
PREPARACIÓN PARA DIRECTIVOS

Reflexiones sobre las lecciones aprendidas durante la pandemia

Reflections on the lessons learned during the pandemic

DrC. José Moya Medina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5202-4811>
Representante de la OPS/OMS en Cuba.

RESUMEN:

Se reflexiona sobre las lecciones aprendidas durante la pandemia de COVID-19 y sus factores de riesgo asociados en el mundo.

Palabras clave: COVID-19; Pandemia; lecciones aprendidas.

ABSTRACT:

It reflects on the lessons learned during the COVID-19 pandemic and its associated risk factors around the world.

Key words: COVID-19; Pandemic; learned lessons.

Desde que la OMS declaró la pandemia de COVID-19 en marzo de 2020, la población mundial ha estado y aún continúa expuesta a este nuevo virus, que a noviembre de 2021 ha causado más de 247 millones de casos oficialmente registrados y 5 millones de defunciones. Esta pandemia marca un hito relevante en la salud pública mundial, similar a la pandemia de influenza o a la de gripe del siglo pasado, de 1918, que produjo más de 20 millones de muertes estimadas.

La influenza A H1N1, que se inició en México en 2009, se destaca por haber sido la primera pandemia declarada en tiempo real, dos años después de haber entrado en vigencia el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI). El anterior RSI, vigente desde 1968, obligaba a los países a notificar la ocurrencia de sólo tres enfermedades: cólera, fiebre amarilla y peste bubónica. Llevó más de diez años llegar a un acuerdo global para modificar este reglamento, que se aprobó durante la Asamblea Mundial de la Salud de 2005. Desde entonces todos los países del mundo están obligados a

reportar a la OPS/OMS cualquier evento que ponga en riesgo la salud pública internacional. El nuevo RSI, en vigencia desde 2007, estableció también compromisos nacionales de mejorar las capacidades básicas de los sistemas de vigilancia epidemiológica y de los laboratorios, así como de crear centros de enlace en cada ministerio de salud, para la coordinación con las oficinas de la OPS/OMS.

La pandemia de Influenza del 2009 dejó algunas lecciones, entre ellas que las vacunas estacionales contra la influenza generaban protección para los adultos mayores y los niños, ambos grupos de edad incluidos en el programa nacional de inmunizaciones. También se identificaron algunos grupos de riesgo, como las embarazadas y las personas con obesidad mórbida, que se sumaban a factores sociales y económicos determinantes en los riesgos de enfermar y morir.

Desde que comenzó la pandemia que actualmente atravesamos, los estudios epidemiológicos empezaron a definir a la población con mayores riesgos de enfermar y morir por COVID-19, poniendo el foco en las personas de edad avanzada y aquellas con comorbilidades. Sin embargo, muy pronto pudo advertirse también un mayor impacto de la pandemia en los sectores más vulnerables, donde las desigualdades sociales y económicas volvieron a mostrar las diferencias en las condiciones de vida y de acceso a los servicios de salud, y éstas fueron sin duda determinantes en la evolución de la enfermedad. Las inequidades en salud son históricas y estructurales en nuestra región y han sido siempre descritas en estudios económicos, de condiciones de vida, desarrollo humano, entre otros. Trabajar para revertir esta realidad, es el mayor reto que nos deja la COVID-19 en nuestra región de América Latina y el Caribe.

La COVID-19 ha coincidido con otra pandemia más silenciosa, que también termina con vidas en edades productivas o que puede generar discapacidades súbitamente. Se trata de la pandemia de enfermedades no trasmisibles, que plantea grandes desafíos

para su control. El incremento de ciertos factores de riesgo, como la alimentación no saludable o la inactividad física, está generando una mayor obesidad tanto infantil como adulta en todos nuestros países. La obesidad, especialmente la mórbida, constituye a la vez uno de los principales factores de riesgo frente a la COVID-19. En cuanto al tabaquismo, si bien cada vez hay menos fumadores, cuesta erradicar el hábito para muchas personas, a pesar de iniciativas legales que prohíben fumar en lugares públicos. Se debe seguir trabajando en esfuerzos intersectoriales y continuar fomentando, por ejemplo, la práctica de ejercicios en la vía pública, como se observa con las ciclovías que se han incrementado en la región.

