

La COVID-19 y las otras pandemias: efectos indirectos en países de ingresos bajos y medios

Serie | COVID-19 y las otras pandemias

ISGlobal Instituto de Salud Global
Barcelona

Autoría: Berta Tarrats, Claudia García-Vaz, Clara Marín, Quique Bassat y Gonzalo Fanjul (ISGlobal)*

[Este documento forma parte de una serie de notas de debate que abordan preguntas fundamentales sobre la salud global. Su propósito es trasladar el conocimiento científico a la conversación pública y al proceso de toma de decisiones. Los trabajos han sido elaborados sobre la base de la mejor información disponible y pueden ser actualizados a medida que esta evolucione.]

20 de mayo de 2022

Foto: Madagascar, 2020. Hemitsoa Rafalia / Banco Mundial

La irrupción del SARS-CoV-2 a finales del año 2019 en China, y su rápida expansión geográfica al resto del mundo, son un ejemplo paradigmático del catastrófico efecto disruptor que un único patógeno puede tener en nuestro mundo globalizado. La pandemia de COVID-19 está teniendo **consecuencias devastadoras** para pacientes, personal sanitario, sistemas de salud y economías. A medida que esta crisis múltiple ha ido llegando a los países de ingresos medios y bajos, los efectos de la pandemia han vuelto a poner en evidencia las debilidades de sus sistemas de salud, así como las desigualdades estructurales en materias de ingreso, seguridad y bienestar de cientos de millones de personas. Aunque es evidente que la pandemia es uno de los factores que **amenazan** los sistemas sanitarios de estos países, paradójicamente, podría ser también una **oportunidad** para reconstruirlos.

Este documento ofrece un **análisis introductorio del impacto de la pandemia de COVID-19** en diversos objetivos de salud en países de ingresos medios y bajos, con un foco en la relación entre los factores sanitarios, socioeconómicos y financieros. Esta introducción irá seguida de **una serie de documentos** que analizarán en profundidad el impacto de la pandemia en lo relacionado con ámbitos como la malaria, el VIH o la tuberculosis, entre otros ●

* Berta Tarrats es analista junior en el departamento de Análisis de ISGlobal. Claudia García-Vaz es médica residente de Medicina Preventiva y Salud Pública en el Hospital de La Paz. Clara Marín es coordinadora del departamento de Análisis y Desarrollo Global de ISGlobal. Quique Bassat es director del programa de Malaria de ISGlobal. Gonzalo Fanjul es director de Análisis de Políticas de ISGlobal.

1. Otras pandemias: ¿Cómo han evolucionado los determinantes de las principales enfermedades de la pobreza?

“Para garantizar una vida sana se requiere plantear el bienestar más allá de los determinantes de la salud e incluir los determinantes socioeconómicos.”

En el año 2015, los Estados miembros de las Naciones Unidas establecieron la Agenda 2030 para mejorar el bienestar de las personas, desplegando una hoja de ruta con un enfoque transversal. En el caso del ODS (Objetivo de Desarrollo Sostenible) número 3, “Salud y Bienestar”, una de las metas es fortalecer el círculo que vincula salud, economía y financiación. Es decir, tener en cuenta que **la salud y el acceso a ella están determinados por factores estructurales**: para garantizar una vida sana se requiere plantear el bienestar más allá de los determinantes de la salud e incluir los **determinantes socioeconómicos**. En la práctica, esto implica un **financiamiento sostenible** para enfrentar los factores sociales y económicos que contribuyen a una salud deficiente y para trabajar hacia una **cobertura sanitaria universal** (que incluye tanto la prevención, detección y tratamiento de la enfermedad, como el personal sanitario para llevarlo a cabo).

¿Cómo evolucionaron estos indicadores hasta la pandemia y cómo lo han hecho después?

Incremento de la pobreza

Según datos del Banco Mundial, **entre 1990 y 2015** los países de ingresos bajos y medianos incrementaron su riqueza (medida de acuerdo al Producto Interior Bruto per cápita) un 2,3%, superando la media mundial de 1,7% en el mismo periodo (*ver Tabla 1*). Si bien este dato es un indicador imperfecto de ingresos en la población y aporta una visión sesgada debido al impulso de la gran expansión económica de países como China, disponemos de otras cifras que sugieren una **tendencia hacia la prosperidad socioeconómica** en estos países durante esos años.

Tabla 1. Crecimiento del PIB y saldo de la deuda externa en países de ingresos bajos y medianos (2015-2020).

