización. En la actualidad también se recogen la anosmia y la ageusia de aparición reciente en ausencia de otra causa justificada, así como los casos asintomáticos. La variada presentación clínica de la COVID-19 supone un reto para el personal de salud, que debe decidir el esfuerzo diagnóstico y terapéutico por realizar, como la hospitalización, la VMI o el ingreso en una UCI.

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA MORTALIDAD EN BRASIL

La mayor frecuencia de hospitalización de hombres que de mujeres por COVID-19 se debe a un peor pronóstico para unos que para otras en términos de mortalidad (70). Sin embargo, otra potencial explicación quizá sea que mueren más mujeres sin que tengan la oportunidad de ser hospitalizadas, como se puede observar en la base de datos del Ministerio de Sanidad de España.⁶ Entre enero y mayo del 2020, en los hospitales murieron más hombres (59,7%) que mujeres (41,28%), entre los 28.444 casos de muerte por COVID-19 acaecidos en dichos establecimientos. Mientras tanto, en las residencias de salud para personas mayores, hubo más muertes por COVID-19 en mujeres (64,74%) que en hombres (35,24%), entre los 13.746 casos de muerte por esta causa, lo que se considera esperable debido a la mayor presencia femenina en dichos sitios, derivada de una esperanza de vida más prolongada para las mujeres. Lo que no parece esperable es el número de personas que el sistema de salud dejó de atender, ya que, de cada 100 mujeres fallecidas por COVID-19 en las residencias de salud para personas mayores, 33 fueron consignadas en la categoría de "sospecha" de COVID-19, cifra que roza el doble de la correspondiente a los hombres (18%).

En el cuadro 6 se observan las diferencias según sexo en los ingresos en las UCI de Brasil, junto con la utilización de VMI, esfuerzos terapéuticos más frecuentes en hombres que en mujeres, pese a la gravedad indudable de los casos, dado que se trata de personas que luego murieron a causa de la COVID-19 ($p < 0,001$).

Los factores que motivan el ingreso de un(a) paciente en las UCI, así como la prescripción de ventilación asistida, son múltiples; también lo son los inherentes a la persona enferma y al equipamiento de salud, pero el manejo de todo ello depende de las competencias de los recursos humanos responsables de la atención.

⁶ Véase el total de defunciones por COVID-19 en la página del Instituto Nacional de Estadística de España: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/covid/I0/&file=01002.px>.

Cuadro 6. Magnitud del esfuerzo terapéutico de acuerdo con el total de mujeres y hombres fallecidos por COVID-19 grave, Brasil, 2020

Síntomas	Hombres (n = 111.204) F (%)	Mujeres (n = 82.183) F (%)	OR [IC]
Hospitalización	102.838 (96,6)	75.886 (96,5)	1,03 [0,98-1,08]
Ingreso en UCI*	58.987 (64,0)	41.764 (61,8)	1,10 [1,08-1,12]
Ventilación asistida*			
Si, invasiva	43.977 (48,6)	30.912 (46,5)	1,09 [1,07-1,11]
Si, no invasiva	35.230 (39,0)	27.484 (41,3)	0,91 [0,89-0,93]
No	11.239 (12,4)	8.112 (12,2)	1,02 [0,99-1,05]

Nota: elaborado a partir de datos del Ministerio de Salud de Brasil; *valor de p significativo al $< 0,001$; OR [IC 95%] calculados para mujeres y hombres; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil. Sistema de Vigilancia del Síndrome Gripal de casos leves a moderados sospechosos de COVID-19. Brasília: Ministerio de Salud de Brasil; 2020.

LA COVID-19 EN ARGENTINA

CASOS Y MUERTES POR COVID-19 EN ARGENTINA POR EDAD

A finales de diciembre del 2020, Argentina presentaba en su registro información de un total de 4.713.201 casos, entre confirmados, descartados, sin clasificar y sospechosos (51,4% mujeres y 48,6% hombres). Los confirmados ascendían a 1.672.058 (81,25% y 82,21% del total de casos en mujeres y hombres, respectivamente), cifra que implicaba 50% de casos en cada sexo; y los sospechosos sumaban 373.862 (18,75% y 17,79% del total de casos en mujeres y hombres, respectivamente), esto es, 51,6% de mujeres y 48,4% de hombres en el total de casos de COVID-19.⁷

En Argentina, mueren más hombres que mujeres por COVID-19. Al momento mencionado, se registraban 52.888 decesos (43,2% de mujeres y 56,8% de hombres), con una tasa de letalidad de 2,22% y 2,95% en mujeres y hombres, respectivamente.

En el caso de mayores de 80 años, la incidencia de muerte por COVID-19 en las mujeres es superior a la que se observa en los hombres (57,4% de mujeres y 42,6% de hombres). No obstante, si se considera que hay menos hombres en este grupo de edad, estos datos implican una tasa de muertes en hombres de $183,8 \times 10^6$ habitantes y en mujeres, de $119,4 \times 10^6$ habitantes. En cualquier caso, 42% del total de muertes por COVID-19 en mujeres y 23,75% en hombres ocurren en mayores de 80 años ($p < 0,001$).

RETRASO DIAGNÓSTICO EN LOS CASOS DE COVID-19 EN ARGENTINA, SEGÚN SEXO

Uno de los indicadores del sesgo de género en la atención de la salud es el retraso diagnóstico desde

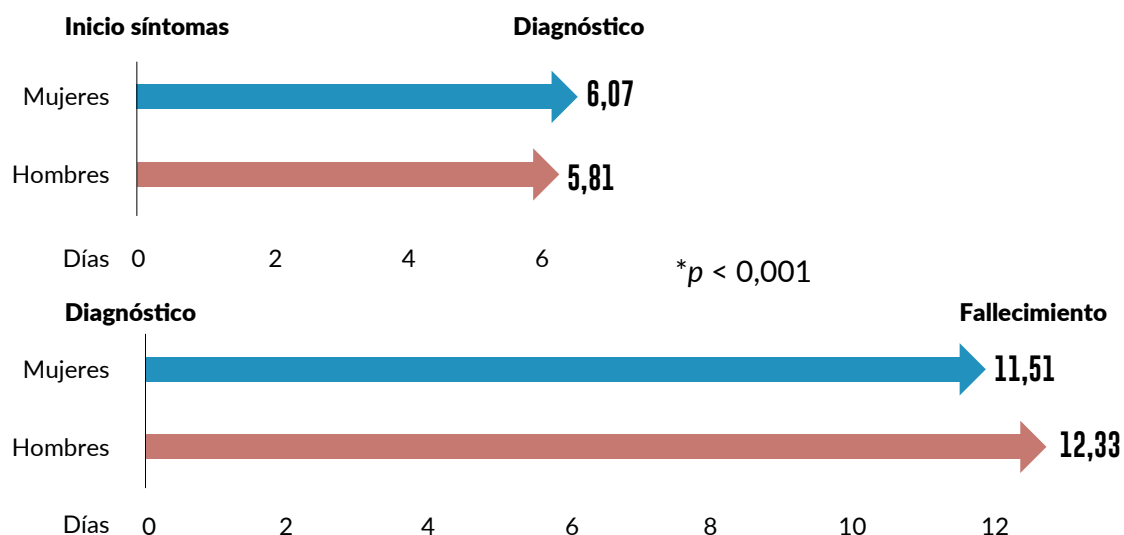
el comienzo de los síntomas. En América Latina y el Caribe es bastante frecuente el argumento de que algunas mujeres retrasan la demanda de atención de salud por tener responsabilidades dentro del ámbito familiar. Esto es probable que ocurra, pero existen otras razones importantes que pueden influir en el retraso diagnóstico, una de las cuales está relacionada con su capacidad de agencia y empoderamiento para demandar atención de la salud en el contexto en el que habita la mujer; la otra tiene que ver con el propio sector de la salud.

Los estudios sobre el retraso diagnóstico desde la perspectiva de género indican que este fenómeno se produce en múltiples enfermedades, debido a diferencias en su presentación clínica según el sexo, como ya se ha comentado. Esto reduce la sospecha diagnóstica hasta que la enfermedad está instaurada (64). La COVID-19 también se expresa en distintas versiones de presentación clínica, desde la más común afección respiratoria, más frecuente en hombres, hasta problemas digestivos y neurológicos, más habituales en mujeres, lo cual debe ser considerado a la hora de contribuir a la reducción del retraso diagnóstico (68, 71).

En Argentina, se detectan diferencias en el retraso diagnóstico de la COVID-19 confirmada con respecto a la fecha de comienzo de los síntomas. Las 457.876 mujeres afectadas tienen una media de días de retraso diagnóstico ligeramente superior a la de los 455.970 hombres afectados, cifra lo suficientemente importante para ser estadísticamente significativa (MediaMujeres: 6,07 días frente a MediaHombres: 5,81 días, $p < 0,001$). Además, una vez realizado el diagnóstico, la letalidad por COVID-19 posterior al mismo es más precoz en mujeres que en hombres (MediaMujeres: 11,51 días frente a MediaHombres: 12,33 días, $p < 0,001$), lo cual puede, entre otras razones, relacionarse con el retraso diagnóstico y el nivel de gravedad alcanzado por este motivo al momento del diagnóstico.

⁷ Este apartado se basa en Ministerio de Salud de Argentina:

https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19?utm_source=search&utm_medium=cpc&utm_campaign=coronavirus&utm_term=grants&utm_content=nacional&gclid=EALaQobChMInfG8gO_D7wIVTPvCh3DCwTXEAAAYASAAEgKLOPD_BwE

Figura 9. Tiempo de diagnóstico desde el comienzo de los síntomas y desde el diagnóstico hasta el fallecimiento en Argentina, por sexo, 2020

Nota: elaborada a partir de datos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud de Argentina; promedio en días.

ESFUERZO TERAPÉUTICO Y MUERTES EN ARGENTINA

Hasta diciembre del 2020, en Argentina murieron 30.015 hombres y 22.873 mujeres por COVID-19, es decir, en su máximo nivel de gravedad. De esas personas, ingresaron en las UCI más hombres (26,4%) que mujeres (21,3%), con respecto al total de pacientes de cada sexo ($p < 0,001$). La frecuencia de asistencia respiratoria mecánica en quienes murieron por COVID-19 también fue menor en mujeres (12,8%) que en hombres (17,6%) del total de decesos por COVID-19 ($p < 0,001$). Dado que se trata de personas muertas y, por lo tanto, se presupone la

gravedad en ambos sexos, estos datos indican un potencial sesgo de género en la atención de la salud.

El análisis de ambos indicadores por edad y sexo muestra un patrón similar en los dos tipos de esfuerzos terapéuticos: del total de mujeres fallecidas por COVID-19, más jóvenes y sobre todo más mayores de 80 años han sido ingresadas en UCI y han recibido asistencia respiratoria mecánica con mayor frecuencia que los hombres en igual circunstancia. Por el contrario, son los hombres adultos jóvenes y mayores quienes reciben este tipo de esfuerzo terapéutico con respecto al otro sexo en los estratos de edad mencionados ($p < 0,001$) (cuadro 7).

26

Cuadro 7. Casos que requirieron atención en unidades de cuidados intensivos y asistencia respiratoria mecánica y derivaron en muertes, en Argentina, por sexo, 2020

Pacientes		Mujeres		Hombres		OR [IC]
		n	Porcentaje	n	Porcentaje	
UCI*	< 30	133	2,7	151	1,9	1,43 [1,13-1,81]
	31-60	1.017	20,8	2.116	26,7	0,72 [0,66-0,79]
	61-80	2.429	49,8	4.463	56,3	0,77 [0,72-0,83]
	≥ 81	1.299	26,6	1.203	15,2	2,02 [1,85-2,21]
Asistencia respiratoria mecánica*	< 30	97	3,3	118	2,2	1,52 [1,16-1,99]
	31-60	756	25,1	1.598	30,3	0,80 [0,73-0,89]
	61-80	1.521	52,1	2.993	56,8	0,83 [0,76-0,91]
	≥ 81	546	18,7	564	10,7	1,92 [1,69-2,18]

Nota: elaborado a partir de datos de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud de Argentina; *valor de p significativo al $< 0,001$; OR [IC 95%] calculado para mujeres y hombres; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Queda claro que la edad avanzada es un factor de gran incidencia en los decesos de mujeres en Argentina; ellas son quienes más mueren por COVID-19 en este grupo de edad. En los demás grupos de edad, con excepción de los más jóvenes, la COVID-19 también constituye la mayor causa de mortalidad en los hombres, lo que conduce a un intento previo de mayor esfuerzo terapéutico. Por lo tanto, con los datos disponibles, no se observan sesgos de género en la atención de la salud, en tanto que la edad emerge como un factor sustancial para la realización del esfuerzo terapéutico en un sexo con respecto al otro.

LA COVID-19 EN MÉXICO

La perspectiva de género contempla la consideración de otros determinantes de las desigualdades en salud además del sexo. En el caso de México, su registro de casos de COVID-19 permite un análisis de intersecciones de las diferencias por sexo y género con la dimensión étnica.⁸

27

FRECUENCIA DE CASOS DE COVID-19 EN MÉXICO SEGÚN SEXO Y ETNIA

A finales de diciembre del 2020, el registro mexicano contaba con un total de 3.531.289 personas estudiadas (51,8% de mujeres y 48,2% de hombres). Se identifican como población indígena 33.673 personas (49,3% de mujeres y 50,7% de hombres).

Para este estudio se han considerado los 1.324.873 casos confirmados de COVID-19 (49,5% de mujeres y 50,5% de hombres) y los 316.063 casos sospechosos (50,5% de mujeres y 49,5% de hombres).

En la población indígena ha habido un total de 130.030 casos confirmados, con prevalencia de los hombres (55% del total de casos). Los casos sospechosos han sido 4.428 (49,1% de mujeres y 50,9% de hombres).

ESFUERZO DIAGNÓSTICO EN MÉXICO SEGÚN SEXO Y ETNIA

Las mujeres indígenas menores de 30 años son 1.273 y destacan por su alta frecuencia de casos confirmados (52,8%), una magnitud que supera a la del resto de los grupos de edad, donde la incidencia es inferior a 45%. El otro grupo vulnerable es el de los hombres indígenas mayores de 60 años, con una frecuencia de casos confirmados de 59%.

