

La moción: El gobierno federal de los Estados Unidos debe establecer un sistema nacional de cobertura sanitaria en los Estados Unidos en el estilo de [un país].

La salud de los inmigrantes			
Afirmativo El problema	Los inmigrantes en los Estados Unidos enfrentan desigualdades de salud por la falta de Cobertura Sanitaria Universal.	Negativo Repuesta al problema	Los inmigrantes en los Estados Unidos enfrentan desigualdades de salud no por la falta de Cobertura Sanitaria Universal, sino por otros factores.
Afirmativo El impacto	Proteger la salud promueve la seguridad y bienestar para los inmigrantes en los Estados Unidos.	Negativo Repuesta al impacto	La Cobertura Sanitaria Universal estadounidense dañará la seguridad y bienestar de los inmigrantes en los Estados Unidos.
Afirmativo La solución	Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil incluiría a los inmigrantes.	Negativo Respuesta a la solución	Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil no incluiría a los inmigrantes.
Las brotes de enfermedades			
Afirmativo El problema	La falta de Cobertura Sanitaria Universal hace que los Estados Unidos sea más vulnerable a los brotes de enfermedades.	Negativo Repuesta al problema	La falta de Cobertura Sanitaria Universal no es la única causa de las brotes de enfermedades
Afirmativo El impacto	Los brotes de enfermedades causan problemas de salud a nivel social.	Negativo Repuesta al impacto	La implementación de Cobertura Sanitaria Universal causaría problemas de salud a nivel social.
Afirmativo La solución	Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil mitigaría los brotes de enfermedades.	Negativo Respuesta a la solución	Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil no mitigaría los brotes de enfermedades.

Cómo usar el paquete

Todo el año, los debates van a tratar de la moción. Como afirmativo, te toca defender la moción. Como negativo, te toca convencer al juez que pasar la moción no sea necesario o que sería mala pasar la moción.

Hay dos subtemas en este paquete. Se puede pensar en los subtemas como razones por las que la moción sea buena o mala. Como afirmativo, puedes elegir cuál subtema quieres debatir. Como negativo, te toca responder al subtema que abordó el afirmativo.

- **Subtema 1 es “La salud de los inmigrantes”.**
- **Subtema 2 es “Los brotes de enfermedades”.**

¿Qué debo leer? La primera sección del paquete consiste en **guiones**. Como afirmativo, puedes elegir uno de los guiones afirmativos (salud de los inmigrantes o brotes de enfermedades) y leerlo durante tu Primer Constructivo Afirmativo. Como negativo, durante tu Primer Constructivo Negativo puedes leer el guión que corresponde al argumento que leyó el afirmativo durante su 1:a Constructivo. Los guiones se pueden leer exactamente como están escritos.

Fíjate: en cada guión, hay tres partes del argumento: **el problema**, **el impacto** y **la solución**. (O, como negativo, la respuesta al problema, respuesta al impacto y respuesta a la solución).

La segunda sección del paquete consiste en **más tarjetas**. Cada tarjeta representa una parte del argumento (problema, impacto o solución). Puedes usar las tarjetas extras para **responder** al otro equipo durante el Segundo Constructivo Afirmativo / Segundo Constructivo Negativo, o puedes sustituir algunas de las tarjetas extras por las tarjetas originales en el guión.

¿Qué debo hacer durante las refutaciones? El debate es como un juego de ajedrez: cada argumento que haces depende del argumento previo del otro equipo. Durante las refutaciones, vas a usar las tarjetas extras y tus propias palabras para responder a los argumentos que se han desarrollado a lo largo de la ronda. Un ejemplo de lo que puedes decir durante las refutaciones está disponible en la sección “Ejemplos: Refutaciones”. Puedes leer este ejemplo en sí, pero asegúrate de que siempre estás respondiendo a argumentos que el otro equipo realmente hicieron! Cuando te sientes cómodo con la estructura del debate, puedes escribir tus propias refutaciones!

Consejos

Recuerda explicar siempre el «porqué» de tu argumento. Es fundamental que puedas explicarle al juez por qué consideras que hacer la moción provocaría los efectos que señalas.

Si eres el primer orador, no olvides practicar tu discurso y medirte. Si te quedas sin tiempo, es posible que debas eliminar tarjetas o modificar la cantidad de texto que lees de ellas. Si te sobra tiempo, añade tarjetas para reforzar tu argumentación.

If you need help getting started, you can view the **starter constructives** for [PRO](#) and [CON](#) to see how this packet can be used to create your own speeches. A **template** is available [here](#) to help structure your case and other files.

Finally, a few defensive cards have been included to get you started on your **rebuttal** arguments. Please note that you will still need to flesh these out into full arguments! Two examples of rebuttal blocks can be found [here](#).

Estimada juez: Mi pareja _____ y yo
afirmamos la siguiente propuesta:

**El gobierno federal de los Estados Unidos debe
establecer un sistema nacional de Cobertura Sanitaria
Universal en el estilo de la República Federativa de Brasil
en los Estados Unidos.**

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - El problema

Los inmigrantes en los Estados Unidos enfrentan desigualdades de salud por la falta de cobertura sanitaria universal.

Los gobiernos estatales que antes ofrecían cobertura sanitaria para los inmigrantes sin estatus legal ya están recortando sus programas de nuevo.

Nguyễn y Shastri 2025 (Trần Nguyễn es reportera de Associated Press que cubre la política de California. Devi Shastri es reportera de Associated Press que cubre la salud pública estadounidense. Esta historia fue traducida del inglés por un editor de AP con la ayuda de una herramienta de inteligencia artificial generativa. "California, Illinois y Minnesota recortan cobertura de salud para personas sin estatus legal" publicado por Associated Press. 21 de julio de 2025.
apnews.com/article/medicaid-inmigrantes-servicios-medicos-suspension-estados-democratas-baf9d77bd57d98821e3780bb573ae9d8)

Durante casi 20 años, María llamaba a su hermana, una enfermera en México, para pedirle consejos sobre cómo manejar su asma en lugar de ir al médico en California.

No tenía estatus legal, por lo que no podía obtener seguro médico ni acudir a los exámenes de rutina. Insistió en usar sólo su primer nombre por temor a ser deportada.

Las cosas cambiaron para muchas personas cuando algunos estados abrieron sus programas de cobertura sanitaria a inmigrantes de bajos ingresos, independientemente de su estatus legal. Para María, todo cambió con el programa Medi-Cal de California. María y su esposo se inscribieron el año pasado, el día que comenzó el programa.

Al menos siete estados y el Distrito de Columbia han ofrecido cobertura para inmigrantes principalmente desde el año 2020.

Pero California, Illinois y Minnesota han dado marcha atrás, cancelando o limitando la cobertura para cientos de miles de personas que no están legalmente en Estados Unidos.

En Illinois, los inmigrantes adultos de 42 a 64 años sin estatus legal han perdido su atención médica. Todos los inmigrantes adultos en Minnesota se han quedado sin acceso al programa estatal. En California, nadie perderá automáticamente la cobertura, pero las nuevas inscripciones para adultos se detendrán en 2026.

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - El impacto

La Cobertura Sanitaria Universal estadounidense es importante para proteger la salud de los inmigrantes en los Estados Unidos.

La falta de Cobertura Sanitaria Universal para los inmigrantes indocumentados en los Estados Unidos resulta en peores problemas de salud y bienestar.

De Rello 2025 (Alejandro de Rello es graduado del Department of World Languages and Cultures de Georgia College & State University. "Los inmigrantes indocumentados y su pelea por la salud médica en los Estados Unidos" World Languages and Cultures Senior Capstones, publicado por Georgia College Knowledge Box. 2025. https://kb.gcsu.edu/wlc_capstone/31)

Los inmigrantes indocumentados en los Estados Unidos enfrentan desigualdades significativas en su salud. Hay una desigualdad entre los indocumentados y documentados. Los documentados son tratados mucho mejor y son las personas que sufren menos accidentes.

Muchos no pueden realizarse chequeos regulares o detectar enfermedades en etapas tempranas, lo que resulta en complicaciones que podrían haberse evitado con un tratamiento oportuno. La atención preventiva, esencial para mantener una buena salud, es prácticamente inexistente para esta comunidad, ya que la mayoría no tiene seguro médico ni recursos económicos suficientes para consultas o medicamentos.

Algunos recurren al uso de servicios médicos en México. Sin embargo, esto es riesgoso lo que hace que no sea una solución sostenible. A estas desigualdades físicas se suman graves problemas de salud mental que afectan profundamente a los inmigrantes indocumentados. Los indocumentados viven bajo un estrés intenso debido a su situación migratoria, al miedo de ser descubiertos, detenidos o deportados, lo cual genera impactos psicológicos como ansiedad y depresión, lo que los obliga a vivir "en la sombra".

Este miedo no solo afecta su bienestar emocional, sino que también los desanima de buscar atención médica. "En comunidades con alta concentración de hispanos, los migrantes compran en tiendas y tianguis latinos medicamentos y remedios caseros mexicanos." Su estatus migratorio los lleva a evitar cualquier interacción con sistemas formales de salud.

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - La solución

Establecer un sistema de cobertura sanitaria universal, modelado por Brasil, incluiría a los inmigrantes.

El sistema de Cobertura Sanitaria Universal de Brasil proporciona servicios médicos a todos independientemente de su estatus migratorio.

Ministerio de la Salud de Brasil 2017 (El Ministerio de la Salud de Brasil es el órgano federal responsable de gestionar el Sistema Único de Saúde (SUS). "SALUD PARA TODOS: DERECHOS Y DEBERES DE LA SALUD EN BRASIL." Publicado en la Biblioteca Virtual en Salud del Ministerio de la Salud de Brasil. 2017. bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud_todos_derechos_deberes_salud_Brasil_bilingue.pdf)

En el mundo ha habido un gran número de desplazamientos de la población, especialmente en las fronteras, y en las fronteras de Brasil no ha sido diferente. Es en el cuidado de la salud que se necesita una especial atención y cuidado a estos migrantes.

Este folleto fue preparado para guiar y explicar los principios fundamentales del Sistema Único de Salud (SUS), con sencillez y claridad que ofrezca las garantías de las leyes brasileñas en términos de acceso a la salud. La población de usuarios como profesionales de la salud van a tener conocimiento de los derechos básicos ofrecidos y así proporcionar un mejor servicio a los migrantes y la población en general.

El Sistema Único de la Salud es el sistema que garantiza el atendimento y el cuidado a la salud de todas las personas incluyendo acciones de prevención, educación en salud y tratamiento.

¿El sistema de salud pública brasileño (SUS) asegura a todos, incluso yo, que soy un extranjero? Sí. Todas las personas en el territorio brasileño tienen derecho al tratamiento de salud, incluso los extranjeros que acá están.

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta al problema

Los inmigrantes en los Estados Unidos enfrentan desigualdades de salud no por la falta de cobertura sanitaria universal, sino por otros factores.

La falta de acceso a los servicios médicos para los inmigrantes no es por la falta de cobertura sanitaria, sino porque los hospitales y clínicas no están seguros contra las deportaciones.

Baumgaerner, Agrawal & Silver-Greenberg 2025 (Emily Baumgaertner Nunn, Nina Agrawal y Jessica Silver-Greenberg. "En EE.UU., los migrantes no buscan atención médica por miedo al ICE" publicado por el New York Times. 9 de mayo de 2025.

[nytimes.com/es/2025/05/09/espanol/ciencia-y-tecnologia/migrantes-estados-unidos-hospitales-salud-atencion-medica.html](https://www.nytimes.com/es/2025/05/09/espanol/ciencia-y-tecnologia/migrantes-estados-unidos-hospitales-salud-atencion-medica.html))

En todo Estados Unidos, médicos, enfermeras y trabajadores sociales están cada vez más preocupados por el hecho de que personas con problemas médicos graves están renunciando a recibir atención médica por miedo a ser detenidas por funcionarios de migración. Desde que el gobierno de Donald Trump anuló una política de Joe Biden que protegía espacios como hospitales, las clínicas médicas y las iglesias de la aplicación de las leyes de inmigración, los médicos dijeron que habían notado un fuerte aumento de la ansiedad de los pacientes y de los índices de inasistencia a las citas.

Los especialistas sanitarios advierten que, si esta tendencia continúa, la lista de consecuencias podría ser larga: enfermedades infecciosas circulando innecesariamente; peores costos de la asistencia médica debido a enfermedades crónicas no tratadas; y complicaciones peligrosas en el parto para las mujeres que esperan demasiado antes de buscar ayuda, entre otras.

En una encuesta realizada por KFF, una organización de investigación sobre políticas de salud, el 31 por ciento de los migrantes afirmaron que las preocupaciones por el estatus migratorio—ya sea el suyo o el de un familiar—estaban impactando negativamente su salud. Alrededor del 20 por ciento de todos los migrantes encuestados dijeron tener problemas para comer y dormir; el 31 por ciento declaró que su estrés y ansiedad habían empeorado.

Las investigaciones han demostrado que las medidas en contra de la migración están relacionadas con peores resultados en los nacimientos y en la salud mental, fallas en la atención y menos personas accediendo a los tipos de programas públicos que reducen la enfermedad y la pobreza en general.

"En realidad no solo estamos creando riesgos de salud muy graves, sino riesgos económicos a largo plazo para nuestro país", afirmó Julie Linton, pediatra y miembro del comité de asuntos del gobierno federal de la Academia Estadounidense de Pediatría. "Estas políticas están creando un miedo y una incertidumbre muy reales para la gente, y tienen un impacto enorme en su capacidad para funcionar en el día a día".

Muchas comunidades de migrantes padecen altos índices de enfermedades crónicas, como hipertensión y diabetes, que, si no se tratan, pueden provocar infartos, derrames cerebrales y otras complicaciones graves.

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta al impacto

La Cobertura Sanitaria Universal estadounidense dañará la salud de los inmigrantes en los Estados Unidos.

La Cobertura Sanitaria Universal se convertiría en una herramienta de deportaciones. Las agencias federales de migración como ICE ya pueden utilizar datos básicos de Medicaid para su campaña de deportaciones.

Vollers y Maya 2026 (Anna Claire Vollers es periodista de salud de Stateline. Traducido por Diego Maya. "ICE está utilizando datos de Medicaid para averiguar dónde viven los inmigrantes" publicado por New Jersey Monitor. 22 de enero de 2026. [newjerseymonitor.com/spanish/ice-esta-utilizando-datos-de-medicaid-para-averiguar-donde-viven-los-inmigrantes/](https://www.newjerseymonitor.com/spanish/ice-esta-utilizando-datos-de-medicaid-para-averiguar-donde-viven-los-inmigrantes/))

En una victoria para la ofensiva migratoria del presidente Donald Trump, un reciente fallo judicial permite que el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos pueda usar los datos de Medicaid de los estados para encontrar personas que se encuentran en el país ilegalmente.

El caso sigue en curso. Pero por ahora, los inmigrantes, incluidos aquellos que residen legalmente en el país, tendrán que sopesar los beneficios de obtener cobertura médica frente al riesgo de que inscribirse en Medicaid facilite la localización de ellos o de sus familiares por parte de ICE.

El verano pasado, 22 estados y el Distrito de Columbia demandaron a la administración Trump para bloquear el intercambio de información entre ICE y Medicaid, el programa estatal-federal de seguro médico que cubre principalmente a personas de bajos ingresos. Sin embargo, a finales de diciembre de 2025, un juez federal dictaminó que ICE puede extraer datos básicos de Medicaid para utilizarlos en sus procedimientos de deportación, incluyendo direcciones, números de teléfono, fechas de nacimiento y estatus de ciudadanía o inmigración.

El Tribunal de Distrito de EE. UU. en San Francisco básicamente dictaminó que las agencias gubernamentales pueden compartir ciertos datos, incluyendo información de identificación básica. "Ese tipo de intercambio de datos está claramente autorizado por ley", afirma la decisión.

Varios meses después del segundo mandato de Trump, ICE obtuvo acceso a los datos personales de 79 millones de beneficiarios de Medicaid como parte de sus esfuerzos por encontrar personas que puedan estar viviendo ilegalmente en Estados Unidos.

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta a la solución

Establecer un sistema de cobertura sanitaria universal, modelado por Brasil, no resultaría en la inclusión de los inmigrantes.

Los Estados Unidos nunca van a tener éxito con la Cobertura Sanitaria Universal como Brasil por tres razones: su cultura individualista, el sector de seguro médico privado y una falta de sistemas médicos eficaces.

Callaghan 2017 (Timothy Callaghan es profesor asistente en el Centro de Salud Científica de Texas A&M University. “Tres razones que explican por qué EEUU no tiene cobertura universal de salud” publicado por Univision: Política de Salud. 5 de junio de 2017.
univision.com/noticias/politica-de-salud/tres-razones-que-explican-por-que-eeuu-no-tiene-cobertura-universal-de-salud)

Lo que fue la víspera de la aprobación de la ley de salud republicana, American Health Care Act (AHCA, por sus siglas en inglés) en la Cámara de Representantes revela lo difícil que puede ser lograr un consenso en cuanto a la cobertura de salud. Al final, pasó al Senado por un estrecho margen, luego de un primer intento fallido.

Después de esa votación muchos estadounidenses se preguntan: ¿Por qué los políticos tienen problemas para lograr un consenso sobre el AHCA, en vez de buscar la cobertura universal? A fin de cuentas, la mayoría de las naciones industrializadas más avanzadas tienen sistemas de salud universales.

Como académico de políticas de salud, tengo algunas hipótesis. Las investigaciones desde la ciencia política y los servicios de salud apuntan a tres posibles explicaciones.

1. La cultura estadounidense es única

Una razón clave es un rasgo único de la cultura política en Estados Unidos. Como nación que fue levantada por inmigrantes de espíritu emprendedor y sin un sistema feudal que inculcara una estructura social rígida, los estadounidenses son más propensos a ser individualistas.

En otras palabras, los estadounidenses, y los conservadores en particular, creen fuertemente en el liberalismo clásico y en la idea de que el gobierno debe jugar un rol limitado en la sociedad. Como la cobertura universal choca por naturaleza con la creencia en el individualismo y el gobierno limitado, no sorprende que nunca se haya instaurado en Estados Unidos, a diferencia de otras partes del mundo.

La opinión pública apoya esta idea. Investigaciones emprendidas por el International Social Survey Program han encontrado que el porcentaje de estadounidenses que cree que la atención médica debe ser responsabilidad del Estado, es mucho menor al que existe en otros países avanzados como Canadá, el Reino Unido, Alemania o Suecia.

2. Grupos de interés se oponen

Aunque la cultura política estadounidense ayuda a explicar el debate sobre la atención de salud en el país, la cultura está lejos de ser la única razón por la falta de cobertura universal en Estados Unidos. Otro factor que ha limitado el debate sobre el sistema de seguro médico nacional es el peso de determinados grupos que influyen sobre el proceso político. La batalla legislativa sobre el contenido del ACA, la ley conocida como Obamacare, por ejemplo, generó 1.2 mil millones de dólares en lobby en 2009.

Las aseguradoras jugaron un papel clave en este proceso: gastaron más de 100 millones de dólares para ayudar a dar forma al ACA y mantenerse como el principal operador del sistema de salud estadounidense.

3. Los sistemas de derechos son difíciles de implementar

Una tercera razón por la que Estados Unidos carece de un sistema de cobertura universal de salud y que explica las dificultades que enfrentaron los republicanos para aprobar la nueva propuesta en la Cámara de Representantes, es que las instituciones políticas del país dificultan el implementar un programa masivo de derechos.

Tal y como los expertos en políticas han destacado en estudios del sistema de salud de Estados Unidos, el país no tiene “un sistema nacional total de seguros de salud, debido a que las instituciones políticas estadounidense están estructuralmente sesgadas contra este tipo de reformas totales”.

Estimada juez: Mi pareja _____ y yo
afirmamos la siguiente propuesta:

**El gobierno federal de los Estados Unidos debe
establecer un sistema nacional de Cobertura
Sanitaria Universal en el estilo de la República
Federativa de Brasil en los Estados Unidos.**

Afirmativo - Las enfermedades transmisibles

El problema: La falta de Cobertura Sanitaria Universal en el país hace que los Estados Unidos sea más vulnerable a los brotes de enfermedades

EEUU está vulnerable a brotes de enfermedades porque los estadounidenses no pueden pagar para ayuda médica cuando estén enfermos

Luhby 2021 (Tami Luhby, “Estados Unidos ocupa el último lugar en categorías de atención médica entre los países de ingresos altos”, publicado por CNN en español, 4 de agosto de 2021.

