

REVISIÓN:

EFECTOS MÁS AMPLIOS SOBRE LA SALUD ANTE RESPUESTAS VERTICALES AL COVID-19 EN PAÍSES DE INGRESOS MEDIANOS Y BAJOS (PIMB)

La pandemia de COVID-19 ha deteriorado la capacidad y los esfuerzos para tratar otras necesidades de salud que son tan urgentes como el virus en sí, especialmente en los países de ingresos medianos y bajos (PIMB). La presión sobre los gobiernos para actuar sobre el COVID-19 y salvar "las vidas infectadas primero" en lugar de "las vidas estadísticamente en riesgo"¹ tuvo y seguirá teniendo graves consecuencias a corto y largo plazo en otras áreas de la salud.²

Este documento revisa los efectos de las respuestas verticales al COVID-19 en los sistemas y servicios de salud, y el uso y acceso de las personas a los mismos en los PIMB. Allí, la histórica y continua falta de inversión intensifica la vulnerabilidad a múltiples amenazas para la salud. Usamos el término "respuesta vertical" para describir decisiones, medidas y acciones tomadas únicamente para prevenir y contener el COVID-19. Por lo general, sin tomar adecuadamente en consideración cómo esto impacta en el sistema de salud más general ni las limitaciones preexistentes de recursos. Este documento se divide en cuatro secciones principales sobre 1) las características de la respuesta vertical, 2) las causas de los efectos más amplios sobre la salud, 3) la evidencia de los efectos y finalmente 4) las sugerencias para mitigarlos. Mediante estas secciones, ofrecemos perspectivas para que los actores en el gobierno, las agencias, las organizaciones y las comunidades diseñen e implementen respuestas dirigidas al COVID-19 más proporcionadas, apropiadas, integrales y socialmente justas sin que comprometan otros aspectos de la salud.

Más allá de la acción inmediata, hay una necesidad de reevaluar las prioridades y los enfoques en la salud global, tanto en el contexto del COVID-19 como más allá. Si se valora realmente el bienestar de todas las personas, es fundamental aplicar enfoques "de la salud como un todo"³ que tengan en cuenta los compromisos en la salud a corto plazo en la respuesta al COVID-19 y también aborden las necesidades médicas de poblaciones diversas en el mediano y largo plazo.

Esta revisión fue desarrollada por Tabitha Hrynich (IDS), Santiago Ripoll (IDS) y Simone Carter (CASS-UNICEF) para la plataforma Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP) y es responsabilidad de ésta plataforma. Fue revisado por Gillian McKay (LSHTM), Neha Singh (LSHTM), Gwendolen Eamer (IFRC) y Rachel Goodermote (IFRC).

PUNTOS GENERALES

- Los poderosos discursos y las presiones a nivel global y nacional (junto a los miedos sobre la posible mortalidad por COVID-19) han contribuido a que surjan y se impongan respuestas verticales enfocadas en el COVID-19. En los PIMB, esto perjudicó otras prioridades de salud. Algunas intervenciones, como el "confinamiento" y el desvío de recursos, tienen efectos más directos y obvios en otras áreas de la salud. Pero otros pilares fundamentales de una respuesta efectiva a la epidemia (como la vigilancia y la comunicación de riesgos) también pueden tener puntos ciegos y asimismo servir para relegar otras prioridades de salud si no se aplican enfoques de integración.
- Los PIMB son especialmente vulnerables a los efectos más amplios sobre la salud de las respuestas verticales. Como estas intervenciones interactúan con sistemas de salud débiles y con bases vulnerables de salud, económicas y sociales, los resultados son incluso peores. En algunos contextos, se observó que la incidencia del exceso de mortalidad no relacionado al COVID-19 y por COVID-19 ha sido similar.^{2,3} Esto claramente muestra cómo estas interacciones resultan en mayor mortalidad.⁴
- En general, en muchos PIMB, al tener una población promedio más joven, parecen ser menos vulnerables médicamente al COVID-19 (respecto a las poblaciones con promedio de edades más avanzadas en los países más ricos). Sin embargo, enfrentan riesgos de salud graves a causa de otras enfermedades. Como perspectiva, en África se esperan 190 000 muertes por COVID-19,⁵ mientras que en 2018, hubo más de 2.7 millones de muertes infantiles en el continente (la mayoría evitables).⁶
- Cada vez se reconocen más los efectos considerables y negativos en otras áreas de la salud a causa de las respuestas verticales al COVID-19 y sus consecuencias en los PIMB. No obstante, siguen existiendo grandes brechas entre el análisis, la recopilación de datos y la acción. Esta revisión revela preguntas esenciales sobre la proporcionalidad y la equidad de respuesta, y amplifica el imperativo moral a actuar.

IMPULSORES Y EVIDENCIA DE EFECTOS MÁS AMPLIOS SOBRE LA SALUD

- Las medidas para mitigar la transmisión del COVID-19 han afectado directa e indirectamente la prestación y el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, a través de la interrupción de la cadena de suministro, el desvío de recursos y la mayor presión sobre los recursos ya debilitados del sistema de salud en los PIMB.⁷ Entre los servicios esenciales afectados se incluyen las vacunaciones infantiles, la prevención, testeos y

tratamientos de la tuberculosis (TB), el VIH y la malaria, los servicios de salud reproductiva y sexual, y los servicios de nutrición.

- El modelado predictivo de los efectos más amplios sobre la salud sugiere que el mundo podría ver 1.2 millones muertes infantiles más (la mayoría evitables), casi 57 000 muertes maternas adicionales,⁸ 1.4 millones de muertes más por tuberculosis⁹ y una duplicación de los casos de malaria en África.¹⁰ A esto se le suman disminuciones en la expectativa de vida de las personas con enfermedades no transmisibles (ENT), entre otros efectos.¹¹
- Las personas pueden evitar buscar atención médica no solo por miedo a contagiarse del COVID-19, sino también a la cuarentena o el aislamiento ante un resultado positivo, o a las sanciones por violar medidas como las restricciones de circulación.
- La pandemia ha aumentado la presión sobre aquellos con roles de cuidado en los hogares y las comunidades (desproporcionadamente las mujeres) y ha impactado todavía más su capacidad de acceder a la atención.¹²
- Las adaptaciones en las prestaciones de servicios de salud, como el uso de plataformas de telemedicina, excluyen a muchos que no tienen habilidades ni acceso a estas tecnologías. A su vez, los servicios presenciales actualmente necesitan muchos más recursos para atender de forma segura (equipo de protección personal, desinfectante, espacio, etc.), complicando y encareciendo aún más la atención.

MEJORANDO LA RESPUESTA PARA MINIMIZAR LOS EFECTOS NEGATIVOS EN OTRAS ÁREAS DE LA SALUD

- El impacto del COVID-19 debe ponerse en perspectiva con respecto a las presiones de otras enfermedades y servicios de salud, con una visión a mediano y largo plazo. Es necesario priorizar los recursos de los sistemas de salud mediante la participación significativa de las comunidades afectadas y los usuarios de estos servicios, considerando especialmente la participación de los grupos vulnerables.
- Asumir y promover compromisos globales justos con indicadores y objetivos específicos para contener y erradicar el COVID-19. Esto debe hacerse considerando el fortalecimiento de los sistemas de salud en general en los PIMB, que son más vulnerables a los efectos más amplios sobre la salud y a la endemia del COVID-19.¹³ Los países, donantes y otros actores globales deben asumir la responsabilidad por estos compromisos, junto con el compromiso a una cobertura de salud primaria y universal, y a proveer el apoyo y financiamiento necesario.
- Integrar los servicios y la respuesta al COVID-19 en los programas sociales y de salud existentes.¹⁴ Compartir sistemas de información, infraestructura, capacidad de diagnóstico y tratamiento, y difusión para romper los silos¹⁵ de maneras que puedan responder con eficacia al COVID-19 junto a otros problemas de salud. Asimismo, es

necesario ofrecer una perspectiva para priorizar los recursos usando la evidencia. También se deben aprovechar la capacidad y los sistemas establecidos para responder específicamente al COVID-19, como la vigilancia, para responder a otros problemas de salud.

- Establecer conexiones intersectoriales entre una respuesta integrada ante la pandemia (que trate el COVID-19 y otros problemas de salud) y otros programas sociales (como protección social, educación, etc.) para incorporar los determinantes sociales de la salud.¹⁶
- Promover la responsabilidad de los proveedores de salud y legisladores a nivel local mediante el establecimiento y el monitoreo público de los indicadores y servicios de salud. Integrar las opiniones de los pacientes y la comunidad para mejorar los servicios de salud.
- Los enfoques comunitarios dirigidos por personas tienen más probabilidades de aceptación y éxito en las respectivas comunidades.¹⁷ Usar como base y desarrollar las redes de organizaciones civiles existentes (sindicatos, asociaciones profesionales, grupos religiosos, grupos de mujeres, etc.) y movimientos sociales (en el sector de la salud y en otros), y empoderarlos para que dirijan acciones de respuesta y suministren atención médica con recursos y apoyo.
- Trabajar con clínicas privadas, farmacias, vendedores de medicamentos, sanadores religiosos y tradicionales, herboristas y otros, ya que pueden ser el primer punto de contacto para la atención médica de muchas personas. Brindarles las habilidades y los recursos necesarios para la prevención de infecciones (incluso el equipo de protección personal) y apoyar el triage, la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento de distintos problemas de salud.
- La vigilancia en tiempo real de las percepciones, la prestación y el acceso a los servicios de salud puede permitir que los legisladores y los socorristas tomen medidas de forma inmediata y relevante de acuerdo al contexto.¹⁸ Fomentar la recopilación y el uso de investigación de las ciencias sociales para identificar qué servicios de salud se encuentran afectados, por qué, entender los efectos localizados y guiar en las medidas locales y nacionales. Con tiempo e integrándose a diversos datos de las ciencias sociales y naturales considerados en procesos deliberativos multisectoriales,¹⁸ esto también puede alimentar compromisos y enfoques conjuntos de mediano y largo plazo. Incluso puede abordar la triple amenaza del COVID-19, otras prioridades importantes de salud y la inminente crisis económica del futuro.
- Adoptar un marco para el análisis integrado de datos, como el modelo de análisis multisectorial integrado del brote (IMOA), para entender más comprensivamente la causa y consecuencia de los efectos más amplios sobre la salud en múltiples niveles. Este

modelo reúne datos sobre comportamientos, percepciones, uso de los servicios de salud, tendencias epidemiológicas de otros resultados de salud, mapeo del movimientos y precios de mercado frente a un cronograma de intervenciones implementadas.¹⁹

RESPUESTAS VERTICALES AL COVID-19

¿QUÉ HA IMPULSADO LAS RESPUESTAS VERTICALES AL COVID-19?

Normas, discursos y relaciones de poder a nivel global

La naturaleza global de la pandemia dio lugar a discursos poderosos sobre las medidas de contención. Si bien la OMS recomienda mantener los servicios de salud esenciales junto con las intervenciones para el COVID-19,²⁰ en la práctica ha sido complicado. Los mensajes, la investigación y las estrategias en torno al COVID-19 (como también los miedos reales a la posible mortalidad), reforzados por los medios nacionales y globales, han contribuido al despliegue de respuestas verticales específicas para el COVID-19.¹ El "excepcionalismo de una enfermedad" y la respuesta vertical ante los brotes no es algo nuevo.^{21,22} Durante décadas, la comunidad de salud global se ha enfocado en la identificación y respuesta específica ante brotes de enfermedades infecciosas cuando y donde surgen — generalmente en los PIMB—. Según una crítica frecuente, el objetivo es nada menos que detenerlos antes de que puedan amenazar a las poblaciones ricas.²³ Esto ha sucedido a costa del fortalecimiento más holístico y equitativo de los sistemas de salud que centran las prioridades de salud de las personas. Esta vez, el COVID-19 ha surgido en los centros del poder global y se ha propagado a los PIMB.²⁴ Afortunadamente, las predicciones graves iniciales no parecen haberse cumplido en muchos PIMB, especialmente en África. Allí, ante poblaciones más jóvenes y tasas más bajas (aunque en aumento²⁵) de ENT^b que elevarían el riesgo de COVID-19, parecen proteger contra el COVID-19 severo.²⁸ El modelo más reciente sugiere que se podrían producir 190 000 muertes debido al COVID-19 en el continente,⁵ una fracción de los 2.7 millones de muertes infantiles, la mayoría evitables, observadas en 2018⁶ o incluso las 390 000 muertes por malaria el mismo año.²⁹ Aun así, el COVID-19 sigue siendo una gran amenaza para las poblaciones más ricas y de edad más avanzada en los países más poderosos. Es por esto que se ha alentado la visibilidad de los discursos en torno al COVID-19 y se ha intensificado la investigación y medidas orientadas a esta enfermedad en todo el mundo. Esto plantea preguntas acerca de hasta qué punto la ansiedad sobre la propagación del virus en los PIMB podría estar basada realmente en las preocupaciones de que regrese a los países de ingresos altos (PIA).³⁰

Tendencias hacia enfoques únicos

En términos de salud global, se privilegian los intereses de los países ricos. Asimismo, hay una tendencia a aplicar en los PIMB los enfoques a enfermedades infecciosas desarrollados en los países ricos y pensados para esos contextos. Promocionados como "mejores prácticas", estos enfoques posiblemente establezcan suposiciones sobre

recursos y condiciones que no reflejan los problemas y las realidades que enfrentan los PIMB. Aun así, como por lo general dependen de ayuda humanitaria, financiamiento y asesoramiento de donantes y organizaciones internacionales, los PIMB son particularmente susceptibles a las presiones (incluso presiones políticas nacionales) para adoptar enfoques verticales de "mejores prácticas", a pesar de las circunstancias y necesidades de salud diversas.³¹

¿CÓMO HAN SIDO LAS RESPUESTAS VERTICALES AL COVID-19?

Ante la ausencia de vacunas o medicamentos eficaces, la prevención y el control de infecciones (cuyo componente crucial es limitar el contacto presencial) resultó ser una de las intervenciones más efectivas para prevenir y contener el COVID-19.³² Una respuesta efectiva general también incluye otras medidas de salud pública, como la vigilancia, el rastreo de contactos, los testeos, la comunicación de riesgos y la participación comunitaria. Todos estos son pilares clave para responder ante epidemias³³ y pese a eso, si se toman enfoques verticales, pueden tener puntos ciegos respecto a otras áreas de la salud. No obstante, en los PIMB, las primeras medidas gubernamentales de emergencia se enfocaron en tratar de limitar el contacto presencial, como las medidas iniciales de los PIA. Estas medidas, especialmente en PIMB, tienen lógicas de salud pública más cuestionables e involucran una mayor probabilidad de daños colaterales para la salud. Las estrategias en los diferentes contextos incluyeron desde un "confinamiento" casi total a intervenciones más parciales en la vida diaria. La combinación específica de estas "intervenciones no farmacológicas", su "rigurosidad" y duración han variado ampliamente. Esta diversidad se debe a que los gobiernos han respondido a la dinámica de transmisión del COVID-19 dentro de sus contextos políticos, sociales y económicos particulares y han desarrollado y ampliado su capacidad en función de otros pilares de respuesta. Entre las NPI especialmente disruptivas, se incluyen:

- Interrumpir la actividad laboral "no esencial".
- Imponer restricciones de circulación y cierres o controles estrictos de fronteras.
- Suspender las reuniones públicas.
- Frenar o reducir los sistemas de transporte público y privado.
- Establecer toques de queda y medidas de confinamiento.
- Cerrar escuelas y otras instituciones públicas.
- Suspender servicios de salud "no esenciales".
- Modificar las prestaciones de servicios de salud, incluso cerrar centros en otros espacios físicos.