Hay un hallazgo reseñable relacionado con el esfuerzo diagnóstico, tanto en mujeres como en hombres, según la etnia de pertenencia autoidentificada. Este hallazgo emerge de la comparación entre sexos de casos confirmados y sospechosos de COVID-19 en la población indígena y en el resto de la población de México. En el cuadro 8 se puede observar que la identificación de casos confirmados en mujeres indígenas es menor (72,9%) que en mujeres no indígenas (80,44%) ($p < 0,001$). En los hombres sucede algo parecido, pero en menor escala, ya que en los no indígenas la confirmación de COVID-19 asciende a 81,03% y en los indígenas es de 76,09%. Esto implica que en la población indígena los casos de COVID-19 se quedan en el nivel de sospecha con mayor frecuencia que en la población restante (7,54% menos identificada en mujeres indígenas y 4,94% menos identificada en hombres indígenas). Se trata de un sesgo de género y etnia que denota la relevancia de considerar la interseccionalidad cuando se incorpora la perspectiva de género.

Cuadro 8. Casos de COVID-19 según sexo y tipología diagnóstica, en México, 2020

Mujeres					Casos	Hombres				
No indígenas		Indígenas				No indígenas		Indígenas		
n	%	n	%	OR [IC]		n	%	n	%	OR [IC]
656.979	80,4	5.860	72,9	1,52 [1,45-1,60]	Confirmados*	667.894	81,0	7.170	76,1	1,34 [1,28-1,40]
159.734	19,6	2.175	19,6	0,66 [1,45-1,60]	Sospechosos*	156.329	19,0	2.253	23,9	0,75 [0,71-0,78]

Nota: elaborado a partir de datos provenientes de la Secretaría de Salud y Dirección General de Epidemiología de México; *valor de p significativo al $< 0,001$; OR [IC 95%] calculados para indígenas y no indígenas.

⁸ Este apartado se basa en Secretaría de Salud, Gobierno de México: <https://www.gob.mx/salud>.

MUERTES EN HOMBRES Y MUJERES EN MÉXICO Y DESIGUALDADES DE GÉNERO Y ETNIA

La cantidad de muertes que se producen en ambos sexos sin que se llegue a confirmar la COVID-19, es decir, casos que, al momento del deceso, se hallaban en la categoría diagnóstica de COVID-19 sospechoso, constituye una cifra elevada del total de mujeres (10,7%) y del total de hombres (11,01%) con esta patología.

La magnitud de las muertes coincide con la literatura científica, ya que es superior en hombres (62,89%) que en mujeres (37,11%), con un total de 171.527 personas fallecidas. Sin embargo, por estratos de edad, mueren más mujeres que hombres por COVID-19 confirmada en personas más jóvenes y de mayor edad ($p < 0,001$). En los casos de COVID-19 sospechoso, las mujeres mueren más que los hombres a partir de los 61 años ($p < 0,001$).

Desde el comienzo de la pandemia, han muerto 2.547 personas indígenas (61,9% de hombres y 38,1% de mujeres). La información sobre las muertes por estratos de edad en el total de mujeres y en el total de hombres con COVID-19, respectivamente, es relevante en esta población. Por comparación con el resto de las edades, en las mujeres indígenas menores de 30 años con COVID-19, la cantidad de muertes es muy elevada y concuerda con la mayor frecuencia de casos en dichas mujeres (6,8% de entre el total de mujeres con COVID-19). La cifra es superior al 3,5% en el caso de los hombres indígenas ($p < 0,001$) y también con respecto a la población no indígena de su misma edad (2,2% de muertes del total de las personas con COVID-19 en ambos sexos).

DIFERENCIAS SEGÚN SEXO Y DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LA EXPOSICIÓN A FACTORES DE RIESGO EN MÉXICO

Los factores de riesgo están distribuidos entre sexos, y puede apreciarse que la comorbilidad y el hábito tabáquico son más frecuentes en hombres, y que la exposición a pacientes diagnosticados con SARS-CoV-2 es más habitual en mujeres.

El rango del hábito del tabaquismo oscila desde 2,6% de las mujeres indígenas, pasando por 5,8% en las mujeres no indígenas y 8,9% en los hombres indígenas, hasta 11,1% en los hombres no indígenas. Esto afecta a 5% de las mujeres con COVID-19 confirmada y al doble (10%) de los hombres.

Otra fuente de exposición al riesgo es el contacto con pacientes diagnosticados con SARS-CoV-2, que para finales del 2020 contabilizaba un total de 612.922 personas en México. Esta frecuencia de

contactos es mayor en mujeres (53,1%) que en hombres (48,7%) ($p < 0,001$) de todas las edades. En la población indígena, la brecha por sexo en cuanto a la exposición a personas con COVID-19 es algo menor, aunque las cifras siguen la misma tendencia. De las 12.092 personas indígenas en contacto con personas enfermas, 51,3% son mujeres y 48,7% son hombres ($p < 0,001$).

En esta comunidad, del total de los contactos con pacientes con SARS-CoV-2 (6.405 en mujeres y 5.887 en hombres), la mayoría son mujeres jóvenes y adultas, en quienes se observa un contacto más frecuente que el de los hombres, probablemente de acuerdo con el papel clásico de cuidadoras.

La comorbilidad es otro factor de riesgo que, en los casos confirmados, varía significativamente según el sexo en función de la etnia. Así, en la población indígena, son las mujeres las que tienen más comorbilidad, pues padecen tanto hipertensión como obesidad. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma también son más frecuentes. Por su importancia en la COVID-19, hay que destacar que los resultados de estas patologías respiratorias coinciden con la evidencia científica publicada, aunque parte de los diagnósticos de asma realizados mediante espirometría pasarían a ser EPOC (72). Este sesgo de género por mala clasificación diagnóstica disminuiría el diagnóstico de asma para aumentar el de EPOC. En población no indígena, la obesidad y el asma siguen siendo más frecuentes en mujeres, mientras que en los hombres son más habituales la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la insuficiencia renal.

DIFERENCIAS SEGÚN SEXO, GRAVEDAD FRENTE A DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL ESFUERZO TERAPÉUTICO Y MUERTES POR COVID-19 EN MÉXICO

En el cuadro 9 se puede observar que la propuesta médica de intubación y de ingreso en una UCI realizada en población no indígena ha sido más frecuente en hombres que en mujeres con COVID-19 confirmada y sospechosa de características tan graves que culminó en muerte.



Cuadro 9. Necesidades de intubación e ingreso en unidades de cuidados intensivos en casos de COVID-19 con neumonía que derivaron en muerte, en México, por sexo, 2020

Necesidades	Mujeres con COVID-19 confirmada		Hombres con COVID-19 confirmada		OR [IC]
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Hospitalización**	39.026	90,0	67.302	89,5	0,95 [0,91-0,98]
Intubación*	11.381	29,3	20.927	31,3	1,10 [1,07-1,13]
Ingreso en UCI*	3.902	10,1	7.551	11,3	1,13 [1,09-1,18]

Necesidades	Mujeres con sospecha de COVID-19		Hombres con sospecha de COVID-19		OR [IC]
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Hospitalización	4.747	91,6	8.522	90,7	0,89 [0,79-1,01]
Intubación*	1.171	24,9	2.352	27,9	1,17 [1,08-1,27]
Ingreso en UCI**	386	8,2	822	9,7	1,20 [1,06-1,36]

Nota: elaborado a partir de datos de la Secretaría de Salud y Dirección General de Epidemiología de México; *valor de α significativo al $< 0,001$;

**valor de p significativo al $< 0,05$; OR [IC 95%] calculados para mujeres y hombres.

29

Como ya se ha comentado, la realización de un mayor esfuerzo terapéutico sin duda depende de una variedad de factores propios del estado de salud de los y las pacientes, la comorbilidad y la situación de la propia enfermedad, así como también de los recursos existentes, a lo que hay que añadir el conocimiento y

la toma de decisiones profesionales. Futuros trabajos de investigación pueden confirmar o descartar los sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico en función del sexo y la etnia, así como en el esfuerzo terapéutico según el sexo detectado.

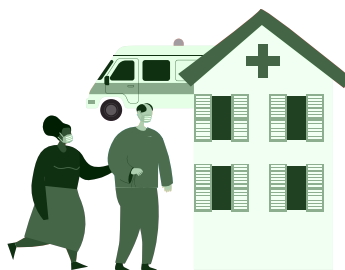
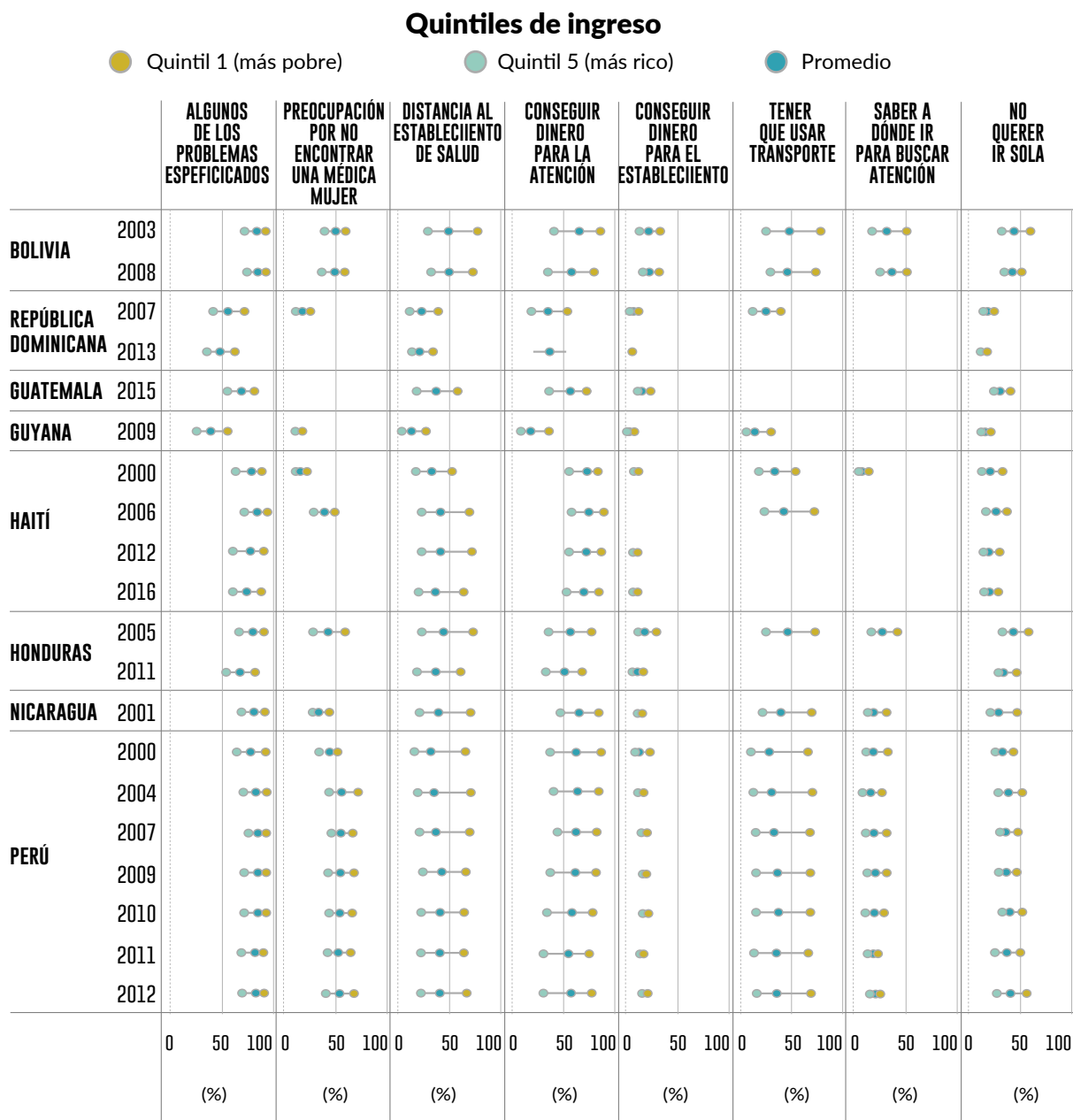


4 TEMAS SELECCIONADOS DE SALUD

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

Ciertos estudios previos a la COVID-19 realizados en la Región muestran las barreras de acceso percibidas entre las mujeres. La figura 10 presenta agregados (nivel nacional) y desagregados (niveles de quintiles de riqueza) en porcentajes de mujeres de 15 a 49 años que informaron tener un gran problema para acceder a la atención médica cuando están enfermas (73). En las encuestas sobre demografía y salud relacionadas con la percepción de barreras de acceso este indicador estaba disponible para ocho países, aunque con algunas variaciones específicas por país en cuanto a los tipos de barreras incluidas. Por ejemplo, 87,3% de las mujeres haitianas del quintil más pobre indicaron “conseguir dinero para el trata-

miento” como una barrera seria para acceder a la atención, mientras que 76,3% de las mujeres bolivianas del mismo quintil señalaron como problema significativo la distancia al establecimiento de salud. En los casos en que la información es comparable entre países (Bolivia [Estado Plurinacional de], Nicaragua y Perú), al menos 83,9% de las mujeres informaron como mínimo un problema importante en el acceso a la atención cuando están enfermas (con una tasa más alta de 95,0% entre las mujeres del quintil de riqueza más pobre en comparación con 72,0% entre las mujeres del quintil más rico). (Ver Figura 10).

Figura 10. Mujeres que notifican grandes problemas para acceder a la atención médica cuando están enfermas, países con una encuesta de demografía y salud

Es indispensable considerar las características particulares de la necesidad insatisfecha de anticoncepción en la Región de América Latina y el Caribe. La pandemia de COVID-19 ha elevado la cantidad de mujeres con necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos en la Región, cifra que asciende a 32.560.000 si se considera un escenario optimista y a 39.849.000 si se considera un escenario pesimista (74). Esto significa un incremento del porcentaje de necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos de 14,5% y 17,7% respectivamente. O, en otros términos, destaca la inviabilidad de alcanzar el ODS 3.7 (cero necesidades insatisfechas de planificación familiar en 2030). De este modo, se registraría un retroceso equivalente a 20 o 30 años, lo que resultaría en 1,7 millones de embarazos no planificados, cerca de 800.000 abortos, 2.900 muertes maternas y cerca de 39.000 muertes infantiles (75).