<https://cnnespanol.cnn.com/2021/08/04/estados-unidos-salud-atencion-medica-informe-trax>. Tami Luhby cubre temas de política sanitaria —incluidos la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), Medicaid y Medicare— como redactora sénior de CNN.)

Una vez más, Estados Unidos ocupó el último lugar en acceso a la atención médica, equidad y resultados entre los países de ingresos altos, a pesar de gastar una parte mucho mayor de su economía en salud, según un nuevo informe publicado el miércoles. La nación norteamericana ha ocupado el último sitio en los siete estudios que el Commonwealth Fund ha realizado desde 2004. Estados Unidos es el único de los 11 países encuestados que no tiene cobertura de seguro médico universal.

Si bien los datos más recientes no reflejan el impacto de la pandemia de coronavirus, exponen las fortalezas y debilidades del sistema de atención médica de cada país cuando el covid-19 llegó al mundo a principios de 2020.

El seguro médico en EE.UU. no brinda suficientes protecciones, lo que compromete la salud y las finanzas de los estadounidenses, dijo David Blumenthal, presidente del Commonwealth Fund, que promueve un mejor acceso y calidad a la atención médica, particularmente para las personas desfavorecidas y sin seguro. Eso obliga a las personas a dejar de recibir atención médica o verse abrumadas por una deuda médica.

“En ningún otro país la desigualdad de ingresos limita tan profundamente el acceso a la atención como aquí”, dijo Blumenthal. “Demasiadas personas no pueden pagar la atención que necesitan y demasiadas no tienen seguro, especialmente en comparación con otras naciones ricas”.

La mitad de los adultos estadounidenses de ingresos más bajos informaron que no recibieron atención debido al costo, en comparación con poco más de una cuarta parte de los estadounidenses de ingresos más altos, encontró el estudio. En el Reino Unido, solo el 12% de las personas con ingresos más bajos y el 7% con ingresos más altos dijeron que enfrentan tales barreras financieras.

Lo que es más, un estadounidense de altos ingresos tenía más probabilidades de informar sobre obstáculos financieros que una persona de bajos ingresos en casi todos los demás países encuestados,

que incluyen Australia, Canadá, Francia, Alemania, Países Bajos, Nueva Zelandia, Noruega, Suecia, Suiza y Reino Unido.

Afirmativo - Las enfermedades transmisibles

El impacto: Los brotes de enfermedades causan problemas de salud a nivel social.

Ahora, hay un gran riesgo de una nueva pandemia - la falta de inversión en la salud, conflictos bélicos y el cambio climático aumentan la probabilidad de brotes de enfermedades infecciosas

Mouzo 18-5-26. (Jessica Mouzo. “La OMS alerta de que la humanidad está al borde de sufrir una pandemia aún más dañina: “El mundo no es más seguro”, publicado por El País. 18 de mayo de 2026. <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2026-05-18/la-oms-alerta-de-que-la-humanidad-esta-al-borde-de-sufrir-un-dano-pandemico-aun-mayor-el-mundo-no-es-mas-seguro.html>. Jessica Mouzo es redactora de sanidad en EL PAÍS.)

Los científicos observan que los brotes de enfermedades infecciosas son cada vez más frecuentes y de mayor impacto (más casos y muertes), el impacto económico a corto y largo plazo de las emergencias sanitarias está creciendo y, además, la equidad en el acceso a medidas sanitarias para responder a las epidemias está menguando. “Está surgiendo una preocupante ‘fatiga de la equidad’, marcada no solo por una menor participación política y financiera, sino también por una disminución de las acciones para mantener el acceso equitativo como una prioridad global”, apuntan.

La conjura mundial para hacer frente a la pandemia de la covid, que disparó la financiación para buscar una vacuna en tiempo récord, por ejemplo, fue solo un espejismo de unidad a largo plazo. De hecho, según los expertos, la ayuda al desarrollo destinada a la salud ha vuelto a niveles del año 2009. “Las inversiones en preparación se han fortalecido desde la pandemia de la covid, pero el cambio en las prioridades geopolíticas amenaza con socavar este progreso”, subrayan los autores.

El mundo se encuentra en una encrucijada y la propia OMS, debilitada en los últimos años con la salida de países como Estados Unidos o Argentina, tampoco pasa por su mejor momento. Son “tiempos difíciles, peligrosos y de gran división”, ha admitido el propio Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general del organismo internacional, durante su discurso de apertura de la 79ª Asamblea Mundial de la Salud, que se celebra este lunes en Ginebra (Suíza). Los conflictos bélicos, las crisis económicas, el cambio climático y los recortes en las ayudas al desarrollo han pasado factura a las políticas de salud global y la dimensión de las consecuencias que tendrá todo esto está por ver.

A juicio de los expertos, las tendencias actuales dibujan “un futuro en el que las pandemias y otras emergencias de salud pública podrían volverse más frecuentes, más disruptivas y más difíciles de gestionar, en un mundo más vulnerable, más incierto y marcado por la creciente desconfianza y las crecientes desigualdades”. Los científicos creen que si no se produce un cambio radical en la capacidad de los profesionales de salud para afrontar los factores que impulsan las pandemias y no se toma un compromiso real con la equidad, “el mundo corre el riesgo de entrar en un ciclo de crisis sanitarias cada

vez más aceleradas, donde cada nuevo impacto erosiona aún más la resiliencia y profundiza las fracturas existentes”.

Afirmativo - Las enfermedades transmisibles

La solución: Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil mitigaría los brotes de enfermedades.

En Brasil, todos tienen acceso gratuito a servicios sanitarios como las vacunas gracias a su sistema de Cobertura Sanitaria Universal

Murray-Fella 2025. (Tom Murray-Fella, “El Sistema de Salud en Brasil: Cómo Funciona, Qué Esperar y Cómo Navegarlo en Portugués”, publicado por Rio and Learn Portuguese School, 13 de noviembre de 2025. <https://rioandlearn.com/es/salud-en-brasil/>. Tom Murray-Fella es especialista en Contenido SEO en Rio & Learn Portuguese School. Se dedica exclusivamente a contenidos enfocados en Brasil, combinando una investigación de palabras clave basada en datos con una cuidadosa verificación de información en colaboración con los profesores brasileños de Rio & Learn.)

Si Brasil fuera una persona, sería ese amigo que siempre encuentra una manera — llama a un vecino, le pide ayuda a un primo, prepara un café mientras resuelve un problema. El mismo espíritu atraviesa el sistema de salud en Brasil. Oirás risas en las salas de espera, verás a familias acompañando a la abuela a las citas y sentirás a los equipos de salud comunitaria llamando a las puertas para ver a los bebés recién nacidos. Esto es más que un sistema; es una cultura de cuidado tejida en la vida cotidiana.

Cómo es el sistema público de salud de Brasil (¿es gratuita la atención médica en Brasil?) El sistema público de salud de Brasil se llama SUS (Sistema Único de Salud) y está diseñado para ser universal. En la práctica, eso significa que la atención es gratuita en el punto de uso en instalaciones públicas: chequeos básicos, salas de emergencia (pronto-socorro), maternidades, vacunas y una larga lista de tratamientos. El SUS es la columna vertebral de la atención médica en Brasil, presente en pequeños pueblos de la Amazonia y en grandes megaciudades.

También encontrarás la Estrategia de Salud Familiar (Estratégia Saúde da Família), el enfoque comunitario de Brasil que envía equipos multidisciplinarios como médicos, enfermeros y agentes de salud a los barrios. Se centran en la prevención, las vacunas, la atención prenatal, las enfermedades crónicas y la educación sanitaria. Es una de las características más “brasil” del sistema: humana, local y continua.

Antes del SUS, la atención médica en Brasil era desigual. Los trabajadores formales utilizaban un sistema vinculado al empleo (INAMPS), mientras que muchos otros dependían de hospitales de caridad, centros estatales o pagaban de su propio bolsillo, lo que resultaba en un acceso desigual.

Todo cambió con la “Constitución Ciudadana” de 1988, que declaró la salud un derecho universal y un deber del Estado. Eso sentó la base legal para el Sistema Único de Salud (SUS). A principios de la década

de 1990, Brasil empezó a convertir esa promesa en práctica cotidiana: un único sistema público para todos, en todo el país.

A partir de ahí, el SUS siguió evolucionando:

Mediados de la década de 1990: el Programa de Salud de la Familia (ahora Estrategia de Salud de la Familia) llevó equipos comunitarios a los barrios.

Años 2000: el acceso a las emergencias se amplió con el SAMU 192 y unidades UPA de 24 horas, aliviando la presión sobre las salas de urgencias hospitalarias.

A partir de los años 2010: la atención primaria se amplió, los registros digitales se difundieron y se fortalecieron las vías para las condiciones crónicas y la salud materno-infantil.

Por qué importa: esta historia explica por qué la atención en Brasil se siente a la vez universal y cercana. Cuando entras en un posto de saúde o una UPA hoy, estás viendo décadas de reformas que llevaron al país de una cobertura limitada, basada en el empleo, a un sistema diseñado para todos.

El Ministerio de Salud de Brasil fija las políticas nacionales de salud, coordina grandes programas y trabaja con los estados y municipios. A nivel de calle, las clínicas municipales y los equipos de Salud de la Familia son donde la política se convierte en atención, desde visitas prenatales hasta seguimiento de la diabetes. Durante nuestras experiencias inmersivas en Río, como paseos por el barrio y salidas culturales, aprenderás el vocabulario y el contexto cultural que convierten estos acrónimos y señales en algo amable y familiar.

El sistema de salud de Brasil funciona mediante un modelo mixto. El SUS es universal y gratuito; junto a él, un gran sector privado ofrece clínicas, hospitales y planes de salud (planos de saúde).

Para la vida cotidiana en Brasil, la puerta pública — el SUS — a menudo te da exactamente lo que necesitas con calidez y espíritu comunitario. Es donde viven la prevención, la vacunación y el seguimiento en el barrio, y donde la atención urgente viene primero y el papeleo después. Si eres nuevo aquí, un poco de portugués ayuda mucho en la recepción — y estaremos encantados de ayudarte a practicar las frases que realmente usarás. • Las campañas de vacunación y de salud pública están muy extendidas. • La atención preventiva y el seguimiento comunitario son fuertes donde los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia están activos. • La atención de emergencia está disponible en hospitales públicos y en unidades de atención urgente (UPAs). • Acceso a medicamentos de alto costo para enfermedades crónicas como la diabetes y el VIH de forma gratuita.

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta al problema: La falta de Cobertura Sanitaria Universal no es la única causa de las brotes de enfermedades

La transmisión durante la pandemia COVID-19 no fue causada por la falta de CSU, sino por otras razones sociales que dificultaban la posibilidad de aislar para cuarentena.

Otero 2020 (Larissa Otero. 2020. "Rol de los determinantes sociales y económicos en la infección y en la mortalidad por SARS Cov2". Revista Médica Herediana, vol. 31, núm. 4, pp. 1-3, 2020. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://www.redalyc.org/journal/3380/338065627001/html/> Larissa Otero es profesor auxiliar en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Realiza investigaciones epidemiológicas.)

Es así que los determinantes sociales afectan el riesgo de infección por SARS Cov2 porque las acciones necesarias para reducir la exposición al virus dependen de la posibilidad de poder quedarse en casa, así como las condiciones de la casa para poder separar a personas de alto riesgo de enfermedad severa por COVID-19 de las personas que pueden traer la infección a la casa. El tener un trabajo que se puede realizar en casa usando una computadora e internet, o un trabajo presencial que brinda las medidas para reducir el riesgo incluyendo aislarse de inmediato y en cualquier momento si un trabajador tiene síntomas o está en contacto con alguien que los tiene, el poder transportarse en una movilidad privada en lugar de compartir el transporte público y una vivienda con electricidad, agua y desagüe y con condiciones mínimas necesarias para el número de personas que viven en ella, tienen un impacto directo en el riesgo de infectarse. Es así como las personas que no tienen un trabajo formal o tienen un trabajo formal con condiciones precarias, tienen menos posibilidad de llevar a cabo las medidas de prevención básicas en esta pandemia. En Estados Unidos, los agricultores, que son en su mayoría migrantes y de minorías raciales y étnicas, tuvieron más riesgo de infectarse y morir por COVID-19 (4). En Inglaterra, el índice de privación múltiple, una medida que incluye ingresos, estado laboral, educación y habilidades, salud, crimen, vivienda, servicios y ambiente, ha sido, después de la edad y las comorbilidades, es el factor más fuertemente asociado con la mortalidad por COVID-19 (5).

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta al impacto: La implementación de Cobertura Sanitaria Universal causaría problemas de salud a nivel social.

Transicionar rápidamente a un sistema de Cobertura Sanitaria Universal va a aumentar la demanda para médicos, lo que colapsaría el sistema a corto plazo

Acosta Bravo 2026 (Carlos Miguel Acosta Bravo, 10 de abril 2026, “Servicio Universal de Salud, entre la promesa de equidad y el riesgo de saturación.”

<https://billieparkernoticias.com/servicio-universal-de-salud-entre-la-promesa-de-equidad-y-el-riesgo-de-saturacion/> Carlos Miguel Acosta Bravo es Maestro en Comunicación por la Universidad Iberoamericana. Formó parte del cuerpo académico en comunicación en la Ibero y en la Universidad Anáhuac, campus norte CDMX.)

La creación del nuevo Servicio Universal de Salud (SUS) en México representa, sin duda, uno de los intentos más ambiciosos de reforma del sistema sanitario en décadas. Su objetivo es claro y socialmente atractivo, garantizar el acceso a servicios médicos a toda la población, especialmente a quienes históricamente han quedado fuera de la seguridad social. Sin embargo, detrás de esta promesa de universalidad se esconden preguntas fundamentales sobre su viabilidad financiera, su impacto operativo y las tensiones que inevitablemente generará, entre trabajadores y patrones que actualmente cubren elevadas cuotas para su operación.

El primer punto crítico es el financiamiento. A diferencia de reformas estructurales en otros países, el SUS no contempla —al menos por ahora— la creación de nuevos impuestos ni una fuente exclusiva de recursos. En cambio, apuesta por integrar y reorganizar lo ya existente: IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar. La lógica es sencilla en el papel, eliminar duplicidades, compartir infraestructura y mejorar la eficiencia del gasto público. Incluso la inversión inicial para su implementación —alrededor de 3,500 millones de pesos— se enfoca más en credencialización y digitalización que en infraestructura, y expansión física del sistema.

Esto revela una realidad incómoda, el SUS no es un nuevo sistema financiado desde cero, sino una reingeniería del actual. Su sostenibilidad dependerá, en gran medida, de la capacidad del Estado para hacer más con lo mismo. Y ahí es donde surgen las dudas.

El segundo elemento clave es la incorporación masiva del sector informal. En un país donde cerca de 50 millones de personas carecen de seguridad social formal, el impacto potencial es enorme. En el mejor de los casos, el SUS podría reducir el gasto de las aportaciones patronales y de trabajadores, garantizar continuidad en tratamientos y corregir la histórica fragmentación entre derechohabientes y población abierta. Es, en esencia, un paso hacia un modelo de salud verdaderamente universal.

Pero toda expansión de derechos conlleva un aumento de demanda. Y aquí aparece el principal talón de Aquiles del proyecto, la capacidad instalada. El sistema de salud mexicano ya enfrenta saturación hospitalaria, escasez de especialistas y problemas recurrentes de abasto de medicamentos. Incorporar

millones de nuevos usuarios sin una expansión proporcional de recursos humanos, infraestructura y equipamiento no es solo un desafío técnico, sino una receta para el colapso operativo en el corto plazo.

Las consecuencias son previsibles, tiempos de espera más largos para medicina de tercer nivel, mayor competencia por citas y procedimientos, y una percepción generalizada de deterioro en la calidad del servicio. Este escenario no solo afectaría a los nuevos beneficiarios, sino también —y quizás con mayor intensidad— a quienes ya cotizan en el sistema.

Aquí emerge una dimensión política delicada. Los trabajadores afiliados al IMSS o al ISSSTE podrían percibir el SUS como una redistribución injusta: “yo pago, otros no, y aún así competimos por los mismos servicios”. Esta percepción, más allá de su validez técnica, tiene un enorme peso político y social. La historia internacional muestra que los procesos de universalización sin expansión suficiente de capacidad suelen generar resistencias, conflictos sindicales y desgaste institucional.

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta a la solución: Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil no mitigaría los brotes de enfermedades.

Brasil es un ejemplo de todo lo que un país no debe hacer durante una pandemia.

Barrucho 2021. (Barrucho, Luis. 2021. "Brasil Es El Ejemplo de Todo Lo Que Podía Salir Mal En Una Pandemia". BBC News Mundo, March 25, 2021.

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56510603>. Actualmente, Luis Barranco es videoperiodista y editor de vídeo digital en el BBC World Service en Londres (Reino Unido). Periodista multimedia con 9 años de experiencia en diversas plataformas de televisión, radio y medios digitales, tanto en Brasil como en el Reino Unido. Anteriormente, reportero de economía y negocios en VEJA, la revista semanal de noticias más importante de Brasil.)

"Brasil es el ejemplo de todo lo que podía salir mal en una pandemia. Tenemos un país con unos dirigentes que, además de no implementar medidas de control, minaron las medidas que teníamos, como la distancia social, el uso de mascarillas y, durante mucho tiempo, también las vacunas. Nos convertimos en una amenaza global".

Esta es la opinión de Denise Garrett, epidemióloga que trabajó durante más de 20 años en el Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud de EE.UU. y ahora es la vicepresidenta del Instituto de Vacunas Sabin (Washington). Garrett no escatima en críticas al gobierno brasileño por su manejo de la pandemia de covid-19.

"Un año después, estamos en el peor lugar en el que podríamos estar, con una transmisión altísima, con una variante extremadamente alarmante y con un sistema de salud al borde del colapso", dice.

En el CDC, la experta se desempeñó como asesora del Programa de Capacitación en Epidemiología de Campo (FETP) en Brasil, como líder del equipo en el Consorcio de Estudios Epidemiológicos de Tuberculosis (TBESC) y como asesora de la Iniciativa Presidencial contra la Malaria en Angola.

Según los datos oficiales, Brasil registró su récord diario de muertes el martes, con 3.251. Este miércoles se registraron 2.009 muertos, con lo que el país ya [en 2021] superó los 300.000 muertos desde el inicio de pandemias (300.685 víctimas).

El país sudamericano es el segundo país del mundo con más muertos por covid, por detrás de EE.UU., con 545.282), según datos de la Universidad Johns Hopkins.

Brasil parece vivir en un universo paralelo. Si bien todos los países avanzan en una dirección, nosotros vamos en la dirección opuesta.

Un factor decisivo para ello, además de los que ya he mencionado, fue el fomento del uso de medicamentos sin ninguna evidencia científica, que la población creyó que eran una medida de protección.

Es decir, en lugar de practicar el distanciamiento social y usar mascarilla, mucha gente creyó en el presidente (Jair Bolsonaro) y pensó la ivermectina y hidroxiclороquina los protegería. No vi a ningún otro país del mundo haciendo eso.

Aquí en Estados Unidos, el expresidente Donald Trump también llegó a recomendar este medicamento en un momento determinado. Pero, en Brasil, había un protocolo recomendado por el Ministerio de Salud.

El impacto de estas noticias falsas es inmenso, y hace que incluso los colegas médicos sufran la presión del propio paciente.

Además de todo esto, no tenemos vacuna. El gobierno no llegó a acuerdos cuando se suponía que debía hacerlo. El presidente dijo que no sería vacunado. Las dosis que tiene Brasil ahora no provienen del gobierno federal.

AFIRMATIVO

Afirmamos la siguiente propuesta:

**El gobierno federal de los Estados Unidos debe
establecer un sistema nacional de Cobertura Sanitaria
Universal en el estilo de la República Federativa de Brasil
en los Estados Unidos.**

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - El problema

Los inmigrantes en los Estados Unidos enfrentan desigualdades de salud por la falta de cobertura sanitaria universal.

Las políticas de cobertura sanitaria de la administración de Trump son restrictivas contra los inmigrantes.

Martínez Yañez 2025 (Alonso Martinez es redactor SEO de inglés para Diario EL PAÍS. “Medicaid bajo la nueva ley de Trump: cómo afectará a los migrantes y a las personas con discapacidad,” publicado por Diario EL PAÍS. 24 de julio de 2025.

elpais.com/us/2025-07-24/medicaid-bajo-la-nueva-ley-de-trump-como-afectara-a-los-migrantes-y-a-las-personas-con-discapacidad.html)

El One Big Beautiful Bill (gran hermosa ley) de Donald Trump tendrá efectos devastadores para la salud de millones. Con recortes de casi 1 billón de dólares a Medicaid y la Ley de Asistencia Asequible (ACA) durante la próxima década, la ley podría provocar que más de 16 millones de estadounidenses pierdan su cobertura sanitaria.