Independientemente de su combinación e intensidad, esas medidas —junto a los desvíos de recursos y otras medidas e impactos— han alterado la disponibilidad, accesibilidad y uso de los servicios de salud, especialmente en los PIMB. Incluso cuando dejan de aplicarse, y efectivamente muchas se han levantado y atenuado en varios contextos, sus

efectos siguen repercutiendo en el tiempo y el espacio. Esto da lugar a diversos impactos al interactuar con los diferentes contextos y vulnerabilidades de base.⁶

¿QUÉ IMPULSA LOS EFECTOS MÁS AMPLIOS SOBRE LA SALUD?

En general, los impulsores de los efectos más amplios sobre la salud del COVID-19 son muy complejos e incluyen interacciones entre múltiples factores de los sistemas sociales, económicos, políticos y de salud en niveles diferentes. Esta sección muestra parte de esta complejidad, incluso las vulnerabilidades de base y los impulsores del lado de la "oferta" y la "demanda".

FACTORES CONTEXTUALES Y VULNERABILIDADES DE BASE

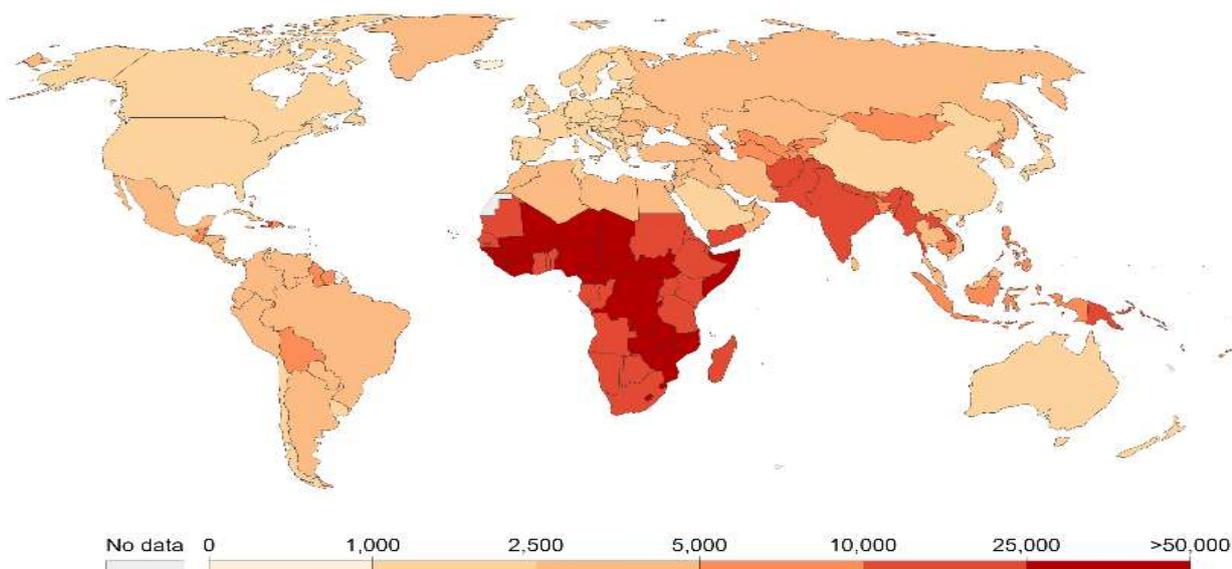
La demografía y los perfiles de la carga de la enfermedad, las realidades del sistema de salud y de la infraestructura, y otros factores sociales, económicos y políticos difieren entre y dentro de los países y las comunidades. Las interacciones entre estos factores y las respuestas al COVID-19 dan lugar a resultados de salud diversos.

- Salud y demografía de la población: es posible que las poblaciones más jóvenes de los PIMB no tengan un riesgo tan alto de sufrir gravemente o morir a causa del COVID-19

Tasas de AVAD de enfermedades transmisibles, neonatales, maternas y nutricionales, 2017



Tasas de AVAD (años de vida ajustados en función de la discapacidad) estandarizadas por edad cada 100 000 habitantes de enfermedades no transmisibles (ENT). Los AVAD se usan para medir la carga total de la enfermedad, tanto de años de vida perdidos y años vividos con una discapacidad. Un AVAD equivale a un año perdido de vida saludable.



Fuente: IHME, Carga global de la enfermedad

CC BY

Fuente: Our World in Data (2017). Tasas de AVAD de una variedad de enfermedades y problemas de salud.

<https://ourworldindata.org/grapher/burden-of-disease-rates-from-communicable-neonatal-maternal-nutritional-diseases>

como las poblaciones de los países más ricos. Sin embargo, enfrentan riesgos bastante más altos de sufrir enfermedades transmisibles, neonatales, maternas y nutricionales que ocasionan la muerte prematura (consulte la **Figura 1**) (como también las crecientes tasas de ENT). Los efectos más amplios sobre la salud ante las respuestas al COVID-19 reflejarán y exacerbarán las cargas específicas de las enfermedades que sufren los países y las comunidades.

- **Capacidad y organización del sistema de salud:** los PIMB tienen sistemas de salud más débiles y fragmentados, y menos recursos y personal en comparación a los PIA⁷. El acceso a la atención es limitado, especialmente para los grupos rurales y urbanos pobres, incluso en tiempos normales. Un país de bajos ingresos tiene en promedio un solo médico calificado cada cinco mil habitantes³⁵. Así, muchas personas dependen de los proveedores de servicios privados e informales que quizás sean relegados o incluso difamados por el estado durante la respuesta a un brote.^{36,37}
- **Factores sociales y económicos:** los riesgos para la salud se agravan con la pobreza y la precariedad económica. Dos mil millones de personas, la mayoría en los PIMB, dependen del trabajo informal y no reciben un pago por enfermedad ni un seguro de desempleo.³⁸ A su vez, millones viven en asentamientos informales densamente poblados con escasez de agua potable y higiene.³⁹ En estos contextos, el desempleo y las restricciones de circulación pueden aumentar los riesgos de infección (como cólera y tuberculosis). La pandemia podría empujar 71 millones de personas más a la pobreza extrema.⁴⁰ Los gobiernos de los PIMB no cuentan con la capacidad para ofrecer apoyo económico a gran escala a fin de mitigar estos efectos.
- **Otros grupos sociales vulnerables:** así como los países no son igualmente vulnerables a los efectos más amplios sobre la salud, las personas dentro de los países, las comunidades e incluso los hogares enfrentan diferentes niveles de riesgo. El **Cuadro 1** señala algunos grupos especialmente vulnerables y cómo podrían verse afectados. Es importante recordar que las categorías con frecuencia también se superponen, agravando la vulnerabilidad de las personas que viven en las intersecciones.

Cuadro 1. Grupos sociales que experimentan mayores vulnerabilidades de base.

Grupo social	Explicación
Personas con discapacidad (PcD)	Las medidas restrictivas agravarán las dificultades que experimentan las personas con discapacidad para acceder a los servicios de salud, ⁴¹ especialmente en los PIMB, donde vive el 80 % de estas personas. ⁴² Aquellos que dependen de los servicios de asistencia y atención domiciliaria, por ejemplo, podrían perder este apoyo. ⁴³ Por otro lado, aquellos con discapacidades cognitivas o sensoriales podrían ser excluidos de información importante. ^d

Personas mayores	Al igual que con los servicios para personas con discapacidad, los servicios geriátricos son un sector de la salud relegado. ⁴⁴ Las personas mayores tienen más probabilidades de tener enfermedades preexistentes y necesitan/dependen del apoyo. Muchos, especialmente las mujeres, podrían también ser cuidadoras/es. Las interrupciones en la atención o en la capacidad para proporcionarla, junto con el mayor aislamiento, podrían dejar a las personas mayores particularmente vulnerables. ⁴⁵
Mujeres y niñas	La discriminación de género arraigada pone a las mujeres y niñas en mayor riesgo de sufrir problemas de salud, incluso malnutrición, malos desenlaces en la salud sexual y reproductiva, y en general no recibiendo la atención de salud necesaria. A su vez, a menudo tienen responsabilidades como cuidadoras en el hogar o en otros lugares de trabajo que aumentan su riesgo de infección. La pérdida de ingresos y una mayor inseguridad alimentaria pueden agravar estos riesgos si los recursos escasos se priorizan para los hombres y niños.
Refugiados, desplazados y trabajadores migrantes	Los refugiados y los desplazados en campos atestados ya enfrentan mayores riesgos de salud (incluso al COVID-19). Las restricciones a los trabajadores humanitarios para acceder a los campos pueden dar lugar a menos recursos de salud esenciales (agua, alimentos, medicamentos y atención). ⁴⁶ También pueden restringir el acceso a los servicios legales y de protección, lo que podría aumentar el riesgo de trata de personas. ^{47, 48}
Personas en entornos afectados por conflictos	La guerra o los disturbios prolongados han dejado a algunos sistemas de salud con incluso menos capacidad para implementar intervenciones no farmacológicas de forma segura y apropiada. El conflicto ya afecta la circulación, el bienestar socioeconómico y psicosocial. A su vez, aumenta la violencia sexual y de género (VSG) y el reclutamiento (incluso de niños) para grupos armados. Intervenciones no farmacológicas estrictas pueden empeorar estas condiciones y riesgos, especialmente para las mujeres y los niños.
Minorías raciales, étnicas y religiosas	Los grupos minoritarios que ya sufren discriminación y violencia en su comunidad pueden sufrir otras trabas al buscar atención de salud básica, como que directamente se les niegue tratamiento. ⁴⁹ Las minorías también pueden ser culpadas por el COVID-19 y discriminadas por este motivo. ⁵⁰

RESPUESTAS AL COVID-19 COMO IMPULSORES DE EFECTOS MÁS AMPLIOS SOBRE LA SALUD

Lado de la oferta: disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud

- Interrupciones en la logística y las cadenas de suministro médico: diversos participantes en las cadenas globales de suministros médicos frenaron o disminuyeron su actividad debido a alteraciones en la producción, el transporte y el control de las fronteras. Esto derivó en escasez y demoras en el abastecimiento de recursos médicos esenciales, como anticonceptivos,⁵¹ insulina,⁵² antibióticos, antipalúdicos,⁵³ antirretrovirales, vacunas,⁵⁴ equipos para la cadena de frío, pruebas de diagnóstico y equipo de protección personal

(EPP). En estos casos, los países que dependen de la importación de estos recursos son particularmente vulnerables.^{55, 56}

- **Mayores costos de bienes esenciales y pérdida de ingresos:** junto con la pérdida de ingresos (incluso de giros de dinero⁵⁷), los aumentos de costos de los recursos médicos a causa de demoras y escasez han complicado el traslado de las personas para acceder a los servicios. A esto se suma la dificultad para comprar, y mucho menos abastecerse de esos recursos, incluso los tratamientos esenciales.⁵⁸ Esto podría obligar a algunos a prescindir de los medicamentos o racionarlos, con consecuencias para la salud y la resistencia a los medicamentos.^e Las pruebas cualitativas de la República Democrática del Congo indican que la caída reciente en la utilización de servicios de salud no esenciales es más atribuible a la falta de dinero que al miedo a contraer COVID-19.⁵⁹
- **Transporte y atención:** si los sistemas de transporte no funcionan, es posible que los trabajadores de la salud, los cuidadores informales (como los familiares) y quienes necesitan atención no puedan viajar a destino.^f En Uganda, los trabajadores de la salud y los pacientes tuvieron dificultades para llegar a los centros debido a la prohibición de los mototaxis, especialmente necesarios para los pobres y quienes viven en zonas rurales.⁶⁰ Varias mujeres embarazadas murieron en este país al intentar caminar para buscar atención.⁶¹ Aquellos en busca de testeo para el VIH informaron no poder llegar a los hospitales públicos a pie y no poder pagar el costo de los servicios en lugares más cercanos.⁶² Las interrupciones en el transporte también impactan en las actividades de salud móviles para las poblaciones pobres y rurales.⁶³
- **Cierres de centros:** los centros que operan en otros espacios físicos, tanto en los sectores público como privado, han sido cerrados intencionalmente o se han visto forzados a cerrar. Generalmente, debido a la falta de recursos para seguir funcionando de manera segura (agua potable, desinfectante, equipo de protección personal, etc.). En Karachi, por ejemplo, el 18 % de los centros de vacunaciones de menores cerraron durante el confinamiento.⁶⁴ Los cierres también fueron a causa de brotes de COVID-19 entre el personal. Si bien se le aconseja a los pacientes buscar atención en otros lugares, hay otras barreras que pueden impedir que lo hagan, como la necesidad de pagar atención privada más cara.⁶⁵
- **Desvío de recursos:** los cierres o las reducciones de servicios también se pueden producir por el desvío de recursos hacia la respuesta al COVID-19. Una encuesta de 106 países reveló que el 20 % de los laboratorios que normalmente respaldan los diagnósticos de tuberculosis y VIH sufrieron graves interrupciones al pasar a concentrarse en el COVID-19.⁶⁶ Los servicios esenciales también se vieron afectados por la reasignación de trabajadores de la salud para apoyar la respuesta al COVID-19 y la adaptación de los centros de salud. En Kenia, Irak y Honduras, los hospitales y centros de salud maternos

tradicionalmente destinados a las mujeres embarazadas fueron cerrados o convertidos, lo que las forzó a buscar servicios en otros lugares.⁶⁷

- **Déficit de financiamiento:** los gobiernos y las organizaciones que dependen de asistencia para operar los servicios de salud han tenido problemas con el desembolso de fondos de los donantes, especialmente en el ámbito comunitario.⁶⁸ En Yemen, por ejemplo, el desvío de recursos y los recortes en los servicios para la desnutrición aguda resultaron en que casi 30 000 niños menos recibieran atención para salvarles la vida por mes. Las organizaciones humanitarias informan haber recibido solo el 18 % del financiamiento necesario en el país.⁶⁹ Muchos países también fallaron en presupuestar para programas esenciales en los planes de respuesta al COVID-19 a nivel nacional. Por ejemplo, solo el 17 % de 160 países (y solo el 12 % de los países de ingresos bajos) destinaron fondos adicionales para respaldar servicios para ENT.⁷⁰
- **Adaptaciones a la prestación de servicios de salud:** los actores de salud están modificando la prestación de servicios para minimizar los riesgos de infección del COVID-19. Para esto, están minimizando los encuentros presenciales en los centros médicos, incluso mediante la adopción o la ampliación de plataformas digitales o telefónicas.⁷¹ En los PIMB, el acceso a teléfonos celulares u otras tecnologías de comunicación, crédito para redes, cobertura confiable, datos, Internet o conocimientos relacionados no es universal ya sea entre los pacientes o los trabajadores de la salud. En África subsahariana, 1 GB de datos cuesta casi el 40 % de un salario mensual promedio.⁷² Particularmente las mujeres,⁷³ las personas mayores⁴⁵ y las personas con discapacidad pueden verse afectadas. En India, por ejemplo, solo el 43 % de las mujeres tenían acceso a un teléfono celular en 2018.⁷⁴ Para quienes tienen acceso, tener que compartir un teléfono o no tener un espacio privado para usarlo también puede ser un problema. En el caso de los servicios que requieren atención personal (como vacunaciones, pruebas médicas, cirugías), la necesidad de medidas de control para la prevención de infecciones, equipo de protección personal, equipamiento y capacitación para trabajar de forma segura aumentan considerablemente los costos de la prestación de servicios. Los tiempos mayores de espera pueden desalentar la búsqueda de atención. Los servicios que habitualmente se prestan en entornos masivos pueden tener que prestarse puerta a puerta, lo que suma gastos de logística.
- **Fallas en la comunicación sobre los servicios de salud:** si las personas ignoran si y cómo cambiaron los servicios, es posible que no puedan acceder a la atención necesaria. La experiencia de Sudáfrica indica que las mujeres no sabían si acudir a las clínicas ante la necesidad de tratamiento que no sea para el COVID-19.⁷⁵ Por otro lado, en India, la confusión sobre si las clínicas para la tuberculosis estaban abiertas (junto con las restricciones al transporte) dejó a los pacientes de tuberculosis con niveles peligrosamente bajos de medicamentos. El gobierno tardó un mes desde el

confinamiento para aclarar que los servicios para la tuberculosis debían continuar sin interrupciones.⁶⁵ En China, se reportó que personas han sido rechazadas en los centros de salud, y han indicado que no estaban al tanto de los cierres ni de otras alternativas.⁷⁶