EMBARAZO ADOLESCENTE

Los datos previos a la pandemia muestran que la fecundidad en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública y social en América Latina y el Caribe: la tasa de embarazo adolescente todavía es alta (60,7 por cada 1.000 adolescentes, cifra solo superada por África a nivel mundial), mucho mayor de lo previsto de acuerdo con la fecundidad total, y en su gran mayoría corresponde a embarazos no deseados. De hecho, aún cerca de dos de cada diez adolescentes de la Región son madres y, habida cuenta de la enorme desigualdad social de la fecundidad temprana, esa medida es desproporcionadamente mayor entre las adolescentes que tienen menores niveles de ingresos y educación y pertenecen a pueblos indígenas o afrodescendientes. Se ha estimado que 28% de las adolescentes sexualmente activas de entre 15 y 19 años en América Latina y el Caribe estaban usando un método anticonceptivo moderno en el 2019, y que 1.958.000 mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años en América Latina y el Caribe tenían necesidades insatisfechas de anticonceptivos modernos en dicho año.

Se anticipó que la pandemia de la COVID-19 y las medidas tomadas para contenerla podrían provocar un aumento del embarazo en la adolescencia y que esto podría representar un retroceso de cinco años en la reducción de la tasa específica de fecundidad adolescente de América Latina y el Caribe (76).

EMBARAZO Y RIESGO DE MUERTE MATERNA

Los efectos de la COVID-19 durante el embarazo aún se están analizando, aunque sí se observa que las personas embarazadas parecen presentar casos más complicados y requerir cuidados intensivos con mayor frecuencia que las no embarazadas en edad reproductiva.

Las comorbilidades preexistentes, la edad materna avanzada y un índice elevado de masa corporal parecen incidir en un mayor riesgo de COVID-19 grave. En la Región de las Américas, se notificaron un total de 150.167 casos de COVID-19 durante el embarazo, incluidas 836 muertes. La tasa de mortalidad materna por COVID-19 oscila entre 0,04% (Chile) y 6,25% (Bahamas) (77). Los datos disponibles para México revelan que casi la mitad de las muertes maternas ocurrieron durante el tercer trimestre y 33,6% tuvieron lugar en el posparto. De las personas gestantes fallecidas en México, 30,9% habían sido intubadas y 34% había estado en una UCI (78).

En los 23 países de América Latina y el Caribe incluidos en la metodología de evaluación de impacto LiST, las muertes maternas excesivas durante un año como resultado de la respuesta a la pandemia ascenderían a 1.210, con 5% de reducción de la cobertura; 2.430 con 15% de reducción y 7.981 con 25% de reducción (79).

SALUD MENTAL

Los cambios en la vida social debido a la COVID-19 afectaron la salud mental de las personas de manera diferencial según género, etnicidad y otros determinantes sociales como la edad y el estatus económico. A su vez, el acceso a servicios de salud mental se vio influido por la reorganización del sector para dar respuesta a los ingresos de pacientes con COVID-19, lo cual disminuyó la atención ambulatoria y limitó el acercamiento a dichos servicios. Una serie de publicaciones, sobre todo estudios transversales basados en encuestas y cuestionarios estandarizados, demuestran que los problemas de salud mental se manifestaron con mayor frecuencia e intensidad en mujeres que en varones (80-88). Ser joven, ser mujer, tener bajos ingresos y bajo nivel educativo, sumado todo esto a largos períodos de distanciamiento social, pueden también considerarse factores ligados a síntomas psiquiátricos de mayor severidad (89).

Desde el surgimiento de la pandemia, las personas no binarias y transgénero, las mujeres y aquellos individuos con condiciones de salud mental o física preexistentes presentaron elevados síntomas de depresión o ansiedad (90). En las mujeres, el efecto económico negativo, sumado al aumento de las tareas de cuidado y la exposición a situaciones de violencia como resultado del aislamiento social, constituyen condiciones perjudiciales para la salud mental (91). Los y las jóvenes conforman otro grupo poblacional particularmente afectado por la pandemia. Según un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 27% de participantes reportaron ansiedad y 15%, depresión en los pasados siete días.

El 43% de las adolescentes y jóvenes de entre 13 y 29 años ha visto afectada su percepción sobre el futuro, mientras que solo un 31% de los varones se encuentran en esa condición (92). La identidad de género es también un factor que debe considerarse en esta población, ya que existe mayor exposición a discriminación en jóvenes y personas con identidades no binarias, quienes cuentan con menos apoyo social que los jóvenes cisgénero, lo que se refleja en mayores problemas de salud mental y abuso de sustancias.

La iniciativa HHealth caRe wOrkErS (HEROES) (93), desarrollada por la Universidad de Chile con la colaboración de la OPS, en su primera etapa revela información preliminar de nueve países de América Latina, a saber:⁹

- 1 La media de síntomas depresivos (evaluado mediante el PHQ-9) fue mayor entre mujeres en comparación con hombres (6,75 y 5,51). Asimismo, las mujeres presentaron mayor nivel de angustia emocional (evaluado a través del GHQ-12) (14,2 y 12,99) y reportaron mayor frecuencia de ideación suicida (9,9 y 7,8) que los hombres.
- 2 En promedio, las mujeres indicaron con mayor frecuencia en comparación con los hombres que el EPP fue “muy insuficiente” (12,0% y 10,4%) o “algo insuficiente” (33,7% y 30,9%).
- 3 Las mujeres también informaron que se sentían más preocupadas que los hombres por contagiar a sus seres queridos (72,2% y 66,5%) o contagiarse ellas mismas (38,0% y 32,0%).
- 4 Las mujeres aseguraron sentirse más estigmatizadas que los hombres (14,5% y 12,9%).

VIOLENCIA DE GÉNERO

Obtener información sobre esta problemática no era tarea sencilla antes de la pandemia, ya que los datos se basaban en el porcentaje de mujeres que realizaban la denuncia (se estima que denunciaba 10% a nivel mundial y que buscaba ayuda menos de 40% de mujeres que sufrían algún tipo de violencia). Sin embargo, durante los primeros meses de la pandemia, las líneas telefónicas de denuncia o pedido de ayuda en el mundo registraron un aumento de entre 30% y 40% del número de llamadas (Argentina, Australia, Chipre, Francia y Singapur) (94). Esta

situación concuerda con las proyecciones realizadas por la OMS y el UNICEF para el período del 2020 al 2030, que sugieren que las consecuencias de la pandemia de COVID-19 podrían reducir en un tercio los avances hacia el fin de la violencia de género y resultar en 13 millones adicionales de matrimonios infantiles que de otra manera no hubieran ocurrido (95).

El acoso sexual y otras formas de violencia contra las mujeres continuaron sucediendo en la vía pública, en los espacios públicos, en Internet. De manera concomitante, en algunos países los recursos destinados a dar respuesta a las violencias contra las mujeres fueron reasignados a las necesidades de atención de la COVID-19. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados indica que las mujeres refugiadas y desplazadas también estuvieron expuestas a un mayor riesgo de violencia de género que antes de la COVID-19. El Instituto Nacional de las Mujeres de México ha desarrollado una potente acción institucional tendente a brindar respuesta frente al incremento de consultas y otro tipo de demandas asociadas a la violencia de género (96). El Ministro de Salud de Colombia informó de un incremento de casi 40% de los incidentes de violencia de género que afectan a la población venezolana en el país entre los meses de enero y septiembre del 2020, en comparación con el mismo período del año anterior.

Los datos prepandemia muestran la magnitud del desafío ante el incremento del problema durante la actual crisis. Además, se sabe que los factores de riesgo de violencia están aumentando (se podrían citar los datos sobre factores de riesgo como estrés, abuso de alcohol, impacto económico de la pandemia, etc.). Los distintos tipos de confinamiento o medidas restrictivas implementadas por los gobiernos de la Región para atender el riesgo de salud y contener la curva de contagios, generaron condiciones de aislamiento de los grupos familiares y de las mujeres, niñas y adolescentes, lo cual se convirtió en una amenaza a su seguridad. Estos factores generaron lo que se denomina “la tormenta perfecta”, ya que las mujeres y las niñas están más amenazadas si permanecen en sus hogares con sus abusadores y se les dificultan las posibilidades de pedir ayuda.



⁹ La mayoría de los participantes fueron profesionales o asistentes de enfermería (n = 5.135), médicos o médicas (n = 4.210), y otros u otras profesionales clínicos (n = 3161). En las tres categorías, la mayoría fueron mujeres.

EL VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se estima que en el mundo hay 6.650.000 personas en tratamiento antirretroviral y que el distanciamiento social ha reducido el acceso a las pruebas de VIH de rutina. Esto desafía la finalización del primer objetivo 90-90-90 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) a nivel mundial: que 90% de todas las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico respecto del VIH para el 2020 (97). Esta falta de acceso también fue percibida en los grupos LGBTQ+ de América Latina y el Caribe. Por ejemplo, en México más de 40% notificó no poder acceder a su proveedor de atención y en Brasil, más de 75% informó que no podía volver a proveerse de su medicamento de forma remota (98).

Los países han estado elaborando nuevos planes de contingencia en plataformas de prestación de servicios, comunidad, unidades móviles y de divulgación. Un ejemplo de los planes es la distribución de un amplio suministro de medicamentos antirretrovirales, lo cual facilita el acceso al tratamiento; otro es la telemedicina mediante sistemas virtuales o telefónicos y mensajería, etc., implementados para asegurar la atención continua y remota, de modo de evitar la necesidad de acceder a un sistema de salud sobrecargado y expuesto a la COVID-19 (acciones claves de la OPS). Los factores de riesgo asociados a la COVID-19 con progresión a un cuadro severo o a la muerte han sido principalmente: edad avanzada, sexo masculino, diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial, cardiopatías, entre otros. Por su condición de inmunosupresión, se esperaba que las personas con VIH también presentarían una mayor susceptibilidad a la infección o una pobre evolución clínica, pero hasta el momento los resultados no son concluyentes (99) (acciones claves de la OPS).

Una revisión sistemática identificó 23 artículos (en su mayoría descriptivos) con el informe de 164 adultos con infección por VIH y SARS-CoV-2. La gran mayoría de ellos eran hombres (120 a 142; 84,5%), a menudo con una o más comorbilidades. De esos pacientes, 15 requirieron tratamiento intensivo y 16 murieron. Para cada grupo, respectivamente, tres pacientes tenían comorbilidades subyacentes. Se concluye que aún no está claro si la infección por VIH puede influir en la infección y el curso de la enfermedad por SARS-CoV-2, pero se sugiere cautela, en particular en el caso de hombres que viven con VIH (PVIH), quienes podrían correr un mayor riesgo de sufrir un curso grave de COVID-19 (100).

Un estudio primario mostró que las mujeres que viven con VIH padecen de mayor estrés y mayor afectación en todos los ámbitos, incluida la adherencia al tratamiento para esta condición (101).

Por último, las trabajadoras sexuales también deben considerarse un grupo de riesgo por la naturaleza atribuida a este tipo de labor, sobre todo porque se trata de los miembros más marginados de la sociedad. Las medidas de precaución, incluida la distancia física, han provocado la interrupción del trabajo sexual directo en todo el mundo, lo que posiblemente convierta a este colectivo en uno de los que más ha sufrido las consecuencias de las medidas de contención de la pandemia. La situación es más grave para las trabajadoras sexuales sin hogar o que han migrado ilegalmente, y enfrentan mayores problemas para recibir apoyo financiero o acceder a servicios de salud. Sin recursos adecuados provenientes del Estado o de la sociedad civil, muchas trabajadoras sexuales se ven obligadas a regresar al trabajo para obtener ingresos (102), en condiciones que podrían facilitar el contagio de VIH aún más que en un contexto sin pandemia.

LA SALUD DEL COLECTIVO LGBTQ+ DURANTE LA PANDEMIA

Respecto del colectivo LGBTQ+, si bien se carece de datos o estos son insuficientes, se estima que las restricciones de circulación y transporte han incidido en la continuidad de terapias y tratamientos médicos, o bien los han impedido, sobre todo en la población trans. Por otra parte, no se cuenta con espacios físicos en caso de necesidad de aislamiento por COVID-19 en los que se garanticen la privacidad y condiciones de protección y no discriminación (103).

La irrupción de la COVID-19 provocó un espectro de medidas de respuesta; la más destacada en la vida de las personas trans fue la cuarentena obligatoria, con la imposición de fuertes restricciones a la movilidad. Esta medida tuvo lugar en múltiples países, y en algunos de ellos provocó una situación muy compleja en términos de vulneraciones de derechos, con posibles multas o trabajo comunitario por circular en días no permitidos a juzgar por la falta de concordancia entre la apariencia y el carné de identificación de algunas personas. Esta situación derivó en actos de discriminación, maltrato y violencia por parte del personal policial, entre otros.

Si bien la población LGBTQ+ no tiene mayor riesgo de contraer el virus de la COVID-19, sufre restricciones en el acceso a servicios y a programas de asistencia como la ayuda alimentaria. A la situación antes planteada se le suma el papel del estigma social como barrera al acceso, que se acentúa aún más por

la pandemia y la falta de insumos médicos en servicios de salud empobrecidos y con redistribución de recursos escasos a otras áreas, en el marco de un empobrecimiento general de toda la Región (104).

ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las dificultades de acceso a servicios esenciales afectan notablemente a las personas con discapacidad. En un estudio reciente sobre la disrupción en el acceso a servicios para personas con discapacidad en las diferentes regiones del mundo, se muestra que para América Latina y el Caribe la disrupción en el acceso a servicios de salud llega a 31% (105).

En el análisis de la situación de discapacidad durante la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas, se observa que la población con discapacidad tiene características diversas y las discriminaciones que experimentan son múltiples y se potencian según género, edad, lugar de residencia, condición socioeconómica, pertenencia étnico-racial y estatus migratorio. En la recopilación de información relativa a las personas con discapacidad, las cuestiones de género se centraron en la respuesta a situaciones de violencia intrafamiliar (106, 107).

Como se ha detallado en el apartado sobre determinantes socioeconómicos, debido a la situación económica derivada de la pandemia muchas familias que tienen integrantes con discapacidad comenzaron a disminuir los gastos asociados a servicios terapéuticos y apoyo pedagógico a los que habían accedido con anterioridad. Estas labores de colaboración, antes realizadas por otras personas, recaen ahora en los integrantes del grupo familiar y, muy particularmente, en las mujeres, lo cual aumenta las brechas de género relacionadas con el trabajo doméstico y de cuidados no remunerados.

