

Valencia Calvo Mauricio<sup>1\*</sup>

Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International.

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE). Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Departamento de Docencia. Quito - Ecuador.

**ORCID ID:**

Valencia Calvo Mauricio:  
<https://orcid.org/0000-0003-4371-3732>

**\*Corresponding author:** Valencia Calvo Mauricio

**E-mail:** [mvalencia@puce.edu.ec](mailto:mvalencia@puce.edu.ec)

**Article history**

**Received:** 28 - Abr - 2020

**Accepted:** 22 - Jun - 2020

**Publish:** 1 - Jul - 2020

**Conflict of interest:** The author declared that there are no conflicts of interest.

**Financial disclosure:** The author has no financial relationships relevant to this article to disclose.

**Forma de citar este artículo:** Valencia Calvo M. SALUD PÚBLICA & COVID-19: ANÁLISIS DE SU SEVERIDAD EN ECUADOR Y AMÉRICA LATINA. Rev Med Vozandes. 2020; 31 (1): 47- 50

**Resumen**

En América Latina se evidencia sistemas de salud fragmentados, una inmensa desigualdad, poca inversión en salud pública, lo que constituyen grandes obstáculos para alcanzar el acceso universal a la atención en salud. Una aún deficiente red de servicios en el primer nivel de atención, el poco desarrollo en investigación, la intromisión política en la salud pública, entre otros factores, han afectado la capacidad de respuesta del país frente a la pandemia del COVID-19. La mayor afectación se ha dado en la gestión territorial de la salud pública en el Ecuador, que impide afianzar modelos colaborativos que den una respuesta oportuna y coordinada a esta crisis sanitaria. Para mejorar la situación se debe reenfocar la gestión frente al COVID-19 a la vigilancia epidemiológica a nivel comunitario, aumentando la capacidad diagnóstica, la trazabilidad de contagios y mejorando los atributos de la información en salud.

**Palabras clave:** América Latina, COVID-19, Ecuador, vigilancia, sistemas.

## ECUADOR Y AMÉRICA LATINA PUBLIC HEALTH AND COVID-19: ANALYSIS OF GRAVITY IN ECUADOR AND LATIN AMERICA

**Abstract**

In Latin America there is evidence of fragmented health systems, immense inequality, little investment in public health, which constitute in major obstacles to achieving universal access to health care. A poor network of services in the first level of care, poor research development, political interference in public health, among other factors, have affected the country's response capability to combat the COVID-19 pandemic. The greatest impact has occurred in the territorial management of public health in Ecuador, which makes more difficult the consolidation of collaborative models that provide a timely and coordinated response to this health crisis. To improve the situation, the strategy against COVID-19 should be refocused on epidemiological surveillance at the community level, increasing diagnostic capacity, contact tracing and improving quality of health information.

**Palabras clave:** Latin America, COVID-19, Ecuador, surveillance, systems.

**Introducción**

Al iniciar la pandemia del COVID-19, en términos objetivos, América Latina podía aprovechar de ciertas ventajas. Por un lado, la distancia que la separa de China y su relativa conectividad con ese país con relación a otras regiones. Por otro lado, el tiempo necesario para llegar el virus en el subcontinente americano, pareció ser de gran utilidad para enfocar esfuerzos en prevenir y contener la exposición del virus en la población de manera oportuna.<sup>(1)</sup> De esta forma, el primer caso reportado en la región se da el 26 de febrero, cuando Italia ya evidenciaba transmisión comunitaria franca; dos semanas después, para el 10 de marzo, en la

región ya se habían identificado 141 casos confirmados, un incremento importante considerando las cifras reportadas por países europeos (Italia) en el mismo período.

Entre los factores que afectan el desarrollo de una epidemia se encuentran el grado de respuesta y capacidad de los sistemas de salud y la densidad demográfica del territorio.<sup>(1,2)</sup>

Una vez que el virus logra alcanzar la transmisión comunitaria en EEUU, un país con mayor conectividad con nuestra región, la epidemia empieza aceleradamente a tener una mayor presencia en América Latina.<sup>(2)</sup> La escasa infraestructura de los sistemas de salud de nuestros países, el aún incipiente desarrollo de la investigación e innovación tecnológica del sector sanitario, la ausencia de programas eficientes de formación en recursos humanos que respondan a la demanda actual en salud, han sido los obstáculos perennes que han impedido cumplir a cabalidad la estrategia de incrementar la capacidad de detección temprana del virus y su seguimiento. De esta forma se pudo evidenciar que, con relación a los países más afectados de Europa, la epidemia presentaba en la región una tasa de transmisibilidad más acelerada, sobrepasando todas las medidas de contingencia inicialmente implementadas.<sup>(1,3)</sup>