Tabla N1: Factores de riesgo a considerar para la COVID-19

Biológicos	Condiciones previas de salud	Poblaciones con vulnerabilidad social	Exposición laboral	Hábitos no saludables
No vacunados	Enfermedades cardiovasculares, HTA, diabetes, enfermedades pulmonares, renales, hepáticas crónicas. Cáncer Asma	Pobreza, viven solos, sin redes familiares o comunitarias, Ancianos y niños	Personal de salud: Médicos, enfermeras, biólogos, obstetrices, personal administrativo. Trabajadores de limpieza	Tabaquismo
Vacunados parcialmente	Obesidad mórbida	Sin cobertura de salud Inmigrantes	Bomberos, policías, militares	Alcoholismo
Edad > 65 años	Problemas de salud mental	Poblaciones indígenas poblaciones rurales y dispersas.	Vendedores mercados y centros comerciales	Alimentación hipercalórica
Embarazo 3er trimestre	Discapacidad	Hogares de ancianos. Geriátricos	Funcionarios con atención al público	Sedentarismo
	Inamovilidad	Privados de libertad	Transportistas públicos: choferes y ayudantes	
	TBC activa o curada. Personas que viven con VIH	Desnutrición		

Un efecto de la pandemia por la COVID-19, aún no dimensionado en su totalidad, es el nivel de afectación de la salud mental en gran parte de la población. Todos nos hemos visto afectados y hemos tenido algún grado de impacto psicológico, en mayor o menor

medida. Especialmente, aquellos que debieron permanecer largos períodos confinados, quienes sufrieron pérdidas de seres queridos, se quedaron sin trabajo, vieron disminuidos sus ingresos, no pudieron asistir a la escuela o universidad y perdieron contacto con amigos y seres queridos. Angustia, miedo, ansiedad, insomnio, tristeza, son algunas de las manifestaciones de la alteración de la salud mental, que generan grandes desafíos en su identificación en primer lugar y en el tratamiento posterior. Los equipos de atención de salud comunitarios deben incluir a psicólogos, y en su interacción con la población, deben favorecer que las personas identifiquen esos síntomas, e incentivar que la familia esté atenta y busque ayuda. Datos preliminares indican que en todos los países se constata en el registro de los servicios especializados, un notorio incremento de ansiedad, depresión y más grave aún, de suicidios.

Hace dos años no nos imaginábamos este escenario de afectación de la vida humana a la que ha llevado la pandemia. Este enorme impacto nos da una primera dimensión global de las lecciones aprendidas que nos debe llevar a estar mejor preparados en el futuro. Cuando se declara una emergencia sanitaria internacional o una pandemia, como ha ocurrido con el ébola y el actual coronavirus, se pone el foco nuevamente en la necesidad de mejorar las capacidades nacionales, regionales y globales de detectar oportunamente enfermedades nuevas o conocidas y controlarlas antes de que crucen fronteras y regiones. En este contexto, se generan opiniones y solicitudes de revisar el RSI vigente.