4.1 RESPUESTAS DESDE EL SECTOR SALUD Y OTROS SECTORES

CARACTERIZACIÓN DE LAS RESPUESTAS

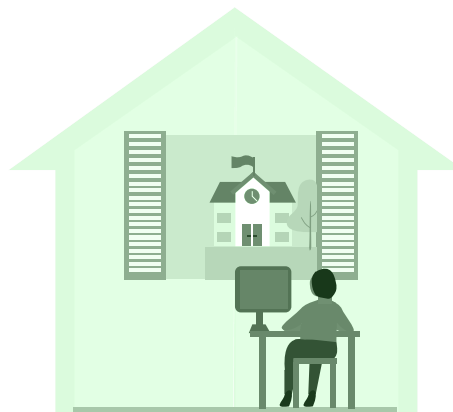
Las respuestas de los sistemas de salud durante la pandemia han dependido y dependen de diferentes determinantes, como los siguientes: la situación socioeconómica (véase el capítulo sobre determinantes socioeconómicos); la capacidad de respuesta del sistema de salud (inversión, infraestructura, recursos humanos, red de atención primaria, medidas de salud pública como la vacunación contra la COVID-19); el involucramiento de la comunidad a través de diferentes mecanismos (comunicacionales,

educativos, de participación), y medidas intersectoriales (respuestas del sistema educativo, seguridad, transporte, saneamiento, entre otros).

La dimensión de género no emerge como un eje significativo sobre el cual se hayan vertebrado las diferentes respuestas de los Estados en contextos cuyos desafíos más notorios se encuentran en las consecuencias de salud (morbilidad-mortalidad) y la prevención del colapso del sistema de salud.

Debido a la complejidad de la situación (todavía en curso), y a la multiplicidad y diversidad de respuestas de los países, resulta muy difícil sistematizar las modalidades de respuesta; más aún si se toma en cuenta la perspectiva de género como un eje director. Algunas de estas respuestas se centran en los sistemas de salud (108) sin considerar otras dimensiones que trascienden al sector. En cuanto al sistema de salud, la evidencia disponible muestra que la dimensión de género no ha resultado relevante al momento de planificar las diferentes respuestas.

Un análisis de las más de 879 medidas adoptadas por los países (109) permite resumir algunos aspectos destacados y organizar las medidas en cuatro categorías: 1) medidas de salud pública (campañas de concientización, testeos, monitoreo, uso de elementos de protección, etc.); 2) medidas de distanciamiento social (cierre de escuelas y comercios, etc.); 3) medidas de restricción de la movilidad (limitaciones de viajes, cuarentena forzada, cierre de fronteras, restricción de visas, etc.), y 4) medidas sociales y económicas (disposiciones de protección, apoyo económico, seguro de desempleo, control de precios, ayuda alimentaria, etcétera).



ACCESO A LOS SERVICIOS ESENCIALES

Entre mayo y septiembre del 2020, la OMS realizó una evaluación rápida de la continuidad de los servicios de salud esenciales durante la pandemia de COVID-19. El propósito de la encuesta era obtener información inicial sobre el impacto de la pandemia en un conjunto de 25 servicios de salud trazadores a lo largo del curso de la vida. Los resultados se orientaron a mejorar la comprensión del alcance percibido de las interrupciones en todos los servicios, las razones de esas interrupciones, y la forma en que los gobiernos enfrentaron e implementaron estrategias de mitigación para mantener la prestación de servicios de salud esenciales. La encuesta se organizó en tres secciones: 1) políticas y planes, 2) mantenimiento de los servicios de salud esenciales, y 3) prioridades y necesidades de asistencia técnica.

Los 25 servicios de salud trazadores seleccionados a lo largo de la vida fueron los siguientes: 1) planificación familiar y anticoncepción; 2) atención prenatal; 3) parto institucionalizado; 4) inmunización de rutina (establecimientos de salud); 5) inmunización de rutina (divulgación); 6) servicios para atención pediátrica; 7) manejo de la desnutrición moderada y severa; 8) detección y control de brotes (no de COVID-19); 9) continuación de tratamientos establecidos con antirretrovirales; 10) detección y tratamiento de casos de tuberculosis; 11) diagnóstico y tratamiento del paludismo; 12) implementación de campañas planificadas de redes tratadas con insecticida; 13) implementación de campañas planificadas de fumigación de interiores con efecto residual; 14) aplicación de la quimioprofilaxis del paludismo estacional; 15) diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles; 16) tratamiento de los trastornos de salud mental; 17) diagnóstico y tratamiento del cáncer; 18) servicios dentales; 19) servicios de rehabilitación; 20) cuidados paliativos; 21) servicios de la unidad o sala de emergencias las 24 horas; 22) servicios de urgencia en hemoterapia; 23) servicios de cuidados intensivos para pacientes hospitalizados; 24) cirugía de emergencia; 25) Otros. En total, se recibieron 129 respuestas de informantes clave de los ministerios de salud de los países o territorios de todas las regiones de la OMS. Las tasas de respuesta fueron: mundo (61%), Asia Sudoriental (91%), Pacífico Occidental (69%); África (64%); Europa (64%); Mediterráneo Oriental (59%); Américas (47%).

La situación crítica en las Américas podría explicar la menor tasa de respuesta de la Región. Sin embargo, 24 países contestaron la encuesta en línea con datos recopilados entre el 12 de agosto y el 29 de septiembre del 2020.

De los 24 países de América Latina y el Caribe que respondieron, 20 (83%) tenían un paquete nacional de servicios de salud esenciales definido antes de la pandemia de COVID-19; 20 (83%) identificaron un conjunto básico de servicios de salud esenciales que se mantendrán durante la pandemia de COVID-19, y 16 (67%) han asignado fondos gubernamentales adicionales para garantizar servicios de salud esenciales (110).

En la mayoría de los países encuestados, el impacto en la prestación de servicios de salud se calificó como interrupción parcial. Entre los 25 servicios de salud trazadores a lo largo del curso de vida, los que se notificaron con mayor frecuencia como parcial o gravemente interrumpidos fueron los servicios dentales (78%) y los servicios de rehabilitación (63%). De manera similar, el porcentaje de países que notificaron interrupciones parciales o graves en la inmunización de rutina, la planificación familiar y la anticoncepción, los servicios de pediatría, la atención prenatal y la desnutrición osciló entre 40% y 50%, con efectos análogos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles y el cáncer, e incluso mayor impacto en algunos servicios de enfermedades transmisibles. En los servicios de emergencia y cuidados intensivos, la incidencia notificada fue de alrededor de 10%.

Las principales causas de interrupción del servicio fueron la disminución del volumen de pacientes ambulatorios y hospitalizados; el bloqueo, que dificultó el acceso a las instalaciones de salud, y el despliegue de personal para brindar servicios relacionados con la COVID-19 (111).

La dimensión de género no fue objeto de análisis en la caracterización de las barreras de acceso y las causas de disrupción de los servicios de salud. Indirectamente se podrían asumir supuestos de acuerdo con el tipo de servicios afectados (salud reproductiva, salud perinatal, entre otros), pero ello no excluye la necesidad de indagar la dimensión de género asociada al objeto de estudio.

En materia de violencia contra las mujeres, durante la pandemia los distintos gobiernos hicieron campañas y diseñaron estrategias innovadoras para facilitar la búsqueda de ayuda por parte de las mujeres, referenciando a las farmacias y supermercados como espacios seguros en los cuales solicitar ayuda, ya que permanecieron abiertos durante las medidas de aislamiento por ser servicios esenciales. Pedir una “mascarilla-19” o “barbijo rojo” era el código para activar el protocolo de atención. Además de la atención telefónica o mediante WhatsApp, algunos países recurrieron al uso de plataformas como Skype o Zoom para brindar asesoramiento y contención. Estas estrategias de adecuación de los servicios de atención, ayuda y contención también encontraron limitaciones debido a que en muchos casos los teléfonos celulares son controlados por la pareja de las mujeres víctimas de violencia y a los bajos niveles de alfabetización digital de las mujeres en situación de pobreza de la Región.

VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

La aparición de las vacunas contra la COVID-19 constituye un emergente más que acompaña a la actual pandemia. También son materia de análisis la disponibilidad de información sobre la existencia de sesgos de género asociados al desarrollo de vacunas, las diferencias en las respuestas inmunológicas entre hombres y mujeres, y las posibles disparidades en los mecanismos de distribución y acceso. La velocidad de la elaboración y distribución de vacunas contra la COVID-19 debe contemplar la dinámica social y política en la que se administra la vacuna, en cuyo centro se encuentra el trabajo de las mujeres y su seguridad.

La entrega y facilitación de vacunas está sujeta de manera desproporcionada al trabajo no remunerado de las mujeres. La adopción de vacunas depende en parte de las tareas esenciales de cuidado, que incluyen el trabajo gratuito de las mujeres dentro del hogar, lo que afecta la seguridad económica y personal de las mismas, pero también las expone al riesgo. Este esfuerzo por acceder de forma práctica a las vacunas se sumará a la ya abusiva carga impuesta a las mujeres durante la pandemia. Las mujeres en roles de cuidado pueden tener que renunciar al tiempo que de otra manera dedican al trabajo remunerado o la educación, e incurrir en gastos de bolsillo relacionados con viajes y otros costos de acceso a las vacunas para aquellos a quienes deben cuidar, lo que podría requerir múltiples traslados en función de las estrategias de vacunación de cada país. Es probable que esto sea particularmente cierto para las mujeres con empleos precarios y las que viven en la pobreza o en zonas rurales (112).

La respuesta en el campo de las inmunizaciones muestra un despliegue estratégico complejo, que contempla el acceso y la disponibilidad de vacunas de acuerdo con los requerimientos poblacionales, la relación de los Estados con el sector de la industria farmacéutica y la distribución asimétrica de recursos en función de la capacidad financiera de los países. Se trata de un verdadero escenario de inequidad inmunológica, la cual se suma a las inequidades existentes ya descritas en este informe. La información sobre vacunación es provista de manera actualizada por la OPS para todos los países de la Región (113).

RESPUESTAS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Las respuestas de política pública abarcaron las siguientes iniciativas: 1) el refuerzo de programas de protección social dirigidos a la población en situación de pobreza preexistente (por lo general, programas de transferencias condicionadas de ingresos o de

subsidios económicos), ya sea mediante la ampliación de la cobertura (más beneficiarios o beneficiarias) o a través del incremento de los montos de subsidios económicos entregados; 2) la creación de nuevos programas sociales; 3) programas de refuerzo alimentario, mediante subsidios económicos de aplicación exclusiva a la compra de alimentos; 4) programas de apoyo al pago de los salarios de las personas en relación de dependencia en las actividades económicas o productivas inhabilitadas en la pandemia, y subsidios para personas que trabajan por cuenta propia; 5) exención del pago de tarifas o de moras por falta de pago de servicios básicos (agua, electricidad, gas e incluso telefonía celular, entre otros); 6) provisión de elementos necesarios para la prevención de contagios (mascarillas, agua, alcohol en gel, etc.); 7) suspensión del pago de impuestos o reducción de alícuotas; 8) control de precios o establecimiento de precios máximos para los productos de consumo masivo de primera necesidad (alimentos, higiene).

Todas estas y otras respuestas generadas desde los gobiernos tuvieron como propósito morigerar los efectos sociales y económicos de la pandemia. Cada una tuvo características diferentes según las particularidades de las poblaciones de cada país, y del grado de desarrollo y consolidación de las bases de datos e información disponibles, para poder desplegar mecanismos de ayuda y contención en un tiempo muy corto.

En relación con las políticas de género, como ya se señaló, durante la pandemia, los recursos y acciones de política pública se concentraron en la problemática de la violencia contra las mujeres, fundamentalmente en el ámbito doméstico (114).

Las estrategias de protección social fueron y siguen siendo imprescindibles como parte de las respuestas de los gobiernos ante los efectos socioeconómicos de la COVID-19, pero es crucial que se rediseñen a partir del enfoque de género, diversidad e interseccionalidad, con un reconocimiento de las afectaciones diferenciales y el aporte de soluciones más efectivas y pertinentes a las diversas situaciones.



LA PERSPECTIVA SOBRE TEMAS RELEVANTES DURANTE LA PANDEMIA

RESULTADO DE ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE

LA TRANSVERSALIZACIÓN DE GÉNERO EN LAS RESPUESTAS A LA COVID-19

Sobre las experiencias y desafíos de los procesos de transversalización de género en el contexto de la pandemia, las personas entrevistadas como informantes clave para este trabajo coinciden en que la capacidad de los Estados para incorporar el enfoque de género en las respuestas a la COVID-19 se inscriben en el nivel de institucionalización de la transversalización de género en las políticas públicas, que tienen diferentes grados de implementación. Entre los principales condicionantes y limitaciones para incorporar el enfoque de género a las respuestas de los gobiernos a la COVID-19 se mencionaron: la característica multidimensional de la pandemia; la insuficiencia de recursos humanos y financieros; la carencia de información adecuada para la toma de decisiones y en algunos contextos locales; la fragilización de la laicidad de los Estados en un contexto de avance de sectores fundamentalistas opuestos a la implementación de políticas inclusivas de ampliación de derechos. Estas limitaciones coinciden con los hallazgos de estudios realizados por la OPS sobre transversalización de género (115) y concuerdan en muchos aspectos con el informe sobre los avances en la implementación de las políticas de igualdad de género presentado en la sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas en septiembre del 2020 (116). Las personas entrevistadas identificaron distintos procesos de continuidad y ruptura en los esfuerzos de los Estados para la transversalización del enfoque de género en las políticas públicas. Los países con gobiernos con una fuerte institucionalidad de las políticas de género incorporaron rápidamente y dieron continuidad a políticas orientadas hacia la igualdad y la equidad de género, mientras que aquellos con gobiernos más conservadores tendieron a focalizar la respuesta según criterios epidemiológicos y acotados a la urgencia. En varias entrevistas se resaltó el papel fundamental de los organismos regionales e internacionales desde el inicio de la pandemia para asegurar la continuidad de los procesos de transversalización de género y alertar a los gobiernos sobre la importancia de su incorporación a las respuestas elaboradas para enfrentar la pandemia (117).¹⁰

También se mencionan los feminismos organizados como actores importantes que contribuyeron a sostener la agenda de género e integrarla a la respuesta a la emergencia, y que en muchos casos lograron imponer la perspectiva de género en las medidas tomadas. En palabras de Nadine Gasman, una de las informantes clave: “Los temas que están en la agenda y que han sido tratados en términos de políticas y programas de la agenda feminista estaban en la calle”.