La Oficina Presupuestaria del Congreso (CBO) estima que la ley de Trump recortará la financiación federal de Medicaid y otros programas en 1.020 billones de dólares para 2034. Estos recortes se deben principalmente a las nuevas restricciones de elegibilidad.

Esto podría provocar que al menos 11.800 millones de personas perdieran la cobertura de Medicaid.

“Esto es, sin duda, el mayor recorte regresivo de la cobertura sanitaria federal en Estados Unidos”, afirma el economista sanitario William H. Dow, de la Universidad de California en Berkeley.

La ley introduce varias disposiciones que restringirán el acceso a la cobertura sanitaria para los inmigrantes, tanto documentados como indocumentados. La ley cambia quién tiene el derecho a los servicios médicos de la Ley de Asistencia Asequible, lo que impide el acceso a miles de refugiados, solicitantes de asilo e inmigrantes con visados humanitarios.

Además, los Estados que proporcionan cobertura Medicaid a inmigrantes indocumentados se enfrentarán a sanciones económicas. Por lo tanto, es probable que esta reducción del apoyo federal presione a los Estados para que retiren los apoyos. Por ejemplo, California anunció la congelación de las nuevas inscripciones en Medi-Cal para inmigrantes indocumentados. Illinois suspendió un programa similar debido a las preocupaciones sobre los costos.

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - El problema

Los inmigrantes en los Estados Unidos enfrentan desigualdades de salud por la falta de cobertura sanitaria universal.

El gobierno estadounidense utiliza pretextos como la Ley de la Carga Pública para negar acceso a los servicios médicos a las comunidades inmigrantes.

Manchinelly 2022 (Dr. Daniel Manchinelly es Doctor en Ciencia Social con especialidad en Sociología por El Colegio de México. "EL ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE MIGRACIÓN IRREGULAR EN ESTADOS UNIDOS Y COLOMBIA." Publicado por Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. 2022.

home.ciess.org/wp-content/uploads/2023/06/0422_CASBSS_ELACCESOIRREGULAR.pdf)

Respecto al tema del acceso a la salud de los inmigrantes, el gobierno federal creó la Ley de la Carga Pública (Public-Charge Rule). Esta ley limitaba el uso de servicios médicos a las personas inmigrantes en los Estados Unidos. Esta ley dejó a varios migrantes con miedo de buscar cualquier servicio público de salud, a razón de ser deportados al estar clasificados como una carga pública para el Estado estadounidense

Esto se llamó efecto desalentador (chilling effect) ya que buscaba intimidar a los inmigrantes para que no pudieran acceder a todos los servicios públicos. Eso implicaba una limitante al acceso a la salud de los servicios médicos públicos para los inmigrantes residentes en Estados Unidos.

En suma, con el gobierno de Donald Trump la política migratoria se caracterizó por ser restrictiva, tanto en la frontera sur con México, como al interior de los Estados Unidos. Los derechos humanos fueron puestos entre paréntesis por medio de la ejecución de varias medidas restrictivas, ya que existieron varias transgresiones a los derechos humanos que fueron reportadas por Amnistía Internacional.

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - El problema

Los inmigrantes en los Estados Unidos enfrentan desigualdades de salud por la falta de cobertura sanitaria universal.

Los gobiernos estatales que antes ofrecían cobertura sanitaria para los inmigrantes sin estatus legal ya están recortando sus programas de nuevo.

Nguyễn y Shastri 2025 (Trần Nguyễn es reportera de Associated Press que cubre la política de California. Devi Shastri es reportera de Associated Press que cubre la salud pública estadounidense. Esta historia fue traducida del inglés por un editor de AP con la ayuda de una herramienta de inteligencia artificial generativa. "California, Illinois y Minnesota recortan cobertura de salud para personas sin estatus legal" publicado por Associated Press. 21 de julio de 2025.
apnews.com/article/medicaid-inmigrantes-servicios-medicos-suspension-estados-democratas-baf9d77bd57d98821e3780bb573ae9d8)

Durante casi 20 años, María llamaba a su hermana, una enfermera en México, para pedirle consejos sobre cómo manejar su asma en lugar de ir al médico en California.

No tenía estatus legal, por lo que no podía obtener seguro médico ni acudir a los exámenes de rutina. Insistió en usar sólo su primer nombre por temor a ser deportada.

Las cosas cambiaron para muchas personas cuando algunos estados abrieron sus programas de cobertura sanitaria a inmigrantes de bajos ingresos, independientemente de su estatus legal. Para María, todo cambió con el programa Medi-Cal de California. María y su esposo se inscribieron el año pasado, el día que comenzó el programa.

Al menos siete estados y el Distrito de Columbia han ofrecido cobertura para inmigrantes principalmente desde el año 2020.

Pero California, Illinois y Minnesota han dado marcha atrás, cancelando o limitando la cobertura para cientos de miles de personas que no están legalmente en Estados Unidos.

En Illinois, los inmigrantes adultos de 42 a 64 años sin estatus legal han perdido su atención médica. Todos los inmigrantes adultos en Minnesota se han quedado sin acceso al programa estatal. En California, nadie perderá automáticamente la cobertura, pero las nuevas inscripciones para adultos se detendrán en 2026.

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - El impacto

La Cobertura Sanitaria Universal estadounidense es importante para proteger la salud de los inmigrantes en los Estados Unidos.

La falta de Cobertura Sanitaria Universal para los inmigrantes indocumentados en los Estados Unidos resulta en peores problemas de salud y bienestar.

De Rello 2025 (Alejandro de Rello es graduado del Department of World Languages and Cultures de Georgia College & State University. "Los inmigrantes indocumentados y su pelea por la salud médica en los Estados Unidos" World Languages and Cultures Senior Capstones, publicado por Georgia College Knowledge Box. 2025. https://kb.gcsu.edu/wlc_capstone/31)

Los inmigrantes indocumentados en los Estados Unidos enfrentan desigualdades significativas en su salud. Hay una desigualdad entre los indocumentados y documentados. Los documentados son tratados mucho mejor y son las personas que sufren menos accidentes.

Muchos no pueden realizarse chequeos regulares o detectar enfermedades en etapas tempranas, lo que resulta en complicaciones que podrían haberse evitado con un tratamiento oportuno. La atención preventiva, esencial para mantener una buena salud, es prácticamente inexistente para esta comunidad, ya que la mayoría no tiene seguro médico ni recursos económicos suficientes para consultas o medicamentos.

Algunos recurren al uso de servicios médicos en México. Sin embargo, esto es riesgoso lo que hace que no sea una solución sostenible. A estas desigualdades físicas se suman graves problemas de salud mental que afectan profundamente a los inmigrantes indocumentados. Los indocumentados viven bajo un estrés intenso debido a su situación migratoria, al miedo de ser descubiertos, detenidos o deportados, lo cual genera impactos psicológicos como ansiedad y depresión, lo que los obliga a vivir "en la sombra".

Este miedo no solo afecta su bienestar emocional, sino que también los desanima de buscar atención médica. "En comunidades con alta concentración de hispanos, los migrantes compran en tiendas y tianguis latinos medicamentos y remedios caseros mexicanos." Su estatus migratorio los lleva a evitar cualquier interacción con sistemas formales de salud.

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - El impacto

La Cobertura Sanitaria Universal estadounidense es importante para proteger la salud de los inmigrantes en los Estados Unidos.

El acceso a la salud se debe considerar como un derecho humano, sin importar el estatus legal, según la Organización Internacional para las Migraciones.

Lowry 2019 (Joe Lowry Es escritor y periodista de la OIM (Organización Internacional para las Migraciones) de la ONU, donde cubre el sector de las emergencias humanitarias y el desarrollo.. “El derecho de los migrantes a la salud es clave para el desarrollo sostenible, le dice la OIM a la Unión Interparlamentaria” publicado por la Organización Internacional para las Migraciones. 15 de octubre de 2019.

iom.int/es/news/el-derecho-de-los-migrantes-la-salud-es-clave-para-el-desarrollo-sostenible-le-dice-la-oi-m-la-union-interparlamentaria)

El derecho a la salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos, con independencia de su condición legal, dijo la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) de las Naciones Unidas (ONU) frente a la 141ª Asamblea de la Unión Interparlamentaria.

“Recibimos con alegría la aprobación de esta declaración política trascendental sobre cobertura universal de salud y sobre todo la mención explícita de las necesidades de los migrantes”, dijo el Dr. Jaime Calderón en la reunión de la ONU.

Sin embargo, el Dr. Calderón advirtió que hay un paso sumamente importante que es necesario dar antes de que la cobertura universal de salud sea una realidad, y que con ese paso podrían llegar a llevar a cabo los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU.

“Esto no puede lograrse a menos que la cobertura de servicios de salud y las medidas financieras de protección en todos los países incluyan a los migrantes y a otras personas que están desplazándose, en especial todas aquellas que están estigmatizadas, marginalizadas y en situación de vulnerabilidad”, dijo Calderon.

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - El impacto

La Cobertura Sanitaria Universal estadounidense es importante para proteger la salud de los inmigrantes en los Estados Unidos.

El sistema actual de cobertura sanitaria en los Estados Unidos es uno de los sistemas más inaccesibles en el mundo, lo que afecta a millones de inmigrantes hispanohablantes.

Manchinelly 2022 (Dr. Daniel Manchinelly es Doctor en Ciencia Social con especialidad en Sociología por El Colegio de México. "EL ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE MIGRACIÓN IRREGULAR EN ESTADOS UNIDOS Y COLOMBIA." Publicado por Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. 2022.

home.ciess.org/wp-content/uploads/2023/06/0422_CASBSS_ELACCESOIRREGULAR.pdf)

Desde el inicio del gobierno del presidente Donald Trump, el número de personas sin seguro médico ha crecido, en especial en la población hispana debido a los cambios que han hecho de la Ley de Asistencia Asequible. De hecho, se ha estimado que aproximadamente 7.1 millones de personas migrantes carecen de seguro médico en los Estados Unidos.

El problema de acceso a la salud se puede observar en el Índice Global de Seguridad Sanitaria creado entre la Johns Hopkins Center for Health Security y The Economist Intelligence Unit. Este índice califica de 0 a 100, en donde 100 son las mejores condiciones institucionales para la salud.

Según este índice, Estados Unidos ocupa el primer lugar a nivel mundial en seguridad sanitaria. Resalta que obtiene las mejores calificaciones en Prevención, Detección, Respuesta, Salud y Normatividad. Cabe recordar que este índice se basa en la capacidad institucional, que puede ser menoscabada por las decisiones políticas durante una crisis sanitaria, como ocurrió durante la pandemia por COVID-19.

Una prueba de esto es que Estados Unidos ocupaba, en febrero de 2021, el primer lugar en número de fallecidos por la pandemia de COVID-19: 501,181 personas, según datos de la página del Centro de Control y Prevención de Enfermedades.

El indicador de acceso a los servicios médicos obtuvo una puntuación de 25.3 de un total de 100 puntos posibles. Esto se contrasta con las calificaciones de 100 puntos: (1) comunicación con los trabajadores médicos durante una emergencia sanitaria, (2) prácticas de control de infecciones y disponibilidad de equipos, y (3) capacidad para probar y aprobar nuevas medidas sanitarias).

En suma, la población migrante de Estados Unidos carece de acceso a la salud en Estados Unidos. En primer lugar, se ha detectado que el grupo hispano es el que está menos asegurado en comparación con los otros grupos sociales.

En segundo lugar, este grupo en movimiento padece de una serie de barreras al acceso a la salud que afectan su bienestar, obstáculos que se relacionan con su situación indocumentada y de extranjería.

En tercer lugar, aunque Estados Unidos tiene instituciones de alta calidad en los servicios médicos, padece del indicador de acceso a la salud, según el Índice Global de Seguridad Sanitaria. A todo lo anterior hay que tomar en cuenta el contexto anti-migratorio que aumentó durante el gobierno de Donald Trump, el cual complicó aún más el acceso a la salud de estas personas. Es en este contexto en el que la pandemia por COVID-19 llega a Estados Unidos.

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - La solución

Establecer un sistema de cobertura sanitaria universal, modelado por Brasil, incluiría a los inmigrantes.

El sistema de Cobertura Sanitaria Universal de Brasil proporciona servicios médicos a todos independientemente de su estatus migratorio.

Ministerio de la Salud de Brasil 2017 (El Ministerio de la Salud de Brasil es el órgano federal responsable de gestionar el Sistema Único de Saúde (SUS). “SALUD PARA TODOS: DERECHOS Y DEBERES DE LA SALUD EN BRASIL.” Publicado en la Biblioteca Virtual en Salud del Ministerio de la Salud de Brasil. 2017. bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud_todos_derechos_deberes_salud_Brasil_bilingue.pdf)

En el mundo ha habido un gran número de desplazamientos de la población, especialmente en las fronteras, y en las fronteras de Brasil no ha sido diferente. Es en el cuidado de la salud que se necesita una especial atención y cuidado a estos migrantes.

Este folleto fue preparado para guiar y explicar los principios fundamentales del Sistema Único de Salud (SUS), con sencillez y claridad que ofrezca las garantías de las leyes brasileñas en términos de acceso a la salud. La población de usuarios como profesionales de la salud van a tener conocimiento de los derechos básicos ofrecidos y así proporcionar un mejor servicio a los migrantes y la población en general.

El Sistema Único de la Salud es el sistema que garantiza el atendimento y el cuidado a la salud de todas las personas incluyendo acciones de prevención, educación en salud y tratamiento.

¿El sistema de salud pública brasileño (SUS) asegura a todos, incluso yo, que soy un extranjero? Sí. Todas las personas en el territorio brasileño tienen derecho al tratamiento de salud, incluso los extranjeros que acá están.

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - La solución

Establecer un sistema de cobertura sanitaria universal, modelado por Brasil, incluiría a los inmigrantes.

Una política federal de Cobertura Sanitaria Universal podría garantizar que los inmigrantes en los Estados Unidos tengan acceso a los servicios médicos.

De Rello 2025 (Alejandro de Rello es graduado del Department of World Languages and Cultures de Georgia College & State University. "Los inmigrantes indocumentados y su pelea por la salud médica en los Estados Unidos" World Languages and Cultures Senior Capstones, publicado por Georgia College Knowledge Box. 2025. https://kb.gcsu.edu/wlc_capstone/31)

Mejorar el acceso a la atención médica para los inmigrantes indocumentados requiere la implementación de políticas efectivas. Una de las principales propuestas es la expansión de Medicaid, un programa que podría crecer cobertura. A nivel federal, una expansión más amplia de Medicaid podría garantizar que millones de inmigrantes tengan acceso a atención médica preventiva y básica, reduciendo así los costos a largo plazo asociados con enfermedades avanzadas.

Durante Covid-19 muchos inmigrantes siguieron trabajando. Esto resultó en que el virus siguió creciendo y que más gente se enfermaba por el Covid-19. Ahora esto no es problema que solamente afecta a ellos sino también ahora está afectando a la gente estadounidense. Creando soluciones para salud médica para los indocumentados puede ayudar cuando hay enfermedades avanzadas como COVID-19 para que todo el público esté bien.

Uno de los aspectos más controversiales de los inmigrantes indocumentados en el sistema de salud es el costo asociado con brindarles atención médica. Muchos argumentan que los inmigrantes indocumentados representan una carga económica para el sistema de salud porque dependen de los servicios de emergencia para recibir atención médica.

Sin embargo, las investigaciones muestran que los costos asociados con la atención médica para los inmigrantes indocumentados son exagerados. Los inmigrantes indocumentados utilizan significativamente menos servicios de salud que los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales. Esto se debe en gran parte a que muchos evitan buscar atención médica a menos que sea absolutamente necesario debido al miedo a la deportación, los altos costos o la falta de conocimiento sobre los servicios disponibles.

Además, las limitaciones que enfrentan los inmigrantes indocumentados para acceder a la atención médica los obligan a caer en ciclos peligrosos de tratamientos basados en emergencias, lo que resulta más costoso a largo plazo. Esto significa que las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, que requieren hemodiálisis continua, a menudo quedan sin tratamiento hasta que se convierten en

emergencias potencialmente mortales, lo que resulta en costos altos e ineficiente en lugar de un tratamiento preventivo.

La ley federal exige que los departamentos de emergencia atiendan a todos los pacientes, ni importa su estatus migratorio, bajo la Ley de Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA). Sin embargo, como explica Rakatansky, esto crea una situación problemática en la que los doctores y los hospitales deben seguir criterios estrictos para determinar qué califica como una emergencia médica. Esto pone a los médicos como a los hospitales en una posición difícil, ya que deben decidir entre brindar atención esencial y asegurarse de cumplir con los requisitos legales para el reembolso.

Afirmativo - La salud de los inmigrantes - La solución

Establecer un sistema de cobertura sanitaria universal, modelado por Brasil, incluiría a los inmigrantes.

El sistema de Cobertura Sanitaria Universal de Brasil provee acceso a servicios médicos necesarios para los inmigrantes venezolanos. El éxito del sistema brasileño debería ser modelado por otros países del mundo.

Sora 2024 (Pierina Sora es periodista y creadora de contenidos digitales. “Migrantes venezolanos reciben atención en Salud en Brasil” publicado por Capsula Migrante en YouTube. Cápsula Migrante es una plataforma informativa para la comunidad venezolana en el Perú. 6 de febrero de 2024.
<https://www.youtube.com/watch?v=ahipVs3p5mQ>)

Brasil es el tercer país de acogida de migrantes venezolanos con necesidades de protección internacional después de Colombia y Perú. Esto es según los datos de la Plataforma de Coordinación Interagencial para Refugiados y Migrantes de Venezuela R4V. Hay quienes han conseguido en el país de la verdeamarela una oportunidad para tratar sus padecimientos de salud, incluso para salvar la vida de sus seres queridos. En este reportaje especial de Frontera Sur, presentamos la experiencia de migrantes venezolanos con condición de salud específica y la atención de salud médica en Brasil.

Según el análisis de necesidades de refugiados y migrantes de R4V, el acceso a la atención médica es una prioridad para las personas refugiadas y migrantes tanto en tránsito como en intención de permanencia. Sin embargo, el país se enfrenta a desafíos para la prestación de servicios públicos, lo que dificulta el acceso médico para estas personas. En este contexto hay migrantes venezolanos que han podido acceder al sistema de salud brasileño, gracias al apoyo de organizaciones humanitarias y del gobierno.

Es el caso de Félix Indriago, un hombre de 58 años de edad quien tenía todo en su país: casa, carro, empresa propia y seguros médicos: “Bueno, yo emigre de Venezuela por cuestiones de salud.”

En el año 2005 Félix ingresó a la lista de pacientes de diabetes tipo 2, una condición en la que los niveles de azúcar en la sangre suelen ser demasiados altos y necesitan ser controlados.

“Tenía todo lo que puede tener, el “sueño americano” que llaman, en Venezuela completo. Casa, carro, mi propia empresa. Teníamos seguros médicos. Teníamos seguro por empresa. Mi esposa trabajaba otra pensionada de Ferrominera Orinoco. Más, sin embargo, un día el azúcar se me subió mucho. Llegó a 400 y algo. Y estuvimos visitando varias clínicas, como seis clínicas, sin mentirte. Y cuando llegábamos no había cómo atenderme. Teníamos como materia seguro, dinero en efectivo, dinero en cuentas bancarias, en tarjetas de crédito y seguros pagos.”

Sin embargo en 2019, sus niveles de glucosa llegaron casi a los 500, pero de nada le sirvió tener un seguro médico, puesto que el país estaba atravesando una crisis social y económica.

“Y una hermana mía fue la que me consiguió el medicamento para poderme estabilizar el azúcar. Y entonces, nos sentamos, hablamos y vimos. Bueno, tengo dinero. Tengo casa. Tengo carro. Pero de qué me valió eso en ese momento no había la medicina para controlarme el azúcar. Por eso decidimos emigrar.”

En diciembre de 2020, Félix y su familia rodaron hasta Itapiranga, un municipio brasileño del estado de Santa Catarina. Después de un mes hicieron una migración interna. Esa vez fue a Curitiba, lugar ubicado en Paraná al sur de Brasil. Allí volvieron a iniciar un hogar y Félix comenzó a tener más tranquilidad porque los médicos del país de acogida trataron su diabetes.

“Llegamos a Brasil con un amigo y desde el tercer día, pudimos ir a un médico. Sin ningún tipo de papel, Brasil me atendió como que si yo era de la casa. Mi sorpresa más grande fue que me dieron una bolsa de medicina. O sea, todas las medicina que yo necesitaba para las para la diabetes. Soy diabético tipo 2. El diabético sufre de hipertensión, de tensión, de varias cosas. Colesterol, triglicéridos. De todo lo que tú te puedas imaginar. Más sin embargo, me dieron todas esas medicinas.”