- **Alteración o interrupción de servicios de salud específicos:** los gobiernos han sido alentados a identificar y priorizar la prestación ininterrumpida de servicios de salud "esenciales", y a suspender los servicios "no esenciales", especialmente durante las fases más intensas del brote de COVID-19.²⁰ Además de la suspensión intencional de los servicios, se interrumpieron muchos servicios esenciales. Asimismo, incluso si los servicios son declarados "esenciales" a nivel nacional, no todas las personas con poder pueden estar de acuerdo. Por ejemplo, en Zimbabwe, las mujeres en busca de servicios de salud reproductiva y sexual informaron haber sido paradas por oficiales de policía que no consideraban que tenían un buen motivo para estar en la calle.⁷⁷ Incluso si son de corta duración, las interrupciones pueden tener efectos considerablemente negativos a largo plazo sobre la salud, incluso recaídas sobre avances difíciles de lograr. El **Cuadro 2** ofrece ejemplos de cómo esto está ocurriendo en algunas áreas de salud específicas.

Cuadro 2. Impulsores de efectos más amplios sobre la salud en algunas áreas de salud específicas.

Área de servicio	Explicación
Vacunaciones	Decenas de campañas de vacunación masiva y de rutina fueron canceladas, postergadas o interrumpidas, incluso por falta de vacunas y otros recursos. ^{78, 79} La suspensión de las campañas de vacunación contra la polio amenaza los esfuerzos de erradicación en países como Pakistán y Afganistán. ^{64, 80} En años recientes, el resurgimiento del sarampión en varios países, como la República Democrática del Congo, Siria y Ucrania, es extremadamente alarmante. ⁸¹
Campañas contra la malaria	Se han reportado aumentos de precios, escasez y dificultades logísticas en la distribución de medicamentos preventivos y terapéuticos contra la malaria, mascarillas N95 (para proteger a los trabajadores que realizan actividades de fumigación para el control de vectores) y redes mosquiteras tratadas con insecticida, ³⁶ incluyendo en India ⁸² y Kenia. ⁸³ En junio, 73 % de los 106 países encuestados informó graves interrupciones. ⁶⁶
Testeo y tratamiento del VIH y la tuberculosis	El procesamiento de los diagnósticos del VIH y tuberculosis ha sido impactado por la desviación de los recursos hacia la respuesta al COVID-19, y en 73 países se informaron faltantes de antirretrovirales. ⁸⁴ En India, las notificaciones de nuevos diagnósticos de tuberculosis cayeron un 80 % en mayo. ⁸⁵ La detección y el tratamiento en una etapa temprana son particularmente importantes para prevenir las muertes infantiles por tuberculosis. ⁸⁶

<p>Testeo y tratamiento de ENT</p>	<p>Una evaluación de la OMS reveló que el 77 % de 160 países informó interrupciones en los servicios para enfermedades no transmisibles, incluso servicios de rehabilitación (es decir, recuperación posquirúrgica, fisioterapia), control de hipertensión, diabetes y asma, cuidados paliativos, atención dental, tratamiento oncológico y emergencias cardiovasculares.⁷⁰ También se cancelaron o postergaron exámenes de rutina para detección de algunas formas de cáncer y cirugías "no urgentes" (incluso para casos de cáncer en etapa inicial).⁸⁷ A medida que las actividades se reanuden, la acumulación de casos provocará más demoras, y lo no urgente se transformará en urgente.</p>
<p>Salud reproductiva y sexual</p>	<p>En algunos contextos, si no fueron gravemente interrumpidos, los servicios de planificación familiar y atención para casos de aborto se terminaron suspendiendo.^{67, 77, 88} IPPF informó el cierre de miles de puntos de servicio en 64 países. En varios, como Pakistán, El Salvador y Zambia, se produjeron más de 100 cierres por país.⁸⁹ Al mismo tiempo, el cierre de escuelas puso a las niñas en riesgo de contraer matrimonio y embarazo a edad temprana.^{90, 91} El apoyo a las víctimas de violencia de género (VG) se ha reducido. Los actores de planificación familiar y antiaborto también se han aprovechado de la pandemia, intentando limitar el acceso a estos servicios para millones de mujeres.⁹²</p>
<p>Enfermedades tropicales desatendidas (ETD)</p>	<p>Los programas nacionales para erradicar estas enfermedades (como tripanosomiasis africana, helmintiasis) que afectan a los más marginados del mundo, se han interrumpido o suspendido.⁹³ Esto se ha debido a interrupciones en la detección y el tratamiento de los casos, al desvío de recursos y al personal que se ha enfermado.⁹⁴ Muchos programas para las enfermedades tropicales desatendidas dependen de eventos de administración masiva de medicamentos,⁹⁵ ahora suspendidos por los riesgos de infección.</p>

Lado de la demanda: Impulsores sociales y psicosociales del uso de los servicios de salud

Si bien sin investigación detallada es complicado desentrañar exactamente qué motivo impide que las personas accedan a los servicios de salud en un contexto determinado, la gran disminución en la utilización en algunos contextos resulta evidente. En Sierra Leona, si bien varios hospitales habían cerrado, la tasa de ocupación de camas en los centros abiertos cayó al 20 % (del 80 % en enero)⁹⁶. En Kinsasa, los investigadores observaron una caída del 10 % en la utilización general de los servicios de salud entre marzo y junio.⁹⁷ Si bien los factores perjudiciales del lado de la oferta que se describen más arriba pueden contribuir a una baja utilización, también entra en juego la dinámica del lado de la demanda, como el miedo y las circunstancias sociales.

- **Miedo a la infección y las consecuencias de las medidas de control:** las personas que necesitan atención, o sus cuidadores, pueden razonablemente tener miedo a que ellos o sus seres queridos contraigan COVID-19 en los centros de salud o camino a ellos. Este

ha sido un impulsor fundamental de la subutilización de los servicios de salud en brotes pasados, sobre todo durante la epidemia del ébola en África Occidental. Las entrevistas de investigación realizadas en el sudoeste de Uganda, sin embargo, ilustran que no sólo es el miedo a la infección de COVID-19 en sí lo que puede fomentar que no se busque atención:

Las personas no buscan atención médica en los hospitales porque tienen miedo de ser puestas en cuarentena si tienen un resultado positivo de COVID-19. Otras tienen miedo de exponerse e infectarse. Entonces, prefieren quedarse en casa, incluso cuando se enferman.⁶²

La cita sugiere que las consecuencias de un resultado positivo de COVID-19 podrían considerarse peores que la posibilidad de no recibir atención para esta u otras enfermedades. La cuarentena y el aislamiento pueden significar separación de la seguridad, los ingresos y la familia, incluso de otras personas que necesitan atención.

Se estima que unos 90 000 trabajadores de la salud han contraído COVID-19.⁹⁸ Se cree que el cierre de las clínicas de vacunación en Karachi se debió, al menos en parte, al temor de ello.⁶⁴ Sin el equipo de protección personal adecuado y otros recursos, como el agua potable⁹⁹ (y sin manera de diagnosticar definitivamente si el paciente tiene COVID-19), los trabajadores de la salud pueden negarse a trabajar o rechazar a los pacientes. En Nigeria, como los síntomas del COVID-19 son similares a los de la tuberculosis, se informaron casos en los que trabajadores de la salud se negaron a manipular muestras para pruebas de tuberculosis.¹⁰⁰

- **Miedo al castigo o la violencia:** el miedo al hostigamiento, la violencia, las sanciones o la encarcelación por desobedecer las intervenciones no farmacológicas puede afectar la búsqueda o la prestación de servicios de salud. En Kenia, tras la brutal golpiza de un conductor que trasladaba a una mujer embarazada al hospital después del toque de queda, las mujeres comenzaron a tener dificultades para encontrar transporte.⁶⁷ En Colombia, al parecer, grupos armados se han dedicado a la represión violenta de quienes no obedecían las intervenciones no farmacológicas.¹⁰¹ Quienes se ocupan de hacer cumplir la ley también pueden usar la pandemia como un pretexto para hostigar a grupos ya vulnerables, como las personas LGBTIQ o los trabajadores sexuales. Así, estos grupos pueden tener dificultades o correr riesgos para viajar con el objetivo de acceder a los servicios.¹⁰² Jess, una persona de género no binario de Colombia, expresó su miedo a salir ante las restricciones por género que asignaban para salir días alternados para hombres y mujeres:

Tengo terror de que un grupo de hombres me identifique como mujer, podrían querer violarme... o pegarme para enseñarme que no soy un hombre.¹⁰³

- **Estigma:** las personas con enfermedades estigmatizantes, como VIH u otras enfermedades de transmisión sexual, pueden dudar en acceder a la atención por miedo a que se revele su condición. La desconfianza de las medidas de protección de la privacidad en las plataformas digitales o la necesidad de comunicarse con otras personas que no sean su médico habitual pueden desalentar la búsqueda de atención.¹⁰⁴ Los trabajadores de la salud son también vulnerables al estigma si se los percibe como una fuente de infección. En todo el mundo se han conocido casos de abuso verbal y físico, e incluso desalojo.^{105, 106} Esto se suma al tremendo estrés psicológico, la gran presión laboral y el miedo a la infección, lo que posiblemente los empuje a hacer huelga, renunciar o incluso peor.¹⁰⁷⁻¹⁰⁹
- **Responsabilidades de cuidado:** los cuidadores, principalmente mujeres, pueden verse obligados/os a dejar su trabajo (si ya no lo perdieron) para cuidar de niños y personas mayores como consecuencia del cierre de escuelas, guarderías y servicios de apoyo.¹¹⁰ La pérdida de ingresos resultante puede dificultar todavía más su acceso a los servicios de salud. Quizás no quieran o no puedan dejar a los niños o las personas mayores en la casa, o llevarlos por miedo a exponerlos al COVID-19 mientras intentan acceder a los servicios. A su vez, estas presiones podrían afectar a los trabajadores de la salud, que son en su mayoría mujeres.
- **Cumplimiento de tratamientos complejos:** sin apoyo, es posible que sea complicado para los pacientes manejar los efectos secundarios molestos (como náuseas, vómitos y diarrea) de medicamentos para la tuberculosis, el VIH y otras enfermedades. Los pacientes con tuberculosis, por ejemplo, generalmente toman los medicamentos acompañados por un agente de salud¹¹¹. Por otro lado, el cumplimiento del tratamiento para el VIH está muy ligado a visitas regulares al médico.¹¹² Por su cuenta, los pacientes pueden tener problemas para cumplir con el tratamiento y corren el riesgo de desarrollar resistencia a los medicamentos.⁶⁵ La falta de alimentos también puede afectar dicho cumplimiento. Esto puede exacerbar los efectos secundarios, como los vómitos, que disminuyen la eficacia del medicamento. En el sudoeste de Uganda, las personas LGBT+ con VIH han tenido dificultades para comprar alimentos debido al aumento de los precios y a la pérdida de ingresos. La fiebre, los dolores de cabeza y la debilidad causados por la toma de medicamentos con el estómago vacío hacen difícil sostener el tratamiento.¹⁰²

¿CUÁL ES LA EVIDENCIA DE LOS EFECTOS MÁS AMPLIOS SOBRE LA SALUD?

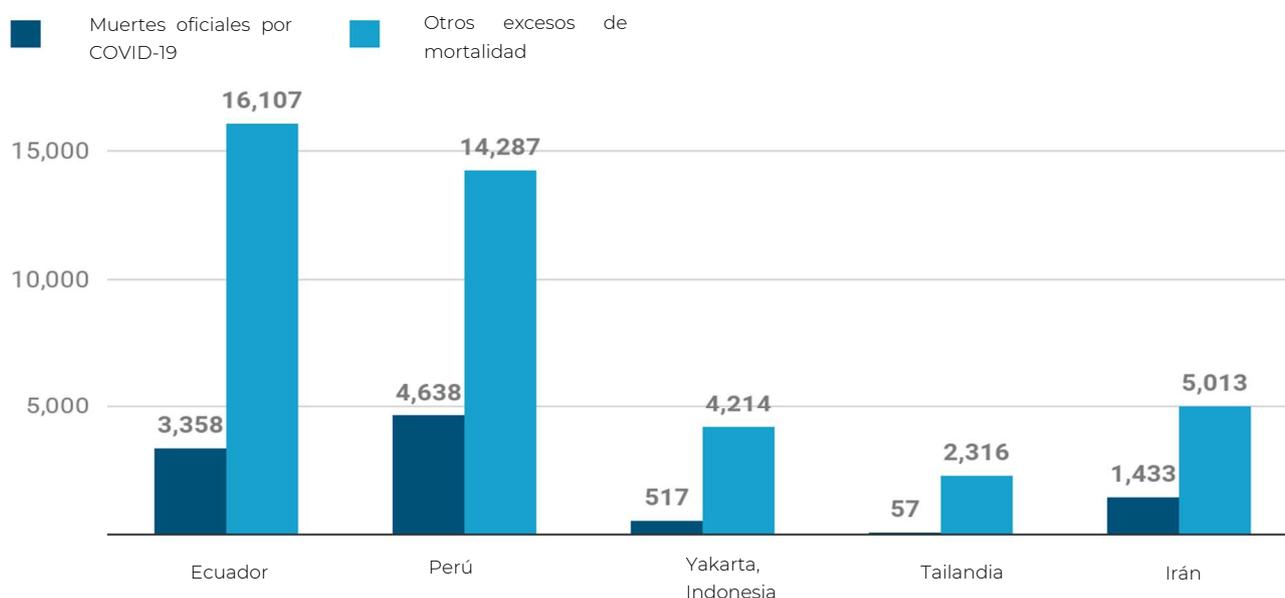
EVIDENCIA LIMITADA: PRIORIZACIÓN LIMITADA

Las prioridades de investigación y la recopilación de datos se han enfocado en el COVID-19, prestando mucha menos atención a otros efectos y problemas de salud. De hecho, es complicado recopilar o monitorear datos en cualquier emergencia de rápida evolución, sobre todo en los PIMB, donde los mecanismos de recopilación de datos robustos son débiles o inexistentes. Este es un motivo por el cual no hay suficientes datos cualitativos acerca de los efectos sobre la salud de enfermedades que no son COVID-19. En cambio, predominan las estimaciones modeladas generales, basadas en hipótesis, experiencias pasadas y conocimientos incipientes de la pandemia actual. Sin embargo, la falta de visibilidad, comprensión y acción sobre estos problemas, como se indicó antes, también refleja la influencia de presiones y discursos poderosos para priorizar el COVID-19 en todos los niveles. También es cierto que el foco en los efectos más amplios sobre la salud del COVID-19 (incluidas las respuestas verticales) ha estado aumentando, especialmente a medida que los países dejan atrás los picos epidemiológicos. De todos modos, ya se ha producido un gran daño y sigue siendo urgente ampliar la investigación, el entendimiento y la respuesta en estas áreas. Esta sección ofrece un panorama general de la evidencia y las estimaciones que sí existen en el área, y reflexiona sobre las brechas.