Estos colectivos trabajaron en colaboración desde el inicio de la pandemia junto con los ministerios y organismos nacionales de la mujer, analizando las políticas de aislamiento social y confinamiento y la forma en que esto afecta particularmente a las mujeres y al colectivo LGBTQ+.

PAPEL DE LAS MUJERES EN LA RESPUESTA A LA PANDEMIA

La representación y participación de las mujeres en los espacios de decisión (gabinetes paritarios, ministerio de la Mujer en el Comité de Crisis, etc.) has sido señalados por los y las informantes clave como un factor central para la incorporación del enfoque de género en las respuestas a la crisis. La combinación de medidas de protección social con políticas de cuidado ha sido una característica de la respuesta en Estados con una mayor inclusión de las mujeres en los espacios de decisión, en oposición a respuestas centradas en la economía desde una perspectiva neoliberal.

Las mujeres han desempeñado también un papel importante en el liderazgo de las respuestas comunitarias a la pandemia en los territorios. Como señala la asesora regional en Paz y Seguridad de ONU-Mujeres, Alma Pérez, el tejido social construido por las mujeres se vio afectado durante la pandemia por el exceso en las tareas de cuidado y la responsabilidad que estas debieron asumir para garantizar medicinas, comida o agua en sus hogares, lo que hizo que muchas tuvieran que relegar las acciones comunitarias que tradicionalmente lideraban. Pérez sostuvo: “Tendríamos que haber hecho mucho más esfuerzo para darles voz a las mujeres en espacios de respuesta, porque demostraron ser mucho más eficientes”. Asimismo, señaló que en la mayoría de los países de la Región las respuestas priorizaron la dimensión de salud o económica, pero que si también se hubiese priorizado la cuestión social y la prevención de la conflictividad derivada del aumento de

¹⁰ Varias y varios informantes clave tenían conocimiento del documento *Consideraciones clave para integrar la igualdad de género en la respuesta a los desastres y las emergencias de salud: COVID-19*, publicado por la OPS, que ofrece recomendaciones a los Estados para que las medidas que implementen tengan en cuenta las cuestiones de género en su dimensión interseccional. El Observatorio de Igualdad de Género de la CEPAL fue otra herramienta desarrollada para apoyar a los países en el seguimiento y monitoreo de las afectaciones de la crisis generada por el coronavirus a mediano y largo plazo.

inequidades, el papel de las mujeres en el liderazgo de esas respuestas hubiese sido esencial para favorecer la adopción y sostenibilidad tanto de las medidas de salud como de las políticas de seguridad social, a través de mecanismos comunitarios de confianza.

En contextos de aislamiento social, la organización de los grupos de mujeres y el sostén de redes comunitarias generadas por ellas han sido fundamentales a la hora de garantizar la seguridad alimentaria de las personas más expuestas a condiciones de vulnerabilidad, como es el caso de las ollas populares, que Bertha Pineda Restrepo, del Organismo Andino de la Salud de Perú, describe como “experiencias significativas creativas de las mujeres”, y que además de garantizar alimentos en un contexto de crisis humanitaria, constituyen experiencias que promueven “la solidaridad, el trabajo en equipo, el articular esfuerzos y construir relaciones de reciprocidad, solidaridad y apoyo”.

Las mujeres han sido centrales en la gestión de estrategias locales de autoatención y cuidado, como así también en la transmisión y preservación de saberes populares sobre la salud, que fueron un aspecto clave de los cuidados esenciales al interior de las comunidades rurales, indígenas y en barrios populares y que, según Andrés Cuyul, de la Universidad de la Frontera (Chile), se trata de un aspecto que debió ser más reconocido y fortalecido, en lugar de primar “un despliegue a nivel nacional y local de estrategias basadas en un enfoque de riesgo, sin poner atención a las autogénesis, a los procesos protectores de la salud” de cada comunidad.

En el ámbito específico de la salud, han sido también las mujeres quienes estuvieron en la primera línea, ya que representan cerca de 70% del sector. En este punto, algunos informantes destacaron que la pandemia ayudó a la visibilización de las y los trabajadores de salud y demás cuidadores y ayudó a su reconocimiento por parte de los Estados, aunque remarcaron también la limitación para abordar las necesidades específicas de las mujeres del sector salud, a causa de las brechas de género preexistentes tanto en el sector como en el ámbito doméstico. En reconocimiento del papel de las mujeres en la primera línea de lucha contra la pandemia el Task Force Interamericano Sobre Liderazgo de las Mujeres realizó un llamado a los Estados y encargados de la toma de decisiones para que consideren la incorporación igualitaria de mujeres a todos los niveles de toma de decisiones para la respuesta frente a esta crisis. El Task Force ha señalado que son miles las mujeres al frente de organizaciones sociales y feministas, así como lideresas barriales que están dirigiendo y movilizando la respuesta territorial a lo largo de la Región, con escasos recursos y en cumplimiento del papel del Estado allí donde este no se encuentra presente.

MEDIDAS SENSIBLES AL GÉNERO

Las y los entrevistados coincidieron en advertir que una de las primeras medidas tomadas por la mayoría de los Estados de la Región que incorporaron la perspectiva de género fue el reconocimiento, al inicio de la pandemia, del riesgo que el distanciamiento y la restricción de movilidad representaban para las mujeres en situación de violencia. Según el Observatorio COVID-19 en América Latina y el Caribe, de las 266 medidas sensibles al género tomadas por los Estados de la Región durante el 2020, 177 corresponden a violencia por razones de género. En este punto, la mayoría de los países de la Región reconoció como esenciales los servicios de atención a víctimas de violencia y preparó políticas para aumentar y fortalecer los refugios y generar estrategias para vehicular las denuncias de las víctimas de violencia doméstica o intrafamiliar que estaban confinadas con su agresor. Más allá de estas medidas, la Directora de Género del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay, Claudia Sanabria, señaló la incapacidad de los Estados y organismos internacionales para realizar un abordaje integral ante un aumento previsible de la violencia en contexto de aislamiento social, y remarcó “un gran vacío en cómo damos respuesta a la prevención de la violencia no solo en contextos de encierro, sino en la nueva forma de vivir que se dio a partir del encierro”.

En el área de salud las y los entrevistados destacan como medida sensible al género el hecho de que los Estados hayan reconocido tempranamente a los servicios de salud sexual y reproductiva como servicios esenciales, y que hayan dirigido sus esfuerzos a asegurar la accesibilidad a los servicios y la continuidad de las prestaciones en contexto de pandemia. Sin embargo, “aunque se han mantenido como servicios prioritarios los de salud sexual y reproductiva, eso no quiere decir que la gente vaya o que los use, porque todo mundo tiene miedo de acercarse a los servicios de salud”, advirtió Nadine Gasman, de ONU-Mujeres. A esto, Sandra Castañeda, de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, agregó que “el sistema hospitalario no tiene la capacidad para atender otros temas que no sean pandemia”. A ambas entrevistadas también les preocupa la interrupción en la cadena de suministro de anticonceptivos, por lo que vaticinan un aumento de los embarazos no intencionales.



La mayoría remarcó, además, que la salud mental de las mujeres fue clave en las respuestas de salud a la pandemia, en la medida en que los Estados pudieron reconocer tanto el impacto específico de las restricciones a la movilidad y del incremento exponencial de las tareas de cuidado durante el confinamiento sobre la salud mental de las mujeres, como la forma en que esas afectaciones se manifestaban en las demandas de atención en el sistema de salud. Como describe Sandra Castañeda: “Una segunda primera línea es en el hogar, porque se supone que para que no tengas que llegar al sistema de salud se debe hacer contención y prevención en casa; entonces, todo el mundo se fue para la casa, todo el sistema educativo quedó paralizado y todos los niños y adolescentes que estaban en el sistema educativo van a la casa y ahora son carga casi exclusiva de las mujeres”. Y agrega que, aunque no haya cifras, “es como de lógica un incremento de los problemas de salud mental de las mujeres, el aumento del estrés”.

En cuanto a las medidas de seguridad social, varias personas entrevistadas coincidieron en destacar que, si bien algunos países dieron respuesta temprana a la retraction económica que produjo la pandemia, dicha respuesta tiene que ver con la lógica del mercado laboral y ha dejado de lado la brecha preexistente entre hombres y mujeres, sin considerar que la mayoría de las mujeres se desempeña en el sector laboral informal, y sin problematizar el incremento de las tareas de cuidado y trabajo no remunerado que sufrió la mayor parte de las mujeres en confinamiento.

Al respecto, Alma Pérez asegura que, de los países de la Región, “42 adoptaron medidas de protección social y mercado laboral, pero de estas medidas, que de acuerdo con nuestro observatorio han sido 339, solo 22% eran sensibles al género, o sea, solo 22% fortaleció la seguridad económica de las mujeres y abordó el tema del trabajo doméstico”.

Finalmente, en lo que respecta a las políticas de cuidado específicamente, la mayoría de las personas entrevistadas observó que allí se trata uno de los principales vacíos en términos de estrategias para enfrentar la COVID-19, puesto que, más allá de algunas medidas aisladas, los Estados dejaron entrever muchas limitaciones para abordar este tema de manera integral. En algunas entrevistas se remarcó esta situación como una oportunidad para visibilizar y reflexionar acerca de la corresponsabilidad en las tareas de cuidado y para problematizar los papeles tradicionales de hombres y mujeres en las tareas reproductivas. Al respecto, Gary Barker, de MenEngage, PROMUNDO, Brasil, sostuvo: “La mayoría de los hombres están haciendo más de lo

que hacían antes, sigue la desigualdad, pero los hombres cambiaron algo, algo empezaron a hacer”. Barker insiste en comprometer a los hombres desde el diseño de las políticas de protección social, para que participen más en las tareas de cuidado, porque si la medida va dirigida a la madre, “también sigue reproduciendo una idea de que los hombres somos irresponsables”.

INTERSECCIONALIDAD

Como afirmó Alma Pérez en la entrevista, “el impacto de la COVID-19 ha sido levantar las cortinas y dejarnos ver las brechas”. El análisis interseccional permite estudiar la forma compleja y simultánea en la que el género y diversos determinantes se interrelacionan y conocer los esfuerzos de los Estados para responder. Barker habló de “la ignorancia del privilegio” para indicar que las estrategias para enfrentar la pandemia, las medidas priorizadas para mitigar la propagación del virus, así como las formas y los canales de comunicación elegidos para difundirlas, no responden al contexto ni reconocen las necesidades desiguales por género, clase ni raza.

Según algunas personas entrevistadas, consignas como “quédate en casa”, “lávate las manos”, suponen destinatarios adultos, blancos, urbanos, de clase media; que tienen empleo y además la posibilidad de sostenerlo de manera remota, que tienen acceso a agua potable y pueden abastecerse de alimentos y otros servicios esenciales sin salir de sus casas, y que además tienen la capacidad de entender los mensajes. Al subestimar las desigualdades materiales y simbólicas preexistentes, estas estrategias pueden contribuir a profundizar las brechas y, además, condicionar el acceso de la población a las medidas protectoras frente a la pandemia.

La mayoría de las medidas adoptadas no tuvieron en cuenta las actividades económicas propias de las comunidades rurales y los pueblos originarios, que dependen de la producción de la tierra y de los intercambios comunitarios y que difícilmente puedan sostenerse en aislamiento. El riesgo de no tener una visión de etnicidad y salud y la incorporación etnofágica de los pueblos originarios limita el reconocimiento y la valoración de la lógica relacional comunitaria, que podría funcionar como proceso protector de la salud, no solo gracias al fortalecimiento de las redes de apoyo comunitario, sino también a saberes y prácticas de autocuidado y autoatención. Una vez más, cabe destacar el rol de las mujeres como artífices protagonistas en la promoción y el sostén de las redes comunitarias, y en el proceso de cuidado y mantenimiento de las tareas en el ámbito de los hogares.

Otra intersección de desigualdad es la brecha digital, que se debe tanto a las limitaciones de acceso al servicio de Internet y a dispositivos tecnológicos, como a la falta de habilidades necesarias para adaptarse al teletrabajo, la teleeducación y otras prácticas promovidas por la virtualidad. En contexto de aislamiento, estas desigualdades se profundizaron y excluyeron a muchas familias de comunidades rurales, pueblos originarios o sectores populares que no pudieron adaptarse a la modalidad virtual. “Nosotros estábamos siendo parte del problema”, reflexiona Andrés Cuyul, de la Universidad de la Frontera de Chile, al pensar en la “nueva normalidad” que se proponía desde el área educativa a niñas y niños, mientras se agudizaba el estrés que significaba para ellos y sus familias cumplir con las expectativas en situación de profunda inequidad.

Claro que esta brecha digital no es igual en mujeres y en hombres. En el caso de las primeras, las limitaciones de acceso han sido aún mayores, ya que su autonomía económica se vio fuertemente perjudicada por los efectos de la crisis. Además, tal como remarca Bertha Pineda en su entrevista, en el contexto de la pandemia, a la hora de redistribuir la sobrecarga de tareas domésticas que derivó de la restricción de la movilidad y la ausencia de clases, “los hombres se han responsabilizado un poco (...) porque este tema de la educación, la teleeducación, y ahí viene otra cosa del género, ha implicado mayores competencias, porque no solamente tú tenías que ver la clase sino que tenías que imprimir (...) y seamos sinceras, está demostrado que los hombres han adquirido más habilidades tecnológicas que las mujeres en muchos sitios”.

La situación de los y las migrantes, principalmente mujeres y niñas, representa un factor de intersección de riesgos y vulnerabilidades para las personas confinadas

fuera de sus países y para quienes no pueden salir de sus países a buscar ayuda o refugio tras las fronteras como lo hacían habitualmente.

Las personas entrevistadas coinciden en que, a la hora de incorporar la dimensión de género a sus estrategias, los Estados lo hacen principalmente desde una lógica binaria (hombre-mujer), pero pocas veces logran considerar la diversidad sexual en sus análisis. Esto se mencionó anteriormente y se resalta el tema de la doble discriminación: porque el sistema de salud, al no reconocer las disidencias de género en cuanto al sexo y sus necesidades particulares, no puede garantizar el acceso efectivo y oportuno a su salud integral en el contexto de una pandemia. Por ejemplo, las medidas de aislamiento social afectaron directamente a la comunidad trans cuya supervivencia depende mayormente de la prostitución. En contraste, se destacan algunas experiencias de organización colectiva, principalmente en Uruguay, donde las personas trans organizaron ollas populares y colecta de alimentos para abastecer a la comunidad en general y al colectivo en particular.