A pedido de muchos países miembros, la OMS convocó en los últimos días de noviembre a una asamblea mundial extraordinaria para discutir nuevos elementos y compromisos de los países a fin de mejorar el RSI, o en su defecto crear una nueva estructura de gobernanza global y de financiamiento para la prevención e intervención en las emergencias sanitarias. Es conveniente que prevalezca el criterio de mejorar el actual RSI en lugar de que se creen estructuras paralelas que terminen dividiendo esfuerzos. Hay un elemento positivo que nos prepara mejor para futuras emergencias y

es que todos los países del mundo incrementaron sus capacidades de vigilancia epidemiológica y la red de laboratorios de salud pública, concretamente de laboratorios capaces de realizar las pruebas PCR-RT. Cuba, por ejemplo, pasó de tener 4 laboratorios PCR en marzo de 2020 a 27 a finales del 2021. Realizaba de dos a tres mil pruebas diarias cuando empezó la pandemia y en los días de mayor transmisión alcanzo cifras de hasta setenta mil pruebas diarias PCR. Para esto se requiere infraestructura, equipos, profesionales y financiamiento para sostener la disponibilidad de reactivos y demás insumos.

Con la intención de mejorar las capacidades analíticas y predictivas, se debe seguir fortaleciendo la red nacional de vigilancia epidemiológica. Para ello, la infraestructura adecuada es esencial y deben formarse epidemiólogos de campo, entre profesionales de diferentes disciplinas que permanentemente investiguen en el terreno contrastando los determinantes sociales y ambientales de las enfermedades. Los epidemiólogos están siempre en primera línea investigando, analizando y es deseable que las estructuras provinciales o regionales respondan a una única estrategia nacional ante amenazas a la salud colectiva, que puedan afectar severamente la vida social y económica del país. La resistencia a los antibióticos o la posibilidad de nuevas variantes de virus, son amenazas concretas que, sumadas al cambio climático, la migración de personas, la concentración de la población en megaciudades que generan cinturones de pobreza urbana y las condiciones de vida precarias de ciertas áreas rurales menos desarrolladas, son ejemplos que requieren de una vigilancia de la salud cada vez más fortalecida. Deberían mantenerse todos los profesionales contratados en las tareas de vigilancia epidemiológica y de laboratorio, incorporarlos formalmente a los equipos locales y continuar procesos de formación continua en los servicios de salud.

En estos últimos meses, se destaca positivamente el salto cualitativo que hemos visto en ciencia, tecnología e investigación. Cientos de instituciones científicas se han volcado enteramente a encontrar alternativas de control de la pandemia. Se han

desarrollado en tiempo récord métodos de diagnóstico, medicamentos o vacunas, algunos de los cuales se han incorporado a los protocolos de atención a los casos. Lo más notorio es el avance extraordinario de los candidatos vacunales, de los cuales 153 están en fase clínica de investigación y 8 ya han recibido la autorización de uso de emergencia de la OMS. Algunos de ellos se han logrado a partir tecnologías nuevas que abren un camino para medicamentos que pueden servir para el tratamiento de otras enfermedades.

En el caso de Cuba, las instituciones científicas, tecnológicas y de investigación, a partir de su experiencia en la producción de vacunas, avanzaron con cinco candidatos vacunales contra la COVID-19. Tres de ellos ya recibieron la autorización de uso de emergencia por la Autoridad Reguladora Nacional (ARN) y deben someter el expediente técnico a la OMS para iniciar el proceso de precalificación. Además, en un despliegue logístico favorecido por la estructura sanitaria del país, se ha logrado vacunar a más del 80% de la población con dosis completa en solo seis meses y se espera que, a finales de año, el 95% de los cubanos estén completamente vacunados.

En todos nuestros países se han mejorado sustancialmente los programas de inmunización, especialmente con la inclusión de nuevas refrigeradoras para almacenamiento, distribución y conservación en los centros de vacunación. Los profesionales de enfermería han sido esenciales en esta tarea de programación, organización de las necesidades logísticas y distribución hasta los puntos de vacunación. Su rol ha sido clave para garantizar la conservación de la cadena de frío y la aplicación de la dosis indicada. El desafío fue inmenso, pues es muy diferente tener que vacunar a la población objetivo según el calendario anual del programa de inmunizaciones, a vacunar a toda la población mayor de 18 años, o incluso mayor de 2 años de edad, como ocurre en Cuba.