EXCESO DE MORTALIDAD

Un indicador de los efectos más amplios sobre la salud que los investigadores han analizado es la cantidad de muertes que supera la mortalidad esperada y que no se atribuyen al COVID-19. Datos de calidad de esta naturaleza provienen principalmente de PIA.¹¹³ Si bien su confiabilidad es limitada, algunos contextos de PIMB (a veces solo a nivel de ciudades) también recopilan estos datos (o al menos datos que pueden usarse como indicadores) y la OMS ofrece una herramienta para ayudar a los países a hacerlo.¹¹⁴ En Yakarta, por ejemplo, entre marzo y mayo, los datos de entierros indican un exceso de mortalidad nueve veces mayor de causas que no son COVID-19 que de COVID-19.² La **Figura 2**² ofrece ejemplos adicionales del exceso de mortalidad en algunos contextos de PIMB.⁹

Muertes oficiales por COVID-19 y "otros excesos de mortalidad" de diversos contextos de PIMB



Cuadro: SSHAP – Fuente: BBC News – Creado con Datawrapper

* Los datos de Ecuador, Perú, Yakarta y Tailandia son de marzo a mayo de 2020; los datos de Irán son de diciembre de 2019 a marzo de 2020.

Es probable que algunas (o en realidad muchas) muertes causadas por COVID-19 se incluyan en estas cifras sobre el exceso de mortalidad por haberse omitido como tal. Además, es posible que muchas muertes no se registren nunca, ya que quizás ocurran fuera de los hospitales, y los cuerpos no se lleven a las morgues oficiales o los cementerios registrados. De todos modos, claramente existe una gran mortalidad adicional, y probablemente refleje la falta de acceso o de utilización de la atención de salud fundamental.⁴

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)

Las prohibiciones al transporte y el confinamiento tienen algunos efectos positivos sobre las ENT, como menos lesiones y muertes por accidentes viales¹¹⁵ y menos enfermedades respiratorias, como el asma¹¹⁶ (aunque las mejoras pueden ser neutralizadas por la mayor exposición a la contaminación del aire interior en los PIMB, como el fuego para cocinar¹). De todos modos, es probable que las personas con ENT sufran efectos negativos considerables. Los datos y las estimaciones de los contextos de ingresos altos están comenzando a reflejar las consecuencias en los pacientes con cáncer a causa de las demoras en los tests, diagnósticos y tratamientos. En el Reino Unido, por ejemplo, se vio

una caída del 60 % en las derivaciones de urgencia en abril,¹¹⁷ las estimaciones ahora indican tasas reducidas de supervivencia a cinco años¹¹⁸ y un aumento de hasta el 10 % en las muertes por cáncer en los próximos cinco años.¹¹⁹ En los PIMB, no parecen existir todavía modelados sistemáticos similares sobre los efectos de las ENT, y esto sigue siendo una brecha importante. Sin embargo, se han registrado ejemplos individuales sobre las ENT. En India, por ejemplo, donde 130 000 personas con enfermedades renales dependen de diálisis continua para sobrevivir, se informaron muertes de pacientes a causa de centros y equipos de diálisis clausurados, cerrados o inaccesibles por diversos motivos.¹¹

ENFERMEDADES INFECCIOSAS CRÓNICAS Y AGUDAS

Las intervenciones no farmacológicas, como las medidas de higiene, el distanciamiento social y el cierre de escuelas han tenido efectos positivos en algunas enfermedades infecciosas. La temporada de gripe de 2019-2020 en el hemisferio norte, por ejemplo, duró seis semanas menos.¹²⁰ Por otro lado, en el hemisferio sur, el comienzo del invierno no ha disparado el aumento esperado de los casos de gripe.¹²¹ En general, no obstante, en los PIMB se esperan grandes efectos negativos, como ocurrió en el pasado. Las muertes a causa de los servicios interrumpidos para la malaria, el VIH/SIDA y la tuberculosis durante la epidemia de ébola en África Occidental, por ejemplo, casi igualó las 11 300 muertes por ébola.¹²² La falta de testeo, diagnóstico y tratamiento puede disparar brotes epidémicos no detectados, lo que exige todavía más recursos para "recuperar terreno" una vez identificados. En el contexto del COVID-19, los modelos que consideran las interrupciones en los servicios y el acceso reducido indican que África subsahariana, con el 90 % de los casos de malaria en todo el mundo, podría ver una duplicación de casos y hasta 700 000 muertes más por malaria.¹⁰ También se han estimado unas 500 000 muertes adicionales relacionadas con el SIDA (incluso por tuberculosis).¹²³ A nivel global, se podrían producir unos seis millones de casos más de tuberculosis y 1.4 millones de muertes, retrocediendo el progreso entre cinco y ocho años.⁹

SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA Y NEONATAL

Durante el brote de ébola en África Occidental, se estima que, en Sierra Leona, hubo casi tantas muertes maternas, neonatales y fetales como muertes por ébola.¹²⁴ La evidencia de la región más amplia indica disminuciones considerables en el uso de los servicios de planificación familiar.¹²⁵⁻¹²⁷ Preocupaciones similares surgen en el contexto del COVID-19. Si bien todavía no hay suficiente evidencia específica del contexto, la poca que hay es alarmante. En Nepal, por ejemplo, los nacimientos institucionales se redujeron en más de la mitad durante el confinamiento.¹²⁸ Modelados más amplios han estimado una reducción de entre 39,3 % y 51,9 % en la cobertura de los servicios de salud materna durante los próximos seis meses. Esto provocaría unas 56 700 muertes maternas más en 118 PIMB,

con un 60 % de las mismas atribuido a la falta de intervenciones seguras para el parto.⁸ Otro estudio estimó que 28 000 muertes maternas y 168 000 muertes neonatales adicionales podrían resultar de una disminución de tan solo el 10 % en la cobertura de salud correspondiente durante un año. Por otro lado, 1.7 millones de mujeres y 2.6 millones de recién nacidos podrían sufrir complicaciones graves en 132 PIMB.¹²⁹ Una disminución similar del 10 % en el uso de anticonceptivos durante un año podría dejar a casi 50 millones de mujeres en 132 PIMB con necesidades insatisfechas de control de la natalidad. Esto a su vez podría dar lugar a 15 millones de embarazos no deseados adicionales.¹²⁹ La interrupción en los servicios para realizar abortos podría hacer que 3.3 millones de mujeres más recurran a procedimientos riesgosos.^{129, h} La violencia sexual y de género también ha aumentado considerablemente, con una triplicación de las llamadas a los servicios de apoyo en algunos contextos.⁶⁷

SALUD INFANTIL

Según un estudio reciente, 1.2 millones de niños menores de cinco años adicionales podrían morir durante los próximos seis meses en 118 PIMB, un aumento del 45 % en la mortalidad infantil, si se observan problemas similares a lo que ocurrió durante el brote de ébola en África Occidental.⁸ Otro factor significativo en este número de muertes adicionales podría ser el aumento de la adelgazamiento extremo por desnutrición (que contribuye considerablemente a la muerte de menores de cinco).¹³⁰ A nivel global, 10 millones más de niños podrían terminar con desnutrición aguda.¹³¹ Otra causa principal probable de muerte infantil son las enfermedades evitables con vacunas. A partir de abril, se cree que 13.5 millones de niños no recibieron las vacunas contra la polio, el sarampión, el PVH, la fiebre amarilla, el cólera y la meningitis.⁷⁹ Por otro lado, unos 117 millones podrían no vacunarse solamente contra el sarampión definitivamente.¹³² Investigación más detallada de Karachi reveló una disminución entre el 63% y el 90 % en las visitas de rutina para vacunación durante el confinamiento en los barrios marginales y las zonas pobres de la ciudad pakistaní.⁶⁴ Si bien las visitas se reanudaron después del confinamiento, los niños que no fueron vacunados aquí, o en otros contextos, podrían no vacunarse definitivamente o hacerlo demasiado tarde. Algunos países ya están sufriendo los estragos de los brotes en cuanto a enfermedades de este tipo. En años recientes, países como la República Democrática del Congo, que observó al menos 348 000 casos de sarampión y 6500 muertes infantiles por esa enfermedad, ahora enfrentan un mayor riesgo. Por otro lado, a causa del COVID-19, otros países enfrentan riesgos de brotes nuevos asociados con estas interrupciones.^{133, 134}

CÓMO MEJORAR LA RESPUESTA PARA MINIMIZAR LOS EFECTOS NEGATIVOS EN OTRAS ÁREAS DE LA SALUD

La capacidad del sistema de salud, la carga de la enfermedad y las prioridades de salud de la población frente al COVID-19 son diferentes en los contextos de cada país. Durante la epidemia de ébola en África Occidental, las muertes por malaria, VIH/SIDA y tuberculosis casi igualaron las muertes por ébola¹²² y la cantidad de niños que murieron de sarampión duplicó las muertes por ébola.¹³⁵ Durante el brote de ébola en Kivu del Norte (2018-2020), 2287 personas murieron de ébola, mientras que 6000 niños murieron de sarampión en el país solo en 2019.^{136, 137}

El COVID-19 debe ponerse en perspectiva frente las cargas de otras enfermedades, incluso con un enfoque de mediano a largo plazo, y se deben priorizar las necesidades de salud locales. Los recursos de los sistemas de salud se deben priorizar con la participación significativa de las comunidades afectadas, los usuarios de los sistemas de salud y los pacientes. Esto requiere financiamiento y apoyo para que el personal y los espacios específicos reúnan a los legisladores y al público (miembros de la comunidad, organizaciones civiles y movimientos populares) para un diálogo inclusivo.¹³⁸ Como lo demostraron experiencias pasadas del VIH y el ébola en África Occidental, la participación de la comunidad es crucial para mejorar la respuesta.¹³⁸

El COVID-19 ha demostrado la capacidad de los sistemas de salud y la importancia de prepararse y abordar las comorbilidades. Los nuevos temores sobre otras enfermedades infecciosas (como el VIH) y las ENT en relación con el COVID-19 generan oportunidades para incorporar estas prioridades en un enfoque más horizontal del sistema de salud. Una experiencia positiva aprendida en la lucha contra el VIH/SIDA es la importancia de hacer un seguimiento de la enfermedad y su tratamiento. También de hacer que los gobiernos asuman la responsabilidad por contener la transmisión y garantizar la cobertura del tratamiento universal.¹³⁹ A raíz del COVID-19, es imperativo asumir un compromiso con las ENT, las enfermedades contagiosas relevantes localmente y los servicios de salud (como nutrición y salud infantil y materna), e integrarlos con la atención de la salud primaria universal y accesible.^{16, 17} El compromiso a nivel global para contener y erradicar el COVID-19 se debe realizar en el contexto del apoyo global para el fortalecimiento de los sistemas de salud. Sin esto, la enfermedad puede ser erradicada en los países más ricos, pero seguirá siendo endémica en los más pobres, como ocurrió con otras enfermedades como el cólera.¹³ A continuación, exploramos estrategias para abordar los efectos más amplios sobre la salud como parte de las respuestas al COVID-19 y ejemplos de enfoques de sistemas de salud de epidemias anteriores que pueden ser útiles.

TOMAR DECISIONES INFORMADAS SOBRE LO QUE SE SACRIFICA

Los legisladores nacionales deben considerar lo que se sacrifica al disminuir la transmisión del COVID-19, la gravedad de los síntomas y la mortalidad, y la aparición de efectos más amplios sobre la salud. El Centre for Global Development diseñó una calculadora que ayuda a los países a considerar cuantitativamente estos sacrificios en términos de mortalidad.¹⁴⁰ Junto con datos más detallados y cualitativos acerca de los efectos sobre la salud, estas herramientas pueden ofrecer información para establecer prioridades más matizadas y contextualizadas a nivel nacional y subnacional. Sin embargo, los sacrificios también deben evaluarse a nivel global. En los PIA, los costos necesarios para tratar principalmente a pacientes de edad avanzada de COVID-19 (con respiradores y tratamiento con oxígeno) se deben analizar en el contexto del costo de salvar las vidas de cientos de miles de niños de malaria, malnutrición y sarampión en los PIMB. Para ser claros, todos los que requieran protección y atención, independientemente de la edad y el lugar, deben recibirlas. En un escenario ideal, sería necesario e imperioso invertir para llenar las brechas y grietas, y no desviar recursos. De todos modos, las realidades actuales de escasez de recursos y desigualdad en la distribución presentan dilemas éticos y exhortan a la reflexión sobre cómo se puede maximizar la preservación de la vida y el bienestar en este contexto.

IDENTIFICAR LA INTERRUPCIÓN (Y SUS CAUSAS) A NIVEL LOCAL

Las interrupciones en los servicios se monitorean a nivel país (el 70 % de los países afirma que lo sigue haciendo¹⁴¹, como por ejemplo el panel de monitoreo del Ministerio de Salud de Nigeria¹⁴²). Sin embargo, para guiar la acción, se necesita investigación más detallada de las ciencias sociales a fin de identificar exactamente qué servicios están interrumpidos y por qué, y localizar sus efectos directos e indirectos. Por ejemplo, en la República Democrática del Congo, la Célula de Análisis en Ciencias Sociales (CASS) apoya la respuesta del Ministerio de Salud controlando en tiempo real las percepciones sobre el acceso, la disponibilidad y el uso de los servicios de salud. CASS trabaja con otros científicos en el campo de la ciencia de datos y la investigación. Juntos, integran datos de las ciencias sociales y del comportamiento de las comunidades y los trabajadores de la salud con datos existentes de los sistemas de información de la salud. Ésto a su vez se triangula con datos de mercado, intervenciones no farmacológicas y tendencias epidemiológicas en resultados de salud más amplios. El enfoque del modelo de análisis multisectorial integrado del brote (IMOA) de CASS es esencial para comprender los efectos de los brotes y las respuestas de salud pública. Este modelo ha ofrecido análisis influyentes en materia de acción contextualmente relevante para abordar los efectos sobre la salud en respuesta al COVID-19 (consulte el **Recuadro 1**).^{18, 19} También se pueden usar enfoques participativos para monitorear y evaluar los indicadores de salud y las actividades de respuesta. Por

ejemplo, en Liberia, los miembros de la comunidad tuvieron un papel clave para determinar qué factores llevaron a la contención del ébola durante la epidemia en África Occidental.¹⁴³

Recuadro 1. Usando evidencia de las ciencias sociales: experiencia de CASS en la República Democrática del Congo para reducir las demoras en la búsqueda de tratamiento para el ébola

Durante el brote de ébola en 2018-2020, el enfoque de CASS derivó en 112 recomendaciones codesarrolladas y adoptadas para informar las estrategias de respuesta y las actividades en la República Democrática del Congo. Junto con equipos epidemiológicos, CASS lo logró aplicando el enfoque del modelo de análisis multisectorial integrado del brote y presentando análisis integrados e integrales mediante "comisiones de respuesta", mecanismos identificados por las partes interesadas para facilitar el uso de la evidencia. Su análisis demostró que las demoras alarmantes en la búsqueda de tratamiento (5 a 12 días de la aparición de los síntomas) se debían a un conocimiento limitado de los síntomas del ébola, la falta de interacción o presencia de sobrevivientes, y el miedo a los centros de tratamiento para el ébola (ETC). Los resultados del estudio se usaron para actualizar los mensajes y así incluir síntomas más comunes y menos graves, e información más detallada (incluso videos) sobre la atención en estos centros. También se buscó lograr una mayor interacción y diálogo entre los sobrevivientes y las comunidades sobre el rol del tratamiento temprano para la supervivencia. Estos cambios contribuyeron a reducciones de las demoras en la búsqueda de tratamiento (a un promedio de menos de tres días desde el comienzo de los síntomas) durante el brote.