En relación con los niños, niñas y adolescentes, las personas entrevistadas reconocieron el efecto diferencial del aislamiento en este momento del curso de la vida, que afecta al proceso de socialización especialmente en los niños y niñas de menor edad. Finalmente, una preocupación advertida por las personas consultadas tiene que ver con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, ya que los servicios relacionados con la misma estuvieron restringidos durante la pandemia, y además en muchos países no hubo campañas dirigidas a los adolescentes que permitieran asegurar la continuidad de las prestaciones consideradas esenciales.





5 CONCLUSIONES

41

Este informe revela varias situaciones de desigualdad de género producidas y originadas por la pandemia de COVID-19, y otras anteriores a la pandemia, que se han visto exacerbadas. La metodología del análisis permitió conjugar múltiples fuentes de información cuantitativa y cualitativa para llegar a una conclusión firme: la pandemia afecta de manera diferente a los diversos hombres y mujeres. Además, se concluye que la pandemia incide de manera desproporcionada en las mujeres, con lo cual contribuye a una mayor desigualdad de género en salud, que amenaza su desarrollo y bienestar.

El estudio en su conjunto permitió una manipulación nutrida de datos e información disponibles, pero que antes no habían sido analizados. A partir de allí, se puede afirmar la necesidad crítica de profundizar para entender las desigualdades de género, sus determinantes e impactos. Se trata de una oportunidad real para incidir con urgencia en las actuales respuestas nacionales y regionales a la pandemia, con elementos más expresos de igualdad de género.

A continuación, se detallan las conclusiones específicas del informe en cuanto a datos y evidencia, y respuestas de planes y políticas.

DATOS Y EVIDENCIA

Durante una pandemia, más que en ninguna otra situación de salud pública, los sistemas de información desempeñan un papel crítico para gestionar los datos y la información necesaria a la velocidad que la situación lo requiere. La pandemia de COVID-19 ha llamado la atención sobre la producción de información y su empleo en la toma de decisiones (118).

Desde la OPS, la implementación del *line listing* ha puesto en evidencia limitaciones o deficiencias relacionadas con la dimensión de género en la información proveniente de los países, ya que no todos

procesan y remiten la misma información. Esto deriva en una gran heterogeneidad dentro de la base de datos general si la dimensión de género no ha sido considerada como un atributo o una dimensión para caracterizar y dar seguimiento a la pandemia a nivel territorial. Finalmente, el presente estudio da cuenta de la existencia de vacíos de información, resultado del modo en que los países deciden elaborar sus propios sistemas de información.

Se reconoce la importancia de incorporar la perspectiva de género en la respuesta a emergencias y desastres de salud, pero son frecuentes las fallas en la activación de un enfoque de género oportuno para las emergencias y respuestas a desastres. La perspectiva de género debe ubicarse dentro de un marco de interseccionalidad en la respuesta a la COVID-19, a lo cual contribuye una mayor presencia de la investigaciones y análisis. Por ejemplo, en el caso de México, se identifica a las mujeres indígenas jóvenes como grupo en situación de vulnerabilidad, debido a la alta incidencia de casos confirmados de COVID-19 y a un mayor número de muertes, en magnitud superior a la del resto de las franjas etarias.

Los asesores científicos y los órganos consultivos han ganado una visibilidad sin precedentes. La ciencia rápidamente logró calmar la infodemia (119). Sin embargo, cuando se enfoca el tema género, la COVID-19 y las investigaciones en América Latina y el Caribe, aún aparecen brechas que requieren más investigación. Se observa que las desigualdades que existían antes de la pandemia se exacerbaban durante la misma y todavía continúan (120).

La frecuencia de casos de COVID-19 es más habitual en hombres. En los países cuyos datos aportan información sobre el nivel de gravedad, se registran cifras similares de COVID-19 leve a moderado en ambos sexos, pero es más usual la COVID-19 grave en hombres que en mujeres.



De acuerdo con la literatura científica, las muertes por COVID-19 son más frecuentes en hombres que en mujeres, en todos sus niveles de gravedad. No obstante, se debe prestar atención a las distintas etapas vitales, pues en algunos países mueren más mujeres que hombres por COVID-19 en grupos de mayor edad.

La presentación clínica de la COVID-19 en las mujeres suele mostrar signos y síntomas de leves a moderados, mientras que la magnitud de la representación clínica grave es más usual en los hombres. En concreto, los problemas respiratorios son frecuentes en ambos sexos, pero más en hombres, al igual que los ingresos hospitalarios y a las UCI. Más allá de las manifestaciones respiratorias, conocer las otras formas de presentación clínica de la COVID-19 puede contribuir a detectar de manera precoz una evolución grave y evitable.

Esta situación se corrobora con la revisión sistemática, de la que se deduce que, pese a existir amplia heterogeneidad en los resultados de los estudios, el sexo masculino constituye de manera congruente un factor de pronóstico negativo en todos los desenlaces evaluados. Sin embargo, debe analizarse la asociación de las particularidades socioculturales de América Latina y el Caribe en materia de género para adquirir mayor claridad sobre los riesgos y vulnerabilidades. La escasa cantidad de estudios disponibles en cada categoría no permite evaluar si este mayor riesgo varía en función de la calidad de los estudios, el tipo de población analizada (pacientes contagiados en general frente a hospitalizados), u otras variables de interés. Lamentablemente, los registros en que se basan los estudios están orientados primariamente a evaluar el pronóstico de los pacientes con COVID-19 y no abordan los posibles factores condicionantes del contagio. El mayor riesgo en hombres ha sido atribuido principalmente a factores socioculturales, laborales, papeles desempeñados

y estilos de vida, aunque también se han invocado posibles explicaciones biológicas relacionadas con una menor susceptibilidad en las mujeres por razones inmunológicas (53).

Las mujeres han estado en el centro de la respuesta (el cuidado, la participación y el liderazgo). La pandemia ha puesto en evidencia que las mujeres realizan más tareas de cuidado (remuneradas y no remuneradas) que los hombres, y representan la mayor parte de las trabajadoras del sector salud. Ambas situaciones ubican a las mujeres en los espacios de mayor riesgo de contagio del SARS-CoV-2. También son más las mujeres que por su mayor esperanza de vida residen en centros o hogares para personas mayores, donde la frecuencia de casos de COVID-19 y muertes ha sido más elevada. Mientras tanto, se carece de información sobre personas trans y personas con identidad de género no binaria.

Al 31 de enero del 2021, los informes de los ministerios de Salud incluían más de 1,3 millones de casos entre las y los trabajadores de salud de las Américas. Más de 6.000 trabajadores de salud murieron debido a la COVID-19. Las mujeres representan 72% de los casos entre el personal de salud.

Sesgos de género en la pandemia: La frecuencia de contactos de riesgo con pacientes con SARS-CoV-2 es mayor en mujeres que en hombres, lo que se mantiene en todas las franjas etarias, probablemente de acuerdo con el papel clásico de cuidadoras.

En las personas que murieron, existen diferencias significativas por sexo en cuanto al requerimiento de intubación y el ingreso en UCI, que es mayor en hombres que en mujeres. Esto puede deberse en parte a los casos de COVID-19 con neumonía, que registran una frecuencia de intubación e ingresos en UCI significativamente superior para los hombres que para las



43

mujeres. Este hecho puede estar indicando un sesgo de género en el esfuerzo terapéutico.

En la población indígena, los casos de COVID-19 se quedan en el criterio de “sospechosa” con mayor frecuencia que en la población restante de México, y más en las mujeres que en los hombres, lo que puede ser un indicador de doble sesgo de género, por ser mujer y por ser mujer indígena.

Personal de salud: Los retos de la ciencia y la práctica profesional en salud han sido muchos y múltiples en la pandemia de la COVID-19.

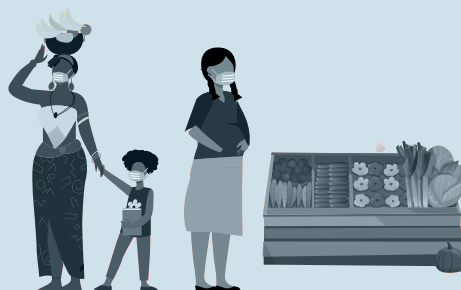
A través de la revisión sistemática no fue posible demostrar si el sexo o género es un moderador de efecto de las intervenciones para la COVID-19, debido a la falta de estudios experimentales. Una explicación plausible podría ser que en la mayor plataforma global de registros de estudios experimentales (ClinicalTrials.gov), a junio del 2020 solo 416 (16,7%) de los 2.484 ensayos registrados de SARS-CoV-2 o COVID-19 mencionaban sexo o género como criterio de reclutamiento y solo 103 (4,1%) aluden al sexo o género en la descripción del plan de análisis. Ninguno de los 11 ensayos clínicos publicados en revistas científicas en junio del 2020 informó resultados desglosados por sexo (119). No es de extrañar entonces que el fenómeno se reproduzca en los estudios originados en América Latina y Caribe, como quedó de manifiesto en los resultados.

RESPUESTAS DE PLANES Y POLÍTICAS

Los países cuyos gobiernos contaban con una fuerte institucionalidad de las políticas de género, incorporaron rápidamente políticas orientadas a la igualdad y la equidad en la materia, y les dieron continuidad, mientras que aquellos con gobiernos más conservadores tendieron a focalizar la respuesta según criterios epidemiológicos y acotados a la urgencia.

Las respuestas en materia de planes y políticas relativas a la COVID-19 en la Región ha variado según el país, el comportamiento de la pandemia y la existencia o la falta de mecanismos y recursos para orientar dichas respuestas. En este sentido, la temporalidad en los procesos de toma de decisiones estuvo íntimamente vinculada con las respuestas en materia de planes y políticas. La dimensión de género emergió sobre todo en situaciones extremadamente visibles (como el caso de las violencias), mientras que en otros casos se mantuvo invisible, porque no se le dio importancia o por falta de información.

Cabe destacar que los Estados han reconocido tempranamente que los servicios de salud sexual y reproductiva son servicios esenciales, y han dirigido sus esfuerzos a asegurar la accesibilidad y la continuidad de las prestaciones en el contexto de la pandemia, especialmente para los grupos identificados como expuestos a un mayor grado de vulnerabilidad. Del mismo modo, la salud mental de las mujeres ha sido clave en las respuestas de salud a la pandemia, en la medida en que los Estados tuvieron la capacidad de reconocer tanto el impacto específico sobre la salud mental de las mujeres que supusieron las restricciones de movilidad y el incremento exponencial de las tareas de cuidado durante el confinamiento, como la forma en que estas afectaciones se manifestaban en las demandas de atención en el sistema de salud.



6 RECOMENDACIONES

En este escenario es urgente incorporar de manera efectiva el enfoque de género a la producción de información para comprender y abordar las derivaciones de la COVID-19 en toda su complejidad.

El análisis exhaustivo del impacto diferenciado de la pandemia debe permitir transformar las desigualdades que alimentan los riesgos para la salud de hombres, mujeres y personas LGBTQ+ a lo largo del curso de la vida.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones para la Región, basadas en los datos que se exponen en este informe. Algunas son alcanzables sin mucho esfuerzo, pero otras requerirán ajustes importantes en los mecanismos nacionales de respuesta a emergencias en salud. Como es parcialmente sabido y como se ha reafirmado en estas páginas, los procesos de transversalización de género en las políticas de Estado, en salud y otros campos, son heterogéneos, y es ahí donde todos los países pueden acelerar el alcance de su meta de igualdad de género y desarrollo sostenible en el camino hacia un mundo sin pandemia.

PLANES Y POLÍTICAS

Ahora, son las instituciones políticas las que tienen retos que suponen abordajes de respuestas intersectoriales e interseccionales, desde una perspectiva de género, para los diferentes problemas, como el desarrollo del ámbito profesional de la salud pública, que posibiliten la prevención de epidemias mediante la detección precoz y el aislamiento de las personas infectadas, y también la atención primaria, con el fin de evitar la presión asistencial hospitalaria. Para ello, también se necesita que las instituciones políticas promuevan con eficacia respuestas democráticas y participativas con ciudadanos y ciudadanas que sean sujetos de derecho, pero también de deberes; que se

impliquen y responsabilicen, y que colaboren en el desarrollo de un sistema de salud más sólido y sostenible (16).

- En virtud de la complejidad que representa la pandemia, es imprescindible la transversalización de género en la respuesta a la misma y la rendición de cuentas para contribuir a la comprensión y al abordaje de las barreras para la implementación efectiva y de calidad de intervenciones de salud orientadas a prevenir y controlar la COVID-19¹¹ en los diversos grupos de hombres y mujeres.

- Se debe implementar un sistema de cuidado integral para dar respuesta a la sobrecarga de trabajo remunerado y no remunerado de las mujeres; también acompañar a las mujeres insertas en el sistema de salud y servicios de cuidado, que tienen una mayor exposición a la COVID-19.

- Es necesario incorporar los diversos grupos de mujeres y personas LGBTQ+ a los espacios de toma de decisiones, desarrollo e implementación de protocolos, y crear mecanismos para exigir que haya paridad de género en los equipos de trabajo creados para afrontar la crisis y para la recuperación pospandemia.

- Hay que incorporar la perspectiva de género e interpelar la construcción de nuevas masculinidades en el diseño de políticas de cuidado que apelen a la corresponsabilidad en las tareas domésticas, que se vieron acrecentadas durante la pandemia.

- La perspectiva mencionada también se debe introducir en las políticas de protección social que tradicionalmente tienen como destinatarias a las mujeres, y abrir ese espacio a los hombres en cuanto a la responsabilidad que les cabe sobre el cuidado y las educación de los niños y las niñas.

¹¹ De acuerdo con la información expuesta en este informe, entre los campos que requieren una mayor indagación se incluye el modo en que las medidas de salud y la crisis económica afectaron la vida de las mujeres y el colectivo LGBTQ+, el impacto del aislamiento social en el aumento de la violencia contra las niñas y las mujeres, los riesgos de infecciones de transmisión sexual, especialmente en trabajadoras sexuales, los criterios para la reasignación de recursos dedicados a la atención de la COVID-19, y el acceso a servicios de salud mental, salud sexual y reproductiva y cuidados prenatales.