El logro de haber incrementado los puntos de vacunación y haberlos mejorado con nuevas capacidades logísticas y más profesionales entrenados, debe sostenerse en los siguientes años contando con el financiamiento necesario. Esta es una oportunidad para mejorar las coberturas de vacunación de otras enfermedades, considerando que en nuestra región se han sucedido en los últimos cinco años, brotes de enfermedades ya controladas como el sarampión o la difteria.

Por otra parte, si bien hasta noviembre de 2021 se han aplicado en el mundo más de 8 mil millones de vacunas contra la COVID-19, gran parte de ellas se han concentrado en los países de mayores ingresos, la mayoría de los cuales ya lograron más del 60% de cobertura con esquema completo e incluso avanzando con la tercera dosis de refuerzo que han recomendado los expertos. En el otro extremo están los países que no llegarán a vacunar al 20% de su población a finales de año, ejemplo claro de las desigualdades globales para el acceso a bienes y productos esenciales para proteger la vida y para la atención sanitaria a millones de personas.

El mecanismo COVAX, creado por la OMS, la Alianza para las Vacunas (Gavi) y la Coalición para la Promoción de Innovaciones para la Preparación ante Epidemias (CEPI), con la intención de garantizar un acceso equitativo a las vacunas, ha logrado ya distribuir más de 500 millones de dosis, cifra que se incrementará notoriamente durante el primer semestre del año 2022. Este mecanismo ha sido la única fuente de acceso a vacunas para 40 países en el mundo.

Está muy claro que para avanzar en el control de la pandemia por este nuevo coronavirus se necesita vacunar a aquella población objetivo a nivel mundial, que ha tenido y mantiene un desigual acceso a las vacunas según los países y regiones.

Pero la búsqueda de alcanzar a vacunar a toda la población objetivo a nivel mundial, con coberturas mayores del 90%, no sólo se enfrenta al obstáculo de la distribución

desigual por países, sino también a la resistencia cada vez más significativa, y paradójicamente mayor en algunos países con más disponibilidad de vacunas, de grupos de personas que las objetan y no desean vacunarse. Éste es un gran reto para todos los gobiernos, que deben trabajar en campañas de comunicación a través de las redes sociales, ya que es por ellas donde se difunden sin escrúpulos informaciones distorsionadas sobre las vacunas, creando temores y miedos en las personas. En algunos países con plena disposición de vacunas, el porcentaje de personas que no desean vacunarse es mayor al 30%, impidiendo la protección comunitaria necesaria, que hace más de cien años sabemos que se logra a través de la vacunación.

Otro tema a considerar, en este sistema económico mundial con cadenas globales de valor, es la dependencia que tienen nuestros países en la provisión de productos de países y regiones, a veces muy lejanas. Como lección aprendida, deberíamos seguramente considerar si para el caso de productos prioritarios, insumos biológicos y equipos esenciales de salud pública, es conveniente no depender de la importación de bienes que provienen de zonas tan distantes, tornándose dificultoso su acceso en un contexto de cierre de fronteras y restricciones de transporte. Durante algunos meses del año 2020 fue muy difícil y hasta imposible acceder a equipos de protección personal, reactivos de diagnóstico de laboratorio y ventiladores, por citar algunos ejemplos, cuya producción se realiza fuera de nuestra región.

Una de las primeras decisiones de la OPS, en enero de 2020, fue la autorización para que las oficinas nacionales hicieran compras urgentes de estos insumos, que permitió contar con ellos para una respuesta inicial. Incluyó la capacitación a responsables de laboratorios de referencia nacional y la distribución de reactivos para que los países pudieran contar con un diagnóstico seguro frente a los primeros casos de la COVID-19.