Según el informe del centro de derechos humanos de la Universidad Católica Andrés Bello recomenzar lejos de casa la migración forzada de personas mayores venezolanas, la salud es una de las cuatro principales motivaciones que llevan a las personas a salir de Venezuela, siendo el grupo de las personas mayores como uno de los más afectados por la emergencia humanitaria compleja. Todo ciudadano que llega a Brasil tiene el derecho a ser atendido por el sistema único de salud.

“El Sistema Único de Salud es el gran sistema público de salud existente en el país, que es referencia en muchos casos. Por ejemplo, en todo lo que tiene que ver con vacunación, es uno de los sistemas con mayor capacidad de vacunar personas al mismo tiempo con cobertura nacional. Brasil en ese sentido se destaca a nivel mundial. Claro, ahora los grandes desafíos que las personas están experimentando cuando llegan aquí es que una cosa es el reconocimiento y otra cosa es la garantía del derecho. Y ahí creo que está la gran dificultad.”

NEGATIVO

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta al problema

Los inmigrantes en los Estados Unidos enfrentan desigualdades de salud no por la falta de cobertura sanitaria universal, sino por otros factores.

Los programas estatales de cobertura sanitaria ya están ofreciendo cobertura sanitaria a todos, incluso a los inmigrantes indocumentados.

Galewitz 2023 (Phil Galewitz es corresponsal senior de KFF News; cubre noticias sobre senior Medicaid, Medicare, hospitales, el cuidado de largo plazo, y políticas estatales. “Más estados amplían cobertura de salud para inmigrantes sin papeles, en medio de crisis en la frontera” publicado por KFF Health News. 28 de diciembre de 2023. kffhealthnews.org/es/insurance/mas-estados-amplian-cobertura-de-salud-para-inmigrantes-sin-papeles-en-medio-de-crisis-en-la-frontera/)

Cada vez más estados están lanzando programas de seguro médico para inmigrantes —incluyendo a aquellos que viven en el país sin papeles, mientras que los republicanos critican al presidente Joe Biden por un aumento dramático en los cruces no autorizados por la frontera sur.

Once estados y Washington, DC ofrecen cobertura completa de salud a más de un millón de inmigrantes de bajos ingresos, independientemente de su estatus migratorio, según datos estatales recopilados por KFF Health News. La mayoría son indocumentados, según funcionarios estatales.

La inscripción en estos programas podría llegar a duplicarse para 2025, ya que al menos siete estados están iniciando o ampliando la cobertura. En enero, Utah, controlado por los republicanos, comenzará a cubrir a los niños independientemente de su estatus migratorio. Nueva York y California ampliarán la elegibilidad para cubrir a más adultos.

Según estimaciones del Pew Research Center, hay más de 10 millones de personas viviendo en el país sin papeles.

Defensores de inmigrantes y académicos señalan dos factores que aumentaron el interés de líderes estatales en proporcionar atención médica a esta población: (1) la pandemia destacó la importancia de la cobertura de salud para controlar la propagación de enfermedades infecciosas, y (2) algunos estados se centran en personas sin estatus legal para reducir aún más la tasa récord de personas sin seguro en el país.

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta al problema

Los inmigrantes en los Estados Unidos enfrentan desigualdades de salud no por la falta de cobertura sanitaria universal, sino por otros factores.

Las comunidades inmigrantes tienen varias opciones para recibir cuidado médico, independiente de estatus migratorio, incluso la cobertura privada y las clínicas comunitarias.

Las Abogadas RVA 2025 (Las Abogadas RVA, o Airington Law, es un bufete de abogados de inmigración multilingüe y liderado por mujeres, fundado en 2016 por la abogada Miriam Airington-Fisher. “¿Hay seguros médicos para inmigrantes sin papeles en USA?” Publicado por Las Abogadas RVA. 25 de octubre 2025 <https://airingtonlaw.com/blog/seguros-medicos-para-inmigrantes-sin-papeles-usa/>)

La ley federal EMTALA (Emergency Medical Treatment and Labor Act) obliga a los hospitales que reciben apoyo federal a brindar atención médica de emergencia a cualquier persona, sin importar su capacidad de pago o estatus migratorio. Sin embargo, esto cubre únicamente emergencias médicas, no chequeos ni tratamientos prolongados. Una vez que el paciente es estabilizado, el hospital no tiene obligación de atenderlo hasta su recuperación.

¿Recibir atención de emergencia afecta a mi proceso migratorio? Desde 2022, el USCIS aclaró que usar atención médica de emergencia o servicios comunitarios de salud no cuenta como carga pública para propósitos migratorios. Esto significa que recibir atención de emergencia no debería perjudicar futuras solicitudes migratorias.

¿Qué opciones públicas existen para inmigrantes indocumentados? Aunque el gobierno federal limita los beneficios, siete estados han creado programas locales de salud que sí cubren a personas sin estatus migratorio.

Esta es la lista de estados que proporcionan subsidios o apoyos para facilitar que todas las personas, incluidas inmigrantes, puedan obtener un seguro de gastos médicos o atención médica accesible: California, Colorado, Illinois, Minnesota, Nueva York, Oregón y Washington

California: ofrece cobertura de Medi-Cal a todos los residentes de bajos ingresos, sin importar su estatus migratorio, hasta los 26 años y, desde 2024, también a adultos mayores de 50 años.

Nueva York: permite a inmigrantes indocumentados acceder a cobertura para embarazo, emergencias y ciertos servicios de salud a través de programas estatales.

Illinois: brinda seguro médico estatal a niños y adultos mayores indocumentados.

Estos programas suelen cubrir atención prenatal y pediátrica, emergencias médicas, programas de salud materno-infantil, vacunas y servicios preventivos.

Aunque el acceso a programas públicos de salud está restringido para los inmigrantes indocumentados, existen opciones privadas y comunitarias que pueden ayudar a obtener cobertura o al menos atención básica.

1. Seguros privados individuales: Los inmigrantes sin papeles no pueden comprar seguros a través de Healthcare.gov ni recibir subsidios bajo la Ley ACA. Sin embargo, algunas aseguradoras ofrecen pólizas privadas de manera directa, sin importar estatus migratorio.

2. Seguro de compensación laboral: En muchos estados es obligatorio que los empleadores contraten un seguro de compensación para sus trabajadores, incluidos los inmigrantes sin documentos. Estos seguros cubren accidentes, lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

3. Seguro médico a través del empleador: En algunos casos, las empresas ofrecen cobertura grupal de salud como parte de sus beneficios de contratación. En estos casos, la inscripción en planes grupales no siempre requiere prueba de estatus migratorio. El empleador paga parte de la prima, así se reduce el costo para el trabajador. Los trabajadores asegurados tienen que pagar el total de los deducibles, copagos y coseguros.

No todas las empresas ofrecen estos beneficios. Muchas empresas ofrecen beneficios exclusivamente para sus empleados documentados y no ofrecen seguro de salud para inmigrantes sin documentos. El acceso depende del tamaño de la empresa y de si ofrece beneficios de salud. Además, muchas empresas pequeñas no ofrecen seguro.

4. Clínicas comunitarias y centros de salud de bajo costo: Los Federally Qualified Health Centers (FQHCs) y clínicas comunitarias ofrecen servicios médicos. Se enfocan en atención primaria, salud preventiva, dental, mental y vacunas.

5. Cooperativas de salud y programas comunitarios

En algunas ciudades, existen cooperativas médicas o programas de salud municipales que brindan atención a residentes locales sin importar su estatus migratorio.

Estas cooperativas son clínicas en las que todos los socios son dueños de la clínica, y por lo tanto tienen acceso a sus servicios. En este esquema, no existen inversionistas exteriores que reciben ganancias.

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta al problema

Los inmigrantes en los Estados Unidos enfrentan desigualdades de salud no por la falta de cobertura sanitaria universal, sino por otros factores.

La falta de acceso a los servicios médicos para los inmigrantes no es por la falta de cobertura sanitaria, sino porque los hospitales y clínicas no están seguros contra las deportaciones.

Baumgaerner, Agrawal & Silver-Greenberg 2025 (Emily Baumgaertner Nunn, Nina Agrawal y Jessica Silver-Greenberg. "En EE.UU., los migrantes no buscan atención médica por miedo al ICE" publicado por el New York Times. 9 de mayo de 2025.

[nytimes.com/es/2025/05/09/espanol/ciencia-y-tecnologia/migrantes-estados-unidos-hospitales-salud-atencion-medica.html](https://www.nytimes.com/es/2025/05/09/espanol/ciencia-y-tecnologia/migrantes-estados-unidos-hospitales-salud-atencion-medica.html))

En todo Estados Unidos, médicos, enfermeras y trabajadores sociales están cada vez más preocupados por el hecho de que personas con problemas médicos graves están renunciando a recibir atención médica por miedo a ser detenidas por funcionarios de migración. Desde que el gobierno de Donald Trump anuló una política de Joe Biden que protegía espacios como hospitales, las clínicas médicas y las iglesias de la aplicación de las leyes de inmigración, los médicos dijeron que habían notado un fuerte aumento de la ansiedad de los pacientes y de los índices de inasistencia a las citas.

Los especialistas sanitarios advierten que, si esta tendencia continúa, la lista de consecuencias podría ser larga: enfermedades infecciosas circulando innecesariamente; peores costos de la asistencia médica debido a enfermedades crónicas no tratadas; y complicaciones peligrosas en el parto para las mujeres que esperan demasiado antes de buscar ayuda, entre otras.

En una encuesta realizada por KFF, una organización de investigación sobre políticas de salud, el 31 por ciento de los migrantes afirmaron que las preocupaciones por el estatus migratorio-ya sea el suyo o el de un familiar-estaban impactando negativamente su salud. Alrededor del 20 por ciento de todos los migrantes encuestados dijeron tener problemas para comer y dormir; el 31 por ciento declaró que su estrés y ansiedad habían empeorado.

Las investigaciones han demostrado que las medidas en contra de la migración están relacionadas con peores resultados en los nacimientos y en la salud mental, fallas en la atención y menos personas accediendo a los tipos de programas públicos que reducen la enfermedad y la pobreza en general.

"En realidad no solo estamos creando riesgos de salud muy graves, sino riesgos económicos a largo plazo para nuestro país", afirmó Julie Linton, pediatra y miembro del comité de asuntos del gobierno federal de la Academia Estadounidense de Pediatría. "Estas políticas están creando un miedo y una incertidumbre muy reales para la gente, y tienen un impacto enorme en su capacidad para funcionar en el día a día".

Muchas comunidades de migrantes padecen altos índices de enfermedades crónicas, como hipertensión y diabetes, que, si no se tratan, pueden provocar infartos, derrames cerebrales y otras complicaciones graves.

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta al impacto

La Cobertura Sanitaria Universal estadounidense dañará la salud de los inmigrantes en los Estados Unidos.

La Cobertura Sanitaria Universal se convertiría en una herramienta de deportaciones. Las agencias federales de migración como ICE ya pueden utilizar datos básicos de Medicaid para su campaña de deportaciones.

Vollers y Maya 2026 (Anna Claire Vollers es periodista de salud de Stateline. Traducido por Diego Maya. "ICE está utilizando datos de Medicaid para averiguar dónde viven los inmigrantes" publicado por New Jersey Monitor. 22 de enero de 2026. [newjerseymonitor.com/spanish/ice-esta-utilizando-datos-de-medicaid-para-averiguar-donde-viven-los-inmigrantes/](https://www.newjerseymonitor.com/spanish/ice-esta-utilizando-datos-de-medicaid-para-averiguar-donde-viven-los-inmigrantes/))

En una victoria para la ofensiva migratoria del presidente Donald Trump, un reciente fallo judicial permite que el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos pueda usar los datos de Medicaid de los estados para encontrar personas que se encuentran en el país ilegalmente.

El caso sigue en curso. Pero por ahora, los inmigrantes, incluidos aquellos que residen legalmente en el país, tendrán que sopesar los beneficios de obtener cobertura médica frente al riesgo de que inscribirse en Medicaid facilite la localización de ellos o de sus familiares por parte de ICE.

El verano pasado, 22 estados y el Distrito de Columbia demandaron a la administración Trump para bloquear el intercambio de información entre ICE y Medicaid, el programa estatal-federal de seguro médico que cubre principalmente a personas de bajos ingresos. Sin embargo, a finales de diciembre de 2025, un juez federal dictaminó que ICE puede extraer datos básicos de Medicaid para utilizarlos en sus procedimientos de deportación, incluyendo direcciones, números de teléfono, fechas de nacimiento y estatus de ciudadanía o inmigración.

El Tribunal de Distrito de EE. UU. en San Francisco básicamente dictaminó que las agencias gubernamentales pueden compartir ciertos datos, incluyendo información de identificación básica. "Ese tipo de intercambio de datos está claramente autorizado por ley", afirma la decisión.

Varios meses después del segundo mandato de Trump, ICE obtuvo acceso a los datos personales de 79 millones de beneficiarios de Medicaid como parte de sus esfuerzos por encontrar personas que puedan estar viviendo ilegalmente en Estados Unidos.

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta al impacto

La Cobertura Sanitaria Universal estadounidense dañará la salud de los inmigrantes en los Estados Unidos.

En los estados con políticos anti-inmigrantes, un sistema de Cobertura Sanitaria Universal será utilizado al máximo para perfilar y deportar a los inmigrantes.

Jones 2026 (Andrew Jones es un corresponsal de salud rural para Carolina del Norte, EEUU. “Trump exige datos de Medicaid para deportar. Algunos estados van un paso más allá.” publicado por KFF Health News. 18 de mayo de 2026

kffhealthnews.org/es/noticias-en-espanol/trump-exige-datos-de-medicaid-para-deportar-algunos-estados-van-un-paso-mas-alla/)

Varios estados se han sumado a los esfuerzos de deportación del presidente Donald Trump y están llevando los requisitos federales de reportar a las autoridades migratorias un paso más allá: usando sus agencias de salud pública como instrumentos de control migratorio.

Carolina del Norte se convirtió a finales de abril en el miembro más reciente de un grupo creciente de estados liderados por republicanos que exigen a sus agencias de salud pública reportar al Departamento de Seguridad Nacional de Estados Unidos (DHS) a los beneficiarios de Medicaid cuyo estatus legal esté en duda.

Es una tendencia que, según investigadores de políticas de salud, probablemente se extenderá a otros estados controlados por el Partido Republicano que buscan alinearse con Trump en la ofensiva federal contra el fraude en Medicaid y la inmigración sin papeles.

Hasta ahora, al menos cuatro estados —Indiana, Louisiana, Montana y Wyoming— han aprobado leyes similares, y legisladores en otros estados, como Oklahoma y Tennessee, evalúan medidas parecidas. En esos seis estados, los republicanos controlan tanto las dos cámaras legislativas como la oficina del gobernador.

Los inmigrantes sin estatus legal no son elegibles para recibir beneficios de Medicaid, pero varios grupos que no son ciudadanos sí califican, como personas con residencia permanente, asilados y refugiados. Uno de cada cuatro niños en el país, la mayoría ciudadanos, vive con al menos un inmigrante.

Sin embargo, las nuevas leyes para reportar casos agregan un nivel adicional de riesgo para los inmigrantes que buscan atención médica, frente a medidas impulsadas desde la Casa Blanca que han utilizado datos de Medicaid para identificar y deportar personas.

Algunas de las leyes estatales aplican únicamente a las agencias de salud, como ocurre en Carolina del Norte. Pero el proyecto de ley enviado al gobernador de Tennessee, Bill Lee, sería más amplio y exigiría que todas las agencias estatales reportan a personas sospechosas de estar en el país sin papeles.

Las siete medidas estatales van más allá de lo que exige la ley federal, que únicamente obliga a cooperar con agentes de inmigración proporcionando información personal de beneficiarios cuando se solicite.

En Louisiana, familias con estatus migratorio mixto han reportado que la nueva ley estatal, aprobada el año pasado, las desanima a registrar a sus hijos, que son ciudadanos estadounidenses, en Medicaid.

A partir de octubre, empleados estatales pedirán a personas no ciudadanas que reciben Medicaid pruebas de su situación migratoria. Luego, reportarán a las autoridades federales sobre quien no tiene un estatus legal “satisfactorio”.

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta al impacto

La Cobertura Sanitaria Universal estadounidense dañará la salud de los inmigrantes en los Estados Unidos.

Las políticas anti-inmigrantes van más allá de la administración de Trump. La historia de los Estados Unidos muestra un patrón de xenofobia, lo que la Cobertura Sanitaria Universal no puede superar.

Henao Castro 2026 (Andrés Fabián Henao Castro es un Profesor del Departamento de Ciencia Política en la Universidad de Massachusetts, Boston. “El ICE y el fascismo neoliberal tardío en los Estados Unidos” publicado por Periodico UNAL. 16 de febrero de 2026.

<https://periodico.unal.edu.co/articulos/el-ice-y-el-fascismo-neoliberal-tardio-en-los-estados-unidos>)

Alex Jeffrey Pretti, ciudadano de 37 años de Minneapolis, enfermero, sindicalista y comprometido activista con la defensa de la comunidad migrante en los Estados Unidos, fue ejecutado extrajudicialmente el pasado 25 de enero, convirtiéndose así en la novena víctima fatal del ICE en menos de un mes de este año.

En 2025 se documentaron 32 muertes bajo la custodia de dicha institución, cometidos por ahora con total impunidad. Registros periodísticos y de organizaciones de derechos humanos han documentado fallecimientos en centros de detención migratoria asociados con negligencia médica, uso excesivo de la fuerza y condiciones de reclusión precarias. Con esa misma impunidad el ICE se ha dedicado a secuestrar indiscriminadamente a miles de migrantes, y al mismo tiempo a intimidar y criminalizar a las organizaciones de base que se resisten al intento de esta administración por normalizar semejante estado de terror.

El ICE es una agencia del Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos, y tras la reelección de Donald Trump a la Presidencia en 2024, se ha convertido en la institución policiva más grande que ha conocido el mundo en toda su historia. En la última década su presupuesto anual pasó de menos de 6.000 millones de dólares a cerca de 85.000 millones, impulsado por reformas legislativas que priorizaron el control migratorio y la expansión del sistema de detención, convirtiéndola en una de las agencias federales de aplicación de la ley con mayor financiación del país.

El ICE tiene sus orígenes en la mal llamada “guerra contra el terror”, inaugurada por el entonces presidente George W. Bush y legalizada mediante la Ley de Seguridad Nacional firmada en marzo de 2003. Dicha ley radicalizó la transformación progresiva del problema social, político y económico de la migración, de ser una cuestión laboral a ser una cuestión de seguridad nacional.

La política anti-inmigrante es una política bipartidista que tiene una larga historia en los Estados Unidos. Es importante rastrear la historia de exclusión del país, desde la trata transatlántica de africanos

esclavizados en el siglo XVII hasta la Ley de Exclusión China de 1882 – la primera ley en legalizar la exclusión de migrantes en los Estados Unidos.

Pero es importante no tratar el terror de Estado como un fenómeno completamente aislado o sin antecedentes históricos que hoy se vuelca sobre las poblaciones migrantes como si no tuviera precedentes, y entender más bien lo arraigada que está esa violencia en el racismo de Estado, desde su histórica fundación en el colonialismo de asentamiento.

Caracterizar el actual gobierno neoliberal de los Estados Unidos como un caso de fascismo tardío no significa que sea tardío en relación con fascismo europeo, como si el ICE fuera simplemente una repetición de la Gestapo Nazi, y Trump una caricatura de Hitler. Como bien lo señalan Jeanelle Hope y Bill Mullen en su libro *The Black Antifascist Tradition* (2024), la tradición antifascista negra en Estados Unidos ha interpretado el fascismo no como un fenómeno exclusivamente europeo, sino como una expresión histórica del racismo estructural, el colonialismo y la violencia estatal vinculada al capitalismo global.

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta a la solución

Establecer un sistema de cobertura sanitaria universal, modelado por Brasil, no resultaría en la inclusión de los inmigrantes.

Los Estados Unidos nunca van a tener éxito con la Cobertura Sanitaria Universal como Brasil por tres razones: su cultura individualista, el sector de seguro médico privado y una falta de sistemas médicos eficaces.