	Crecimiento del PIB* (% anual)		Saldo de la deuda externa (% del INB**)
	Países de ingresos bajos y medianos	Mundial	Países de ingresos bajos y medianos
2015	4,3	3,1	24,7
2016	4,6	2,8	25,6
2017	5,1	3,3	25,8
2018	4,8	3,2	25,9
2019	3,9	2,6	26,6
2020	-1,3	-3,2	29,0

Fuente: GDP growth (annual %) y External debt stocks (% of GNI) - Low & Middle Income, Banco Mundial.

*Producto Interior Bruto

**INB: Ingreso Nacional Bruto

Los datos de **pobreza extrema** (personas que viven con menos de 1,90 dólares/día) aportados por el Banco Mundial indican que en 1990 esta cifra se situaba en un 36,2% de la población mundial, y que decrecía progresivamente hasta un 10,1% en 2015 (Ver Tabla 2). Sin embargo, en los **últimos años**¹ una cadena de **shocks** -el impacto tardío de la Gran Recesión en el Sur global, la COVID-19 y la crisis económica asociada, además de los conflictos

armados concurrentes y el cambio climático- sería culpable de haber revertido esta tendencia de disminución de la pobreza que venía manteniéndose desde hacía tres décadas. Si bien los datos existentes aún no permiten una descripción detallada de estas consecuencias, se estima que hasta 150 millones de personas han sido empujadas a la pobreza extrema solo entre 2019 y 2021, de las cuales un 82% se situaría en países de ingresos medios.²

Tabla 2. Desempleo total e índice de recuento de la pobreza en países de ingresos bajos y medianos (2015-2020).

	Desempleo, total (% de la fuerza laboral total)		Índice de recuento de la pobreza a 1,90 \$ / día (PPA* de 2011) (en millones)	
	Países de ingresos bajos y medianos	Mundial	Países de ingresos bajos y medianos	Mundial
2015	5,3	5,6	12,1	10,1
2016	5,5	5,6	11,5	9,6
2017	5,5	5,5	11,0	9,2
2018	5,4	5,3	-	8,7**
2019	5,4	5,3	-	8,4***
2020	6,5	6,5	-	9,1/9,4***

Fuente: Unemployment, total (% of total labor force) (modeled ILO estimate) y Poverty headcount ratio at \$1.90 a day (2011 PPP) (% of population), Banco Mundial.

*Paridad de Poder Adquisitivo

**Proyección pre-COVID-19

*** Proyección COVID-19

El **desempleo** constituye otro indicador socioeconómico de vital importancia. A pesar de que la tendencia, tanto a nivel mundial como en países de ingresos medios y bajos, ha sido irregular en las últimas décadas, en el **año 2020** se generó un **pico sin precedentes** que algunas regiones sufrieron con especial intensidad. Es el caso de Latinoamérica y Caribe,² donde el incremento del desempleo duplicó al promedio mundial. Al mismo tiempo, se estima³ que la **pérdida de ingresos** del 40% más pobre del planeta cuadruplicó a la del 40% más rico. Según datos del Banco Mundial, este **agravamiento de la desigualdad** responde a que ciertos colectivos vulne-

rables (mujeres, personas con bajo nivel educativo y trabajadores con empleos informales en áreas urbanas) se han visto especialmente afectados. La existencia de una **brecha de género** aquí es palpable, dado que, si bien los hombres han presentado tasas más altas de mortalidad a causa de la COVID-19, las mujeres han sufrido mayores pérdidas en términos de empleo, ingresos y seguridad personal. Estudios en Latinoamérica⁴ estiman que las mujeres presentaron un 44% más de probabilidad de perder sus trabajos al inicio de la pandemia y los datos disponibles sugieren que están tardando más en regresar al empleo remunerado que los hombres.

¹ Poverty and Shared Prosperity 2020: Reversals of Fortune. The World Bank.

² Unemployment, total (% of total labor force) (modeled ILO estimate). The World Bank.

³ Carolina Sánchez-Páramo, Ruth Hill, Daniel Gerszon Mahler, Ambar Narayan y Nishant Yonzan. COVID-19 leaves a legacy of rising poverty and widening inequality. World Bank Blogs. 7 de octubre de 2021.

