

La lucha contra la COVID-19: una perspectiva desde América Latina y el Caribe

Fernando Ruiz-Gómez¹ y Julián Alfredo Fernández-Niño²

Forma de citar

Ruiz-Gómez F y Fernández-Niño JA. La lucha contra la COVID-19: una perspectiva desde América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e60. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.60>

Los países de América Latina y el Caribe (ALC) se han esforzado mucho en las últimas décadas por aumentar la cobertura efectiva de sus servicios de salud, aunque persisten grandes desigualdades tanto entre los países como dentro de ellos.(1) La brecha entre las zonas urbanas y rurales es la inequidad más notable en esta región. Sin embargo, a diferencia de la mayoría de los problemas de salud pública que predominan en ALC,(2) la COVID-19 ha afectado sobre todo a las zonas urbanas, especialmente aquellas donde se concentra la pobreza.(3)

La gestión de la pandemia ha sido un desafío eminentemente urbano, que ha afectado en modo sustancial a los distritos más marginados de las ciudades y los municipios con mayor densidad demográfica. En esas zonas, la crisis de la COVID-19 ha afectado predominantemente a los grupos más pobres debido al tamaño del mercado de trabajo informal, a los obstáculos en el acceso a los servicios de salud y a la desnutrición.(4) En un comienzo se creyó que, en comparación con los países de ingresos altos, ALC estaría más protegida ante la COVID-19 gracias a su mayor dispersión geográfica y la relativa juventud de su población. En realidad, ha sido una de las regiones más vulnerables a la pandemia por las disparidades regionales en cuanto a las capacidades de salud, la débil autoridad en materia de salud y las desigualdades estructurales e históricas que configuran los determinantes sociales de la salud. El papel de los sistemas de salud ha sido fundamental, pero los determinantes estructurales colocan a la región en una posición sociohistórica de vulnerabilidad, en especial en las grandes zonas metropolitanas.

Las pandemias de gripe A/H1N1, zika y chikunguña nos dejaron enseñanzas importantes.(5) Con todo, lo aprendido fue insuficiente frente a la COVID-19, no solo por su magnitud y duración sino también por la profunda complejidad social de las medidas de mitigación que hubo que adoptar en un contexto de gran incertidumbre, muchas de las cuales no se habían aplicado desde hacía décadas. No obstante, los países de ALC habían

preparado planes de respuesta ante pandemias, con mejoras en los sistemas de vigilancia epidemiológica, información y alerta y respuesta, lo cual les permitió adaptarse con rapidez. Aunque los planes se ejecutaron de manera desigual, el impacto sin duda habría sido peor sin estos recursos, experiencia y preparación.

Lamentablemente, durante los primeros meses de la pandemia había pocas evidencias de la eficacia y aplicabilidad de las medidas de control, sobre todo las de tipo no farmacológico (por ejemplo, lavado de manos, uso de mascarilla) en contextos como ALC. La mayor parte de la evidencia disponible provenía de países de ingresos altos. El corpus de evidencia se complementó oportunamente gracias a las publicaciones científicas lideradas sobre todo por Chile, Brasil y Colombia. Como responsables de tomar decisiones, tuvimos que enfrentar no solo la dificultad de diseñar intervenciones que salvaran vidas y protegieran las capacidades del sistema de salud, sino además la de evitar que nuestras decisiones agravaran las desigualdades, desigualdades que también determinan las oportunidades de gozar de salud y bienestar de las personas y los grupos poblacionales, así como la salud pública a mediano y largo plazo.

Adoptar medidas de control de la COVID-19 en ALC no ha sido fácil. Ha sido una batalla que sabíamos desde el comienzo que nadie ganaría. Algunos determinantes estructurales históricos, como el trabajo informal, prefiguraban el impacto que tuvo el virus, generando una incidencia elevada de casos graves y un claro gradiente socioeconómico de mortalidad, como ya constatamos en Colombia.(3) Garzón-Orjuela *et al.*, en este número especial, llegan a conclusiones semejantes en su estudio sobre los efectos de las desigualdades socioeconómicas en la evolución de la COVID-19.