IDENTIFICAR LOS SERVICIOS "CRÍTICOS" QUE SE DEBEN MANTENER Y ADAPTAR

La OMS exhorta a los países a preservar los servicios de salud durante el control del riesgo del COVID-19, con pautas de asesoramiento al respecto según el estado de transmisión local de la enfermedad.²⁰ Las demoras en el tratamiento no son una opción para enfermedades con una posible y grave morbilidad y mortalidad en el mediano a largo plazo, y la adaptación es crucial. Al asignar los recursos, es posible que deban tomarse decisiones difíciles (por ejemplo, enfermedades infecciosas que no sean COVID-19, cáncer, embarazo con diabetes, etc.).^{140, 144}

- **Triage:** El 66 % de los países encuestados (para servicios de ENT) informó usar el triage, es decir, priorizar los servicios en función de lo que se puede esperar o no, desde una perspectiva médica y epidemiológica.¹⁴⁵ En los PIMB, se debería realizar una priorización de los recursos limitados para abordar el riesgo del COVID-19 sin perjudicar la resiliencia de los sistemas de salud. La identificación y priorización de los servicios

críticos o esenciales debe ser altamente contextualizada. Se deben considerar los recursos disponibles, las cargas de la enfermedad y lo que se sacrifica al no priorizar: exceso esperado de morbilidad y mortalidad en el corto y largo plazo, interrupciones en la vigilancia y el diagnóstico, y dificultades para volver al punto de partida (como en el caso de las enfermedades infecciosas).¹⁴⁰ A nivel individual, las decisiones sobre el tratamiento pueden tomarse en función de la afección y teniendo en cuenta lo que se sacrifica entre el tratamiento temprano y el riesgo de COVID-19, como en el caso del cáncer.¹⁴⁶ El triage también ayuda a identificar cuándo es necesaria la interacción en persona o la flebotomía. Las hospitalizaciones deberían minimizarse, especialmente en el caso de las personas con riesgo alto de contraer COVID-19 (por ejemplo, aquellos con diabetes).¹⁴⁴ Para limitar todavía más los riesgos de infecciones intrahospitalarias, se pueden implementar iniciativas para descentralizar el diagnóstico (por ejemplo, kits de testeo para el hogar para COVID-19 y otras enfermedades).¹²³ También se están adoptando otras estrategias alternativas para la participación del paciente. Por ejemplo, se han facilitado o entregado medicamentos a pacientes para la tuberculosis y el VIH para varios meses y, según corresponda, se han hecho cambios a medicamentos orales.^{86,147} También se recetaron y entregaron a largo plazo anticonceptivos y medicamentos para ENT, como diabetes, y redes mosquiteras para camas a fin de prevenir la malaria.¹⁴⁸ Asimismo, junto con las entregas de partidas de alimentos para las poblaciones vulnerables se pueden incluir paquetes específicos de nutrición, alimentos terapéuticos para embarazadas, mujeres que amamantan y niños, y anticonceptivos. Esto se puede combinar con apoyo económico.¹⁴⁹

- **Telemedicina:** El 58 % de los países (si bien solo el 42 % de los países de ingresos bajos) está usando la telemedicina para las ENT.¹⁴⁵ Se usan llamadas telefónicas o plataformas en línea para diagnosticar a pacientes, recomendar tratamiento y hacer un seguimiento de los pacientes, incluso recordarles los protocolos de medicación.¹⁵⁰ La interacción con la comunidad y las actividades de comunicación de riesgos en línea y por telefonía celular son útiles para mantener a los ciudadanos informados sobre los riesgos, qué pueden hacer para mitigarlos, qué servicios están disponibles para quiénes y dónde encontrarlos, y también para responder preguntas y recibir sugerencias.¹⁷ Sin embargo, el acceso a la telemedicina es muy desigual, ya que los teléfonos y el servicio de Internet es más predominante en las áreas urbanas y en los contextos más ricos, y menos accesible para ciertos grupos sociales, como las mujeres. Es necesario realizar esfuerzos para identificar, comunicarse y ofrecer servicios seguros para aquellos excluidos de las vías digitales de atención.

ENFOQUES DEL SISTEMA DE SALUD

Los enfoques intersectoriales (tanto actores gubernamentales como no estatales) deberían integrar el manejo del COVID-19 en las estructuras y los programas actuales de salud que se ocupen de las enfermedades transmisibles, las ENT y otras cuestiones, como la nutrición y la salud infantil y materna.^{14,151} Los programas de salud deben compartir sistemas de información, infraestructuras, laboratorios de diagnóstico, actividades de difusión y de otro tipo para romper los silos.¹⁵ Las instituciones de salud también deben estar conectadas a otros sectores, incluso a los servicios de protección social y educación para incorporar los determinantes sociales de la salud.¹⁶ Existen ejemplos positivos de cambios de enfoques verticales a enfoques de sistema de salud. GAVI, una alianza global para la vacunación que incluye a la ONU, donantes y sociedad civil, pasó de un enfoque de sistemas paralelos y verticales de aplicación de vacunas a hacer hincapié en las sinergias y el fortalecimiento de los sistemas de atención de salud primaria para mejorar el acceso.¹⁵² Los países deben asumir la responsabilidad y el compromiso con la atención de salud primaria y universal.¹⁶

En otras epidemias, los enfoques transversales han tenido éxito, respondiendo a las prioridades de salud de los ciudadanos, aumentando la aceptación y disminuyendo el estigma. Durante la epidemia de cólera en la década del 90 en Brasil, las actividades de respuesta específicas generaron estigma y entorpecieron la búsqueda de tratamiento. Por otro lado, los servicios más amplios que cubrían las enfermedades diarreicas generales y la salud infantil resultaron ser más aceptados.¹⁵³ De manera similar, el proyecto sobre VIH/SIDA SEARCH integró el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades agudas y crónicas, como diabetes, hipertensión y problemas visuales y de próstata, en servicios de salud comunitarios combinados. Esto dio lugar a testeos y tratamientos casi universales para el VIH/SIDA y un estigma asociado menor.^{17,154} Durante el brote de ébola de 2014-2016, los "centros comunitarios de atención" en Sierra Leona resultaron aceptables porque atendían otras necesidades de salud consideradas igual de importantes (como el tratamiento para la malaria, rehidratación oral, alimentos, control de la fiebre y apoyo psicosocial) y fueron dirigidos por las mismas comunidades.^{155,156}

ENFOQUES COMUNITARIOS DE LA SALUD

Los enfoques comunitarios descentralizados dirigidos por la población tienen más probabilidades de llegar a quienes estén sufriendo efectos más amplios sobre la salud y de ser aceptados por la comunidad.¹⁷ Los enfoques comunitarios ya se están implementando para abordar las interrupciones en los servicios debido al COVID-19. En India, trabajadores de la salud voluntarios comparten tabletas y teléfonos, y van casa por casa (manteniendo la distancia física) para detectar casos, entregar medicamentos para terapia antirretroviral, asegurarse de la aceptación del tratamiento, entregar alimentos y

dar consejos sobre el contagio del VIH y el COVID-19.¹⁵⁷ En África subsahariana, los trabajadores comunitarios de la salud también entregan redes mosquiteras para camas y medicamentos, y ayudan a las personas a seguir el tratamiento necesario.¹⁵⁸ Sin embargo, la falta de equipo de protección personal ha sido un problema importante. Resulta crucial invertir en recursos financieros y desarrollar la capacidad de los trabajadores comunitarios a fin de prevenir futuros brotes.¹⁶ Promover formas seguras y alternativas de equipo de protección personal hecho con materiales disponibles localmente puede también ayudar a los trabajadores de la salud y a los voluntarios a prestar servicios en el futuro inmediato.

Cuando sea posible, los enfoques comunitarios a su vez pueden incluir la atención en el hogar. El apoyo domiciliario de los voluntarios y los trabajadores de la salud comunitarios para diferentes problemas de salud, incluso para el COVID-19, puede minimizar la necesidad de acudir a centros de salud.¹⁵⁹

Los servicios comunitarios tienen más probabilidades de tener éxito si las estrategias de prestación son dirigidas por los pacientes, como las personas con VIH/SIDA o ENT, o aquellas que vivan en áreas afectadas por la malaria o la malnutrición. Existe una necesidad de descentralizar la atención en estos grupos, incluso garantizando su participación en la toma de decisiones y diseño de estrategias. Sin embargo, es importante encontrar maneras que no les transfieran la responsabilidad y añadan una carga adicional a sus dificultades financieras y de salud. La participación significativa en las políticas de salud, incluso, por ejemplo, la respuesta a epidemias, es un prerrequisito para lograr la apropiación y la aceptación. También se deben proporcionar los recursos financieros y técnicos adecuados, y el apoyo responsable de los actores humanitarios y estatales.

CONECTAR LA COMUNIDAD CON LOS PROVEEDORES DE LA SALUD ALTERNATIVOS Y LOS MOVIMIENTOS SOCIALES PARA LOGRAR ENFOQUES DEL SISTEMA DE SALUD EN SU CONJUNTO

En otras epidemias, una vinculación más general entre las redes en las intervenciones de desarrollo y dentro de los sistemas de salud tuvo resultados positivos. Por ejemplo, para apoyar actividades de salud, se desplegaron redes de voluntarios para el riesgo de desastre.¹⁶⁰ De forma similar, los voluntarios en VIH/SIDA han apoyado la respuesta al ébola basándose en su experiencia previa.^{161, 162} En Esuatini (Suazilandia), los activistas por el VIH/SIDA se movilizaron con el movimiento por el cáncer de cuello de útero y juntos apoyaron una plataforma más amplia que redujo la prevalencia y el estigma.¹⁵

La interacción con grupos comunitarios formales e informales también ha resultado fructífera en epidemias pasadas, incluso para proporcionar atención y apoyar otras actividades comunitarias. El desarrollo de redes existentes de organizaciones de sociedad civil (sindicatos, asociaciones profesionales, grupos religiosos y de mujeres, etc.) y su

empoderamiento para liderar elementos de respuesta resultó ser crucial durante las epidemias de ébola, gripe y cólera.¹⁶²⁻¹⁶⁴

La conexión con proveedores de salud alternativos también es importante, particularmente en sistemas de salud pluralistas, donde las clínicas privadas, las farmacias, los vendedores informales de medicamentos, los sanadores religiosos o tradicionales, los herboristas y otros pueden ser el primer punto de contacto para una gran cantidad de personas, a menudo vulnerables. En el contexto del COVID-19, las farmacias resultaron ser aliados efectivos para controlar enfermedades crónicas y promover la adherencia a los medicamentos.¹⁶⁵ Con las aptitudes y los recursos necesarios para la prevención de infecciones, los proveedores de salud alternativos pueden apoyar los esfuerzos de triage, la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento para una amplia gama de problemas médicos más allá del COVID-19.

CONCLUSIÓN

En pocos meses, el COVID-19 ha cambiado radicalmente el funcionamiento de nuestros sistemas sociales, económicos y políticos. Entre ellos se encuentran nuestros sistemas de salud. Claro que algunos cambios han sido necesarios, como evitar el contacto personal en los servicios de salud para que no se conviertan en lugares de infección del COVID-19 y distribuir los recursos limitados. Sin embargo, éstos no han sido necesariamente bien juzgados ni aplicados. Las consecuencias de las interacciones entre esas medidas de respuesta, las vulnerabilidades preexistentes y los impactos más amplios de la pandemia han derivado en un sinfín de nuevos obstáculos y dificultades para los sistemas de salud y las personas que necesitan atención. La falta de consideración de los efectos más amplios sobre la salud de las medidas verticales, especialmente las impuestas en los primeros meses, ha provocado y seguirá provocando un gran daño para la salud y el bienestar. Pero otros elementos en las respuestas de salud pública, si bien no tan directamente perjudiciales como el "confinamiento", pueden todavía tener puntos ciegos. Los PIMB son especialmente vulnerables, ya que su carga importante de enfermedades y los sistemas de salud históricamente débiles presentan grandes dificultades. Además de documentar algunas de las vías y la evidencia de estos efectos, esta revisión se incorpora a un creciente grupo de voces que exige enfoques más holísticos para la salud en el contexto del COVID-19, pero también más allá, e implora medidas urgentes para mitigar la tragedia a corto y largo plazo.

NOTAS

^a Los efectos en otras áreas de la salud que surgen de las respuestas a los brotes de una enfermedad infecciosa como el COVID-19 generalmente se conocen como efectos "secundarios" o "colaterales". Si bien estos descriptores son útiles para indicarles a los lectores exactamente lo que se quiere decir, terminan

marginando los problemas de salud más allá del COVID-19, la enfermedad a la que se dirige principalmente la respuesta. Sin embargo, estos problemas de salud podrían no ser secundarios en absoluto para las personas afectadas, y de hecho poblaciones enteras podrían estar más en riesgo de sufrir estos problemas que el COVID-19. Por estos motivos, optamos por referirnos a ellos como "efectos más amplios sobre la salud" o efectos en "otras áreas de la salud" a raíz de la respuesta.

^b La carga de la enfermedad en las regiones de PIMB, como África subsahariana, sigue estando dominada por las enfermedades infecciosas y nutricionales, y también por problemas de salud infantil, neonatal y materna. No obstante, la prevalencia y el impacto de las enfermedades no transmisibles está aumentando con rapidez en estos países, especialmente a medida que sus poblaciones viven más años.²⁵ Debido a la capacidad limitada del sistema de salud, las personas con enfermedades no transmisibles en los PIMB tienen más probabilidades de sufrir muerte prematura y morbilidad que las personas con estas enfermedades en los países más ricos.²⁶ Por lo general, en los PIMB, no hay suficientes datos específicos y de calidad sobre las enfermedades no transmisibles. Así, es complicado conocer las cargas reales e implementar esfuerzos para prevenirlas y controlarlas en estos entornos.²⁷

^c Nueva información sobre la falta de inmunidad después de la infección³⁴ indica que puede haber rebrotes en las mismas poblaciones. Los rebrotes emergentes pueden volver a activar medidas restrictivas y así amplificando aún más los efectos negativos en otras áreas de la salud.