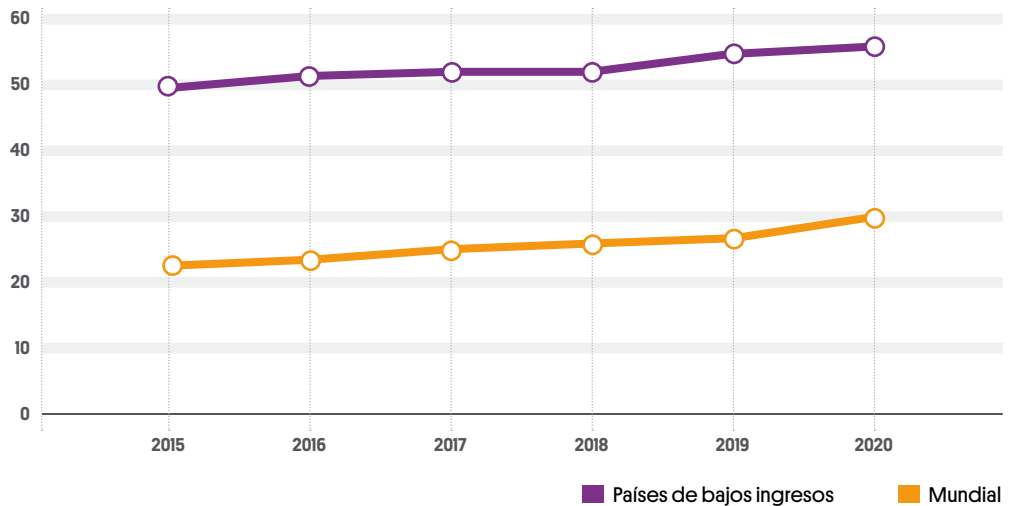
⁴ Caren Grown y Carolina Sánchez-Páramo. COVID-19 casts different shadows over the lives of men and women. World Bank Blogs. 24 de junio de 2021.

Inseguridad alimentaria

Al igual que ocurría con la pobreza, también la **malnutrición** y la **inseguridad alimentaria** se ven directamente influidas por los conflictos, las condiciones climáticas extremas e impredecibles, y las desaceleraciones económicas como la originada por la pandemia. Así, elementos como la

ya mencionada desigualdad en la pérdida de ingresos,⁵ vinculada a un aumento del precio de los alimentos como consecuencia de factores climáticos, incremento de la demanda y especulación, han propiciado un aumento de la inseguridad alimentaria de un 4,5% desde 2015 (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Inseguridad alimentaria moderada o grave en los países de bajos ingresos (2015-2020).



Fuente: Prevalencia de la inseguridad alimentaria moderada o grave (% de la población), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).

De la misma manera, un problema específico en los países de rentas medias y bajas es la **desnutrición materna**, asociada a su vez a problemas de salud en la descendencia, principalmente retrasos en el crecimiento y otros tipos de malnutrición por falta o desequilibrios nutricionales. Si se toma **África subsahariana** como caso de estudio, se observa que duplica la prevalencia media mundial de subalimentación. En Nigeria, el 70% de las embarazadas experimentan inseguridad alimentaria, hecho que agrava las complicaciones clínicas durante el embarazo, el parto y en los recién nacidos,⁶ lo que da como resultado que las enfermedades materno-infantiles sean la principal causa de mortalidad en estos países y que se muestre un patrón de mortalidad directamente derivado de la pobreza.

Tras el impacto de la pandemia, se estima⁷ que la prevalencia de **malnutrición**

en el mundo ha aumentado en 118 millones de personas. Además, la brecha de género en la prevalencia de inseguridad alimentaria moderada o grave se ha ampliado aún más, si cabe, durante la crisis de la COVID-19.

Aunque por ahora carecemos de datos cerrados, todo sugiere que el conflicto en Ucrania intensificará estas tendencias, al encarecer los precios y dificultar el comercio de granos básicos.

Deterioro de los sistemas de salud

Los sistemas de salud de los países de ingresos medios y bajos se cuentan entre los grandes perjudicados por la pandemia de COVID-19, con la interrupción de los servicios de salud no-COVID y las alteraciones en la financiación.

Por un lado, el Fondo Mundial contra el SIDA, la malaria y la tuberculosis apunta

⁵ The State of Food Security and Nutrition in the World: Safeguarding against economic slowdowns and downturns. UNICEF, 2019.