## Discusión

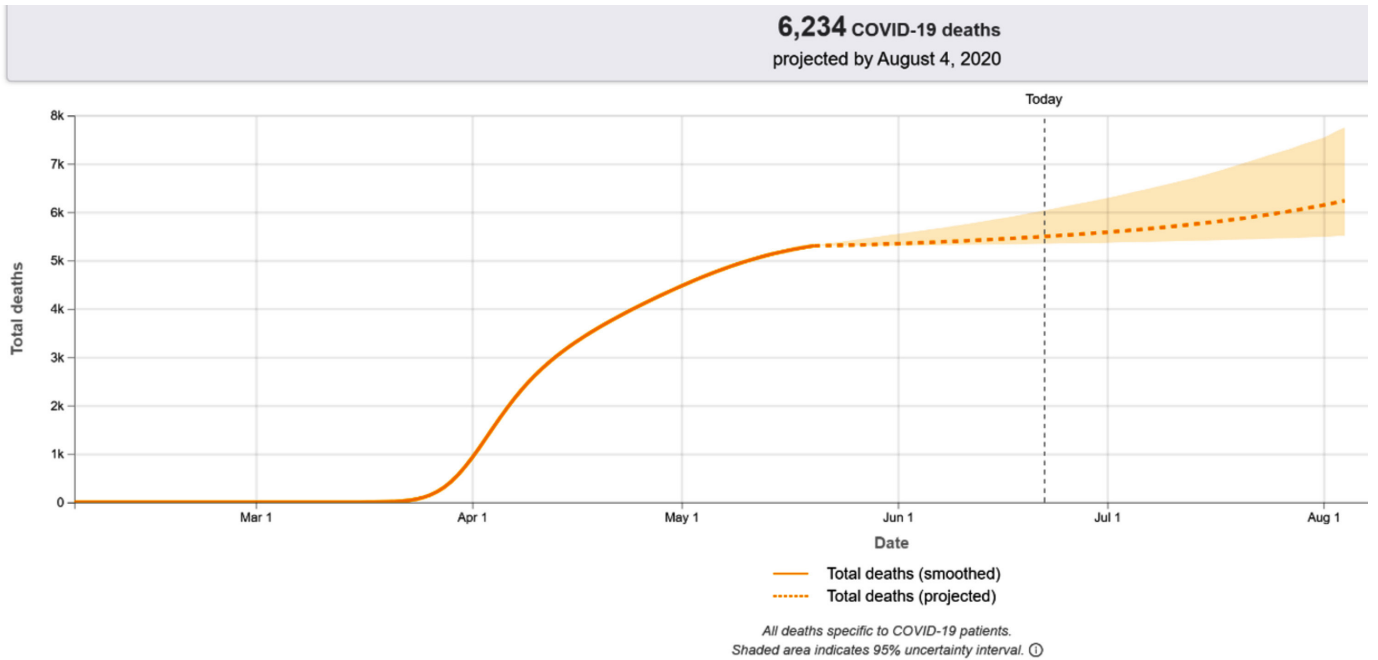
La verdad es que desde el primer momento en que internacionalmente se identificó el riesgo real de pandemia por el SARS-COV-2, muchos expertos de la salud pública ya vaticinaban que América Latina sería la región más afectada del planeta; es que nuestra región además de ser la región con mayor grado de desigualdad económica y social del planeta tierra, tienen en su gran mayoría sistemas de salud que arraigan vicios estructurales que se asemejan mucho entre sí. América Latina es la región que menos invierte en salud pública con relación a su PIB; mayormente sus sistemas de salud son fragmentados o segmentados en diferentes esquemas de financiamiento y prestación de servicios dentro de los seguros de protección de salud desconectados entre sí, siendo este el mayor obstáculo para alcanzar un acceso universal de la salud, en un continente donde alrededor del 30% de la población no puede acceder a ningún tipo de atención por motivos financieros y 21% no lo hace por barreras geográficas de acceso<sup>(1,4)</sup>. El hecho de no haber dirigido las políticas públicas a atacar de forma real a los determinantes sociales de la salud y sus inmensas brechas de desigualdad, sin mencionar que muchos de nuestros países acarrean una fuerte tradición centralista, ha provocado que la capacidad instalada de la red de servicios sanitarios de los países se concentre en los polos de desarrollo de los mismos, como las grandes ciudades.