Callaghan 2017 (Timothy Callaghan es profesor asistente en el Centro de Salud Científica de Texas A&M University. “Tres razones que explican por qué EEUU no tiene cobertura universal de salud” publicado por Univision: Política de Salud. 5 de junio de 2017.
univision.com/noticias/politica-de-salud/tres-razones-que-explican-por-que-eeuu-no-tiene-cobertura-universal-de-salud)

Lo que fue la víspera de la aprobación de la ley de salud republicana, American Health Care Act (AHCA, por sus siglas en inglés) en la Cámara de Representantes revela lo difícil que puede ser lograr un consenso en cuanto a la cobertura de salud. Al final, pasó al Senado por un estrecho margen, luego de un primer intento fallido.

Después de esa votación muchos estadounidenses se preguntan: ¿Por qué los políticos tienen problemas para lograr un consenso sobre el AHCA, en vez de buscar la cobertura universal? A fin de cuentas, la mayoría de las naciones industrializadas más avanzadas tienen sistemas de salud universales.

Como académico de políticas de salud, tengo algunas hipótesis. Las investigaciones desde la ciencia política y los servicios de salud apuntan a tres posibles explicaciones.

1. La cultura estadounidense es única

Una razón clave es un rasgo único de la cultura política en Estados Unidos. Como nación que fue levantada por inmigrantes de espíritu emprendedor y sin un sistema feudal que inculcara una estructura social rígida, los estadounidenses son más propensos a ser individualistas.

En otras palabras, los estadounidenses, y los conservadores en particular, creen fuertemente en el liberalismo clásico y en la idea de que el gobierno debe jugar un rol limitado en la sociedad. Como la cobertura universal choca por naturaleza con la creencia en el individualismo y el gobierno limitado, no sorprende que nunca se haya instaurado en Estados Unidos, a diferencia de otras partes del mundo.

La opinión pública apoya esta idea. Investigaciones emprendidas por el International Social Survey Program han encontrado que el porcentaje de estadounidenses que cree que la atención médica debe ser responsabilidad del Estado, es mucho menor al que existe en otros países avanzados como Canadá, el Reino Unido, Alemania o Suecia.

2. Grupos de interés se oponen

Aunque la cultura política estadounidense ayuda a explicar el debate sobre la atención de salud en el país, la cultura está lejos de ser la única razón por la falta de cobertura universal en Estados Unidos. Otro factor que ha limitado el debate sobre el sistema de seguro médico nacional es el peso de determinados grupos que influyen sobre el proceso político. La batalla legislativa sobre el contenido del ACA, la ley conocida como Obamacare, por ejemplo, generó 1.2 mil millones de dólares en lobby en 2009.

Las aseguradoras jugaron un papel clave en este proceso: gastaron más de 100 millones de dólares para ayudar a dar forma al ACA y mantenerse como el principal operador del sistema de salud estadounidense.

3. Los sistemas de derechos son difíciles de implementar

Una tercera razón por la que Estados Unidos carece de un sistema de cobertura universal de salud y que explica las dificultades que enfrentaron los republicanos para aprobar la nueva propuesta en la Cámara de Representantes, es que las instituciones políticas del país dificultan el implementar un programa masivo de derechos.

Tal y como los expertos en políticas han destacado en estudios del sistema de salud de Estados Unidos, el país no tiene “un sistema nacional total de seguros de salud, debido a que las instituciones políticas estadounidense están estructuralmente sesgadas contra este tipo de reformas totales”.

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta a la solución

Establecer un sistema de cobertura sanitaria universal, modelado por Brasil, no resultaría en la inclusión de los inmigrantes.

El sistema de Cobertura Sanitaria Universal de Brasil no pudo proteger a sus comunidades inmigrantes durante COVID-19.

Cornali 2020 (Federico Cornali es un periodista brasileño con una especialidad en el fútbol brasileño.

“Los extranjeros que están en situación irregular en el país no reciben ayuda del Gobierno ni son incluidos en la ayuda financiera de emergencia y sobreviven, en la mayoría de los casos, gracias a donaciones de la sociedad civil.” Publicado por Anadolu Ajansi, una agencia de noticias estatal de Ankara, Turquía. 7 de octubre de 2020.

<https://www.aa.com.tr/es/mundo/la-pandemia-dej%C3%B3-al-descubierto-la-cara-m%C3%A1s-vulnerabl-e-de-los-inmigrantes-en-brasil/1999040>)

La permanencia de un extranjero en Brasil puede convertirse en “irregular” si se extiende más allá del plazo legal permitido por el visado en su pasaporte o si comienza a trabajar en el país sin autorización.

Según el último reporte del Observatorio de Migraciones Internacionales, dependiente del Ministerio de Justicia y Seguridad Pública, entre 2010 y 2018 fueron registrados más de 774.000 inmigrantes, la mayoría de ellos haitianos y venezolanos.

Por otro lado, de acuerdo con la base de informaciones del Comité Nacional para los Refugiados, en Brasil hay más de 58.000 refugiados, y 44.986 de ellos son venezolanos (casi un 77%). Detrás, en la lista que componen 94 países, vienen Senegal y Haití.

Históricamente, Brasil siempre fue el territorio destino de varios flujos migratorios, y eso no ha cambiado, aun con las últimas crisis políticas y económicas. Sin embargo, la pandemia por COVID-19, que lleva cerca de 5.000.000 de casos confirmados y más de 147.000 muertos en el país, dificulta aún más la situación de los extranjeros sin documentos, ya que los empleos escasean y aumentó la demora para obtener el Registro Nacional Migratorio.

Muchos de los inmigrantes que ya llevaban un tiempo en Brasil vivían del trabajo informal, que prácticamente se detuvo con el avance del virus. La ayuda financiera de emergencia de 600 reales que ofrece el Gobierno federal a los trabajadores golpeados por la crisis no está al alcance de la mayoría de los extranjeros “irregulares”, ya que solo es posible obtenerla mediante la presentación de documentos como el Registro de Personas Físicas, la Cédula de Identidad y cartera de trabajo.

“Con la pandemia, la empresa textil en la que trabajaba tuvo que parar la operación y nos quedamos en la calle. Como no pude regularizar mi situación en la Policía Federal, porque no daban cita, tampoco me

dan la ayuda emergencial”, cuenta Raquel Mamaní, boliviana de 29 años, que vive con sus dos hijas y su marido en Brás, barrio ubicado en el centro de Sao Paulo, donde vive una enorme comunidad boliviana.

Si bien muchos de los extranjeros que están de forma irregular en el país tienen la intención de solucionar su situación, la sede de la Policía Federal, en Lapa, oeste paulista, donde se regularizan las situaciones de los inmigrantes, funcionó apenas para “urgencias” desde el comienzo de la pandemia, en marzo, hasta el 30 de julio, cuando volvieron a abrir la agenda para trámites de forma general. Sin embargo, no es fácil conseguir un turno de forma online, ya que las filas de espera suelen demorarse horas.

“La situación es desesperante y a la vez nada sorpresiva. Todos los días escuchamos relatos de inmigrantes que perdieron sus trabajos y, consecuentemente, su fuente de renta durante la pandemia. No es que sea exclusividad de los inmigrantes, sabemos que muchos brasileños también lo están sufriendo, pero los extranjeros en situación irregular están en una posición mucho más vulnerable e incierta, porque la aprobación de su permanencia en el país muchas veces depende de un vínculo laboral con una empresa”, dice Vanito Vieira, oriundo de Guinea-Bissau, país del oeste africano, que llegó a Brasil en 2012 y se instaló en Porto Alegre, Río Grande do Sul.

Si bien hay excepciones, la mayoría de los inmigrantes no consiguió el acceso a la ayuda financiera de emergencia que entrega el Gobierno debido a la falta de documentación.” Conozco muy pocos casos de personas que recibieron la primera y segunda cuota de la ayuda de 600 reales. Y quiero destacar que la Constitución Federal de 1988, en artículo 5°, les garantiza a los extranjeros igualdad plena de tratamiento con los nacionales”, explica Vieira, que tiene un doctorado en Psicología Social e Institucional de la Universidad Federal de Río Grande do Sul y es miembro del Grupo de Asesoría a Inmigrantes y Refugiados (GAIRE) del Servicio de Asesoría Jurídica Universitaria.

NEG - La salud de los inmigrantes - Respuesta a la solución

Establecer un sistema de cobertura sanitaria universal, modelado por Brasil, no resultaría en la inclusión de los inmigrantes.

Brasil protege la salud como un derecho constitucional, pero los Estados Unidos no. La Cobertura Sanitaria Universal no se va poder lograr en EEUU por la falta de constitucionalidad y justiciabilidad.

Verdugo 2020 (Sergio Verdugo es licenciado en Ciencias Jurídicas de la Universidad del Desarrollo, Magíster en Derecho Público de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Master en Derecho de la Universidad de Berkeley y Doctor en Derecho de la New York University. Es profesor asociado de la Universidad del Desarrollo y editor del International Journal of Constitutional Law. "Panel 3: Experiencia comparada," p.93 en *¿Cómo debe incorporar una nueva constitución el derecho a la salud? Oportunidades y desafíos del proceso constituyente*. Libro recopilatorio del Seminario Internacional, publicado por el O'Neill Institute for National and Global Health Law - Georgetown University y la Facultad de Derecho de la Universidad Alberto Hurtado Sarmiento & Walker Abogado. Diciembre de 2020. oneill.law.georgetown.edu/wp-content/uploads/2023/10/210712_syw_derechosalud.pdf)

Si uno toma un país que no reconoce el derecho a la salud y lo compara con esos países desarrollados que sí lo reconocen, uno vería resultados diferenciados. Es el caso de Estados Unidos frente al caso de otros países desarrollados. Estados Unidos tiene el más alto gasto de salud en el mundo, tanto per cápita como porcentaje del PIB, es más o menos 17% del PIB. Eso es enorme, más o menos 10.000 dólares anuales por persona, mucho más alto que los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Sin embargo, si uno mira sus resultados en salud, como en el acceso, está peor que la mayoría de los otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Si uno lo compara con España, que tiene un gasto muy menor, pero tiene un derecho constitucionalizado como principio directivo, los resultados en términos de esperanza de vida son muchos mejores en España que en Estados Unidos. Los resultados en términos de acceso también son superiores en España que en Estados Unidos, a pesar de tener el primero un menor gasto.

Creo que eso no es indiferente con que en Estados Unidos el derecho a la salud no tenga un rango constitucional, por dos razones. Por una parte, porque eso no convierte a la salud en una preocupación de política central de todos los gobiernos, sino que se vuelve un tema dirigido entre partidos. Por otra parte, porque cuando se toman medidas a favor de la salud hay que ponderarse con los otros derechos sí constitucionalizados.

Ustedes recordarán todo el plan de Estados Unidos, el Obamacare, y la discusión sobre si era constitucional o no. Si el derecho a la salud hubiera estado constitucionalizado, no habría existido toda esa discusión. Siempre se piensa que la constitucionalización del derecho a la salud es para establecer

prohibiciones o para fijar mandatos, pero también es para establecer autorizaciones, cosas que los Estados pueden hacer porque existe el derecho a la salud. Eso creo que no es un tema menor y funciona como un argumento muy fuerte en favor de constitucionalizar el derecho a la salud.

Si se acepta la idea de constitucionalizar el derecho a la salud cabe luego preguntarse: ¿constitucionalizarlo cómo? También surge la pregunta sobre si acaso, además de reconocerse como derecho, debe reconocerse su **justiciabilidad**.

Hay varios argumentos a favor de un derecho justiciable, algo sobre lo que volveré más adelante. Christian Courtis ha dado un ejemplo que es bueno, que ilustra por qué la ausencia de justiciabilidad hace que ciertos aspectos de las políticas de salud adoptadas por los órganos políticos queden excluidos de cualquier control judicial. El ejemplo es la exclusión de los migrantes de los servicios de salud en España, sin que esto pueda ser cuestionado a nivel judicial, precisamente porque no se considera un derecho fundamental amparable. Las formas de la justiciabilidad uno puede discutir las, pero debe haber una justiciabilidad si se quiere constitucionalizar el derecho a la salud.

AFIRMATIVO

Afirmamos la siguiente propuesta:

El gobierno federal de los Estados Unidos debe establecer un sistema nacional de Cobertura Sanitaria Universal en los Estados Unidos en el estilo de la República Federativa de Brasil.

Afirmativo - Las enfermedades transmisibles

El problema: La falta de Cobertura Sanitaria Universal en el país hace que los Estados Unidos sea más vulnerable a los brotes de enfermedades

EEUU está vulnerable a brotes de enfermedades porque los estadounidenses no pueden pagar para ayuda médica cuando estén enfermos

Luhby 2021 (Tami Luhby, “Estados Unidos ocupa el último lugar en categorías de atención médica entre los países de ingresos altos”, publicado por CNN en español, 4 de agosto de 2021.

<https://cnnespanol.cnn.com/2021/08/04/estados-unidos-salud-atencion-medica-informe-trax>. Tami Luhby cubre temas de política sanitaria —incluidos la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act), Medicaid y Medicare— como redactora sénior de CNN.)

Una vez más, Estados Unidos ocupó el último lugar en acceso a la atención médica, equidad y resultados entre los países de ingresos altos, a pesar de gastar una parte mucho mayor de su economía en salud, según un nuevo informe publicado el miércoles. La nación norteamericana ha ocupado el último sitio en los siete estudios que el Commonwealth Fund ha realizado desde 2004. Estados Unidos es el único de los 11 países encuestados que no tiene cobertura de seguro médico universal.

Si bien los datos más recientes no reflejan el impacto de la pandemia de coronavirus, exponen las fortalezas y debilidades del sistema de atención médica de cada país cuando el covid-19 llegó al mundo a principios de 2020.

El seguro médico en EE.UU. no brinda suficientes protecciones, lo que compromete la salud y las finanzas de los estadounidenses, dijo David Blumenthal, presidente del Commonwealth Fund, que promueve un mejor acceso y calidad a la atención médica, particularmente para las personas desfavorecidas y sin seguro. Eso obliga a las personas a dejar de recibir atención médica o verse abrumadas por una deuda médica.

“En ningún otro país la desigualdad de ingresos limita tan profundamente el acceso a la atención como aquí”, dijo Blumenthal. “Demasiadas personas no pueden pagar la atención que necesitan y demasiadas no tienen seguro, especialmente en comparación con otras naciones ricas”.

La mitad de los adultos estadounidenses de ingresos más bajos informaron que no recibieron atención debido al costo, en comparación con poco más de una cuarta parte de los estadounidenses de ingresos más altos, encontró el estudio. En el Reino Unido, solo el 12% de las personas con ingresos más bajos y el 7% con ingresos más altos dijeron que enfrentan tales barreras financieras.

Lo que es más, un estadounidense de altos ingresos tenía más probabilidades de informar sobre obstáculos financieros que una persona de bajos ingresos en casi todos los demás países encuestados, que incluyen Australia, Canadá, Francia, Alemania, Países Bajos, Nueva Zelandia, Noruega, Suecia, Suiza y Reino Unido.

Afirmativo - Las enfermedades transmisibles

El problema: La falta de Cobertura Sanitaria Universal en el país hace que Estados Unidos sea más vulnerable a los brotes de enfermedades

Durante la pandemia de COVID-19, la falta de cobertura sanitaria ocasionaba una crisis de mortalidad en los Estados Unidos.

Bilal 2021 (Usama Bilal, "COVID-19 En Estados Unidos: La Desigualdad Social Como Causa Y Consecuencia." Publicado por la Revista de Medicina Y Cine 16 (e): 105–17. 2021. https://revistas.usal.es/cinco/index.php/medicina_y_cine/article/view/rmc202016e105117/25249 Usama Bilal es profesor de epidemiología en el Departamento de Epidemiología y Bioestadística y en el Urban Health Collaborative de la escuela Dornsife de salud pública de la Universidad Drexel en Filadelfia, EEUU. Su trabajo se orienta hacia los determinantes macro sociales de la enfermedad, con un especial interés en las desigualdades en salud en entornos urbanos.)

Por último, quiero mencionar una serie de retos a los que se ha enfrentado y sigue enfrentándose EEUU con respecto a la pandemia: (1) los problemas del sistema de salud pública; (2) los problemas del sistema sanitario; y (3) la partidización de la respuesta a la pandemia.

La respuesta del sistema de salud pública ha estado condicionada al débil rol que tiene el Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) en coordinar la respuesta. EEUU es un país con un sistema federal, donde los 50 estados tienen un enorme grado de autonomía en todos los aspectos que la constitución no le confiere al gobierno federal. Por ello, muchas de las decisiones sobre la respuesta recaen sobre estos estados. Idealmente, el CDC coordinaría estas decisiones, asistiría técnicamente a los estados, los ayudaría a crear protocolos, recolectaría centralmente datos, etc. En la práctica, el CDC ha estado ausente o ha sido ignorado. La recolección de datos entre estados se realizó por parte de voluntarios, con esfuerzos como el panel de Johns Hopkins o el panel de COVID Tracking. El CDC no empezó a mostrar cifras oficiales hasta mayo y junio. Por ejemplo, la primera base de datos de casos, similar a la que países como México o Colombia proveen desde hace meses, no se publicó hasta finales de junio, tras una petición de transparencia del periódico New York Times. Entre otros fiascos, el CDC intentó publicar una guía de reapertura de colegios e instituciones educativas, que rápidamente fue retirada de su web al contradecir los mensajes oficiales que emitía la presidencia del país²⁹. Los artículos en la revista MMWR (Mortality and Morbidity Weekly Reports, la revista principal de vigilancia epidemiológica del CDC) deben pasar por el filtro de una persona de confianza del presidente Trump, para evitar que salgan mensajes "políticos", incluyendo si los niños tienen más o menos probabilidad de transmitir el virus²⁹. En septiembre mismo, durante unas horas la web del CDC reconocía la importancia de la transmisión vía aerosoles, una información que fue retirada horas más tarde de la misma página web²⁹.

Con este panorama, las decisiones han quedado en manos de los estados, resultando en una enorme heterogeneidad en la respuesta. Por ejemplo, en agosto, Massachusetts, declaró una cuarentena para viajeros al estado, con multas de hasta \$500 por día de incumplimiento. Al mismo tiempo, Nueva Jersey

tenía una cuarentena voluntaria y muchos otros estados ni siquiera tienen tal cuarentena. En otros casos, los condados y las ciudades han tenido capacidad de respuesta. Por ejemplo, la ciudad de Filadelfia ha realizado una reapertura más lenta que el estado de Pennsylvania donde está situada, retrasando la apertura del interior de bares y restaurantes varios meses. Pero en lugares como el estado de Georgia, el propio gobierno estatal ha prohibido a las ciudades realizar este tipo de cambios, forzándolas a dejar abrir el interior de la hostelería.

Esta fragmentación del sistema de salud pública entre diferentes niveles de gobernanza tiene su correlato en el sistema sanitario, donde la fragmentación se vertebra en ejes público privados. Un 55% de la población tiene aseguramiento privado, seguida de un 35% con aseguramiento público (principalmente la gente más pobre, con discapacidades, niños, o gente mayor de 65 años) y un 9% de gente sin seguro médico. La provisión también varía, parte privada (sin y con ánimo de lucro) y pública. Esta compleja red crea enormes complicaciones para la asistencia, dado que existen infinidad de combinaciones de aseguramiento-proveedores que crean limitaciones al acceso. Por ejemplo, a pesar de que según la ley de emergencia aprobada en marzo (CARES act) todas las pruebas para el virus deben de ser gratuitas, independientemente del aseguramiento o no, existen muchos proveedores que solo las realizan a gente con seguro. También existen un gran número de proveedores que no aceptan Medicaid, el seguro del que depende la población más pobre o con discapacidades. Por último, y dado que la grandísima parte del aseguramiento privado depende del empleo, se están creando enormes bolsas de gente sin seguro médico al haber perdido su empleo. Con 20 millones de nuevos desempleados, que reciben unas prestaciones muy limitadas y que serán más limitadas al acabarse los incentivos de la CARES act, en el contexto de los ataques permanentes a la reforma sanitaria desarrollada por Obama, no parece que la situación vaya a mejorar próximamente.

El COVID-19 ha tenido un enorme impacto en Estados Unidos, ocasionando una crisis de mortalidad en ciudades como Nueva York que no se veía desde la pandemia de gripe de 1918, agravando las enormes desigualdades en salud que ya existían, y poniendo de relieve la fragilidad de un sistema de salud pública y sanitario que no es sino un paralelo de la fragilidad de su casi inexistente sistema de protección social. Mi gran esperanza es que la visibilización de estas desigualdades y la evidencia de lo poco robusto de la respuesta ante una pandemia, supongan un catalizador para enormes reformas estructurales. Con las elecciones de noviembre de 2020 veremos si el país se encamina hacia alguna de estas reformas, o hacia una profundización de la brecha social y de las carencias de su sistema de protección social.