- Se deben arbitrar medidas de protección de la salud mental, así como seguir profundizando las políticas de acceso a la salud sexual y reproductiva y a la prevención y atención de la violencia de género.
- Se requiere el fortalecimiento de las capacidades de los sistemas de salud (insumos, recursos) para mantener la continuidad de la prestación de los servicios de salud, tanto para casos de COVID-19 como ajenos a la COVID-19, y considerar el impacto diferencial de la prestación sobre los diversos grupos de mujeres, hombres, niños y niñas, y las identidades de género diversas.

DATOS Y EVIDENCIA

- Como premisa básica, los sistemas de información deberían desglosar y analizar los datos por sexo, edad, y, al menos, dos dimensiones adicionales de desigualdad (estrato socioeconómico, condición étnico-racial, territorialidad, y factores como la condición de discapacidad o el estatus migratorio, entre otros), a fin de comprender y explicar adecuadamente las dinámicas de género en torno a la COVID-19.
- Los sistemas de información deberían modificar sus categorías estadísticas de “género”, considerado siempre de manera binaria, y avanzar en su redefinición desde un enfoque inclusivo de la diversidad.
- Para el caso puntual de la pandemia de COVID-19, la vigilancia específica por sexo con análisis de género debería incluir tasas de transmisión, prácticas diagnósticas, evolución del proceso de salud y enfermedad, y esfuerzo terapéutico.

- Para alcanzar un estándar de alta calidad de información, es necesario integrar una perspectiva interseccional que permita realizar un análisis situado de los distintos grupos poblacionales, a fin de encarar acciones que los contengan y garanticen condiciones de equidad en las respuestas a la COVID-19 y la recuperación pospandemia.
- Debería supervisarse la información específica sobre acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, violencia de género, embarazo adolescente y salud mental, entre otros temas relevantes. Se recomiendan estudios adicionales sobre discrepancias en cuanto a la gravedad y la tasa de mortalidad por COVID-19 entre hombres y mujeres, y los factores asociados; también sobre la diferente exposición a la COVID-19 de hombres y mujeres y la refamiliarización de los cuidados, que obligan a poner el foco en las necesidades de salud de las mujeres. Se necesitan estudios prospectivos en población que permitan caracterizar las combinaciones de signos y síntomas para evaluar la presentación sindrómica de la COVID-19 desde una perspectiva de género.
- Se requieren estudios analíticos que controlen las distintas variables en juego para evitar sesgos metodológicos.
- Se recomienda indagar sobre la existencia o no de sesgo de género en la atención de la salud a igual necesidad; e investigar las barreras de acceso relacionadas con las normas y los roles de género que pueden tener un impacto sobre el acceso a los servicios de salud.



REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La pandemia por COVID-19 golpeó las Américas en 2020 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-12-2020-pandemia-por-COVID-19-golpeo-americas-2020>.
2. Azcona G, Bhatt A, Encarnacion J, Plazaola-Castaño J, Seck P, Staab S, et al. From insights to action. Gender equality in the wake of COVID-19. Nueva York: ONU-Mujeres; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-COVID-19>.
3. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. The Lancet 2020; 36(10255): 874 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext).
4. Halfon N, Forrester C, Lerner R, Faustman E. Handbook of life course health development. Nueva York: Springer; 2018.
5. Organización Panamericana de la Salud. Building Health Throughout the life course. Concepts, implications, and application in public health. Washington, D.C.: OPS; 2020.
6. Organización de las Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Proyecto de Recomendación general N.º 28 relativa al artículo 2 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Nueva York: Naciones Unidas; 2010 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.right-to-education.org/sites/right-to-education.org/files/resource-attachments/CEDAW_Recomendaci%C3%B3n_General_28_ES.pdf.
7. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Informe Anual 2019-2020. El mundo para las mujeres y las niñas: 2019-2020 [Internet]. Nueva York: ONU-Mujeres; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/UN-Women-annual-report-2019-2020-es.pdf>.
8. Organización Mundial de la Salud. Atrapados en la tormenta del COVID-19. La salud de la mujer, el niño y el adolescente en el contexto de la CSU y ODS. Informe 2020 elaborado por el Panel Independiente sobre Rendición de Cuentas para Todas las Mujeres, Todos los Niños, Todos los Adolescentes [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.everywomaneverychild-lac.org/publication/atrapados-en-la-tormenta-covid-19-la-salud-de-la-mujer-el-nino-y-el-adolescente-en-el-contexto-de-la-csu-y-los-ods/>.
9. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. COVID-19 and gender monitor [Internet]. Nueva York: ONU-Mujeres; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://data.unwomen.org/resources/covid-19-and-gender-monitor>.
10. Observatorio de Igualdad de Género, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Autonomías [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; sin fecha [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/autonomias>.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe COVID-19. Protección social para familias con niños, niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe: Un imperativo frente a los impactos del COVID-19 [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46489/S2000745_es.pdf.
12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El desafío social en tiempos de COVID-19, Informe Especial COVID-19 N.º 3. Santiago de Chile: CEPAL; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/45527/S2000325_es.pdf.
13. Banco Mundial. Debido a la pandemia de COVID-19, el número de personas que viven en la pobreza extrema habrá aumentado en 150 millones para 2021 [Internet]. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2020 [consultado el 27 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/10/07/covid-19-to-add-as-many-as-150-million-extreme-poor-by-2021>.
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. América Latina y el Caribe ante la pandemia del COVID-19: Efectos económicos y sociales, Informe Especial COVID-19 N.º 1. Santiago de Chile: CEPAL; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45337/4/S2000264_es.pdf.
15. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Internacional del Trabajo. La dinámica laboral en una crisis de características inéditas: Desafíos de política. Coyuntura Laboral en América Latina y el Caribe N.º 23 (LC/TS.2020/128). Santiago de Chile: CEPAL; 2020. Pp. 5, 15, 34. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46308/S2000601_es.pdf.
16. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América Latina 2019. Santiago de Chile: CEPAL; 2020: 76.
17. Organización Internacional del Trabajo. Panorama Laboral Temático 5: Mujeres en el mundo del trabajo. Retos pendientes hacia una efectiva equidad en América Latina y el Caribe. Lima: OIT-Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2019: 103-104 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_715183.pdf.
18. López-Calva LF, Meléndez M, eds. Las implicaciones socio-económicas de la pandemia por COVID-19: Ideas para la acción en políticas públicas. Nueva York: PNUD; 2020: 8.
19. Lungumbu S, Butterly A. El coronavirus "puede hacernos retroceder 25 años en igualdad para las mujeres". BBC News. 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55086718>.
20. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Ante la mayor exposición de las mujeres, la CEPAL llama a los Estados a garantizar sus derechos en el marco de la pandemia del COVID-19 [Internet]. Comunicado de prensa del 20 de abril del 2020 [consultado el 27 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/comunicados/la-mayor-exposicion-mujeres-la-cepal-llama-estados-garantizar-sus-derechos-marco-la>.
21. Giannouchos TV, Sussman RA, Mier JM, Poulas K, Farsalinos K. Characteristics and risk factors for COVID-19 diagnosis and adverse outcomes in Mexico: An analysis of 89,756 laboratory-confirmed COVID-19 cases. European Respiratory Journal. 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/early/2021/02/18/13993003.02144-2020>.

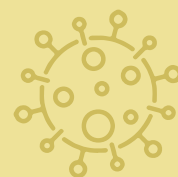
22. Garces TS, Sousa GJB, Florencio RS, Cestari VRF, Pereira MLD, Moreira TMM. COVID-19 in a state of Brazilian Northeast: Prevalence and associated factors in people with flu-like syndrome. *J Clin Nurs* 2020; 29(21-22).
23. Buonafine CP, Paiatto BNM, Leal FB, de Matos SF, de Morais CO, Guerra GG, et al. High prevalence of SARS-CoV-2 infection among symptomatic healthcare workers in a large university tertiary hospital in São Paulo, Brazil. *BMC Infectious Diseases* 2020; 20(1): 917.
24. Hernández-Garduño E. Obesity is the comorbidity more strongly associated for Covid-19 in Mexico. A case-control study. *Obesity Research & Clinical Practic* 2020; 14(4): 375-379.
25. Heberto AB, Plata-Corona JC, Castro-Rubio JA, Pulido-Pérez P, Torres-Rasgado E, Morales-Portano JD, et al. Implications of myocardial injury in Mexican hospitalized patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Int J Cardiol Heart Vasc.* 2020; 30: 100638.
26. Carrillo-Vega MF, Salinas-Escudero G, García-Peña C, Gutiérrez-Robledo LM, Parra-Rodríguez L. Early estimation of the risk factors for hospitalization and mortality by COVID-19 in Mexico [Internet]. *PLoS One.* 2020; 15(9) [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7485801/>.
27. Soares R de CM, Mattos LR, Raposo LM. Risk factors for hospitalization and mortality due to COVID-19 in Espírito Santo state, Brazil. *Am J Trop Med Hyg* 2020; 103(3): 1184-1190.
28. Zúñiga-Moya JC, Norwood DA, Romero-Reyes LE, Barreto-Saavedra E, Díaz R, Fajardo WC, et al. Epidemiology, outcomes and associated factors of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Reverse polymerase chain reaction-confirmed cases in the San Pedro Sula Metropolitan Area, Honduras. *Clinical Infectious Diseases* 2021; 72(10): e476-e483. DOI: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1188>.
29. Murillo-Zamora E, Mendoza-Cano O, Delgado-Enciso I, Hernández-Suárez CM. Predictors of severe symptomatic laboratory-confirmed SARS-CoV-2 reinfection. *Epidemiology* 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.10.14.20212720>.
30. Murillo-Zamora E, Trujillo X, Huerta M, Ríos-Silva M, Mendoza-Cano O. Male gender and kidney illness are associated with an increased risk of severe laboratory-confirmed coronavirus disease [Internet]. *BMC Infect Dis* 2020; 20(674) [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-020-05408-6>.
31. Carrillo G, Domínguez NM, Zaldívar KDS, Pérez AR, Morales MA, Koh OC et al. Clinical course and severity outcome indicators among COVID-19 hospitalized patients in relation to comorbidities distribution Mexican cohort. *medRxiv* 2020. DOI: 07.31.20165480.
32. Mejía-Vilet JM, Córdova-Sánchez BM, Fernández-Camargo D, Méndez-Pérez RA, Morales-Buenrostro LE, Hernández-Gilsoul T. A risk score to predict admission to intensive care unit in patients with COVID-19: The ABC-GOALS score. *medRxiv.* 2020. DOI: 05.12.20099416.
33. De Moura DTH, Proenca IM, McCarty TR, Sagae VMT, Ribeiro IB, de Oliveira GHP, et al. Gastrointestinal manifestations and associated health outcomes of COVID-19: A Brazilian experience from the largest South American Public Hospital. *Clinics (Sao Paulo)* 2020; 75: e2271.
34. Bastos GAN, de Azambuja AZ, Polanczyk CA, Gräf DD, Zorzo IW, Maccari JG, et al. Características clínicas e preditores de ventilação mecânica em pacientes com COVID-19 hospitalizados no sul do país. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* 2020; 32(4) [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/rgsDLtGc4qXYWmy8cLW8gw/?lang=pt>.
35. Prata-Barbosa A, Lima-Setta F, Santos GRD, Lanzaoti VS, de Castro REV, de Souza DC, et al. Pediatric patients with COVID-19 admitted to intensive care units in Brazil: A prospective multicenter study. *J Pediatr (Rio J)* 2020; 96(5): 582-592.
36. Organización Panamericana de la Salud. Resultados de salud desglosados por sexo en relación con la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. De enero del 2020 a enero del 2021. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53603>.
37. East S, Laurence T, López-Mourelle E. COVID-19 y la situación de las trabajadoras de la salud en Argentina. Buenos Aires: OIT, UNFPA, ONU-Mujeres; 2020. Disponible en: https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/wcms_754614.pdf.
38. Schwartz KL, Achonu C, Buchan SA, Brown KA, Lee B, Whelan M et al. Epidemiology, clinical characteristics, household transmission, and lethality of severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 infection among healthcare workers in Ontario, Canada. *PLoS One.* 2020; 15: e0244477.
39. Ascott A, Crowest P, de Sausmarez E, Khan M, Chakladar A. Respiratory personal protective equipment for healthcare workers: Impact of sex differences on respirator fit test results. *Br J Anaesth* 2021; 126: e48-e49.
40. Madsen AMR, Scholtz-Buchholzer F, Benfield T, Bjerregaard-Andersen M, Dalgaard LS, Dam C, et al. Using BCG vaccine to enhance non-specific protection of health care workers during the COVID-19 pandemic: A structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial in Denmark. *Trials* 2020; 21(799).
41. Duruk G, Gümüşboğa ZŞ, Çolak C. Investigation of Turkish dentists' clinical attitudes and behaviors towards the COVID-19 pandemic: A survey study. *Braz Oral Res* 2020; 34: e054.
42. Cook TM. Risk to health from COVID-19 for anaesthetists and intensivists—a narrative review. *Anaesthesia* 2020; 75: 1494-1508.
43. Diaferio L, Parisi GF, Brindisi G, Indolfi C, Marchese G, Ghiglioni DG, et al. Cross-sectional survey on impact of paediatric COVID-19 among Italian paediatricians: Report from the SIAIP rhino-sinusitis and conjunctivitis committee. *Ital J Pediatr* 2020; 46(146).
44. Akyurt N. Knowledge, practice and emotional status related to COVID-19 pandemic among radiology technicians working at pandemic hospitals. *Eur J Radiol* 2021; 134(109431).
45. Yifan T, Ying L, Chunhong G, Jing S, Rong W, Zhenyu L, et al. Symptom cluster of ICU nurses treating COVID-19 pneumonia patients in Wuhan, China. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60(1): e48-e53.