^d Quienes necesiten leer los labios, por ejemplo, podrían tener problemas si todos a su alrededor usan mascarillas.

^e No tomar incluso una dosis de antituberculosos puede hacer que la infección desarrolle una resistencia a los medicamentos.

^f Estas interrupciones en los sistemas de transporte podrían incluir cuarentenas geográficas (no poder entrar ni salir de una zona o cruzar fronteras), la reducción o interrupción de los sistemas de transporte público (o incluso privado) o la imposición de toques de queda.

^g Diversos medios han estado haciendo un seguimiento del exceso de mortalidad en todo el mundo. Para leer sobre el exceso de mortalidad representado en la Figura 1 y en una variedad de contextos, incluidos los PIA, consulte Dale, B. y Stylianou, N. (2020). What is the true death toll of the coronavirus pandemic? *BBC News*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-53073046>. The Economist también ofrece un útil rastreo del exceso de mortalidad: <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/07/15/tracking-covid-19-excess-deaths-across-countries>.

^h Este cálculo se basa en una tasa de embarazos de referencia, y por lo tanto no considera un posible aumento en la demanda de abortos que podría derivar de aumentos en los embarazos no deseados.

RECURSOS ADICIONALES

- Calculadora de efectos colaterales del Center for Global Development (CGDev) <https://www.cgdev.org/blog/tool-estimate-net-health-impact-covid-19-policies>
- Inventario sobre evidencia de efectos más amplios sobre la salud compilado por CGDev https://docs.google.com/spreadsheets/d/1_MBh3FmuSZK-9UQsrBYaYtIHdCqnez9oqJ8t216LkbE/edit#gid=484814669
- Pautas de la OMS sobre cómo mantener los servicios esenciales <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332240>
- Herramienta de la OMS sobre la divulgación de la cantidad de víctimas <https://www.who.int/publications/i/item/revealing-the-toll-of-covid-19>
- Resumen de preguntas de las ciencias sociales sobre COVID-19 de CASS <https://www.unicef.org/drcongo/media/4111/file/CASS-Brief1-Questions.pdf>
- Marco del modelo de análisis multisectorial integrado del brote (IMOA) de CASS <https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1SEdDXyFcZNqTctZkUtiPECi9ton1WFnO>

REFERENCIAS

1. Chi, Y.-L., Regan, C., Krubiner, C., Anwar, Y., & Walker, D. (2020). *Beyond COVID-19: A Whole of Health Look at Impacts During the Pandemic Response* (documento normativo n.º 117). Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/publication/beyond-covid-19-whole-health-look-impacts-during-pandemic-response>.
2. Dale, B., & Stylianou, N. (18 de junio de 2020). What is the true death toll of the coronavirus pandemic? *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/world-53073046>.
3. The Economist. (15 de julio de 2020). *Tracking covid-19 excess deaths across countries*. The Economist. <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/07/15/tracking-covid-19-excess-deaths-across-countries>.
4. Walker, P. G. T., Whittaker, C., Watson, O. J., Baguelin, M., Winskill, P., Hamlet, A., Djafaara, B. A., Cucunubá, Z., Mesa, D. O., Green, W., Thompson, H., Nayagam, S., Ainslie, K. E. C., Bhatia, S., Bhatt, S., Boonyasiri, A., Boyd, O., Brazeau, N. F., Cattarino, L., ... Ghani, A. C. (2020). The impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression in low- and middle-income countries. *Science*. <https://doi.org/10.1126/science.abc0035>.
5. Cabore, J. W., Karamagi, H., Kipruto, H., Asamani, J. A., Droti, B., Seydi, A. B.-W., Titi-Ofei, R., Impouma, B., Yao, M., & Yoti, Z. (2020). The potential effects of widespread community transmission of SARS-CoV-2 infection in the WHO African Region: A predictive model. *BMJ Glob Health*, 5, e002647.
6. Global Health Observatory. (s. f.). *Number of deaths (thousands)—Data by WHO region*. OMS; Organización Mundial de la Salud. Consultado el 18 de agosto de 2020, en <https://apps.who.int/gho/data/view.main.CM1300N?lang=en>.
7. Gage, A., & Bauhoff, S. (31 de marzo de 2020). *Health Systems in Low-Income Countries Will Struggle to Protect Health Workers from COVID-19*. Center For Global Development. <https://www.cgdev.org/blog/health-systems-low-income-countries-will-struggle-protect-health-workers-covid-19>.
8. Roberton, T., Carter, E. D., Chou, V. B., Stegmuller, A. R., Jackson, B. D., Tam, Y., Sawadogo-Lewis, T., & Walker, N. (2020). Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: A modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(7), e901–e908. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1).
9. Cilloni, L., Fu, H., Vesga, J. F., Dowdy, D., Pretorius, C., Ahmedov, S., Nair, S. A., Mosneaga, A., Masini, E. O., & Suvanand, S. (2020). The potential impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis: A modelling analysis. *MedRxiv*.
10. Sherrard-Smith, E., Hogan, A., Hamlet, A., Watson, O., Whittaker, C., Winskill, P., Verity, R., Lambert, B., Cairns, M., & Okell, L. (2020). *The potential public health impact of COVID-19 on malaria in Africa*. (n.º 18; informes sobre COVID-19). Imperial College London. <https://www.imperial.ac.uk/mrc-global-infectious-disease-analysis/covid-19/report-18-malaria/>.
11. Dore, B. (2020). Covid-19: Collateral damage of lockdown in India. *BMJ*, 369.
12. McLaren, H. J., Wong, K. R., Nguyen, K. N., & Mahamadachchi, K. N. D. (2020). Covid-19 and Women's Triple Burden: Vignettes from Sri Lanka, Malaysia, Vietnam and Australia. *Social Sciences*, 9(5), 87. <https://doi.org/10.3390/socsci9050087>.
13. Singh, N. (2020). Cholera and coronavirus: Why we must not repeat the same mistakes. *The Guardian*.
14. Nachege, J. B., Grimwood, A., Mahomed, H., Fatti, G., Preiser, W., Kallay, O., Mbala, P. K., Muyembe, J.-J. T., Rwagasore, E., & Nsanzimana, S. (2020). *From easing lockdowns to scaling-up community-based COVID-19 screening, testing, and contact tracing in Africa: Shared approaches, innovations, and challenges to minimize morbidity and mortality*.
15. NCD Alliance. (2020). *NCDs & COVID-19: Learning lessons, building back better for the future*. Webinar. NCD Alliance. <https://ncdalliance.org/news-events/news/event-ncds-covid-19-learning-lessons-building-back-better-for-the-future>.
16. Scott, V., Crawford-Browne, S., & Sanders, D. (2016). Critiquing the response to the Ebola epidemic through a Primary Health Care Approach. *BMC Public Health*, 16(1), 410. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3071-4>.
17. OMS. (19 de junio de 2020). *Neglected tropical diseases: Leveraging the new NTD road map to build back from COVID-19 disruptions*. https://www.who.int/neglected_diseases/news/leveraging-new-NTD-road-map-build-back-from-COVID-19-disruptions/en/.
18. CASS (Cellule D'Analyse en Sciences Sociales). (2020). *Impacts et Perceptions des Mesures COVID sur l'Utilisation et l'Accès aux Services de Santé à Nord Kivu et Ituri*. CASS.
19. Carter, S., Gobat, N., Pfaffmann Zambruni, J., van Kleef, E., Jombart, T., Mossoko, M., Bulemfu Nkikirande, D., Navarro Colorado, C., & Ahuka-Mundeke, S. (2020). COVID-19: What questions we should be asking in humanitarian settings: A perspective from the Social Sciences Analysis Cell. *BMJ Practice*.

20. OMS. (2020). *Maintaining essential health services: Operational guidance for the COVID-19 context*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/10665-332240>.
21. Richardson, E. T., Barrie, M. B., Kelly, J. D., Dibba, Y., Koedoyoma, S., & Farmer, P. E. (2016). Biosocial Approaches to the 2013-2016 Ebola Pandemic. *Health and Human Rights, 18*(1), 115–128.
22. Benton, A. (2015). *HIV exceptionalism: Development through disease in Sierra Leone*. U of Minnesota Press.
23. Dry, S., & Leach, M. (2010). *Epidemics: Science, Governance and Social Justice*. Routledge. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/suss/detail.action?docID=585468>.
24. Manderson, L., & Levine, S. (2020). COVID-19, Risk, Fear, and Fall-out. *Medical Anthropology, 0*(0), 1–4. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1746301>.
25. Gouda, H. N., Charlson, F., Sorsdahl, K., Ahmadzade, S., Ferrari, A. J., Erskine, H., Leung, J., Santamauro, D., Lund, C., Aminde, L. N., Mayosi, B. M., Kengne, A. P., Harris, M., Achoki, T., Wiysonge, C. S., Stein, D. J., & Whiteford, H. (2019). Burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa, 1990–2017: Results from the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Global Health, 7*(10), e1375–e1387. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30374-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30374-2).
26. Our World in Data. (2017). *DALY rates from non-communicable diseases (NCDs)*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/grapher/burden-of-disease-rates-from-ncds>.
27. Haregu, T. N., Byrnes, A., Singh, K., Sathish, T., Pasricha, N., Wickramasinghe, K., Thankappan, K. R., & Oldenburg, B. (2019). A scoping review of non-communicable disease research capacity strengthening initiatives in low and middle-income countries. *Global Health Research and Policy, 4*(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s41256-019-0123-1>.
28. Nordling, L. (11 de agosto de 2020). The pandemic appears to have spared Africa so far. Scientists are struggling to explain why. *Science*. <https://www.sciencemag.org/news/2020/08/pandemic-appears-have-spared-africa-so-far-scientists-are-struggling-explain-why>.
29. OMS. (s. f.). *Fact sheet about Malaria*. Consultado el 3 de julio de 2020, en <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>.
30. Shesgreen, D., & Hjelmgaard, K. (7 de mayo de 2020). Coronavirus: UN official warns of global 'boomerang' of pandemic. *USA Today*. <https://www.usatoday.com/story/news/world/2020/05/07/coronavirus-un-official-warns-global-boomerang-pandemic/3080955001/>.
31. Broadbent, A., & Smart, B. T. H. (s. f.). *Why a one-size-fits-all approach to COVID-19 could have lethal consequences*. The Conversation. Consultado el 5 de agosto de 2020, en <http://theconversation.com/why-a-one-size-fits-all-approach-to-covid-19-could-have-lethal-consequences-134252>.
32. OMS. (2020). *Taxonomy and Glossary of Public Health and Social Measures that may be Implemented to Limit the Spread of COVID-19*.
33. Fisher, D. A., & Carson, G. (2020). Back to basics: The outbreak response pillars. *The Lancet, 396*(10251), 598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31760-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31760-8).
34. Seow, J., Graham, C., Merrick, B., Acors, S., Steel, K. J. A., Hemmings, O., O'Bryne, A., Kouphou, N., Pickering, S., Galao, R., Betancor, G., Wilson, H. D., Signell, A. W., Winstone, H., Kerridge, C., Temperton, N., Snell, L., Bisnauthsing, K., Moore, A., ... Doores, K. (2020). Longitudinal evaluation and decline of antibody responses in SARS-CoV-2 infection. *MedRxiv, 2020.07.09.20148429*. <https://doi.org/10.1101/2020.07.09.20148429>.
35. Banco Mundial. (2017). *World Development Indicators: Health Systems*. <http://wdi.worldbank.org/table/2.12>.
36. Gautham, M., Bloom, G., Balasubramaniam, P., Goodman, C., Forsberg, B., & Kumar, A. (24 de junio de 2020). *Mobilising informal healthcare providers in India may help its response to covid-19*. The BMJ. <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/06/24/mobilising-informal-healthcare-providers-in-india-may-help-its-response-to-covid-19/>.
37. Ahmed, S. M., Evans, T. G., Standing, H., & Mahmud, S. (2013). Harnessing pluralism for better health in Bangladesh. *The Lancet, 382*(9906), 1746–1755. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62147-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62147-9).
38. ILO. (30 de abril de 2018). *More than 60 per cent of the world's employed population are in the informal economy* [comunicado de prensa]. http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_627189/lang--en/index.htm.
39. OMS. (18 de junio de 2020). *1 in 3 people globally do not have access to safe drinking water – UNICEF, WHO*. <https://www.who.int/news-room/detail/18-06-2019-1-in-3-people-globally-do-not-have-access-to-safe-drinking-water-unicef-who>.
40. Gerszon Mahler, D., Lakner, C., Castaneda Aguilar, R., & Wu, H. (8 de junio de 2020). Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty. *World Bank Blogs*. https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impact-covid-19-global-poverty?cid=SHR_BlogSiteShare_EN_EXT.