Los determinantes estructurales también afectaron la eficacia de las medidas, como los programas de rastreo de contactos, que prometían ser menos dañinos que las cuarentenas generales. Aun así, el rastreo de contactos dependía del aislamiento

* Traducción oficial al español del artículo original en inglés efectuada por la Organización Panamericana de la Salud. En caso de discrepancia, prevalecerá la versión en inglés publicada en *American Journal of Public Health*. Acceso al artículo original: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.306811>

¹ Ministro de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

² Director de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia; científico adjunto en el Departamento de Salud Internacional de la Escuela de Salud Pública Bloomberg (Universidad Johns Hopkins), Baltimore, Estados Unidos de América. ✉ Julián A. Fernández-Niño, jfernandezn@minsalud.gov.co

de los casos sospechosos, algo que resulta imposible para algunas personas por su situación socioeconómica.(6) No se podía esperar que estas medidas tuviesen la misma eficacia que en los países de ingresos altos, ni que estuviesen exentas de problemas de cumplimiento, aceptabilidad y aplicabilidad en una población ya de por sí aquejada de inseguridad alimentaria y laboral, desesperanza, desesperación e incertidumbre sobre el futuro, y falta de bienestar social.

Como ya mencionamos, las condiciones socioeconómicas en ALC influyeron en la eficacia de las medidas y acrecentaron sus consecuencias indirectas. En comparación con los países de ingresos altos, el costo social de las restricciones a la movilidad fue más significativo, había menos recursos para mitigar su impacto y los ciudadanos tenían menos disposición o capacidad de respetar las medidas. En nuestros países, el cierre de aeropuertos, empresas, centros educativos y otras entidades profundizó aún más las desigualdades y el impacto sobre el crecimiento económico. Además, en una economía menos resiliente y menos capaz de sobreponerse,(7) la repercusión de las medidas tuvo más peso. Otra diferencia radica en el modelo de Estado que tienen la mayoría de los países de ALC, en relación con las imposiciones y el control de las medidas por parte de gobiernos autoritarios. Aunque estas medidas pueden ser eficaces para suprimir temporalmente la transmisión, tienen un alto costo social y son incompatibles con los principios y garantías de las democracias modernas.

La pandemia de COVID-19 y las medidas adoptadas han tenido un gran impacto en los sistemas de salud de todos los países de ALC. En un ejemplo destacable también presentado en este número especial, Cuadrado *et al.* examinan cómo afectó la pandemia al acceso a la atención oncológica en Chile. Por otro lado, el personal de salud ha tenido que asumir una enorme carga de trabajo, con el riesgo asociado de contraer COVID-19 y el efecto consiguiente para su salud mental, tal como muestran Paniagua Ávila *et al.* en el estudio que realizaron en Guatemala.

Hoy, más de dos años después de que se notificase el primer caso de COVID-19 en ALC, está claro que las restricciones a la movilidad en la región tuvieron un alto costo social, humano y económico. La decisión de algunos países, como Colombia, de abrir su economía pronto, justo cuando comenzaba a disminuir el número de casos, probablemente salvó miles de vidas, suavizó el efecto sobre las desigualdades y contribuyó a la futura calidad de vida de las personas más vulnerables. Prueba de ello es que Colombia recuperó rápidamente miles de empleos y los ingresos aumentaron cuando se abrió la economía, aunque el país todavía no ha alcanzado los niveles del 2019.(8)

Cuando se autorizó el uso de emergencia de las vacunas, rápidamente se convirtieron en un bien escaso y preciado, y la lógica de mercado impuesta por los países de ingresos altos se extendió a ALC, sobrepasando la capacidad de cooperación internacional. No bastó con los mecanismos existentes para agilizar el acceso de los países que tenían menos capacidad de firmar acuerdos bilaterales, como Haití, Jamaica, Bolivia, Paraguay y Nicaragua, donde la vacunación no despegó hasta el segundo o tercer trimestre del 2021 (con la excepción de Haití, donde, hasta la fecha, la cobertura con el esquema completo aún no supera el 1%). Al final, dichos acuerdos garantizaron el acceso rápido a la mayoría de los países de ingresos medianos y altos, pero nunca fueron una buena opción para los países de ingresos bajos. Las donaciones de vacunas fueron valiosas, y en algunos países fueron la única forma de obtenerlas, mientras

que en otros llegaron en los momentos de vacunación más críticos. Ahora bien, algunos países, para los que las donaciones no fueron suficientes, han sufrido más por las limitaciones de los bienintencionados mecanismos multilaterales como COVAX (Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19) y por el incumplimiento por parte de algunos laboratorios. Reflejo de ello es la inequidad mundial que se observa todavía hoy, particularmente la que se vio durante el primer trimestre del 2021, cuando salvar vidas era más urgente.(9)

En los países de ingresos altos, el nacionalismo desplazó los principios de solidaridad y equidad aplicables a la salud mundial, generando concentraciones excesivas de vacunas en esos países y menoscabando la eficacia de los mecanismos multilaterales. Además, aunque hay más inequidad a escala mundial que en ALC, la inequidad amenaza la capacidad de ALC de reactivar las actividades comerciales; es evidente que esto debe ser una prioridad política para la salud global de esta región, ahora y en los próximos años.