46. Simms A, Fear NT, Greenberg N. The impact of having inadequate safety equipment on mental health. *Occup Med (Lond)* 2020; 70: 278-281.
47. Lasalvia A, Bonetto C, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; 30: e1.
48. Jiang Q, Liu Y, Wei W, Zhu D, Chen A, Liu H, et al. The prevalence, characteristics, and related factors of pressure injury in medical staff wearing personal protective equipment against COVID-19 in China: A multicentre cross-sectional survey. *Int Wound J* 2021; 17(5): 1300-1309.
49. Painter EM, Ussery EN, Patel A, Hughes MM, Zell ER, Moulia DL, et al. Demographic characteristics of persons vaccinated during the first month of the COVID-19 vaccination program - United States, December 14, 2020-January 14, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70(5): 174-177.
50. Organización Mundial de la Salud. Tracking public health and social measures. Ginebra: OMS; 2021 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/phsm>.
51. Organización Internacional del Trabajo. Trabajadoras de la salud: entre la emergencia de salud y las brechas de género [Internet]. Buenos Aires: OIT; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.ilo.org/buenosaires/noticias/WCMS_754650/lang-es/index.htm.
52. Organización Panamericana de la Salud. Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-COVID-19>.
53. Abate BB, Kassie AM, Kassaw MW, Aragie TG, Masresha SA. Sex difference in Coronavirus disease (COVID-19): A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2020; 10(10): e040129.
54. Benítez MA, Velasco C, Sequeira AR, Henríquez J, Menezes FM, Paolucci, F. Responses to COVID-19 in five Latin American countries. *Health Policy Technol* 2020; 9(4): 525-559.
55. Lai CC, Wang JH, Hsueh PR. Population-based seroprevalence surveys of anti-SARS-CoV-2 antibody: An up-to-date review. *Int J Infect Dis* 2020; 101: 314-322.
56. Mauvais-Jarvis F. Sex and gender: Modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet* 2020; 396(10250): 565-582.
57. Nasiri MJ, Haddadi S, Tahvildari A, Farsi Y, Arbabi M, Hasanzadeh S et al. COVID-19 Clinical Characteristics and sex-specific risk of mortality: Systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)* 2020; 7(459).
58. Chang WH. Understanding the COVID-19 pandemic from a gender perspective. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2020; 59(6): 801-807.
59. Wenham C, Smith J, Morgan R. Gender and COVID-19 Working Group. COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *The Lancet* 2020; 395(10227): 846-848.
60. Chamekh M, Casimir G. Understanding gender-bias in critically ill patients with COVID-19. *Front Med (Lausanne)* 2020; 7(564117).
61. Rozenberg S, Vandromme J, Martin C. Are we equal in adversity? Does COVID-19 affect women and men differently? *Maturitas* 2020; 138: 62-68.
62. Lenhart Sh. Gender discrimination: A health and career development problem for women physicians. *J Am Med Women Assoc* 1993; 48(5): 155-159.
63. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two-way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51(2): 106-109.
64. Westergaard D, Moseley P, Sørup FKH, Baldi P, Brunak S. Population-wide analysis of differences in disease progression patterns in men and women. *Nat Commun* 2019; 10(1): 666.
65. Ogata T, Tanaka H. High probability of long diagnostic delay in Coronavirus disease 2019 cases with unknown transmission route in Japan. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(22): 8655.
66. Ruiz Cantero MT, coord. Perspectiva de género en medicina. Barcelona: Fundación Dr. Antoni Esteve; 2020.
67. Manjili RH, Zarei M, Habibi M, Manjili MH. COVID-19 as an acute inflammatory disease. *J Immunol* 2020; 205(1): 12-19.
68. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Leeflang MM, et al. Cochrane COVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 7(7): CD013665.
69. Ancochea J, Izquierdo JL, Soriano JB. Evidence of gender differences in the diagnosis and management of Coronavirus disease 2019 patients: An analysis of electronic health records using natural language processing and machine learning. *J Womens Health (Larchmt)* 2021; 30(3): 393-404.



70. Malterud K. Symptoms as a source of medical knowledge: Understanding medically unexplained disorders in women. *Fam Med* 2000; 32(9): 603-611.
71. Ortolan A, Lorenzin M, Felicetti M, Doria A, Ramonda R. Does gender influence clinical expression and disease outcomes in COVID-19? A systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis* 2020; 99: 496-504.
72. Aryal S, Díaz-Guzmán E, Mannino DM. COPD and gender differences: An update. *Transl Res* 2020; 162(4): 208-218.
73. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Pública* 2020; 44: e100 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52572/v44e1002020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
74. Gómez-Ponce de León R, Ewerling F, Jacob-Serruya S, Silveira MF, Sanhueza A, Moazzam A, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: Prevalence and inequalities in 23 countries. *The Lancet* 2019; 7(2): e227-e235 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30481-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30481-9/fulltext).
75. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS-UNFPA; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
76. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe técnico COVID-19: Un enfoque de género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género. Nueva York: UNFPA; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://observatorioviolencia.org/wp-content/uploads/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf.
77. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 IMST (Incidence Management System Teams). Washington, D.C.: OPS; 2020.
78. Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19), 18 de septiembre del 2020 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53105>.
79. The Lives Saved Tool [Internet]. Interventions and data sources. Disponible en: <https://www.livessavedtool.org/>.
80. Cénat JM, Darly-Dalexis R, Guerrier M, Pari-Gole N, Derivois D, Bukaka J, et al. Frequency and correlates of anxiety symptoms during the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries: A multinational study. *J Psychiatr Res* 2021; 132: 13-17.
81. Duarte F, Jiménez-Molina A. Psychological distress during the COVID-19 epidemic in Chile: the role of economic uncertainty. *medRxiv*. 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.27.20202648v1>.
82. Filgueiras A, Stults-Kolehmainen M. The relationship between behavioural and psychosocial factors among Brazilians in quarantine due to COVID-19. Nueva York: Social Science Research Network; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://papers.ssrn.com/abstract=3566245>.
83. Goularte JF, Serafim SD, Colombo R, Hogg B, Caldieraro MA. COVID-19 and mental health in Brazil: Psychiatric symptoms in the general population. *J Psychiatr Res* 2021; 132: 32-37.
84. Krüger-Malpartida H, Pedraz-Predozzi B, Arévalo-Flores M, Samalvides-Cuba F, Anculle-Arauco V, Dancuart-Mendoza M. Effects on the mental health after COVID-19 lockdown period: Results from a population survey study in Lima. 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-81117/v1>.
85. Paz C. Behavioral and sociodemographic predictors of anxiety and depression in patients under epidemiological surveillance for COVID-19 in Ecuador. *PLoS One* 2020; 5(9): e0240008.
86. Pedrozo-Pupo JC, Pedrozo-Cortés MJ, Campo-Arias A, Pedrozo-Pupo JC, Pedrozo-Cortés MJ, Campo-Arias A. Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: An online survey. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(5) [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X202000506003&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
87. Torales J, Ríos-González C, Barrios I, O'Higgins M, González I, García O et al. Self-Perceived Stress during the quarantine of COVID-19 pandemic in Paraguay: An exploratory survey. *Front Psychiatry* 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.558691/full>.
88. Alonzi S, La Torre A, Silverstein MW. The psychological impact of preexisting mental and physical health conditions during the COVID-19 pandemic. *Psychological trauma: Theory research, practice, and policy* 2020; 12(1): 236-238 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2020-41457-001.html>.
89. Orellana CI, Orellana LM. Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador. *Actualidades en Psicología*. 2020; 34(128): 103-120 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/actualidades/article/view/41431/42403>.
90. Hawke LD, Hayes E, Darnay K, Henderson J. Mental health among transgender and gender diverse youth: An exploration of effects during the COVID-19 pandemic. *Psychology of sexual orientation and gender diversity*, Advance online publication 2021; 8(2): 180-187 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/sgd0000467>.
91. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* 2020; 37(2): 327-334 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/es/>.
92. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La juventud opina sobre salud mental durante el COVID-19. Nueva York: UNICEF; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-COVID-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>.
93. Alvarado R. The Impact of the Covid-19 Pandemic on the mental health of workers in health services: The Covid-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04352634>.
94. Ferretto M. La violencia de género en tiempos de pandemia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: FLACSO; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.flacso.org.ar/noticias/la-violencia-de-genero-en-tiempos-de-pandemia/>.
95. Organización Panamericana de la Salud. Violence against women is a human rights violation and a public health problem. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=intimate-partner-violence-against-women-in-the-americas-2018&Itemid=270&lang=en.

96. Gobierno de México, Instituto Nacional de las Mujeres. Violencia contra las mujeres. Indicadores básicos en tiempos de pandemia. México, DF: Instituto Nacional de las Mujeres; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558770/vcm-indicadores911.pdf>.
97. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. 90-90-90: Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Ginebra: ONUSIDA; 2014 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/909090>.
98. Rao A, Rucinski K, Jarrett B, Ackerman B, Wallach S, Marcuset J, et al. Potential interruptions in HIV prevention and treatment services for gay, bisexual, and other men who have sex with men associated with COVID-19. *medRxiv* 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. doi: 08.19.20178285. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2020.08.19.20178285>.
99. Posada-Vergara MP, Alzate-Ángel JC, Martínez-Buitrago E. COVID-19 y HIV. *Colomb Med* 2020; 51(2): e4327 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342020000200011&lng=en.
100. Costenaro P. SARS-CoV-2 infection in people living with HIV: A systematic review. *Rev Med Virol* 2021; 31(1): 1-12 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/rmv.2155>.
101. Ballivian J, Alcaide M, Cecchini D, Jones DL, Abbamonte JM, Cassetti I. Impact of COVID-19-Related stress and lockdown on mental health among people living with HIV in Argentina. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2020; 85(4): 475-482 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33136748/>.
102. Rana U. Psychosocial consequences of COVID-19 on sex workers: A global perspective. *Psychiatr Danub* 2020; 32(3-4): 590-592 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33373988/>.
103. Los efectos de las restricciones de movilidad sobre las personas trans en Panamá [Internet] [consultado el 27 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://ftmpanama.files.wordpress.com/2021/01/sistematizacion-denuncias-cuarentena-panama-210117.pdf>.
104. Gobierno Nacional de Panamá. Decreto Ejecutivo N.º 507 (24-03-2020). Gaceta oficial del Gobierno Nacional de Panamá. 2020; 28987 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.gacetaoficial.gob.pa/pdfTemp/28987_B/GacetaNo_28987b_20200324.pdf.
105. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. COVID-19 response: Considerations for children and Adults with disabilities. Nueva York: UNICEF; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/armenia/media/6851/file/COVID-19-%20Considerations%20for%20Persons%20with%20Disabilities%20.pdf>.
106. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Children with disabilities. Ensuring their inclusion in COVID-19 response strategies and evidence generation. Nueva York: UNICEF; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-ensuring-inclusion-in-COVID-19-response/>.
107. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. COVID-19 y las personas con discapacidad en América Latina. Mitigar el impacto y proteger derechos para asegurar la inclusión hoy y mañana. Santiago de Chile: CEPAL; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46278/1/S2000645_es.pdf.
108. Organización Panamericana de la Salud. Excel con relevamiento de la tipología de las respuestas de los países al COVID-19 [documento de uso interno]. Washington, D.C.: OPS; 2020.
109. Mahendradhata Y, Kalbarczyk A. Prioritizing knowledge translation in low- and middle-income countries to support pandemic response and preparedness. *Health Research Policy and Systems* 2021; 19(5) [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-00670-1>.
110. Organización Panamericana de la Salud. Pulse survey results on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic Executive report. Washington, D.C.: OPS; 2020.
111. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. In focus: Gender equality matters in COVID-19 response. Nueva York: ONU-Mujeres; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-COVID-19-response?gclid=Cj0KCQiA0-6ABhDMARIsAFVdQv8YQdTRnDQ3xjZ-xmWGT3mVxUweDiBcMP1IVmtgnGGPo6KMqgv829oaAmbWEALw_wcB.
112. Harman S, Herten-Crabb A, Morgan R, Smith J, Wenham C. COVID-19 vaccines and women's security. *The Lancet*. 2020; 397(10272): 357-358 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32727-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32727-6/fulltext).
113. Organización Panamericana de la Salud. Vacunas contra el COVID. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/vacunas-contra-covid-19>.
114. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Género y el COVID-19 en América Latina y el Caribe. Dimensiones de género en la respuesta. Nueva York: ONU-Mujeres; sin fecha [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/genero_y_el_covid-19_en_america_latina_y_el_caribe.pdf.
115. Organización Panamericana de la Salud. Transversalización de género en salud: Avances y desafíos en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019 [consultado el 15 de septiembre del 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51809/9789275321614_spa.pdf?seq.
116. Organización Panamericana de la Salud. CD58/INF/14: Gender equality policy: Progress Report. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 15 de septiembre del 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/cd58inf14-progress-reports-technical-matters-d-paho-gender-equality-policy-progress>.
117. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones clave para integrar la igualdad de género en la respuesta a los desastres y las emergencias de salud: COVID-19. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 15 de septiembre del 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52246>.
118. Kuchenmüller T, Reeder JC, Reveiz L, Tomson G, El-Jardali F, Lavis JN, et al. COVID-19: Investing in country capacity to bridge science, policy and action. *BMJ Global Health*. 2021; 6: e005012. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-005012.
119. Organización Panamericana de la Salud. Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra el COVID-19. Hoja Informativa N.º 5. Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud. Washington, D.C.: OPS; 2020 [consultado el 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52053/Factsheet-Infodemic_spa.pdf?sequence=14&isAllowed=y.
120. Coates A, Castro A, Marmot M, Mujica OJ, Eijkemans G, Victora CG. Just societies: A new vision for health equity in the Americas after COVID-19. *Rev Panam Salud Pública*. 2020; 44: e137. DOI: 10.26633/RPSP.2020.137.



La COVID-19 ha generado efectos catastróficos en los sistemas de salud y en la salud de las personas en la Región de las Américas, en especial en el caso de las mujeres y las niñas, cuyas condiciones han empeorado en todos los ámbitos.

Las mayores preocupaciones al respecto se centran en las consecuencias directas (morbilidad y mortalidad) de la acción del virus sobre poblaciones definidas, en los resultados de las medidas orientadas a mitigar la propagación del virus y en el efecto indirecto sobre las condiciones socioeconómicas.

En este complejo escenario, el enfoque de género, con sus consecuencias en el contexto actual, no ha recibido la debida atención durante la pandemia. El género es uno de los determinantes estructurales asociados a la salud, pero no aparece en los análisis de los efectos directos e indirectos de la pandemia. Además, es fundamental para reconocer y analizar los efectos diferenciales de la pandemia sobre hombres y mujeres y su interacción con los diferentes determinantes de la salud.

El presente informe es una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud y apunta a generar un conjunto de conocimientos que permitan, por un lado, reconocer, entender e instalar la temática de género y salud en el contexto de la pandemia, y, por otro, comprender el comportamiento de la enfermedad y sus posibles efectos. El informe se cierra con una serie de conclusiones y recomendaciones sobre datos y evidencia, y sobre respuestas en planes y políticas.



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OPERA REGIONAL PARA LAS AMÉRICAS

www.paho.org



9 789275 323847 >