41. Meany-Davis, J., Lee, H., & Corby, N. (2020). *The impacts of COVID-19 on people with disabilities: A rapid review* (n.º 35; Disability Inclusion Helpdesk Query). Inclusive Futures, UKAID.
<http://www.sddirect.org.uk/media/1909/disability-inclusion-helpdesk-query-35-covid-19-rapid-evidence-review.pdf>.
42. Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). The COVID-19 response must be disability inclusive. *The Lancet Public Health*, 5(5), e257. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30076-1](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30076-1).
43. International Disability Alliance. (2020). *COVID 19 and Impact of Lockdown on Women with Disabilities in India*.
http://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/covid_and_women_with_disabilities_in_india_edited_1.pdf.
44. Ebrahim, S. (17 de marzo de 2020). Covid-19: The greatest burden will fall on older people in low- and middle-income countries. *The Economist*. <https://eiuperspectives.economist.com/healthcare/covid-19-greatest-burden-will-fall-older-people-low-and-middle-income-countries>.
45. Naciones Unidas. (2020). *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons* [resumen normativo]. Naciones Unidas. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>.
46. OMS Europa. (16 de abril de 2020). *COVID-19: Ensuring refugees and migrants are not left behind*.
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2020/4/covid-19-ensuring-refugees-and-migrants-are-not-left-behind>.
47. Mednick. (6 de mayo de 2020). *COVID-19 abuse fears for women in South Sudan*. The New Humanitarian.
<https://www.thenewhumanitarian.org/feature/2020/05/06/coronavirus-south-sudan-women-abuse-gender-violence>.
48. Response for Venezuelans. (2020). *COVID - 19 FUELS VULNERABILITIES TO HUMAN TRAFFICKING AND SMUGGLING FOR REFUGEES AND MIGRANTS FROM VENEZUELA: Key messages to community, refugees and migrants*. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/76845>.
49. Aman, M. (9 de julio de 2020). "Go in disguise to receive medical treatment"- religious discrimination in Pakistan. *Institute of Development Studies*. <https://www.ids.ac.uk/opinions/go-in-disguise-to-ensure-you-receive-medical-treatment-religious-discrimination-in-pakistan/>.
50. Mirza, J. (17 de abril de 2020). *Pakistan's Hazara Shia minority blamed for spread of Covid-19*. Institute of Development Studies. <https://www.ids.ac.uk/opinions/pakistans-hazara-shia-minority-blamed-for-spread-of-covid-19/>.
51. Purdey, C. (11 de marzo de 2020). *Opinion: How will COVID-19 affect global access to contraceptives — and what can we do about it?* Devex. <https://www.devex.com/news/sponsored/opinion-how-will-covid-19-affect-global-access-to-contraceptives-and-what-can-we-do-about-it-96745>.
52. Reed, T. (26 de mayo de 2020). *Letter to Dr Tedros: The Challenge of Access to Insulin Amidst COVID-19*. <https://haiweb.org/publication/letter-to-dr-tedros-the-challenge-of-access-to-insulin-amidst-covid-19/>.
53. Kelly-Linden, J. (1 de julio de 2020). Malaria deaths could double this year due to shortages of life-saving drugs and equipment. *The Telegraph*. <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/malaria-deaths-could-double-year-due-shortages-life-saving-drugs/>.
54. UNICEF. (1 de mayo de 2020). *Geneva Palais briefing note on the impact of COVID-19 mitigation measures on vaccine supply and logistics*. <https://www.unicef.org/press-releases/geneva-palais-briefing-note-impact-covid-19-mitigation-measures-vaccine-supply-and>.
55. Goel, V. (3 de marzo de 2020). As Coronavirus Disrupts Factories, India Curbs Exports of Key Drugs. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/03/03/business/coronavirus-india-drugs.html>.
56. Vickers, B., & Ali, S. (14 de julio de 2020). *Unpacking COVID-19-related medical supply chains in Commonwealth LDCs*. Trade 4 Dev News. <https://trade4devnews.enhancedif.org/en/op-ed/unpacking-covid-19-related-medical-supply-chains-commonwealth-lDCs>.
57. Banco Mundial. (22 de abril de 2020). *World Bank Predicts Sharpest Decline of Remittances in Recent History* [Texto/HTML]. Banco Mundial. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/04/22/world-bank-predicts-sharpest-decline-of-remittances-in-recent-history>.
58. Kugbey, N., Ohene-Oti, N., & Vanderpuye, V. (2020). COVID-19 and its ramifications for cancer patients in low-resource settings: Ghana as a case study. *Ecancer*, 14(ed99).
59. CASS (Cellule D'Analyse en Sciences Sociales). (2020). *Ongoing longitudinal study on secondary impacts of COVID-19 in Kinsahsa and Goma* [Informe no publicado].
<https://drive.google.com/drive/u/2/folders/1Q0jYAV-Ki02I8vFutshn0M1D4zivgajc>.
60. NPR. (29 de abril de 2020). *Commuting In A Pandemic: These Health Workers Are Trekking And Canoeing*. NPR.Org. <https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2020/04/29/841830595/commuting-in-a-pandemic-these-health-workers-are-trekking-and-canoeing>.

61. Biryabarema, E. (9 de abril de 2020). In Uganda, mothers in labour die amidst coronavirus lockdown. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-uganda-idUSKCN21R2FA>.
62. Ponticciello, M., Mwanga-Amumpaire, J., Tushemereirwe, P., Nuwagaba, G., King, R., & Sundararajan, R. (2020). "Everything is a Mess": How COVID-19 is Impacting Engagement with HIV Testing Services in Rural Southwestern Uganda [Copia anticipada]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7246959/>.
63. Manoufi, D., & Oufalba Mounone, H. (2016). Mobile clinics as a strategy to identify and treat children with acute malnutrition in difficult-to-reach areas in Chad: A case study of the Wadi Fira Region. *Nutrition Exchange* 6, 22.
64. Chandir, S., Siddiqi, D. A., Setayesh, H., & Khan, A. J. (2020). Impact of COVID-19 lockdown on routine immunisation in Karachi, Pakistan. *The Lancet Global Health*, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30290-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30290-4).
65. Bedi, A., & Yadavar, S. (30 de abril de 2020). TB patients badly hit by lockdown—80% drop in diagnosis, huge struggle for medicines. *ThePrint*. <https://theprint.in/health/tb-patients-badly-hit-by-lockdown-80-drop-in-diagnosis-huge-struggle-for-medicines/411399/>.
66. The Global Fund, & Unite to Fight. (2020). *Mitigating the impact of COVID-19 on countries affected by HIV, tuberculosis and malaria*. The Global Fund. <https://www.theglobalfund.org/en/news/2020-06-24-global-fund-covid-19-report-deaths-from-hiv-tb-and-malaria-could-almost-double-in-12-months-unless-urgent-action-is-taken/>.
67. MSF. (2 de julio de 2020). *Women and girls face greater dangers during COVID-19 pandemic*. Médicos Sin Fronteras - EE. UU. <https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/news/women-and-girls-face-greater-dangers-during-covid-19-pandemic>.
68. Hodal, K. (6 de agosto de 2020). Almost half of UK charities for world's poorest set to close in a year – survey. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/global-development/2020/aug/06/almost-half-of-uk-charities-for-worlds-poorest-set-to-close-in-a-year-survey-covid-19>.
69. Save the Children. (10 de julio de 2020). *YEMEN: Tens of thousands of severely malnourished children are left without treatment since March*. Save the Children International. <https://www.savethechildren.net/news/yemen-tens-thousands-severely-malnourished-children-are-left-without-treatment-march>.
70. OMS. (2020). *Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic*. <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>.
71. BMJ. (2020). *COVID-19: Remote consultations: A quick guide to assessing patients by video or voice call*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/bmj-visual-summary-for-remote-consultations-pdf-8713904797>.
72. Broom, D. (Abril de 2020). Coronavirus has exposed the digital divide like never before. *World Economic Forum Coronavirus*. <https://www.weforum.org/agenda/2020/04/coronavirus-covid-19-pandemic-digital-divide-internet-data-broadband-mobbile/>.
73. GSMA. (2019). *Connected Women: The Mobile Gender Gap Report 2019*. GSMA. <https://www.gsma.com/mobilefordevelopment/wp-content/uploads/2019/02/GSMA-The-Mobile-Gender-Gap-Report-2019.pdf>.
74. The Quint. (9 de agosto de 2018). *India Ranks Among Lowest in Women's Access to Mobiles, Internet*. TheQuint. <https://www.thequint.com/news/india/study-on-internet-and-mobile-phone-use-in-india-reveals-gender-gaps>.
75. Lieberman, A. (24 de junio de 2020). *Can women's health clinics regain ground after 'the most disruptive interruption'?* Devex. <https://www.devex.com/news/sponsored/can-women-s-health-clinics-regain-ground-after-the-most-disruptive-interruption-97491>.
76. Qin, A., & Wee, S.-L. (3 de marzo de 2020). 'No Way Out': In China, Coronavirus Takes Toll on Other Patients. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/03/03/world/asia/china-coronavirus-cancer.html>.
77. Marie Stopes International. (s. f.). *Stories from the frontline*. Marie Stopes International. Consultado el 29 de junio de 2020, en <https://www.mariestopes.org/covid-19/stories-from-the-frontline/>.
78. GAVI. (s. f.). *COVID-19: Massive impact on lower-income countries threatens more disease outbreaks*. Consultado el 9 de julio de 2020, en <https://www.gavi.org/news/media-room/covid-19-massive-impact-lower-income-countries-threatens-more-disease-outbreaks>.
79. Roberts, L. (2020). Pandemic brings mass vaccinations to a halt. *Science*, 368(6487), 116–117. <https://doi.org/10.1126/science.368.6487.116>.
80. UN News. (16 de abril de 2020). *UN chief calls for greater protection for children caught up in COVID-19 crisis*. UN News. <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061892>.

81. Patnaik, P. (6 de mayo de 2020). *How COVID-19 is disrupting other health responses*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/analysis/2020/05/06/coronavirus-measles-cholera-ebola-polio-infectious-disease>.
82. Findley, S. (24 de abril de 2020). Coronavirus lockdown and drug 'hijack' raise India malaria fears. *Financial Times*. <https://www.ft.com/content/d887da42-7fbc-11ea-b0fb-13524ae1056b>.
83. Adow, M. (26 de julio de 2020). Malaria deaths surge in Africa amid fight against COVID-19. *Aljazeera*. <https://www.aljazeera.com/news/2020/07/malaria-deaths-surge-africa-fight-covid-19-200726095044561.html>.
84. Ochieng Mbewa, D. (s. f.). Access to medicines for HIV patients significantly affected by COVID-19: W.H.O. *CGTN Africa*. Consultado el 15 de julio de 2020, en <https://africa.cgtn.com/2020/07/07/access-to-medicines-for-hiv-patients-significantly-affected-by-covid-19-w-h-o/>.
85. Stop TB Partnership. (Abril de 2020). *We did a rapid assessment: The TB response is heavily impacted by the COVID-19 pandemic*. Stop TB. http://stoptb.org/news/stories/2020/ns20_014.html.
86. Togun, T., Kampmann, B., Stoker, N. G., & Lipman, M. (2020). Anticipating the impact of the COVID-19 pandemic on TB patients and TB control programmes. *Annals of Clinical Microbiology and Antimicrobials*, 19(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12941-020-00363-1>.
87. The Economist. (18 de mayo de 2020). Tens of millions of surgeries are being postponed as a result of the pandemic. *The Economist*. <https://www.economist.com/graphic-detail/2020/05/18/tens-of-millions-of-surgeries-are-being-postponed-as-a-result-of-the-pandemic>.
88. Keller, E. (7 de mayo de 2020). *Feminists Defend Abortion Access Amid Pandemic*. International Women's Health Coalition. <https://iwhc.org/2020/05/feminists-defend-abortion-access-amid-pandemic/>.
89. IPPF. (9 de abril de 2020). *COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world*. IPPF. <https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world>.
90. Wadekar, N. (13 de julio de 2020). *Kenya's teen pregnancy crisis: More than COVID-19 is to blame*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/news/2020/07/13/Kenya-teen-pregnancy-coronavirus>.
91. Fonyuy, E. (11 de junio de 2020). *Child marriage worries rise amid coronavirus lockdown in Cameroon*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/news/2020/06/11/Cameroon-coronavirus-child-marriage>.
92. Eşençay, S. (24 de junio de 2020). When COVID-19 Becomes a Political Ally: Poland's Law on Abortion. *Engenderings*. <https://blogs.lse.ac.uk/gender/2020/06/24/when-covid-19-becomes-a-political-ally-polands-law-on-abortion/>.
93. Ren, G. (18 de junio de 2020). *Neglected Tropical Disease Programmes On Pause Due To COVID-19*. Health Policy Watch. <https://healthpolicy-watch.news/neglected-tropical-disease-programmes-on-pause-due-to-covid-19/>.
94. OMS. (6 de abril de 2020). *WHO Meeting on 'Mitigation and recovery from COVID-19-associated delays: A research agenda for NTD programmes'*. https://www.who.int/neglected_diseases/news/NTDs-mitigation-and-recovery-from-COVID-19/en/.
95. Webster, J. P., Molyneux, D. H., Hotez, P. J., & Fenwick, A. (2014). The contribution of mass drug administration to global health: Past, present and future. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369(1645). <https://doi.org/10.1098/rstb.2013.0434>.
96. Action for Global Health. (2020). *Indirect impacts of Covid-19 on other essential health and preventative services*. Action for Global Health.
97. CASS (Cellule D'Analyse en Sciences Sociales) DRC. (2020). *IMOA on the broader impacts of COVID on community health, Phase II* (Informe de fase II).
98. Consejo Internacional de Enfermeras. (6 de mayo de 2020). *ICN calls for data on healthcare worker infection rates and deaths*. ICN - Consejo Internacional de Enfermeras. <https://www.icn.ch/news/icn-calls-data-healthcare-worker-infection-rates-and-deaths>.
99. OMS y UNICEF. (2019). *WASH in Health Care Facilities*. <https://washdata.org/sites/default/files/documents/reports/2019-04/JMP-2019-wash-in-hcf-launch.pdf>.
100. Adepoju, P. (2020). Tuberculosis and HIV responses threatened by COVID-19. *The Lancet HIV*, 7(5), e319–e320. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(20\)30109-0](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(20)30109-0).
101. Human Rights Watch. (15 de julio de 2020). *Colombian Cartels and Rebel Groups Are Killing Those Who Don't Obey Brutal Covid-19 Lockdown Measures*. Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/news/2020/07/15/colombia-armed-groups-brutal-covid-19-measures>.
102. Bhalla, N., & Lopez, O. (20 de mayo de 2020). No medicine, no food: Coronavirus restrictions amplify health risks to LGBT+ people with HIV. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-lgbt-aids-idUSKBN22W28G>.

103. Glatzky, G. (19 de mayo de 2020). *How coronavirus responses are endangering trans people in Latin America*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/feature/2020/05/19/coronavirus-trans-lgbti-latin-america-panama-colombia>.
104. Lee, L., & Westcott, B. (14 de marzo de 2020). *People living with HIV in Wuhan struggle to find medicine during coronavirus outbreak*. CNN. <https://www.cnn.com/2020/03/13/health/coronavirus-china-hiv-wuhan-intl-hnk/index.html>.
105. Fast, L., & Roborgh, S. (s. f.). *Healthcare workers are still coming under attack during the coronavirus pandemic*. The Conversation. Consultado el 8 de julio de 2020, en <http://theconversation.com/healthcare-workers-are-still-coming-under-attack-during-the-coronavirus-pandemic-136573>.
106. Oré, D. (16 de abril de 2020). 'It's Covid! Stay away!' Latin America's health workers face rising hostility. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-latinamerica-medic-idUSKCN21X2WL>.
107. Mexico News Daily. (27 de marzo de 2020). Health care workers across Mexico protest shortages of supplies, staff. *Mexico News Daily*. <https://mexiconewsdaily.com/news/coronavirus/health-care-workers-across-mexico-protest-shortages/>.
108. Chingono, N. (9 de abril de 2020). Doctors sue Zimbabwe government over lack of Covid-19 protective equipment. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/global-development/2020/apr/09/doctors-sue-zimbabwe-government-over-lack-of-covid-19-protective-equipment>.
109. Knoll, C., Watkins, A., & Rothfield, M. (11 de julio de 2020). 'I Couldn't Do Anything': The Virus and an E.R. Doctor's Suicide—The New York Times. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/07/11/nyregion/lorna-breen-suicide-coronavirus.html>.
110. Oxfam International. (26 de junio de 2020). *Close to half of women are feeling more anxious, depressed, isolated, overworked or ill because of increased unpaid care work caused by the pandemic – Oxfam survey*. Oxfam International. <https://www.oxfam.org/en/press-releases/close-half-women-are-feeling-more-anxious-depressed-isolated-overworked-or-ill>.
111. OMS. (s. f.). *The five elements of DOTS*. OMS; Organización Mundial de la Salud. Consultado el 16 de julio de 2020, en <http://www.who.int/tb/dots/whatisdots/en/>.
112. Shiao, S., Krause, K. D., Valera, P., Swaminathan, S., & Halkitis, P. N. (2020). The burden of COVID-19 in people living with HIV: a syndemic perspective. *AIDS and Behavior*, 1–6.
113. Ritchie, H., Roser, M., Ortiz-Ospina, E., & Hasell, J. (s. f.). *Excess mortality from the Coronavirus pandemic (COVID-19)*. Our World in Data. Consultado el 28 de julio de 2020, en <https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid>.
114. OMS. (2020). *Revealing the toll of COVID-19*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/revealing-the-toll-of-covid-19>.
115. Dash, D. (26 de junio de 2020). *Lockdown in India: Lockdown cuts road deaths by 62% | India News - Times of India*. The Times of India. <https://timesofindia.indiatimes.com/india/covid-lockdown-saved-nearly-9000-lives-26000-injuries-on-roads/articleshow/76637367.cms>.
116. Kenyon, C. C., Hill, D. A., Henrickson, S. E., Bryant-Stephens, T. C., & Zorc, J. J. (2020). Initial effects of the COVID-19 pandemic on pediatric asthma emergency department utilization. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.05.045>.
117. Raphael, T. (15 de junio de 2020). Coronavirus Has a Massive Impact on Cancer Care. *Bloomberg*. <https://www.bloomberg.com/opinion/articles/2020-06-15/coronavirus-is-having-a-massive-impact-on-cancer-care-in-the-u-k>.
118. Campbell, D. (16 de agosto de 2020). Cancer patients will live for less time because of NHS care suspension. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/aug/16/cancer-patients-will-live-for-less-time-because-of-nhs-care-suspension>.
119. Maringe, C., Spicer, J., Morris, M., Purushotham, A., Nolte, E., Sullivan, R., Rachet, B., & Aggarwal, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: A national, population-based, modelling study. *The Lancet Oncology*, 21(8), 1023–1034. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30388-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30388-0).
120. Jones, N. (2020). How coronavirus lockdowns stopped flu in its tracks. *Nature*.
121. Advisory Board. (24 de julio de 2020). *Flu in the Southern Hemisphere has 'practically disappeared.' What does that mean for America's flu season?* <http://www.advisory.com/daily-briefing/2020/07/24/coronavirus-restrictions>.
122. Parpia, A., Ndeffo-Mbah, M., Wenzel, N., & Galvani, A. (2016). Effects of Response to 2014–2015 Ebola Outbreak on Deaths from Malaria, HIV/AIDS, and Tuberculosis, West Africa. *Emerging Infectious Disease Journal*, 22(3), 433. <https://doi.org/10.3201/eid2203.150977>.
123. UNAIDS. (5 de noviembre de 2020). *The cost of inaction: COVID-19-related service disruptions could cause hundreds of thousands of extra deaths from HIV*.

https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/may/20200511_PR_HIV_modelling.