Hoy en día, ha quedado claro que la pandemia no se podrá controlar en todo el mundo. La baja cobertura vacunal y la circulación del virus en las regiones más pobres plantean riesgos obvios también para los países de ingresos altos, porque los procesos de globalización implican que la transmisión en un país acabe afectando inevitablemente a los demás. Del mismo modo, las ramificaciones económicas de la pandemia para un país tienen efectos regionales y mundiales. Por esta razón, es ético y justo controlar la pandemia en todo el mundo, y no habrá forma de controlarla sin una acción concertada a escala mundial.(10)

Es necesario continuar fortaleciendo las capacidades básicas de salud pública, la vigilancia epidemiológica, la capacidad local de fabricar vacunas, los sistemas de información y la autoridad y gobernanza en materia de salud. En este marco, la transformación digital del sector salud es uno de los desafíos más importantes a los que se enfrenta ALC, tal como explican en este número especial García Saisó *et al.*

En las décadas venideras, todavía nos queda mucho por entender y por hacer, incluida la reparación de los efectos colaterales que la pandemia ha tenido en la salud pública. Como explican Báscolo *et al.* en otro artículo del número especial, en la agenda futura debemos priorizar la mejora de los elementos estructurales al tiempo que fortalecemos las capacidades administrativas de las autoridades de salud y desarrollamos las estructuras institucionales para lograr la cobertura universal de salud en ALC.

La COVID-19 ha sido una prueba de fuego para la salud mundial, especialmente para ALC. Es evidente que la respuesta a las nuevas pandemias requiere de una cooperación internacional más sólida, tanto dentro como fuera de la región, una cooperación que vaya más allá del discurso y se traduzca en mecanismos eficaces para lograr la equidad en la salud.

Contribución de los autores. Los autores contribuyeron por igual a este editorial.

Agradecimientos. Agradecemos a todos los integrantes del equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Conflictos de intereses. Ninguno declarado.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH o de la OPS.

REFERENCIAS

1. Atun R, de Andrade LOM, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015;385(9974):1230–1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
2. Dachs JNW, Ferrer M, Florez CE, Barros AJD, Narváez R, Valdivia M. Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5–6):335–355.
3. Cifuentes MP, Rodríguez-Villamizar LA, Rojas-Botero ML, Alvarez-Moreno CA, Fernández-Niño JA. Socioeconomic inequalities associated with mortality for COVID-19 in Colombia: a cohort nationwide study. *J Epidemiol Community Health*. 2021;75(7):610–615. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-216275>
4. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. COVID-19 and the socioeconomic crisis in Latin America and the Caribbean. Special issue, *CEPAL*. 2020;132.
5. World Health Organization. Main operational lessons learnt from the WHO Pandemic Influenza A(H1N1) Vaccine Deployment Initiative. Report of a WHO meeting held in Geneva, Switzerland, December 13–15, 2010. Disponible en: <https://www.cabdirect.org/globalhealth/abstract/20133287409>. Acceso el 24 de febrero de 2022.
6. Fernández-Niño JA, Peña-Maldonado C, Rojas-Botero M, Rodríguez-Villamizar LA. Effectiveness of contact tracing to reduce fatality from COVID-19: preliminary evidence from Colombia. *Public Health*. 2021;198:123–128. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.07.013>
7. Oxford Business Group. COVID-19 economic impact: Latin America and the Caribbean year in review 2020. December 11, 2020. Disponible en: <https://oxfordbusinessgroup.com/news/covid-19-economic-impact-latin-america-and-caribbean-year-review-2020>. Acceso el 24 de febrero de 2022.
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística–DANE. Encuesta Pulso Social—Decimoquinta Ronda. Bogotá D.C. October 22, 2021. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/pulso-social/boletin-tec-pulso-social-septiembre-2021-bogota.pdf>. Acceso el 24 de febrero de 2022.
9. Inter-American Development Bank. Transparency and equity in COVID-19 vaccine distribution in Latin America and the Caribbean. 2020. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Transparency-and-Equity-in-COVID-19-Vaccine-Distribution-in-Latin-America-and-the-Caribbean-Key-Questions-to-Address-Gender-and-Diversity-Issues.pdf>. Acceso el 24 de febrero de 2022.
10. World Health Organization. The impact of COVID-19 on global health goals. May 20, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/spotlight/the-impact-of-covid-19-on-global-health-goals>. Acceso el 24 de febrero de 2022.

Artículo (original en inglés) aceptado para publicación por el AJPH el 23 de febrero de 2022.