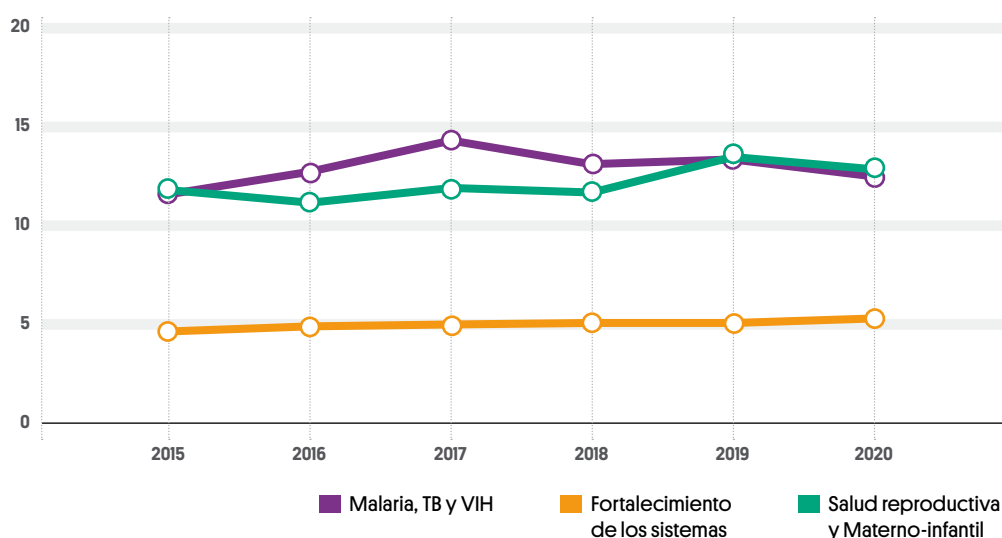
⁶ Ana Lucia Pires Augusto, Aléxia Vieira de Abreu Rodrigues, Talita Barbosa Domingos y Rosana Salles-Costa. Household food insecurity associated with gestacional and neonatal outcomes: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 229 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02917-9>

⁷ FAO, FIDA, OMS, PMA, UNICEF. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. FAO, 2021.

una disminución del 65%-75% en las **visitas médicas en el periodo prenatal y a los menores de cinco años** entre 2019 y 2020.⁸ Aunque las interrupciones de los servicios sean debidas a la pandemia, la falta de personal sanitario y las variaciones en el financiamiento agravan los hechos, puesto que afectan a unos sistemas de salud históricamente frágiles. A pesar de que las tasas de mortalidad materna e infantil han disminuido desde

los años noventa, los países de rentas bajas y medias representaban el 95% de las muertes maternas e infantiles, debido a que la disminución de la mortalidad ha sido proporcionalmente más baja en estas naciones que en el resto del mundo.⁹ Además, como muestra el Gráfico 2, el financiamiento irregular de estos programas verticales en salud materna e infantil se ha caído en 2020 con una contracción del 6,8% y 2,61% respectivamente.

Gráfico 2. Fondos para ayudas al desarrollo en salud (2015-2020) en miles de millones.



Fuente: Flows of Development Assistance for Health, Financing Global Health | VIZ HUB. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Por otro lado, se ha observado una reducción de las **pruebas diagnósticas de VIH, tuberculosis (TB) y malaria**. En el caso de la malaria, el aumento continuado de los fondos para programas verticales no ha sido suficiente (Ver Gráfico 2), ya que se registraron aumentos de hasta 14 millones de casos y 69.000 muertes entre 2019 y 2020. Como muestra la Tabla 3, se percibe una contracción en la cobertura de las intervenciones debido a las interrupciones en servicios no-COVID. En el caso de VIH y TB, durante la pandemia se ha visto una reducción de los fondos del 5,5% y 3,4% respectivamente (Ver Gráfico 2). La variación de

presupuesto, junto con el impacto de la COVID-19, han tenido un efecto directo en el número de pruebas con una disminución del 59% y 41% respectivamente.¹⁰ Mientras que en TB se ha observado una contracción de 12 puntos porcentuales en la cobertura de las intervenciones, en VIH se ha aumentado su tratamiento (Ver Tabla 3). Esta diferencia se puede explicar parcialmente desde la cobertura sanitaria y el empeoramiento de los determinantes socioeconómicos, ya que casi la mitad de las personas con tuberculosis se enfrentan al gasto catastrófico (gasto de bolsillo que excede las posibilidades de pago de un hogar).¹¹

⁸ The Impact of COVID-19 on HIV, TB and Malaria Services and Systems for Health. The Global Fund, 2020.

⁹ Jennifer Bryce, Victoria Cesar y Jennifer Requejo. *Accountability for Maternal, Newborn, & Child Survival*. UNICEF, United Nations Children's Fund, WHO, WHO. 2012

¹⁰ The Impact of COVID-19 on HIV, TB and Malaria Services and Systems for Health. The Global Fund, 2020.