124. Sochas, L., Channon, A. A., & Nam, S. (2017). Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: The case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone. *Health Policy and Planning, 32*(suppl_3), iii32–iii39. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx108>.
125. Bietsch, K., Williamson, J., & Reeves, M. (2020). Family Planning During and After the West African Ebola Crisis. *Studies in Family Planning, 51*(1), 71–86. <https://doi.org/10.1111/sifp.12110>.
126. Camara, B. S., Delamou, A., Diro, E., Béavogui, A. H., El Ayadi, A. M., Sidibé, S., Grovogui, F. M., Takarinda, K. C., Bouedouno, P., Sandouno, S. D., Okumura, J., Baldé, M. D., Van Griensven, J., & Zachariah, R. (2017). Effect of the 2014/2015 Ebola outbreak on reproductive health services in a rural district of Guinea: An ecological study. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 111*(1), 22–29. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trx009>.
127. McKay, G., Black, B., Mbambu Kahamba, S., Wheeler, E., Mearns, S., & Janvrin, A. (2019). *Not all that bleeds is Ebola: How has the DRC Ebola outbreak impacted Sexual and Reproductive Health in North-Kivu?* The International Rescue Committee. <https://www.rescue.org/sites/default/files/document/4416/srhebolareport1172020.pdf>.
128. Kc, A., Gurung, R., Kinney, M. V., Sunny, A. K., Moinuddin, M., Basnet, O., Paudel, P., Bhattarai, P., Subedi, K., Shrestha, M. P., Lawn, J. E., & Målqvist, M. (2020). Effect of the COVID-19 pandemic response on intrapartum care, stillbirth, and neonatal mortality outcomes in Nepal: A prospective observational study. *The Lancet Global Health, S2214109X20303454*. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30345-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30345-4).
129. Riley, T., Sully, E., Ahmed, Z., & Biddlecom, A. (2020). Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries. *International Perspectives of Sexual and Reproductive Health, 46*, 73–76.
130. Headey, D., Heidkamp, R., Osendarp, S., Ruel, M., Scott, N., Black, R., Shekar, M., Bouis, H., Flory, A., Haddad, L., & Walker, N. (2020). Impacts of COVID-19 on childhood malnutrition and nutrition-related mortality. *The Lancet, 396*(10250), 519–521. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31647-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31647-0).
131. Programa Mundial de Alimentos. (20 de mayo de 2020). *Coronavirus threatens global surge in malnutrition, jeopardizing future of an extra 10 million children | World Food Programme*. <https://www.wfp.org/news/coronavirus-threatens-global-surge-malnutrition-jeopardizing-future-extra-10-million-children>.
132. Measles & Rubella Initiative. (14 de abril de 2020). *More than 117 million children at risk of missing out on measles vaccines, as COVID-19 surges*. OMS; Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/immunization/diseases/measles/statement_missing_measles_vaccines_covid-19/en/.
133. Roberts, L. (2020). Why measles deaths are surging—And coronavirus could make it worse. *Nature, 580*, 446–447. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01011-6>.
134. Ducomble, T., & Gignoux, E. (2020). Learning from a massive epidemic: Measles in DRC. *The Lancet Infectious Diseases, 20*(5), 542. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30265-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30265-6).
135. Nelson, R. (2020). COVID-19 disrupts vaccine delivery. *The Lancet Infectious Diseases, 20*(5), 546. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30304-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30304-2).
136. UNICEF. (31 de marzo de 2020). *Children in the Democratic Republic of the Congo at risk from killer measles, cholera epidemics. COVID-19 latest challenge facing battered health services*. <https://www.unicef.org/press-releases/children-democratic-republic-congo-risk-killer-measles-cholera-epidemics>.
137. OMS. (25 de junio de 2020). *10th Ebola outbreak in the Democratic Republic of the Congo declared over; vigilance against flare-ups and support for survivors must continue*. <https://www.who.int/news-room/detail/25-06-2020-10th-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-over-vigilance-against-flare-ups-and-support-for-survivors-must-continue>.
138. Marston, C., Renedo, A., & Miles, S. (2020). Community participation is crucial in a pandemic. *Lancet (London, England), 395*(10238), 1676–1678. PubMed. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31054-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31054-0).
139. Collins, C., Coates, T. J., & Szekeres, G. (2008). Accountability in the global response to HIV: measuring progress, driving change. *AIDS (London, England), 22 Suppl 2*(Suppl 2), S105–S111. PubMed. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000327442.66656.01>.
140. Krubiner, C., Keller, J. M., & Kaufmann, J. (2020). *Balancing the COVID-19 Response with Wider Health Needs: Key Decision-Making Considerations for Low- and Middle-Income Countries*. <https://www.cgdev.org/publication/balancing-covid-19-response-wider-health-needs-key-decision-making-considerations-low>.
141. OMS. (2020). *COVID-19 significantly impacts health services for noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/detail/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>.

142. Ministerio Federal de Salud (Nigeria). (s. f.). *Health Service Uptake During COVID-19*. Consultado el 28 de julio de 2020, en https://public.tableau.com/views/COVID19AnalysisofHealthServiceUptakeusingNHMISData/MAINDashboa rd?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_versi on=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:dis play_overlay=yes&:display_count=yes&:publish=yes&:loadOrderID=0.
143. Hassaballa, I., Fawcett, S., Sepers, C., Reed, F. D., Schultz, J., Munodawafa, D., Phori, P. M., Chiriseri, E., & Kouadio, K. (2019). Participatory Monitoring and Evaluation of Ebola Response Activities in Lofa County, Liberia: Some Lessons Learned. *International Quarterly of Community Health Education*, 40(1), 57–66. <https://doi.org/10.1177/0272684X19846742>.
144. Schofield, J., Leelarathna, L., & Thabit, H. (2020). COVID-19: Impact of and on Diabetes. *Diabetes Therapy*, 1.
145. OMS. (2020). *Preliminary results: Rapid assessment of service delivery for noncommunicable diseases during the COVID-19 pandemic. 29 de mayo de 2020*. OMS.
146. De Guzman, R., & Malik, M. (2020). Dual Challenge of Cancer and COVID-19: Impact on Health Care and Socioeconomic Systems in Asia Pacific. *JCO Global Oncology*, 6, 906–912.
147. Hogan, A. B., Jewell, B., Sherrard-Smith, E., Vesga, J., Watson, O. J., Whittaker, C., Hamlet, A., Smith, J., Ainslie, K., & Baguelin, M. (2020). The potential impact of the COVID-19 epidemic on HIV, TB and Malaria in low-and middle-income countries. *Imperial College London (01-05-2020)* DOI: <https://doi.org/10.25561/78670>.
148. Lau, L. S., Samari, G., Moresky, R. T., Casey, S. E., Kachur, S. P., Roberts, L. F., & Zard, M. (2020). COVID-19 in humanitarian settings and lessons learned from past epidemics. *Nature Medicine*, 26(5), 647–648. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0851-2>.
149. Pérez-Escamilla, R., Cunningham, K., & Moran, V. H. (2020). COVID-19 and maternal and child food and nutrition insecurity: A complex syndemic. *Maternal & Child Nutrition*, 16(3), e13036. <https://doi.org/10.1111/mcn.13036>.
150. Mahmood, S., Hasan, K., Colder Carras, M., & Labrique, A. (2020). Global Preparedness Against COVID-19: We Must Leverage the Power of Digital Health. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e18980–e18980. PubMed. <https://doi.org/10.2196/18980>.
151. Adamu, A. A., Jalo, R. I., Dahiru, A. I., & Wiysonge, C. S. (2020). Implementing COVID-19 response within the context of the broader health system: A proposed framework for Africa´s policy makers. *The Pan African Medical Journal*, 35(46).
152. Naimoli, J. F. (2009). Global health partnerships in practice: Taking stock of the GAVI Alliance's new investment in health systems strengthening. *The International Journal of Health Planning and Management*, 24(1), 3–25. <https://doi.org/10.1002/hpm.969>.
153. Nations, M. K., & Monte, C. M. G. (1996). "I'm not dog, no!": Cries of resistance against cholera control campaigns. *Social Science & Medicine*, 43(6), 1007–1024. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(96\)00083-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(96)00083-4).
154. Havlir, D. V., Balzer, L. B., Charlebois, E. D., Clark, T. D., Kwarisiima, D., Ayieko, J., Kabami, J., Sang, N., Liegler, T., Chamie, G., Camlin, C. S., Jain, V., Kadede, K., Atukunda, M., Ruel, T., Shade, S. B., Ssemmondo, E., Byonanebye, D. M., Mwangwa, F., ... Petersen, M. (2019). HIV Testing and Treatment with the Use of a Community Health Approach in Rural Africa. *New England Journal of Medicine*, 381(3), 219–229. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1809866>.
155. Abramowitz, S., Rogers, B., Akilu, L., Lee, S., & Hipgrave, D. (2016). Ebola community care centers: Lessons learned from UNICEF's 2014-2015 experience in Sierra Leone. *Maternal, Newborn, and Child Health Working Paper*.
156. Olu, O., Cormican, M., Kamara, K.-B., & Butt, W. (2015). Community Care Centre (CCC) as adjunct in the management of Ebola Virus Disease (EVD) cases during outbreaks: Experience from Sierra Leone. *The Pan African Medical Journal*, 22 Suppl 1(Suppl 1), 14–14. PubMed. <https://doi.org/10.11694/pamj.suppl.2015.22.1.6521>.
157. The Global Fund. (7 de agosto de 2020). *Fighting HIV in India during COVID-19 Mumbai health workers take HIV drugs and care to homes*. <https://globalfund.exposure.co/fighting-hiv-in-india-during-covid19>.
158. Senthilingam, M. (7 de junio de 2020). Efforts to beat the coronavirus pandemic could cause over 1 million extra deaths from other diseases, experts warn. *CNN*. <https://edition.cnn.com/2020/07/06/health/death-toll-other-diseases-pandemic-coronavirus-wellness/index.html>.
159. MacGregor, H., & Hrynick, T. (2020). *COVID-19: Strategies to Support Home and Community-Based Care*. Social Science in Humanitarian Action. <https://www.socialscienceinaction.org/resources/covid-19-strategies-to-support-home-and-community-based-care/>.

160. Mukuruva, C. T. (2012). *Community-based emergency management: A case study on a cholera outbreak in Zimbabwe*.
161. Patel, U., Pharr, J. R., Ihesiaba, C., Oduenyi, F. U., Hunt, A. T., Patel, D., Obiefune, M., Chukwumerije, N., & Ezeanolue, E. E. (2015). Ebola Outbreak in Nigeria: Increasing Ebola Knowledge of Volunteer Health Advisors. *Global Journal of Health Science*, 8(1), 72–78. PubMed. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p72>.
162. Ripoll, S., Gercama, I., Jones, T., & Wilkinson, A. (2018). *Social Science in Epidemics: Ebola Virus Disease Lessons Learned*. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14160>.
163. Ripoll, S., & Wilkinson, A. (2018). *Social Science in Epidemics: Cholera Lessons Learned*. Social Science in Humanitarian Action Platform (SSHAP). <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14200>.
164. Ripoll, S., & Wilkinson, A. (2019). *Social Science in Epidemics: Influenza and SARS Lessons Learned*. <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14326>.
165. Kretchy, I. A., Asiedu-Danso, M., & Kretchy, J.-P. (2020). Medication management and adherence during the COVID-19 pandemic: Perspectives and experiences from low-and middle-income countries. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP*, S1551-7411(20)30332-6. PubMed. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.04.007>.

CONTACTO

Si tiene una solicitud directa acerca de la respuesta al COVID-19, un informe, herramientas, experiencia técnica adicional o análisis remoto, o le interesaría ser considerado para la red de asesores, comuníquese con Social Science in Humanitarian Action Platform enviando un correo electrónico a Annie Lowden (a.lowden@ids.ac.uk) u Olivia Tulloch (oliviattulloch@anthrologica.com). Los puntos clave de enlace de la plataforma incluyen: UNICEF (nnaqvi@unicef.org), IFRC (ombretta.baggio@ifrc.org) y el Grupo de Ciencias Sociales para la Investigación de GOARN (nina.gobat@phc.ox.ac.uk).



Anthrologica



Social Science in Humanitarian Action es una alianza entre el Institute of Development Studies, Anthrologica y London School of Hygiene and Tropical Medicine. El financiamiento para promover la respuesta al COVID-19 de la plataforma ha sido proporcionado por Wellcome Trust y DFID. Las opiniones expresadas son las de sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones ni las políticas de IDS, Anthrologica, LSHTM, Wellcome Trust ni el gobierno del Reino Unido.

Cita sugerida: Hrynich, T., Ripoll, S. y Carter, S. (2020). "Revisión: Efectos más amplios sobre la salud ante respuestas verticales al COVID-19 en PIMB". *Revisión*, Brighton: Social Science in Humanitarian Action (SSHAP).

Publicado en agosto de 2020

© Institute of Development Studies 2020



Este es un documento de acceso abierto distribuido según los términos de la licencia de Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0) de Creative Commons, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se dé crédito a la fuente y los autores originales, y que se señalen las modificaciones o adaptaciones. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>.