

La pandemia de COVID-19: desafíos en la evaluación del impacto de problemas complejos y multidimensionales en la salud de poblaciones

Guilherme Loureiro Werneck ^{1,2}

doi: 10.1590/0102-3111XES045322

La pandemia de COVID-19 afecta a la población brasileña en una situación de amplia vulnerabilidad social, económica y programática. Las altas tasas de desempleo, junto al desmantelamiento de políticas sociales, incluyendo el agravamiento de la ya crónica subfinanciación del Sistema Único de Salud brasileño (SUS), creó una situación propicia para una crisis sanitaria de proporciones inéditas, incitada por las acciones equivocadas e inacciones deliberadas en la gestión del combate a la pandemia en el país ¹. La tesis falaz de una “enfermedad democrática”, difundida al comienzo de la epidemia en Brasil, rápidamente se desvaneció. Al final, toda epidemia es, al mismo tiempo, un fenómeno biológico, social e histórico, que se expresa de forma desigual en la población, reflejando las inequidades en el riesgo de infección, padecimiento y muerte y en el acceso al cuidado en salud ². En este contexto, la carga de morbilidad y mortalidad de la COVID-19 recayó principalmente sobre los más pobres, las poblaciones negras y tradicionales, los socialmente excluidos, desvelando y profundizando las ya enormes desigualdades sociales de salud en el país ^{3,4}.

Como bien se resalta en el artículo de Horta et al. ⁵, en este número de CSP, las pandemias tienen efectos deletéreos mucho más allá de aquellos visibles en las estadísticas de morbimortalidad por el empeoramiento del cuadro clínico. Experiencias anteriores muestran que las pandemias provocan impactos en una amplia gama de acciones de control de otras enfermedades ⁶. La reorganización de los servicios de salud y la reorientación de los recursos financieros y humanos hacia acciones de combate a la pandemia provocan atrasos en el diagnóstico y tratamiento, dificultades de mantenimiento de programas de control, así como discontinuidad en las acciones de vigilancia y monitoreo ^{6,7}. El comprometer los indicadores operacionales de la tuberculosis, reducir las coberturas de vacunación, así como el atraso en los exámenes de rastreo de cáncer, son ejemplos ya evidentes en nuestro contexto ^{8,9,10}. Desgraciadamente, muchos efectos pueden incluso no ser visibles, pero implican el riesgo de resurgimiento de enfermedades inmunoprevenibles, como el sarampión y la poliomielitis, el aumento de la carga de enfermedades desatendidas, como la tuberculosis y el dengue, así como el aumento en la mortalidad por cáncer. Otro efecto poco recordado, pero de gran relevancia, es la reducción de la capacidad de recogida y análisis de datos epidemiológicos para fines de evaluación y planificación ⁷.

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



El artículo de Horta et al.⁵ contribuye a mapear la amplitud y gravedad de este problema. Mediante una encuesta poblacional de 133 ciudades brasileñas en el comienzo de la pandemia, los autores muestran que cerca de 1/4 de los entrevistados informaron no haber buscado atención a la salud, incluso sintiéndose enfermos, y/o dejaron de asistir a consultas de rutina o de rastreo en los primeros meses de la pandemia. Los resultados son impresionantes, considerando que los datos fueron recogidos en una fase de la pandemia, donde el número de casos y de óbitos registrados en Brasil correspondía a menos de un 20% en el total acumulado hasta marzo de 2022. De este modo, es razonable suponer que el problema debe haberse agravado, tal vez menos en términos de su frecuencia relativa, pero posiblemente más en lo que se refiere al tiempo pasado entre la fecha de la necesidad de atención o de la cita para consulta y su efectiva realización.

Otro aspecto que merece relevancia entre los resultados del estudio son los principales motivos expuestos para la no comparecencia en los servicios de salud: recelo de infectarse con el SARS-CoV-2 (46%) y el cierre de los servicios de salud (21%). Ambos reflejan aspectos dramáticos de la respuesta catastrófica del país a la pandemia: la falta de movilización de la red de atención primaria en salud (APS), en detrimento de la atención hospitalaria¹¹. Es posible que parte de esa falta de centralidad de la APS en el contexto de la pandemia haya derivado del recelo de que un aumento de la demanda en las unidades básicas de salud pudiese generar un riesgo aumentado de infección, tanto para usuarios, como para profesionales de salud, dada la alta capacidad de propagación del SARS-CoV-2, lo que estaría en consonancia con la percepción de los entrevistados. Tal preocupación encuentra algún respaldo, considerando la limitación de acceso a equipos de protección individual al principio de la pandemia, así como la necesidad de reorganización y adaptaciones estructurales, además del flujo de atención en un contexto en el que la fuerza de trabajo en salud ya se encontraba sobrecargada. No obstante, una APS fuerte, resolutive y amplia es más que nunca esencial para combatir adecuadamente la pandemia¹¹. Las dificultades operacionales y estructurales, para adaptar la APS a las necesidades de bioseguridad presentadas por la pandemia, tendrían que sea asumidas como algo prioritario, de acuerdo con los principios básicos para enfrentar emergencias en salud pública¹².