¹¹ *Ibid.*

Tabla 3. Gasto catastrófico, Cobertura Universal de Salud y cobertura de intervenciones (2015-2020).

	Gasto catastrófico (% de personas en riesgo de gasto catastrófico por cuidados quirúrgicos)		Cobertura Universal de Salud - (Índice de Cobertura de Servicios [ODS 3.8.1])				Cobertura de las intervenciones de tratamiento y prevención		
	Países de ingresos bajos y medianos	Mundial	América	África	Asia y Pacífico	Mundial	VIH [% de población con el VIH en terapia antirretroviral]	TB [% de población con tratamiento]	Malaria [% de población con acceso a un mosquitero tratado con insecticida de larga duración]
2015	31,1	26,3	76,0	45,0	63,0	64,0	48,0	54,0	53,0
2016	29,4	24,9	-	-	-	-	54,0	58,0	54,0
2017	28,0	23,8	77,0	47,0	66,0	65,0	59,0	58,0	58,0
2018	26,6	22,7	-	-	-	-	63,0	65,0	56,0
2019	25,6	21,8	77,0	69,0	49,0	67,0	69,0	69,0	53,0
2020	24,8	21,2	78,7	47,9	65,4	66,0	73,0	57,0	50,0

Fuente: Risk of catastrophic expenditure for surgical care (% of people at risk), Banco Mundial.

Index of service coverage Data by UN region, OMS y SDG 1.3.1 Effective coverage, Organización Internacional del Trabajo.

Results Report 2021, Fondo Mundial.

Entre 2019 y 2020 se ha observado una reducción de la **cobertura sanitaria** en todas las regiones, exceptuando Asia (*Véase Tabla 3*). Este dato está altamente relacionado con el **gasto privado de las familias**. Como apunta el Banco Interamericano de Desarrollo,¹² la pandemia ha desacelerado la reducción del gasto privado en salud y requiere de más inversión estatal. Pero, aunque la cobertura sanitaria haya empeorado, se ha percibido una disminución de personas en riesgo de gasto catastrófico. Más concretamente, como se muestra en la Tabla 3, desde 2015 ha habido una reducción del 6,2% en los países de ingreso medio y bajo, lo que supera

la media mundial. Este fenómeno está en parte explicado por la pandemia, que ha demostrado la necesidad de contar con sistemas resilientes, hasta tal punto que en el último año se ha aumentado un 9% la contribución a dichos programas (*Véase Tabla 4*). Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que los sistemas continúan estando fragmentados. En todo caso, y aunque la financiación es condición necesaria, la pandemia ha ejemplificado que los sistemas sanitarios se tienen que abordar desde todas las facetas, incluyendo recursos humanos y logísticos ●

¹² Ricardo Pérez Cuevas. La colisión de la Cobertura Universal en Salud y el COVID-19. ¿Podemos repararla? *BID*, 11 de diciembre de 2021.

2. El impacto de la pandemia en la gobernanza, la financiación y la investigación de la salud global

“Como resultado de la falta de cobertura universal de salud, los países de ingresos bajos y medianos tienen un acceso desigual a vacunas y tratamientos.”

El impacto de la crisis múltiple del coronavirus sobre los indicadores socioeconómicos y de salud es un fenómeno complejo con múltiples factores interrelacionados. El camino por el cual la COVID-19 llega a impactar negativamente en elementos tan aparentemente lejanos como la cobertura social o el número de pruebas para tuberculosis está relacionado con tres grandes áreas, que a su vez son instrumentales en la configuración de la Salud Global: la gobernanza, la financiación y la investigación.

Gobernanza frágil del acceso a la salud

Durante la pandemia, la gobernanza global en salud intentó crear una hoja de ruta que permitiera la **solidaridad efectiva entre naciones** para mejorar la respuesta a la COVID-19. Esta estrategia tenía una justificación ética, pero también práctica: para poder hacer frente a una crisis global de estas características, es necesario abordarla en todos los países, sin dejar a nadie atrás. Para lograr esta respuesta eficaz en un país dado, lo más importante era lograr que la población tuviera una **buena cobertura de salud** (idealmente una Cobertura Sanitaria Universal), algo que necesita de un paso previo: un sistema sanitario sólido. Además, debido a las características de la pandemia, una respuesta efectiva pasaba por un acceso equitativo a las **vacunas** contra la COVID. Sin embargo, y a pesar de iniciativas como COVAX y algunos otros intentos de solidaridad entre naciones, la gobernanza global no ha conseguido llevar la ayuda necesaria a los países de ingresos bajos y medios para hacer frente a la pandemia, mientras estos luchaban por mantener en pie sus precarios sistemas de salud.