Afirmativo - Las enfermedades transmisibles

El impacto: Los brotes de enfermedades causan problemas de salud a nivel social.

Ahora, hay un gran riesgo de una nueva pandemia - la falta de inversión en la salud, conflictos bélicos y el cambio climático aumentan la probabilidad de brotes de enfermedades infecciosas

Mouzo 18-5-26. (Jessica Mouzo. “La OMS alerta de que la humanidad está al borde de sufrir una pandemia aún más dañina: “El mundo no es más seguro”, publicado por El País. 18 de mayo de 2026. <https://elpais.com/salud-y-bienestar/2026-05-18/la-oms-alerta-de-que-la-humanidad-esta-al-borde-de-sufrir-un-dano-pandemico-aun-mayor-el-mundo-no-es-mas-seguro.html>. Jessica Mouzo es redactora de sanidad en EL PAÍS.)

Los científicos observan que los brotes de enfermedades infecciosas son cada vez más frecuentes y de mayor impacto (más casos y muertes), el impacto económico a corto y largo plazo de las emergencias sanitarias está creciendo y, además, la equidad en el acceso a medidas sanitarias para responder a las epidemias está menguando. “Está surgiendo una preocupante ‘fatiga de la equidad’, marcada no solo por una menor participación política y financiera, sino también por una disminución de las acciones para mantener el acceso equitativo como una prioridad global”, apuntan.

La conjura mundial para hacer frente a la pandemia de la covid, que disparó la financiación para buscar una vacuna en tiempo récord, por ejemplo, fue solo un espejismo de unidad a largo plazo. De hecho, según los expertos, la ayuda al desarrollo destinada a la salud ha vuelto a niveles del año 2009. “Las inversiones en preparación se han fortalecido desde la pandemia de la covid, pero el cambio en las prioridades geopolíticas amenaza con socavar este progreso”, subrayan los autores.

El mundo se encuentra en una encrucijada y la propia OMS, debilitada en los últimos años con la salida de países como Estados Unidos o Argentina, tampoco pasa por su mejor momento. Son “tiempos difíciles, peligrosos y de gran división”, ha admitido el propio Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general del organismo internacional, durante su discurso de apertura de la 79ª Asamblea Mundial de la Salud, que se celebra este lunes en Ginebra (Suíza). Los conflictos bélicos, las crisis económicas, el cambio climático y los recortes en las ayudas al desarrollo han pasado factura a las políticas de salud global y la dimensión de las consecuencias que tendrá todo esto está por ver.

A juicio de los expertos, las tendencias actuales dibujan “un futuro en el que las pandemias y otras emergencias de salud pública podrían volverse más frecuentes, más disruptivas y más difíciles de gestionar, en un mundo más vulnerable, más incierto y marcado por la creciente desconfianza y las crecientes desigualdades”. Los científicos creen que si no se produce un cambio radical en la capacidad de los profesionales de salud para afrontar los factores que impulsan las pandemias y no se toma un compromiso real con la equidad, “el mundo corre el riesgo de entrar en un ciclo de crisis sanitarias cada vez más aceleradas, donde cada nuevo impacto erosiona aún más la resiliencia y profundiza las fracturas existentes”.

Afirmativo - Las enfermedades transmisibles

El impacto: Los brotes de enfermedades causan problemas de salud a nivel social.

En Estados Unidos, la mala calidad del sistema sanitaria impulsa crisis de mortalidad cuando ocurren brotes de enfermedades

Daschle 2020. (Thomas A. Daschle, “La importancia de prepararse para la próxima pandemia”, publicado por el National Foundation for Infectious Diseases. 16 de abril de 2020. <https://es.nfid.org/the-importance-of-preparing-for-the-next-pandemic/> Thomas A. Daschle es ex líder de la mayoría del Senado de los EE. UU. y presidente de la Coalición para Detener la Gripe.)

A medida que Estados Unidos se enfrenta a una de las peores crisis de salud pública de nuestra vida, las consecuencias de años de falta de financiación de la infraestructura sanitaria y de la investigación y el desarrollo de Estados Unidos son cada vez más evidentes. La infraestructura utilizada para la respuesta al COVID-19 en la actualidad es la misma infraestructura que se construyó para hacer frente a la influenza (gripe) estacional y pandémica durante las últimas dos décadas. Y, desafortunadamente, las inversiones federales no se han mantenido al día con la evolución de las amenazas.

Este mes, en colaboración con la National Foundation for Infectious Diseases (NFID) y otras 20 organizaciones de los sectores de atención médica y salud pública, lanzamos una nueva organización de defensa con sede en Washington, DC, dedicada a poner fin a las muertes por gripe estacional y pandémica. La Coalición para Detener la Gripe trabajará para promover una sólida agenda de políticas federales y un aumento de los fondos para los programas contra la gripe.

La pandemia de COVID-19 ha demostrado que Estados Unidos no está adecuadamente preparado para los brotes de enfermedades respiratorias y otras enfermedades infecciosas. Los brotes de gripe ocurren todos los años y matan entre 12,000 y 61,000 personas en los EE. UU. anualmente. La ajetreada e inusual temporada de gripe del 2019 al 2020 ha hecho que la respuesta al COVID-19 sea aún más desafiante, ya que los dos virus pueden producir síntomas similares.

Es inaceptable que, como país, Estados Unidos no haya comprometido los recursos necesarios para combatir la gripe, una amenaza anual para la salud pública que afecta a millones de ciudadanos estadounidenses. Además, es inaceptable que la falta de inversión y preparación por parte del gobierno federal haya retrasado significativamente nuestra respuesta al COVID-19.

Igualmente importante, la Coalición también abogará por un financiamiento anual sostenible para fortalecer nuestro sector de salud pública y desarrollar las vacunas, los preventivos, los diagnósticos y los tratamientos necesarios para poner fin a la amenaza de la gripe estacional y protegernos de la próxima pandemia. La financiación a corto plazo proporcionada hasta la fecha como parte de la respuesta a la COVID-19 es un primer paso importante, pero no sustituye a una estrategia sostenible a largo plazo. Estados Unidos podría estar en un lugar muy diferente hoy si gran parte de la infraestructura construida para la gripe H1N1 no se hubiera atrofiado debido a la falta de fondos adecuados.

Afirmativo - Las enfermedades transmisibles

El impacto: Los brotes de enfermedades causan problemas de salud a nivel social.

Los brotes de enfermedades nuevas tendrán efectos devastadores por la falta de tiempo de recuperación de COVID-19. Debemos actuar urgentemente para prevenir otra pandemia mundial.

Bennhold 2026. (Katrin Bennhold, “¿Estamos preparados para otra pandemia?”, 26 Mayo 2026

<https://www.nytimes.com/es/2026/05/26/espanol/mundo/preparados-pandemia-hantavirus-ebola.html>

Katrin Margarethe Bennhold es una periodista, corresponsal en el extranjero y escritora alemana que lleva más de 20 años trabajando para The International Herald Tribune (IHT) y The New York Times (NYT). Como comentarista de política europea para una audiencia internacional, es conocida por sus reportajes sobre democracia, migración, cuestiones de género, extremismo de ultraderecha y la cultura política de Europa.)

Aun así, en conjunto, nos recuerdan que los brotes son inevitables y que el mundo necesita prepararse para sofocarlos antes de que se conviertan en pandemias. Este fue uno de los temas más apremiantes en las mentes de los funcionarios de salud de todo el mundo que se congregaron la semana pasada en la reunión anual de la OMS.

La reunión arrancó con un nuevo informe que sugiere que los brotes no solo se están produciendo con más frecuencia, sino que también son cada vez más dañinos y el mundo tiene cada vez más dificultades para combatirlos y recuperarse.

En algunos aspectos, estamos en una posición mucho mejor que antes de la covid para hacer frente a los brotes. Los científicos han desarrollado la capacidad de analizar nuevos patógenos con una velocidad y precisión asombrosas y de crear nuevas vacunas con una rapidez notable.

Sin embargo, la covid también dividió al mundo. Las vacunas fueron acaparadas por los países más ricos, que suministraban dosis de refuerzo a sus ciudadanos antes de que muchos en los países más pobres recibieran sus primeras dosis. En numerosos países, las políticas de confinamiento, cierre de escuelas y vacunación obligatoria crearon fisuras políticas y profundizaron la desconfianza en los científicos.

Estas tendencias se han intensificado. Un dato de referencia: las vacunas contra el virus de la viruela símica llegaron a los países de bajos ingresos casi dos años después del inicio de ese brote en 2022, es decir, tardaron aún más que las vacunas contra la covid.

El reto es evidente en las tortuosas negociaciones, que también comenzaron en 2022, sobre un nuevo tratado de pandemias. Los países de bajos ingresos han dicho que están dispuestos a compartir rápidamente las secuencias genéticas y muestras de patógenos emergentes, pero solo a cambio de un acceso equitativo a las pruebas, vacunas y tratamientos que se desarrollen con esa información. Los países más ricos no han estado dispuestos a ofrecer esas garantías.

Afirmativo - Las enfermedades transmisibles

La solución: Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil mitigaría los brotes de enfermedades.

En Brasil, todos tienen acceso gratuito a servicios sanitarios como las vacunas gracias a su sistema de Cobertura Sanitaria Universal

Murray-Fella 2025. (Tom Murray-Fella, “El Sistema de Salud en Brasil: Cómo Funciona, Qué Esperar y Cómo Navegarlo en Portugués”, publicado por Rio and Learn Portuguese School, 13 de noviembre de 2025. <https://rioandlearn.com/es/salud-en-brasil/>. Tom Murray-Fella es especialista en Contenido SEO en Rio & Learn Portuguese School. Se dedica exclusivamente a contenidos enfocados en Brasil, combinando una investigación de palabras clave basada en datos con una cuidadosa verificación de información en colaboración con los profesores brasileños de Rio & Learn.)

Si Brasil fuera una persona, sería ese amigo que siempre encuentra una manera — llama a un vecino, le pide ayuda a un primo, prepara un café mientras resuelve un problema. El mismo espíritu atraviesa el sistema de salud en Brasil. Oirás risas en las salas de espera, verás a familias acompañando a la abuela a las citas y sentirás a los equipos de salud comunitaria llamando a las puertas para ver a los bebés recién nacidos. Esto es más que un sistema; es una cultura de cuidado tejida en la vida cotidiana.

Cómo es el sistema público de salud de Brasil (¿es gratuita la atención médica en Brasil?) El sistema público de salud de Brasil se llama SUS (Sistema Único de Salud) y está diseñado para ser universal. En la práctica, eso significa que la atención es gratuita en el punto de uso en instalaciones públicas: chequeos básicos, salas de emergencia (pronto-socorro), maternidades, vacunas y una larga lista de tratamientos. El SUS es la columna vertebral de la atención médica en Brasil, presente en pequeños pueblos de la Amazonia y en grandes megaciudades.

También encontrarás la Estrategia de Salud Familiar (Estratégia Saúde da Família), el enfoque comunitario de Brasil que envía equipos multidisciplinarios como médicos, enfermeros y agentes de salud a los barrios. Se centran en la prevención, las vacunas, la atención prenatal, las enfermedades crónicas y la educación sanitaria. Es una de las características más “brasil” del sistema: humana, local y continua.

Antes del SUS, la atención médica en Brasil era desigual. Los trabajadores formales utilizaban un sistema vinculado al empleo (INAMPS), mientras que muchos otros dependían de hospitales de caridad, centros estatales o pagaban de su propio bolsillo, lo que resultaba en un acceso desigual.

Todo cambió con la “Constitución Ciudadana” de 1988, que declaró la salud un derecho universal y un deber del Estado. Eso sentó la base legal para el Sistema Único de Salud (SUS). A principios de la década de 1990, Brasil empezó a convertir esa promesa en práctica cotidiana: un único sistema público para todos, en todo el país.

A partir de ahí, el SUS siguió evolucionando:

Mediados de la década de 1990: el Programa de Salud de la Familia (ahora Estrategia de Salud de la Familia) llevó equipos comunitarios a los barrios.

Años 2000: el acceso a las emergencias se amplió con el SAMU 192 y unidades UPA de 24 horas, aliviando la presión sobre las salas de urgencias hospitalarias.

A partir de los años 2010: la atención primaria se amplió, los registros digitales se difundieron y se fortalecieron las vías para las condiciones crónicas y la salud materno-infantil.

Por qué importa: esta historia explica por qué la atención en Brasil se siente a la vez universal y cercana. Cuando entras en un posto de saúde o una UPA hoy, estás viendo décadas de reformas que llevaron al país de una cobertura limitada, basada en el empleo, a un sistema diseñado para todos.

El Ministerio de Salud de Brasil fija las políticas nacionales de salud, coordina grandes programas y trabaja con los estados y municipios. A nivel de calle, las clínicas municipales y los equipos de Salud de la Familia son donde la política se convierte en atención, desde visitas prenatales hasta seguimiento de la diabetes. Durante nuestras experiencias inmersivas en Río, como paseos por el barrio y salidas culturales, aprenderás el vocabulario y el contexto cultural que convierten estos acrónimos y señales en algo amable y familiar.

El sistema de salud de Brasil funciona mediante un modelo mixto. El SUS es universal y gratuito; junto a él, un gran sector privado ofrece clínicas, hospitales y planes de salud (planos de saúde).

Para la vida cotidiana en Brasil, la puerta pública — el SUS — a menudo te da exactamente lo que necesitas con calidez y espíritu comunitario. Es donde viven la prevención, la vacunación y el seguimiento en el barrio, y donde la atención urgente viene primero y el papeleo después. Si eres nuevo aquí, un poco de portugués ayuda mucho en la recepción — y estaremos encantados de ayudarte a practicar las frases que realmente usarás. • Las campañas de vacunación y de salud pública están muy extendidas. • La atención preventiva y el seguimiento comunitario son fuertes donde los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia están activos. • La atención de emergencia está disponible en hospitales públicos y en unidades de atención urgente (UPAs). • Acceso a medicamentos de alto costo para enfermedades crónicas como la diabetes y el VIH de forma gratuita.

Afirmativo - Las enfermedades transmisibles

La solución: Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil mitigaría los brotes de enfermedades.

Un sistema de Cobertura Sanitaria Universal es necesario para aliviar el dolor y sufrimiento cuando ocurren brotes de enfermedades.

Guterres 2020. (António Guterres, “Cobertura sanitaria universal y unos sistemas de salud pública robustos”. 6 de octubre de 2020)

<https://www.un.org/es/coronavirus/articles/scale-investment-universal-health-coverage-and-stronger-health-systems> António Guterres, noveno Secretario General de las Naciones Unidas, asumió el cargo el 1 de enero de 2017. Antes de ser nombrado Secretario General, fue Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados de 2005 a 2015. El Sr. Guterres trabajó durante más de 20 años en la administración pública, y fue Primer Ministro de Portugal entre 1995 y 2002.

La pandemia ha dejado en evidencia sistemas de salud totalmente inadecuados, enormes brechas en materia de protección social y grandes desigualdades estructurales entre los países y dentro de ellos.

Todos debemos extraer arduas enseñanzas de esta crisis.

Una de ellas es que no invertir lo suficiente en salud puede tener un efecto devastador en las sociedades y las economías.

Esta enorme brecha en la cobertura sanitaria es uno de los motivos por los que la COVID-19 ha causado tanto dolor y sufrimiento.

La pandemia le está costando a la economía mundial 375.000 millones de dólares al mes. Hasta el momento se han perdido unos 500 millones de puestos de empleo. El desarrollo humano va en retroceso por primera vez desde 1990, cuando comenzamos a medirlo.

La COVID-19 ha demostrado que la cobertura sanitaria universal, unos sistemas de salud pública robustos y la preparación para emergencias son fundamentales para las comunidades, las economías y todas las personas.

Este es el contexto en el que se enmarca el informe de políticas que presentamos hoy.

Al menos la mitad de la población mundial no tiene acceso a los servicios de salud que necesita. Unos 100 millones de personas caen en la pobreza cada año por tener que afrontar unos gastos sanitarios catastróficos.

Esta enorme brecha en la cobertura sanitaria es uno de los motivos por los que la COVID-19 ha causado tanto dolor y sufrimiento.

Para lograr la cobertura sanitaria universal, los gobiernos deben aumentar la inversión en bienes públicos para la salud, como la vigilancia y la comunicación de riesgos, para que no volvamos a afrontar esta situación nunca más.

También es necesario que los programas de salud pública sean inclusivos y equitativos y que no impongan obstáculos económicos. Recibir tratamiento médico no debería estar supeditado al estatus económico.

Todos los países se han comprometido a trabajar para lograr la cobertura sanitaria universal en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

No obstante, no podemos esperar diez años. Necesitamos ya la cobertura sanitaria universal, que incluya la salud mental, para reforzar la lucha contra la pandemia y prepararnos para futuras crisis.

La cobertura sanitaria universal no es gratis, pero cuesta poco en comparación con la alternativa.

Insisto a que, con efecto inmediato, se aceleren e incrementen las inversiones en la cobertura sanitaria universal y en sistemas de salud más robustos.

Afirmativo - Las enfermedades transmisibles

La solución: Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil mitigaría los brotes de enfermedades.

EEUU debe seguir el modelo internacional y armarse de Cobertura Sanitaria Universal para mitigar los brotes de enfermedades y sus efectos.

Cruz Ciria 2025 (María Cruz Ciria, “RED DE EXPERTAS. Armarse de cobertura sanitaria universal, la mejor forma de prevenir pandemias y otras enfermedades.” 2025. Publicada por el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación del Gobierno de España. María Cruz Ciria es jefa de Área de Salud del Departamento de Cooperación Sectorial de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

[https://www.aecid.es/w/red-de-expertas-armarse-de-cobertura-sanitaria-universal-la-mejor-forma-de-prevenir-pandemias-y-otras-enfermedades\)](https://www.aecid.es/w/red-de-expertas-armarse-de-cobertura-sanitaria-universal-la-mejor-forma-de-prevenir-pandemias-y-otras-enfermedades)

En estos tiempos difíciles nos preguntamos cómo pueden los países estar prevenidos frente a actuales y futuras pandemias, proteger a su ciudadanía y dar respuesta a sus crecientes necesidades de servicios de salud en todas las etapas de la vida. La respuesta incluye siempre hacer efectiva la cobertura universal y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios en todos y cada uno de los rincones del mundo.

Con razón, el pasado 12 de diciembre, Día Internacional de la Cobertura Sanitaria Universal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) insistía en el lema: “No dejar atrás a nadie: invertir en sistemas de salud para todos”. Según este organismo, cada año, 100 millones de personas se ven arrastradas hacia la pobreza debido a que el coste de la atención médica es muy superior al que pueden permitirse. Sin contar con que más de la mitad de la población mundial no tiene acceso a cobertura médica, ni acceso al conocimiento y tecnología precisos para dar respuesta a sus necesidades.

Desde 2020, la ONU ha incorporado en el calendario otra fecha decisiva, el 27 de diciembre, Día Internacional de la preparación ante pandemias, tras la alerta mundial que ha supuesto la covid-19, y la necesidad de colaboración internacional para dar la mejor respuesta a este tipo de crisis. Como bien dice el doctor Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general de la OMS, la cobertura universal y la seguridad sanitaria global son dos caras de la misma moneda.

Pero ¿por dónde empezamos? ¿Qué necesitan los países para responder de manera eficaz a las enfermedades que nos acechan? Me refiero no solo a la preparación ante dramáticas crisis como la causada por el nuevo coronavirus, sino al sinnúmero de amenazas para nuestro organismo y los miles de enfermedades que aparecerán, tarde o temprano, en el transcurso de nuestras vidas. Van a continuación algunas propuestas.

Tanto los centros de atención primaria, como las urgencias y las consultas de los hospitales, incluyendo los más alejados y periféricos, deben ser capaces de diagnosticar de forma adecuada y a tiempo cada una de las dolencias que presentan las personas que acuden a ellos. Para ello precisan medios de

diagnóstico: un sistema de información que produzca datos fiables en todos los niveles de atención y capacidad de análisis de los mismos en los hospitales y ambulatorios.

Los datos resultantes han de poder ser transferidos a tiempo a los Ministerios e instituciones regionales del ramo para que puedan obrar en consecuencia y promover las medidas preventivas de Salud Pública adecuadas. Además, se debe tener la capacidad de poder transferir a los pacientes entre los distintos niveles de atención y dar una respuesta adecuada en los casos complejos, en servicios especializados accesibles para todos.

Para todo ello, es necesario contar con un número suficiente de profesionales adecuadamente formados, gestionados, motivados, que apliquen en su práctica diaria el conocimiento científico existente y trabajen en infraestructuras adecuadas con todas las herramientas básicas: medicamentos, equipamiento, consumibles, artículos médicos necesarios para su práctica clínica...