Finalmente, el artículo de Horta et al.⁵ evidencia de manera elocuente la inequidad en los impactos de la pandemia en la población. Los datos presentados muestran que fueron justamente los más pobres, las poblaciones negra e indígena, los habitantes de las regiones Norte y Nordeste, y quienes contaban con un mayor número de enfermedades preexistentes fueron quienes más dejaron de buscar atención en salud y/o no asistieron a las consultas de rutina.

Inspirado por el artículo de Horta et al.⁵, se expone aquí un desafío, y una invitación para la salud colectiva, y en particular para la epidemiología: incorporar teorías y conceptos de sindemia e interseccionalidad en sus análisis, de forma que se comprendan mejor las bases estructurales que implican el impacto desproporcional de problemas complejos y multidimensionales como pandemias y otras emergencias, así como desastres, en la salud de las poblaciones^{13,14}.

Información adicional

ORCID: Guilherme Loureiro Werneck (0000-0003-1169-1436).

1. Werneck GL, Carvalho MS. La pandemia de COVID-19 en Brasil: crónica de una crisis sanitaria anunciada. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00068820.
2. Werneck GL. Cenários epidemiológicos no Brasil: tendências e impactos. In: Freitas CM, Barcellos C, Villela DAM, organizadores. COVID-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz/Editora Fiocruz; 2021. p. 31-41.
3. Oliveira RG, Cunha AP, Gadelha AGS, Carpio CG, Oliveira RB, Corrêa RM. Racial inequalities and death on the horizon: COVID-19 and structural racism. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00150120.
4. Nassif-Pires L, Carvalho L, Rawet E. Multidimensional Inequality and COVID-19 in Brazil. *Blythwood: Levy Economics Institute of Bard College*; 2020. (Public Policy Brief, 153).
5. Horta BL, Silveira MF, Barros AJD, Hartwig FP, Dias MS, Menezes AMB, et al. COVID-19 and outpatient care: a nationwide household survey. *Cad Saúde Pública* 2022; 38:e00194121.
6. Madhav N, Oppenheim B, Gallivan M, Mulembakani P, Rubin E, Wolfe N. Pandemics: risks, impacts, and mitigation. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Lareminarayan R, Mock CN, et al., organizadores. *Disease control priorities: improving health and reducing poverty*. 3ª Ed. Washington DC: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2017. p. 315-46.
7. World Health Organization. Neglected tropical diseases: impact of COVID-19 and WHO's response – 2021 update. *Wkly Epidemiol Rec* 2021; 38:461-8.
8. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Indicadores operacionais da tuberculose no Brasil e a COVID-19: análise comparativa dos anos de 2019 e 2020. *Boletim Epidemiológico* 2021; (52). https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_22-2.pdf.
9. Alves JG, Figueiroa JN, Urquia ML. Impact of COVID-19 on immunization of Brazilian infants. *Int J Infect Dis* 2021; 107:252-3.
10. Ribeiro CM, Correa FM, Migowski A. Short-term effects of the COVID-19 pandemic on cancer screening, diagnosis and treatment procedures in Brazil: a descriptive study, 2019-2020. *Epidemiol Serv Saúde* 2022; 31:e2021405.
11. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R; Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00149720.
12. Nurse J. Pandemic emergency response to the coronavirus, COVID-19: global responsibilities and an emergency framework for countries and communities. Toronto: The InterAction Council; 2020.
13. Griffith DM, Holliday CS, Enyia OK, Ellison JM, Jaeger EC. Using syndemics and intersectionality to explain the disproportionate COVID-19 mortality among black men. *Public Health Rep* 2021; 136:523-31.
14. Bispo Júnior JP, Santos DB. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00119021.

Recibido el 10/Mar/2022
 Aprobado el 16/Mar/2022