Primero, la OMS ha determinado la **Cobertura Sanitaria Universal** como el mayor desafío de salud, debido al peso de los gastos personales que deben hacer los

propios pacientes y la baja protección social proporcionada por los Estados. La cobertura universal de salud se desarrolla dentro del marco del ODS 3 y, por lo tanto, requiere de una gobernanza multinivel y multiactor para llevarla a cabo.¹³ Según la OMS,¹⁴ **5.000 millones de personas no tendrán acceso a atención sanitaria en 2030**. Este dato está altamente relacionado con el gasto privado de las familias. Antes de la pandemia, el gasto de bolsillo representaba 180 dólares per cápita,¹⁵ una cifra muy parecida a la inversión en salud por parte de los gobiernos (232,5 dólares per cápita). Aunque no tenemos datos actualizados, esta tendencia se ha visto reproducida en la respuesta a la COVID-19. Partiendo de esta base, no es sorprendente observar cifras bajas y desiguales en protección social de las diferentes regiones. Mientras que en Latinoamérica y el Caribe había un 61% de la población con al menos una prestación de protección social, en el África subsahariana este dato caía a un 13%. Todo ello ejemplifica la **desprotección de los pacientes** como consecuencia de la **falta de coordinación y financiación** para una Cobertura Sanitaria Universal.

Como resultado de la falta de cobertura universal de salud, los países de ingresos bajos y medianos tienen un acceso desigual a **vacunas y tratamientos**. Este hecho se ve amplificado por la falta de coordinación entre dichos países, ya que genera problemas a la hora de negociar con actores clave. Actualmente, muchos países dependen del Mecanismo **COVAX**, pero este ha demostrado ser débil después de las demoras en la distribución de las vacunas.¹⁶ A todo ello se le suman los desafíos logísticos de su distribución (que incluyen instalaciones y personal), y el África subsahariana es la región más afectada.

¹³ Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. UN. 2019.

¹⁴ Aumentar los fondos en cooperación y ayuda humanitaria, la otra vacuna contra la COVID-19. Médicos del Mundo.

¹⁵ Out-of-pocket expenditure per capita, PPP (current international \$) - Low and middle income. World Bank.

¹⁶ Alicia Bárcena, Mario Cimoli, Raúl García-Buchaca y Sally Shaw. Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas, 2021.

“La falta de recursos financieros (que implica también una falta de recursos humanos y logísticos), unida al aumento de necesidades, deriva necesariamente en un fuerte impacto negativo en los indicadores de salud.”

“A pesar del enorme éxito de la investigación en salud durante la pandemia, es necesario reflexionar sobre las dinámicas de poder y acceso que ya existían antes de la COVID-19 y que esta crisis ha puesto aún más de manifiesto.”

Con el fin de intentar solucionar la falta de coordinación, varias iniciativas se han puesto en marcha, tales como el **WHO Hub for Pandemic and Epidemic Intelligence** o las discusiones en curso para un **tratado internacional de pandemias**. Aunque este ejercicio de desarrollo institucional es bienvenido, sus resultados aún no están claros.

Financiación insuficiente de servicios y tratamientos

Durante la pandemia se han observado alteraciones en el **financiamiento de programas verticales** que ejemplifican la conexión entre la financiación y los desafíos médicos de las personas y los sistemas sanitarios. Primero, y como ya se comentó, aunque los fondos para programas verticales en **salud materna e infantil** aumentaron entre 2015 y 2019, en 2020 se han contraído.¹⁷ Un escenario similar se observa también en el caso de la **tuberculosis** o del **VIH/SIDA**. Pese al aumento de financiación en los programas verticales entre 2015 y 2019, durante la pandemia esta financiación se ha reducido en un 5,5% en tuberculosis y un 3,4% en VIH/SIDA.¹⁸ Además, todo ello transcurre en el marco de una **sanidad pública con poco financiamiento** que empuja a las familias a incurrir al llamado “**gasto de bolsillo**”. Por lo tanto, no es sorprendente que casi la mitad (47%) de las personas con tuberculosis se enfrenten al **gasto catastrófico**.¹⁹ Por ejemplo, un estudio en Vietnam observó que el 63% de las familias afectadas por tuberculosis experimentan este fenómeno. Luego, la falta de financiación, amplificada por la interrupción de los servicios no-COVID, es un factor relevante en la atención médica y la prevención.