La preparación y respuesta a las pandemias y otras amenazas pasa obligatoriamente por la construcción de robustos sistemas de salud y su adecuado funcionamiento. Estos son el cimiento fundamental para la preparación frente a las pandemias, así como para mantener y expandir el acceso a los servicios esenciales, indivisibles, de salud pública, atención primaria y atención especializada hospitalaria.

Desde 2020, la covid-19 ha exacerbado las desigualdades en el acceso a los servicios de sanidad en todo el mundo, en especial en los países de renta media y baja. Si antes el objetivo prioritario era alcanzar la cobertura universal y garantizar el bienestar para todos a través del fortalecimiento de los sistemas de atención médica; la necesidad de dar respuesta inmediata a la crisis provocada por el SARS-Cov-2 ha puesto esta necesidad más de manifiesto si cabe. Sin embargo, no podemos correr el riesgo de centrarnos solo en este virus y perder el impulso para lograr la cobertura a todos los niveles. Debemos aprovechar el conocimiento derivado de la última experiencia para encontrar la certeza colectiva de la importancia de tener sistemas públicos robustos.

NEGATIVO

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta al problema: La falta de Cobertura Sanitaria Universal no es la única causa de las brotes de enfermedades

La causa principal de los brotes de enfermedades es la salida de los Estados Unidos de la Organización Mundial de la Salud. Implementar la propuesta no puede resolver la falta de preparación internacional.

Salinas 2026 (Demis Salinas, “Estados Unidos abandona oficialmente la OMS: Un golpe crítico a la estabilidad de la salud global”, 22 de enero 2026, publicado por la Tribuna de México.

<https://tribunademexico.com/estados-unidos-salida-oficial-oms-impacto-salud-global/> Demis Paúl Salinas es redactor web del sitio Tribuna de México (tribunademexico.com). Publica notas periodísticas mayormente enfocadas en la salud preventiva de los mexicanos.)

Este jueves 22 de enero de 2026, se consum[ó] uno de los movimientos geopolíticos más drásticos en materia de salud pública: la salida oficial de Estados Unidos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La administración de Donald Trump culmina así un proceso iniciado por una profunda retórica de desconfianza hacia el organismo, al que ha acusado de falta de transparencia y de estar bajo la influencia excesiva de otros bloques de poder.

Con esta decisión, el país norteamericano deja de ser el principal contribuyente financiero, retirando fondos que sostienen programas vitales de vacunación y respuesta a emergencias.

La salida no es solo simbólica; tiene implicaciones financieras devastadoras. Estados Unidos aportaba anualmente cerca de 450 millones de dólares, lo que representaba aproximadamente el 15% del presupuesto total del organismo.

Este recorte masivo pone en riesgo inmediato la vigilancia de nuevas variantes de virus, la lucha contra enfermedades erradicables como la polio y el suministro de medicamentos en países en desarrollo.

La propia OMS ha emitido una alerta internacional señalando que, sin la cooperación técnica y económica de la potencia mundial, el planeta es hoy un lugar “menos seguro” ante futuras pandemias.

A nivel logístico, la ruptura implica que los científicos estadounidenses dejarán de participar formalmente en las redes de intercambio de datos genómicos coordinadas por la organización.

Esto podría retrasar el desarrollo de vacunas anuales contra la influenza y la respuesta rápida ante brotes de enfermedades emergentes como el Mpox subclado Ib o nuevas cepas de gripe aviar.

Expertos en salud pública advierten que este aislamiento sanitario podría generar “puntos ciegos” en la detección temprana de patógenos con potencial pandémico, afectando directamente a sus vecinos, incluyendo a México.

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta al problema: La falta de Cobertura Sanitaria Universal no es la única causa de las brotes de enfermedades

La transmisión durante la pandemia COVID-19 no fue causada por la falta de CSU, sino por otras razones sociales que dificultaban la posibilidad de aislar para cuarentena.

Otero 2020 (Larissa Otero. 2020. "Rol de los determinantes sociales y económicos en la infección y en la mortalidad por SARS Cov2". Revista Médica Herediana, vol. 31, núm. 4, pp. 1-3, 2020. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://www.redalyc.org/journal/3380/338065627001/html/> Larissa Otero es profesor auxiliar en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Realiza investigaciones epidemiológicas.)

Es así que los determinantes sociales afectan el riesgo de infección por SARS Cov2 porque las acciones necesarias para reducir la exposición al virus dependen de la posibilidad de poder quedarse en casa, así como las condiciones de la casa para poder separar a personas de alto riesgo de enfermedad severa por COVID-19 de las personas que pueden traer la infección a la casa. El tener un trabajo que se puede realizar en casa usando una computadora e internet, o un trabajo presencial que brinda las medidas para reducir el riesgo incluyendo aislarse de inmediato y en cualquier momento si un trabajador tiene síntomas o está en contacto con alguien que los tiene, el poder transportarse en una movilidad privada en lugar de compartir el transporte público y una vivienda con electricidad, agua y desagüe y con condiciones mínimas necesarias para el número de personas que viven en ella, tienen un impacto directo en el riesgo de infectarse. Es así como las personas que no tienen un trabajo formal o tienen un trabajo formal con condiciones precarias, tienen menos posibilidad de llevar a cabo las medidas de prevención básicas en esta pandemia. En Estados Unidos, los agricultores, que son en su mayoría migrantes y de minorías raciales y étnicas, tuvieron más riesgo de infectarse y morir por COVID-19 (4). En Inglaterra, el índice de privación múltiple, una medida que incluye ingresos, estado laboral, educación y habilidades, salud, crimen, vivienda, servicios y ambiente, ha sido, después de la edad y las comorbilidades, es el factor más fuertemente asociado con la mortalidad por COVID-19 (5).

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta al problema: La falta de Cobertura Sanitaria Universal no es la única causa de las brotes de enfermedades

Los Estados Unidos no tiene la capacidad para establecer la Cobertura Sanitaria Universal porque está enfrentando una crisis de escasez de profesionales médicos.

Sermo 2025. (Equipo Sermo, “Crisis por la escasez de médicos: cómo afecta a la atención sanitaria”, 6 de noviembre de 2025.

<https://www.sermo.com/es/resources/crisis-por-la-escasez-de-medicos-como-afecta-a-la-atencion-sanitaria/>. Sermo es una plataforma en la que profesionales médicos pueden compartir información sobre sus trabajos.)

Los Estados Unidos se enfrentan a un desafío acuciante en el sistema de atención médica: una escasez de médicos inminente. Se ha calculado que el país tendrá un déficit de 64 000 médicos a finales de este año y que esta cifra llegará a los 86 000 en el 2036.

En una encuesta reciente de Sermo se ha desvelado que el 82 % de los profesionales de la salud han sentido sus efectos, pero solo el 14 % cree que las iniciativas actuales serán suficientes. ¿Cómo está afectando la escasez de médicos en los Estados Unidos la calidad de la atención y qué estrategias podrían mitigar esta crisis? Las perspectivas de la comunidad de Sermo ofrecen respuestas a estas preguntas urgentes.

¿Cuál es el significado de la escasez de médicos para la atención sanitaria?

La escasez de médicos tiene repercusiones significativas para la atención sanitaria en los Estados Unidos. Entre las áreas más afectadas están:

Escasez de médicos de atención primaria: los expertos han previsto una escasez de entre 17 800 y 48 000 médicos de atención primaria para el 2034, y creen que las zonas rurales son las más vulnerables.

Medicina de urgencias y emergencias: en el 2023, 555 plazas de residencia quedaron desiertas en este campo.

Escasez de médicos por especialidad: se ha previsto que especialidades como cardiología, oncología y neumología tendrán una escasez de entre 3800 y 13 400 médicos en el 2034.

Aunque esta escasez afecta también a las poblaciones urbanas, el problema es especialmente alarmante en las zonas rurales, donde el acceso a la atención sanitaria está disminuyendo. Estas deficiencias contribuyen a que los tiempos de espera sean más largos, haya un acceso limitado a tratamientos críticos y haya demasiado trabajo para los médicos.

Por ejemplo, el 35 % de los médicos encuestados por Sermo probablemente abandonarán sus trabajos en los próximos cinco años, y entre ellos, el 60 % está considerando dejar la práctica clínica².

El desgaste profesional o «burnout» de los médicos es un factor importante que lleva a los profesionales a dejar su trabajo.

Según McKinsey, el desgaste profesional no se limita a los horarios prolongados. Los médicos que sienten que carecen de control sobre sus horarios son más propensos al desgaste profesional: el 66 % señalaron la insatisfacción con sus horarios como una razón importante para considerar dejar su trabajo. Este problema es más marcado en especialidades como la medicina de urgencias, donde el volumen de pacientes es alto¹.

Un médico general de la comunidad de Sermo describió la tensión mental diciendo: «No hay suficientes médicos, y esto ha generado mucha tensión, horarios prolongados y enfermedades que hacen que se ausenten del trabajo»⁵.

Abordar estos problemas es esencial para retener a los médicos y mantener el nivel de la atención médica.

La presión financiera también juega un papel importante en la escasez. El 34 % de los participantes en un sondeo de Sermo señalan los salarios bajos como un factor importante.

De manera similar, en una encuesta de McKinsey se desveló que el 69 % de los médicos creen que una mejor remuneración sería un gran incentivo para quedarse¹. Entretanto, el alto coste de la formación médica hace que muchos estudiantes dejen de lado la atención primaria para decantarse por especialidades más lucrativas.

Un miembro de Sermo señaló que la dependencia cada vez mayor en proveedores de atención médica menos costosos está complicando aún más la escasez, diciendo que «No es solo que hay una escasez de especialistas de atención primaria, también hay más dependencia de los proveedores menos costosos.»

Esta tendencia está llevando a médicos muy capacitados hacia especialidades con una mejor remuneración, dejando la atención primaria infrafinanciada y falta de personal. Para solucionar estas brechas de personal en el sistema de salud es esencial abordar los costes de la formación y la compensación.

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta al impacto: La implementación de Cobertura Sanitaria Universal causaría problemas de salud a nivel social.

Transicionar rápidamente a un sistema de Cobertura Sanitaria Universal va a aumentar la demanda para médicos, lo que colapsaría el sistema a corto plazo

Acosta Bravo 2026 (Carlos Miguel Acosta Bravo, 10 de abril 2026, “Servicio Universal de Salud, entre la promesa de equidad y el riesgo de saturación.”

<https://billieparkernoticias.com/servicio-universal-de-salud-entre-la-promesa-de-equidad-y-el-riesgo-de-saturacion/> Carlos Miguel Acosta Bravo es Maestro en Comunicación por la Universidad Iberoamericana. Formó parte del cuerpo académico en comunicación en la Ibero y en la Universidad Anáhuac, campus norte CDMX.)

La creación del nuevo Servicio Universal de Salud (SUS) en México representa, sin duda, uno de los intentos más ambiciosos de reforma del sistema sanitario en décadas. Su objetivo es claro y socialmente atractivo, garantizar el acceso a servicios médicos a toda la población, especialmente a quienes históricamente han quedado fuera de la seguridad social. Sin embargo, detrás de esta promesa de universalidad se esconden preguntas fundamentales sobre su viabilidad financiera, su impacto operativo y las tensiones que inevitablemente generará, entre trabajadores y patrones que actualmente cubren elevadas cuotas para su operación.

El primer punto crítico es el financiamiento. A diferencia de reformas estructurales en otros países, el SUS no contempla —al menos por ahora— la creación de nuevos impuestos ni una fuente exclusiva de recursos. En cambio, apuesta por integrar y reorganizar lo ya existente: IMSS, ISSSTE e IMSS-Bienestar. La lógica es sencilla en el papel, eliminar duplicidades, compartir infraestructura y mejorar la eficiencia del gasto público. Incluso la inversión inicial para su implementación —alrededor de 3,500 millones de pesos— se enfoca más en credencialización y digitalización que en infraestructura, y expansión física del sistema.

Esto revela una realidad incómoda, el SUS no es un nuevo sistema financiado desde cero, sino una reingeniería del actual. Su sostenibilidad dependerá, en gran medida, de la capacidad del Estado para hacer más con lo mismo. Y ahí es donde surgen las dudas.

El segundo elemento clave es la incorporación masiva del sector informal. En un país donde cerca de 50 millones de personas carecen de seguridad social formal, el impacto potencial es enorme. En el mejor de los casos, el SUS podría reducir el gasto de las aportaciones patronales y de trabajadores, garantizar continuidad en tratamientos y corregir la histórica fragmentación entre derechohabientes y población abierta. Es, en esencia, un paso hacia un modelo de salud verdaderamente universal.

Pero toda expansión de derechos conlleva un aumento de demanda. Y aquí aparece el principal talón de Aquiles del proyecto, la capacidad instalada. El sistema de salud mexicano ya enfrenta saturación hospitalaria, escasez de especialistas y problemas recurrentes de abasto de medicamentos. Incorporar

millones de nuevos usuarios sin una expansión proporcional de recursos humanos, infraestructura y equipamiento no es solo un desafío técnico, sino una receta para el colapso operativo en el corto plazo.

Las consecuencias son previsibles, tiempos de espera más largos para medicina de tercer nivel, mayor competencia por citas y procedimientos, y una percepción generalizada de deterioro en la calidad del servicio. Este escenario no solo afectaría a los nuevos beneficiarios, sino también —y quizás con mayor intensidad— a quienes ya cotizan en el sistema.

Aquí emerge una dimensión política delicada. Los trabajadores afiliados al IMSS o al ISSSTE podrían percibir el SUS como una redistribución injusta: “yo pago, otros no, y aún así competimos por los mismos servicios”. Esta percepción, más allá de su validez técnica, tiene un enorme peso político y social. La historia internacional muestra que los procesos de universalización sin expansión suficiente de capacidad suelen generar resistencias, conflictos sindicales y desgaste institucional.

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta al impacto: La implementación de Cobertura Sanitaria Universal causaría problemas de salud a nivel social.

La Cobertura Universal Sanitaria provocaría una escasez de médicos, mostrado por las experiencias de Canadá.

Zuluaga 2023. (Zuluaga, Mauricio. 2023. “Las Bases Del Sistema de Salud Que Se Establecieron En Canadá Para La Universalidad.” Diario La República. February 20, 2023. <https://www.larepublica.co/globoeconomia/las-bases-del-sistema-de-salud-que-se-establecieron-en-canada-para-la-universalidad-3548920.2023> Mauricio Zuluaga Ochoa es Periodista con más de 15 años de experiencia en Medios de Comunicación, Comunicación Corporativa, Relaciones Públicas y Asuntos Públicos.)

Canadá tiene un sistema de salud universal financiado a través de impuestos. Esto significa que cualquier ciudadano o residente permanente puede solicitar un seguro médico público. En dicho esquema el rol del Estado es financiar, organizar, brindar los servicios de salud y supervisar a los proveedores.

Por ser un estado federal, sus diez provincias y tres territorios tienen un plan de salud diferente, de ahí que haya algunas diferencias en términos de cobertura. A pesar de ello, la esencia es la misma en todo el país. Los gobiernos pagan directamente a los médicos, contratan los programas de medicamentos y la administración de la red hospitalaria.

Desde su creación en los 60 hasta su consolidación a mediados de los 80, dicho sistema fue mostrado como ejemplo ante el mundo, incluyendo a su vecino Estados Unidos. Hoy, la realidad es distinta, y aquello que fue orgullo para el país comienza a ser una de las mayores preocupaciones de los ciudadanos. La pandemia puso en evidencia serias falencias, aumentando los tiempos de espera para tratamientos con especialistas, cirugías e incluso para la atención en la red de urgencias.

Según un estudio hecho por el Fraser Institute, un centro de pensamiento especializado en el tema, el tiempo de espera promedio para ver a un especialista es 27,4 semanas, mientras que en 1993 era de 9,3 semanas. El tratamiento que más rápido se presta es el de la radioterapia para pacientes con cáncer, en 3,9 semanas, mientras que las neurocirugías son las que más espera demandan, 58,9 semanas.

Tras la petición hecha por diversos sectores, incluidos los gobernadores de las provincias, el primer ministro Justin Trudeau anunció un aumento de US\$150.000 millones durante los próximos diez años al presupuesto de la salud. “Son miles de millones de dólares para las provincias y ciertamente esperamos trabajar con ellas para poder entregar no solo ese dinero, sino esas mejoras en la atención médica a los ciudadanos de todo el país”, aseguró el mandatario.

Sumado a esto el país enfrenta una escasez de profesionales de la salud. En Ontario y Quebec, donde vive 60% de la población canadiense, se estima que 2,6 millones de personas no tienen acceso a un

doctor de familia, que es el modelo central del sistema, y se prevé que en el corto plazo 1,7 millones más quedaran en este mismo limbo dado que sus médicos que se acercan a la edad de retiro.

Según datos de la Oede, Canadá tiene una de las tasas más bajas en materia de oferta de médicos entre los países desarrollados. Mientras aquí hay 2.8 por cada mil habitantes, una cifra cercana a la de Colombia donde hay 2,08 por cada 100.000, en España este indicador es cercano a cinco.

Parte de la menor oferta de médicos está explicada por el mercado generado el propio modelo. Los profesionales de la salud tienen un único cliente: el gobierno. Y este tiene la capacidad de controlar costos y precios. De ahí que el ejercicio de la medicina, a diferencia de otras profesiones donde existe el libre mercado, resulte menos atractivo desde la perspectiva profesional y de ingresos.

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta al impacto: La implementación de Cobertura Sanitaria Universal causaría problemas de salud a nivel social.

La escasez de profesionales médicos aumentó los peores efectos de una pandemia debido a la saturación de la infraestructura sanitaria.

El Economista 2020. (El Economista. 2020. "Pandemia Desborda a Latinoamérica Y Colapsa Sus Frágiles Sistemas de Salud." Publicado por El Economista. July 14, 2020.

<https://www.eleconomista.net/actualidad/pandemia-desborda-a-latinoamerica-y-colapsa-sus-fragiles-sistemas-de-salud-20200714-0023.html>. El Economista es una revista latinoamericana especializada en temas financieros y de negocios a escala regional)

El coronavirus, que sigue imparables en Latinoamérica con unos 3,5 millones de casos y más de 145.000 muertes, ha puesto contra las cuerdas a los frágiles sistemas de salud de la región, donde numerosos países afrontan ya dramáticas situaciones de saturación hospitalaria, escasez de profesionales y desborde de servicios funerarios.

En plena fase de transmisión "intensa" del virus, como lo ha descrito la Organización Mundial de la Salud (OMS), países como Panamá, Ecuador, Perú o Bolivia han advertido en la última semana de un desborde, mientras otros, como Colombia, Brasil o Chile, intentan mantener a flote los servicios con la capacidad hospitalaria a tope en varias de sus ciudades.

La saturación de los servicios ha ido escalando a la par del aumento vertiginoso de contagios en la región, que alcanzó en los últimos días el primer lugar del mundo en número de casos y el segundo en decesos, después de Europa.

"Es un enorme cuello de botella. Los contagios aumentan exponencialmente, y estadísticamente se sabe que un 5 % va a terapia intensiva, lo que requiere de una estructura del sistema de salud amplia para evitar morir sin ser asistido, que es lo que está pasando, la gente muere sin tener una asistencia digna", advierte a Efe el especialista en medicina intensiva Gustavo Grecco, integrante de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe y presidente del Sindicato Médico de Uruguay.

En este momento la región de América Latina y el Caribe registra más del 50 % de los contagios del continente, con Brasil, Perú, Chile y México entre los diez primeros del mundo en cuanto a cifras totales de casos y con un repunte de infectados en naciones como Colombia, Costa Rica, Bolivia y Panamá.

La alarma más reciente la emitió Panamá, donde el lunes se informó la ocupación del 100 % de las UCI en todos los hospitales privados del país, mientras los profesionales del sistema público mantienen su protesta ante un previsible colapso.

En algunas zonas de Latinoamérica los médicos incluso se han visto obligados a elegir a qué pacientes internar o atender con prioridad, mientras en Bolivia se contempla la expropiación de hospitales y cementerios privados.

La saturación en Brasil, el segundo país del mundo más afectado por la COVID-19, ha sido transitoria, por regiones, y ha tenido que ver con la migración del virus.

A comienzos de marzo, la capital del estado de Amazonas, Manaus, vivió su momento más crítico y se convirtió en la primera ciudad en entrar en colapso sanitario y funerario.