La OPS/OMS lanzó en agosto de este año una convocatoria para iniciar el desarrollo en nuestra región de las capacidades de producción de vacunas con la nueva

tecnología en base al ácido ribonucleico mensajero (RNAm), que induce a las células humanas a la producción de los anticuerpos específicos. Luego de una revisión de 30 propuestas recibidas, se seleccionó a dos laboratorios, uno de ellos ubicado en Brasil y el otro en Argentina. Se busca de este modo propiciar una mayor independencia regional para la adquisición de estos bienes de salud pública y desarrollar localmente una tecnología que abre posibilidades para nuevas vacunas que puedan controlar enfermedades endémicas.

Otra de las lecciones importantes que nos deja la pandemia en América Latina y el Caribe, es la valoración de la eficacia de los diferentes modelos de atención a la salud y su financiamiento, así como la disponibilidad de profesionales. En los momentos de mayor transmisión de casos de la COVID-19 muchos hospitales colapsaron, faltaron insumos, equipos, reactivos, oxígeno y hasta los medicamentos necesarios para el tratamiento de los casos y sus complicaciones. En muchos países, la atención primaria de salud había perdido la fuerza inicial de las décadas previas y los modelos priorizaban la atención hospitalaria, que en algunos sistemas nacionales segmenta según derechohabientes o poseedores de seguros públicos o privados. En este contexto, miles de personas vieron dificultado o quedaron fuera del acceso a los servicios de salud, especialmente en los cinturones de pobreza de las grandes ciudades y en las zonas rurales donde se concentran poblaciones con mayores vulnerabilidades.

La OPS/OMS señala que el financiamiento público de la salud en cada país debería alcanzar al menos el 6% de su PBI, para que sus ciudadanos puedan hacer efectivo su derecho de acceso a los servicios y ser sujetos comprendidos en los programas de prevención y promoción de salud. Según la CEPAL sólo Cuba y Uruguay, con 9.9% y 6.7% respectivamente, superan ese umbral.

La falta de profesionales de salud, de médicos y enfermeros, también contribuyó negativamente en la atención. Al ser los más expuestos, antes de que contásemos con las vacunas, muchos de ellos se contagiaron durante las extenuantes jornadas de trabajo. El número de fallecidos es alto en este grupo profesional. La prioridad de formar más profesionales en estas áreas es otra necesidad imperiosa que nos marca esta experiencia. Cada país requerirá discutir y establecer cuáles serán sus necesidades de profesionales para los siguientes años y contar con estrategias sostenibles de formación continua, que garanticen su distribución equitativa en todo el territorio nacional.

El impacto total de la COVID-19 se seguirá midiendo en los próximos meses y años, no solo en el campo de la salud y los sistemas sanitarios, sino también en la educación, la economía, la política, el tejido social y cultural. Todas las esferas de la interacción humana se afectaron y millones de familias se vieron sumidas en la pobreza y el hambre, constatándose un retroceso de los indicadores de desarrollo y equidad que nos había costado varios lustros en lograr.

Dr. José Moya Medina

Representante OPS/OMS Cuba. Noviembre 2021

Referencias Bibliográficas

- CEPAL / OPS: La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social
- China CDC Weekly (2020) «The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19)». URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32064853/>
- Ghebreyesus, T. A. (2020) «Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020». Disponible en <<https://bit.ly/3es4mMO>> [consulta 21 abril 2021].
- OMS [2005] (2016) Reglamento sanitario internacional. Ginebra. Disponible en <<https://bit.ly/3v8YdeV>> [consulta 21 abril 2021].

- OPS (Organización Panamericana de la Salud) México (2021) Reporte 43, 1 de febrero. Disponible en <<https://bit.ly/32B6vQC>> [consulta 21 abril 2021].
 - OPS-OMS (2019) Indicadores básicos. Disponible en <<https://bit.ly/3vezTIN>> [consulta 21 abril 2021]
-

Conflictos de intereses: No existen conflictos de intereses

Recibido: 16/12/2021

Aprobado: 25/12/2021

Contacto de correspondencia:

Dr. José Moya Medina.

Correo electrónico:

Oficina Panamericana de la Salud. Representación Cuba

moyajose@paho.org