Por otra parte, los fondos para programas verticales para malaria y fortalecimiento de los sistemas sanitarios han seguido una tendencia creciente desde 2015. Al contrario que los programas expuestos anteriormente, los fondos para programas verticales de **malaria** han aumentado un 7,5% este 2020.²⁰ Aun así, hubo un

aumento de casos y muertes entre 2019 y 2020 debido a las interrupciones en el acceso a la salud y distribución de herramientas de prevención relacionadas con las medidas de emergencia impuestas en el contexto de la pandemia COVID-19.²¹ La financiación para el fortalecimiento de sistemas sanitarios aumentó,²² gracias a lo cual muchos gobiernos han reforzado los recursos destinados al sistema de salud. Por ejemplo, en Brasil, el presupuesto se reorientó para destinar fondos adicionales a los gobiernos subnacionales en el sector de la salud.²³

Esta **falta de recursos financieros** (que implica también una falta de recursos humanos y logísticos), unida al aumento de necesidades, deriva necesariamente en un fuerte impacto negativo en los indicadores de salud, como se ha visto. El aumento en la financiación estructural de los sistemas sanitarios no ha sido suficiente para cubrir las necesidades generadas por la pandemia, y mucho menos para suplir las deficiencias generadas por el debilitamiento de los programas verticales.

Acceso inequitativo a los resultados de la investigación

Durante la pandemia, la inversión en investigación, desarrollo e innovación en salud se ha disparado. Esto, unido a la coordinación y colaboración sin precedentes entre actores públicos y privados de diferentes naciones ha tenido **resultados históricos en la generación de productos y técnicas sanitarias**. El ejemplo más ilustre son las vacunas contra la COVID-19, desarrolladas en tiempo récord con un altísimo nivel de evidencia científica. Pese al impacto de la “infodemia”, que es responsable de gran parte de la desconfianza de una parte de la población en la investigación, para la gran mayoría esto significa una reivindicación monumental de la ciencia.

A pesar del enorme éxito de la investigación en salud durante la pandemia, es necesario reflexionar sobre las dinámicas de poder y acceso que ya existían antes de

¹⁷ *Flows of Development Assistance for Health*. Financing Global Health | VIZ HUB.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *The Impact of COVID-19 on HIV, TB and Malaria Services and Systems for Health*. The Global Fund, 2020.

²⁰ *Flows of Development Assistance for Health*. Financing Global Health | VIZ HUB.

²¹ *Informe mundial de malaria 2021*. OMS. 6 de diciembre de 2021.

²² *Flows of Development Assistance for Health*. Financing Global Health | VIZ HUB.

²³ Alicia Bárcena, Mario Cimoli, Raúl García-Buchaca y Sally Shaw. *Construir un futuro mejor: Acciones para fortalecer la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Naciones Unidas, 2021.

la COVID-19, y que esta crisis ha puesto aún más de manifiesto. El problema más evidente es la **inequidad en el acceso a los productos de la innovación y la investigación**, como la vacuna contra el SARS-CoV-2. Mientras que los países de ingresos altos cuentan con altísimas tasas de vacunación (y teniendo en cuenta que la población no vacunada lo es por decisión propia en su mayoría), en países de ingresos medios y bajos las tasas no alcanzan en muchos casos el 20% mínimo establecido por el mecanismo COVAX. Esta falta de acceso responde a **varios factores**: dificultad para la negociación y compra de las vacunas, acaparamiento por parte de los países ricos, complicaciones en la distribución de las vacunas en los propios países y alcance limitado de los mecanismos de gobernanza global en salud. Además, esta ciencia está financiada en parte con dinero público, pero permanece como propiedad exclusiva de las empresas farmacéuticas, y por tanto no es de libre acceso. Así, los países de ingresos medios y bajos tampoco tienen la posibilidad de producir estos productos. Tampoco es sencillo el desarrollo de su propia investigación, por la falta de fondos y de capacidades específicas. Esto deja a los países con rentas menores en una **situación de dependencia** respecto a los países de ingresos altos y sus mecanismos de cooperación y financiación, que, como hemos visto, no son del todo eficientes, especialmente en una crisis sanitaria.