En junio, cuando ya estaba contenida la situación de Manaus, la ocupación de las UCI en Sao Paulo y Río de Janeiro llegó a más del 90 %, aunque luego se fue reduciendo. Ahora la alerta está en el sur y centro-oeste del país, donde el estado de Mato Grosso, fronterizo con Bolivia, registra unos 25.000 casos y cerca de 1.000 muertos, pero tiene una limitada red de atención médica.

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta a la solución: Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil no mitigaría los brotes de enfermedades.

La pandemia de COVID-19 en Brasil fue un desastre. El sistema de Cobertura Sanitaria Universal no pudo superar la crisis política del gobierno brasileño, lo que resultaba en peores resultados de salud.

Agostini 2023. (Agostoni, Claudia. 2023. "Dejar Morir: La Trágica Gestión de La Pandemia de La Covid-19 En Brasil." História, Ciências, Saúde-Manguinhos 30 (suppl 1). <https://doi.org/10.1590/s0104-59702023000100050>. Claudia Agostini es Investigadora titular en el Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Nacional Autónoma de México. Su especialidad es la historia de la medicina. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10549992/>.)

El documental independiente Eles poderiam estar vivos (2022), escrito, dirigido y producido por los hermanos Lucas y Gabriel Mesquita, es un detallado y contundente testimonio de la trágica gestión de la pandemia de la covid-19 en Brasil. Uno de sus argumentos centrales es que la estrategia privilegiada por el gobierno autoritario de Jair Bolsonaro fue la deliberada propagación del virus y que ello provocó la muerte de por los menos la mitad de las 680 mil personas que se estima que fallecieron entre 2020 y 2022.

El documental, un notable registro y testimonio de nuestro tiempo, inicia con una importante afirmación de Deisy de Freitas de Lima Ventura, profesora titular de ética de la Facultad de Salud Pública de la Universidade de São Paulo: la pandemia de la covid-19 no fue una sorpresa para la comunidad médica y científica brasileña y, tampoco para la comunidad médica internacional, ya que desde tiempo atrás se contaba con sólidos estudios y con contundentes informes científicos relativos a una próxima propagación pandémica de algún coronavirus. Ventura acota que lo que no se sabía era en qué momento iniciaría, o de qué virus se trataría, y destaca que Brasil contaba con la experiencia histórica, con el personal sanitario y con un sólido Sistema Único de Saúde (SUS), al igual que con comprobadas estrategias de salud pública para afrontar diferentes emergencias sanitarias. Por ello, es importante remarcar que Brasil sí tenía los recursos, las instituciones, el personal sanitario y una larga y sólida trayectoria histórica en salud pública. Al respecto se pueden mencionar sus consolidados servicios de atención primaria y casi cincuenta años de experiencia organizando exitosos programas y campañas de vacunación, siendo que Zé Gotinha, un personaje clave de las campañas y programas de vacunación, forma desde tiempo atrás parte del patrimonio nacional. Esos y otros elementos, propulsores de notables transformaciones y mejoras en el ámbito de la salud pública durante los siglos XX y XXI, aunque han sido cuidadosa y detalladamente estudiados en diferentes investigaciones históricas, fueron cotidianamente saboteados, debilitados y con ello olvidados por el gobierno de Jair Bolsonaro y por los actores e instituciones afines a su administración.

El documental también presenta, desde una perspectiva multidisciplinaria, los testimonios de destacados especialistas en salud pública, epidemiología, psiquiatría, leyes y ética de la salud pública. Incluye múltiples fotografías, ilustraciones y caricaturas publicadas en la prensa brasileña realizadas por Carlos Latuff, Paula Villar y Cris Vector, así como íntimos y desgarradores relatos de los familiares de las víctimas de la errática gestión de la pandemia. Esas entrevistas, narraciones, imágenes y secuencias, son cohesionadas o articuladas a partir de la inserción de una detallada línea del tiempo, la que muestra que si bien la gestión de la pandemia inicio por buen camino el 6 de febrero de 2020, la estrategia rápidamente cambió de curso. Se afirma que fue a partir del 23 de marzo, al promulgarse la Resolução de Diretoria Colegiada n. 354, la que eliminó la obligatoriedad de presentar una receta médica para la compra y uso de la cloroquina y de la hidroxicloroquina, cuando se favoreció e impulsó el uso de dos medicamentos carentes de ensayos clínicos controlados que demostraran que sí eran eficaces para el tratamiento de los pacientes con la covid-19. Lo anterior no solo representó el desdén del gobierno brasileño hacia las directrices científicas internacionales y hacia la Organización Mundial de la Salud. También es un factor que constata que lo que se buscó fue la deliberada estrategia de inmunidad de rebaño por contagio, lo que se sustentó en ideas falsas y éticamente cuestionables en aras de preservar el funcionamiento de la economía. El documental también detalla cómo otras leyes y decretos favorecieron el contagio deliberado de la población. Al respecto se pueden mencionar los del 25 de marzo y 11 de mayo de 2020 que determinaron que todas las actividades religiosas y que las loterías se considerarían como actividades económicas esenciales, lo mismo que los salones de belleza, las peluquerías, las escuelas de deportes en todas sus modalidades y, las actividades industriales.

La deliberada estrategia del contagio masivo para adquirir una “inmunidad de rebaño” es sobre lo que reflexionan la ya mencionada Deisy Ventura, al igual que Fernando Aith y Luana Araújo, infectóloga que formó parte y quien testificó en la Comisión de Investigación Parlamentaria (CPI) de Brasil sobre la covid-19 (CPI de la covid-19, 27 abr. 2021 a 26 oct. 2021) y Arthur Chioro, ex ministro de Salud, entre otras de las personas entrevistadas. Ellos explican cómo lo anterior se acompañó de una sistemática minimización de los peligros, de una intensa campaña de desinformación y de noticias falsas que provocaron que la mayor parte de los fallecimientos se registraran entre los sectores más pobres y vulnerables del país. Esa estrategia, tal y como se constata a lo largo del documental, representó una confrontación con la Organización Mundial de la Salud (OMS), con los sustentos históricos y éticos de la salud pública y, con las instituciones y actores nacionales e internacionales de la salud pública. Considero particularmente importante mencionar que, de acuerdo con la OMS (12 oct. 2020, s.p.), “nunca en la historia de la salud pública se ha recurrido a la inmunidad colectiva como una estrategia para responder a un brote, y mucho menos a una pandemia”. Ello plantearía problemas científicos y éticos.

Sin embargo, lo que se privilegió en Brasil fue una peligrosa deformación de la realidad.

La deliberada y descontrolada propagación del virus se acompañó de una sistemática y tenaz obstrucción a las respuestas que los estados federales y los municipios estaban procurando implementar para contener los contagios, de una incesante descalificación de los beneficios del distanciamiento social y del uso de las mascarillas, de una intensa campaña de desinformación relativa a las vacunas y de la asociación que Bolsonaro estableció entre contagio, cobardía y debilidad.

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta a la solución: Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil no mitigaría los brotes de enfermedades.

Brasil es un ejemplo de todo lo que un país no debe hacer durante una pandemia.

Barrucho 2021. (Barrucho, Luis. 2021. "Brasil Es El Ejemplo de Todo Lo Que Podía Salir Mal En Una Pandemia". BBC News Mundo, March 25, 2021.

<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56510603>. Actualmente, Luis Barranco es videoperiodista y editor de vídeo digital en el BBC World Service en Londres (Reino Unido). Periodista multimedia con 9 años de experiencia en diversas plataformas de televisión, radio y medios digitales, tanto en Brasil como en el Reino Unido. Anteriormente, reportero de economía y negocios en VEJA, la revista semanal de noticias más importante de Brasil.)

"Brasil es el ejemplo de todo lo que podía salir mal en una pandemia. Tenemos un país con unos dirigentes que, además de no implementar medidas de control, minaron las medidas que teníamos, como la distancia social, el uso de mascarillas y, durante mucho tiempo, también las vacunas. Nos convertimos en una amenaza global".

Esta es la opinión de Denise Garrett, epidemióloga que trabajó durante más de 20 años en el Centro para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud de EE.UU. y ahora es la vicepresidenta del Instituto de Vacunas Sabin (Washington). Garrett no escatima en críticas al gobierno brasileño por su manejo de la pandemia de covid-19.

"Un año después, estamos en el peor lugar en el que podríamos estar, con una transmisión altísima, con una variante extremadamente alarmante y con un sistema de salud al borde del colapso", dice.

En el CDC, la experta se desempeñó como asesora del Programa de Capacitación en Epidemiología de Campo (FETP) en Brasil, como líder del equipo en el Consorcio de Estudios Epidemiológicos de Tuberculosis (TBESC) y como asesora de la Iniciativa Presidencial contra la Malaria en Angola.

Según los datos oficiales, Brasil registró su récord diario de muertes el martes, con 3.251. Este miércoles se registraron 2.009 muertos, con lo que el país ya [en 2021] superó los 300.000 muertos desde el inicio de pandemias (300.685 víctimas).

El país sudamericano es el segundo país del mundo con más muertos por covid, por detrás de EE.UU., con 545.282), según datos de la Universidad Johns Hopkins.

Brasil parece vivir en un universo paralelo. Si bien todos los países avanzan en una dirección, nosotros vamos en la dirección opuesta.

Un factor decisivo para ello, además de los que ya he mencionado, fue el fomento del uso de medicamentos sin ninguna evidencia científica, que la población creyó que eran una medida de protección.

Es decir, en lugar de practicar el distanciamiento social y usar mascarilla, mucha gente creyó en el presidente (Jair Bolsonaro) y pensó la ivermectina y hidroxiclороquina los protegería. No vi a ningún otro país del mundo haciendo eso.

Aquí en Estados Unidos, el expresidente Donald Trump también llegó a recomendar este medicamento en un momento determinado. Pero, en Brasil, había un protocolo recomendado por el Ministerio de Salud.

El impacto de estas noticias falsas es inmenso, y hace que incluso los colegas médicos sufran la presión del propio paciente.

Además de todo esto, no tenemos vacuna. El gobierno no llegó a acuerdos cuando se suponía que debía hacerlo. El presidente dijo que no sería vacunado. Las dosis que tiene Brasil ahora no provienen del gobierno federal.

NEG - Las enfermedades transmisibles

Respuesta a la solución: Establecer un sistema de Cobertura Sanitaria Universal en el estilo de Brasil no mitigaría los brotes de enfermedades.

La respuesta brasileña a la COVID-19 promovía el “neoliberalismo epidemiológico”, un sistema de gobernanza que protege a los intereses corporativas a costo de miles de vidas

Ventura y Bueno 2021. (Deisy de Freitas Lima Ventura, and Flávia Thedim Costa Bueno. 2021. “De Líder a Paria de La Salud Global: Brasil Como Laboratorio Del ‘Neoliberalismo Epidemiológico’ Ante La Covid-19.” *Foro Internacional* 61 (2): 427–67. <https://doi.org/10.24201/fi.v61i2.2835>. https://scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-013X2021000200427&script=sci_arttext Deisy de Freitas Lima Ventura es doctora en Derecho Internacional por la Universidad de París 1 Panthéon-Sorbonne. Es subdirectora tanto del Instituto de Relaciones Internacionales como de la Escuela de Doctorado en Salud Global y Desarrollo Sostenible de la Universidad de São Paulo. Flavia Thedim Costa Bueno es licenciada en Psicología por la UFRJ (2007) y especialista en salud pública, formada a través de la Residencia Multiprofesional en Salud Colectiva del Instituto de Estudios de Salud Colectiva de la UFRJ (2010).)

Aunque todos estos abordajes son contribuciones importantes, consideramos que Brasil ofrece un ejemplo radical de respuesta a la pandemia según la lógica neoliberal. Por medio de una investigación documental y una revisión de literatura narrativa, y corroborando la tendencia de la bibliografía reciente sobre el papel proactivo de líderes populistas en la diseminación de la pandemia,⁴ demostraremos que hay en Brasil una estrategia institucional de propagación del nuevo coronavirus, liderada por el presidente de la República e implementada por el conjunto del gobierno federal, no sin resistencias de gobiernos locales, instituciones, partidos de oposición y movimientos sociales. Mediante la llamada “inmunidad colectiva”, el gobierno federal pretende reanudar la actividad económica lo antes posible y a cualquier precio. En abril de 2020, comentando las estrategias de respuesta a la pandemia de los Países Bajos y del Reino Unido, Isabel Frey las definió como “neoliberalismo epidemiológico” porque, al igual que la creencia incondicional en el libre mercado, la estrategia de inmunidad colectiva consiste en superar una epidemia con regulación y costos mínimos, aunque se sepa que implicará la muerte de miles de personas, sobre todo las más vulnerables. Sin embargo, a diferencia de los países antes citados, que han modificado sus estrategias iniciales frente al aumento del número de casos y fallecidos, el presidente brasileño y quienes lo apoyan persisten en la idea de que la economía no puede soportar una suspensión, aunque temporal, de la circulación de personas. Al hacerlo, establecen artificialmente una oposición entre la protección de la economía y la protección de la salud, que viene siendo un recurso retórico muy común en la defensa de las políticas de austeridad fiscal a lo largo de las últimas décadas cuando, en realidad, el estudio de las políticas sociales de distintos Estados revela que las inversiones públicas en salud presentan un retorno positivo para la economía.

Respuesta al problema

Hablando del argumento que el [negativo/afirmativo] hicieron sobre.....

Ellos dicen que....

Tenemos 2 respuestas a esto.

1. [Resumen del argumento que hicistes durante el primer constructivo. Menciona el nombre del autor que escribió la tarjeta a la que refieres]
2. [Una tarjeta de la sección “más tarjetas” que responde a su argumento (problema, impacto o solución)]

Respuesta al impacto

Hablando del argumento que el [negativo/afirmativo] hicieron sobre.....

Ellos dicen que....

Tenemos 2 respuestas a esto.

3. [Resumen del argumento que hicistes durante el primer constructivo. Menciona el nombre del autor que escribió la tarjeta a la que refieres]
4. [Una tarjeta de la sección “más tarjetas” que responde a su argumento (problema, impacto o solución)]

Además, nuestro impacto es más importante que el suyo...

Respuesta a la solución

Hablando del argumento que el [negativo/afirmativo] hicieron sobre.....

Ellos dicen que....

Tenemos 2 respuestas a esto.

5. [Resumen del argumento que hicistes durante el primer constructivo. Menciona el nombre del autor que escribió la tarjeta a la que refieres]
6. [Una tarjeta de la sección “más tarjetas” que responde a su argumento (problema, impacto o solución)]

Respuesta al problema

Primero, hablamos del argumento que el negativo hicieron sobre el problema

Ellos dicen que la falta de acceso a los servicios médicos para los inmigrantes no es por la falta de cobertura sanitaria, sino porque personas migrantes temen de irse a los hospitales y clínicas por ICE

Tenemos 1 respuesta a este argumento.

7. Aún si el temor de ICE es un factor que limita el acceso a los servicios sanitarios, no es el único factor. Aún si se mejoraran las políticas migratorias, sin seguridad sanitaria no será posible buscar ayuda cuando uno se enferma. Es preferible tener la opción de buscar servicios sanitarios,

Respuesta al impacto

Siguiente, hablamos del argumento que el negativo hicieron sobre el impacto

Ellos dicen que La Cobertura Sanitaria Universal se convertiría en una herramienta de deportaciones porque ICE ya puede utilizar datos básicos de Medicaid para su campaña de deportaciones.

Tenemos 2 respuestas a esto.

1. Con una Cobertura Sanitaria Universal, no sería necesario coleccionar tanto información personal porque todos tendrían el mismo acceso a servicios sanitarios.
2. Ahora, la Ley de la Carga Pública es utilizada para negar acceso a los servicios médicos a las comunidades inmigrantes bajo la amenaza de deportación. La moción protegería el derecho de los inmigrantes buscar ayuda médico

Manchinelly 2022 (Dr. Daniel Manchinelly es Doctor en Ciencia Social con especialidad en Sociología por El Colegio de México. "EL ACCESO A LA SALUD DE LAS PERSONAS EN CONDICIÓN DE MIGRACIÓN IRREGULAR EN ESTADOS UNIDOS Y COLOMBIA." Publicado por Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. 2022.

home.ciess.org/wp-content/uploads/2023/06/0422_CASBSS_ELACCESOIRREGULAR.pdf)

Respecto al tema del acceso a la salud de los inmigrantes, el gobierno federal creó la Ley de la Carga Pública (Public-Charge Rule). Esta ley limitaba el uso de servicios médicos a las personas inmigrantes en los Estados Unidos. Esta ley dejó a varios migrantes con miedo de buscar cualquier servicio público de salud, a razón de ser deportados al estar clasificados como una carga pública para el Estado estadounidense

Esto se llamó **efecto desalentador** (chilling effect) ya que buscaba intimidar a los inmigrantes para que no pudieran acceder a todos los servicios públicos. Eso implicaba una limitante al acceso a la salud de los servicios médicos públicos para los inmigrantes residentes en Estados Unidos.

En suma, con el gobierno de Donald Trump la política migratoria se caracterizó por ser restrictiva, tanto en la frontera sur con México, como al interior de los Estados Unidos. Los derechos humanos fueron puestos entre paréntesis por medio de la ejecución de varias medidas restrictivas, ya que existieron varias transgresiones a los derechos humanos que fueron reportadas por Amnistía Internacional.

Además, nuestro impacto es más importante que el suyo...

Respuesta a la solución

Hablando del argumento que el negativo hicieron sobre la solución

Ellos dicen que Los Estados Unidos nunca van a tener éxito con la Cobertura Sanitaria Universal como Brasil por su cultura individualista, el sector de seguro médico privado y una falta de sistemas médicos eficaces.

Tenemos dos respuestas:

- 1. Es posible cambiar las leyes. El debate se trata de lo que debemos hacer, no de lo que los políticos vigentes probablemente van a hacer en el status quo**
- 2. Una política federal de Cobertura Sanitaria Universal podría garantizar que los inmigrantes en los Estados Unidos tengan acceso a los servicios médicos.**

De Rello 2025 (Alejandro de Rello es graduado del Department of World Languages and Cultures de Georgia College & State University. "Los inmigrantes indocumentados y su pelea por la salud médica en los Estados Unidos" World Languages and Cultures Senior Capstones, publicado por Georgia College Knowledge Box. 2025. https://kb.gcsu.edu/wlc_capstone/31)

Mejorar el acceso a la atención médica para los inmigrantes indocumentados requiere la implementación de políticas efectivas. Una de las principales propuestas es la expansión de Medicaid, un programa que podría crecer cobertura. A nivel federal, una expansión más amplia de Medicaid podría garantizar que millones de inmigrantes tengan acceso a atención médica preventiva y básica, reduciendo así los costos a largo plazo asociados con enfermedades avanzadas.

Durante Covid-19 muchos inmigrantes siguieron trabajando. Esto resultó en que el virus siguió creciendo y que más gente se enfermaba por el Covid-19. Ahora esto no es problema que solamente afecta a ellos sino también ahora está afectando a la gente estadounidense. Creando soluciones para salud médica

para los indocumentados puede ayudar cuando hay enfermedades avanzadas como COVID-19 para que todo el público esté bien.

Uno de los aspectos más controversiales de los inmigrantes indocumentados en el sistema de salud es el costo asociado con brindarles atención médica. Muchos argumentan que los inmigrantes indocumentados representan una carga económica para el sistema de salud porque dependen de los servicios de emergencia para recibir atención médica.

Sin embargo, las investigaciones muestran que los costos asociados con la atención médica para los inmigrantes indocumentados son exagerados. Los inmigrantes indocumentados utilizan significativamente menos servicios de salud que los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales. Esto se debe en gran parte a que muchos evitan buscar atención médica a menos que sea absolutamente necesario debido al miedo a la deportación, los altos costos o la falta de conocimiento sobre los servicios disponibles.

Además, las limitaciones que enfrentan los inmigrantes indocumentados para acceder a la atención médica los obligan a caer en ciclos peligrosos de tratamientos basados en emergencias, lo que resulta más costoso a largo plazo. Esto significa que las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal, que requieren hemodiálisis continua, a menudo quedan sin tratamiento hasta que se convierten en emergencias potencialmente mortales, lo que resulta en costos altos e ineficiente en lugar de un tratamiento preventivo.

La ley federal exige que los departamentos de emergencia atiendan a todos los pacientes, ni importa su estatus migratorio, bajo la Ley de Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA). Sin embargo, como explica Rakatansky, esto crea una situación problemática en la que los doctores y los hospitales deben seguir criterios estrictos para determinar qué califica como una emergencia médica. Esto pone a los médicos como a los hospitales en una posición difícil, ya que deben decidir entre brindar atención esencial y asegurarse de cumplir con los requisitos legales para el reembolso.