Existen **intentos de modificar esta situación**, como demuestra el **caso latinoamericano**. A corto plazo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha anunciado la creación de una plataforma para impulsar la producción regional de vacunas COVID-19. A largo plazo, en Latinoamérica y el Caribe se ha aprobado un plan de autosuficiencia sanitaria que incluye políticas para intensificar la investigación, el desarrollo y la innovación.²⁴ Estos antecedentes son valiosos para abrir el debate global a nivel técnico y operativo, y para guiar las políticas de cooperación técnica y financiera ●

²⁴ Alicia Bárcena, Mario Cimoli, Raúl García-Buchaca y Sally Shaw. *Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe*. Naciones Unidas, 2021.

3. Conclusiones

“Con la pandemia dando tregua a los países de ingresos altos (gracias, en parte, a la acaparación de vacunas), se abre una oportunidad para ayudar a la reconstrucción de los sistemas sanitarios y de protección social de los países más afectados.”

La pandemia de la COVID-19 ha afectado enormemente a los objetivos económicos y de salud de todas las naciones, aunque el impacto ha sido y continúa siendo especialmente grave en los países de ingresos medios y bajos. Existen diversos **factores estructurales y contextuales** que explican este fenómeno, y es urgente abordarlos desde una perspectiva de Salud Global para evitar que este empeoramiento de los indicadores se convierta en una pérdida definitiva de los avances esperanzadores de las últimas décadas. Con la pandemia dando tregua a los países de ingresos altos (gracias, en parte, a la acaparación de vacunas), se abre una **oportunidad** para ayudar a la reconstrucción de los sistemas sanitarios y de protección social de los países más afectados.

El objetivo principal sería un **mantenimiento y progresivo refuerzo de los tres factores fundamentales** que hemos cubierto brevemente: **financiación, gobernanza e investigación**. Es decir, utilizar la cooperación técnica y financiera para fortalecer los sistemas sanitarios y solventar las desigualdades estructurales de los países de ingresos medios y bajos. A su vez, un sistema de salud sólido y resiliente podrá hacer frente a los problemas de salud endémicos, además de ser más eficaz en futuras emergencias. A medida que esta interrelación se fortalece en dichos países, estos dependen menos de la ayuda extranjera y de los programas verticales. Dentro de este marco, otras políticas necesarias serían:

- **Mantenimiento del financiamiento de los programas verticales destinados a distintas emergencias de salud**, como el VIH, la tuberculosis o la malaria. Por el impacto que tienen este tipo de enfermedades, y hasta que los sistemas sanitarios locales puedan hacerles frente de manera estructural, es necesario mantener el flujo de ayuda focalizada a la atención primaria.

- **Estrategias de preparación y respuesta ante emergencias en salud a nivel supranacional** con una perspectiva de Salud Global y un énfasis en la Cobertura Sanitaria Universal. Para paliar las desigualdades en el acceso de crisis sanitarias presentes y futuras, estas estrategias deben impulsarse desde alianzas multinivel y multiactor.

- A partir de buenas prácticas, discutir en términos técnicos y operativos la **implementación de la Cobertura Sanitaria Universal**. Es decir, impulsar iniciativas para la formación de personal sanitario y para el desarrollo de la investigación e innovación a nivel nacional y regional.

- **Impulsar, mediante cooperación técnica y financiera, proyectos de innovación e investigación** en países de ingresos bajos y medios, con el objetivo de construir capacidades que les otorguen independencia y eficacia tanto en el mantenimiento de sus sistemas sanitarios como en futuras emergencias en salud.

- **En definitiva, una perspectiva de Salud Global en la concepción de la salud y los sistemas sanitarios actuales**, que reconozca la importancia de la salud en todos los países, con un énfasis en la Cobertura Sanitaria Universal y los determinantes sociales de la salud, y que entienda que si no todos estamos a salvo de pandemias y catástrofes, nadie lo está ●


Cómo citar este documento:

Berta Tarrats, Clàudia García-Vaz, Clara Marín, Quique Bassat y Gonzalo Fanjul. La COVID-19 y las otras pandemias: efectos indirectos en países de ingresos bajos y medios. Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal). No. 43. Mayo de 2022.

<https://www.isglobal.org/es/-/la-covid-19-y-las-otras-pandemias-efectos-indirectos-en-paises-de-ingresos-bajos-y-medios>

ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

Una iniciativa de:

 **Fundación "la Caixa"**

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA

 Generalitat
de Catalunya

 GOBIERNO
DE ESPAÑA

 Parc
de Salut
MAR

 upf.
Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona

 Ajuntament de
Barcelona