El Ecuador en particular, hace más de una década ha enfocado el avance de su sistema de salud y de sus políticas hacia la cuasi exclusiva medicalización de la salud, relegando en cierto sentido los otros componentes que hacen posible el desempeño de las funciones esenciales de la salud pública (como es la vigilancia sanitaria, la promoción de la salud, la planificación sanitaria, etc.). Si bien ha aumentado la infraestructura del sistema, ha carecido de una planificación técnica del avance de la capacidad resolutive del sistema según las necesidades de salud territoriales. Lastimosamente

la construcción de establecimientos hospitalarios no ha venido acompañada de una extensión ordenada y sinérgica de las redes de servicios en la atención primaria, que es el nivel que puede resolver la mayoría de las patologías, que hoy por hoy abarrotan habitualmente los hospitales en nuestro país<sup>(4,5,6)</sup>.

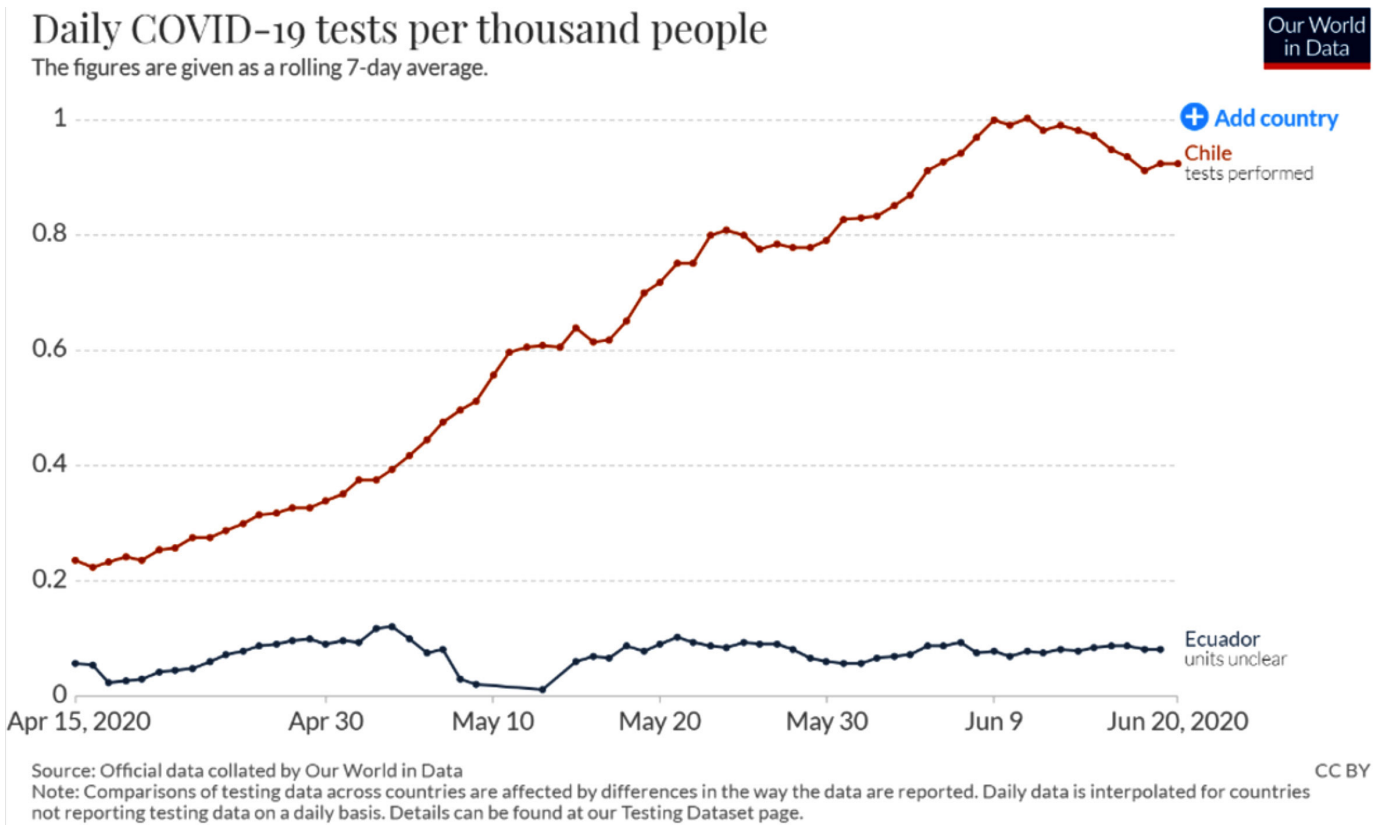
Este periodo que ha transitado el Ecuador, basado en relegar las competencias fundamentales dentro del sistema sanitario con una innegable intromisión de criterios políticos más que técnicos, ha provocado una desprofesionalización progresiva de los funcionarios a cargo de llevar a cabo estas actividades, lo que ha tenido una afectación importante en el desempeño de la gestión de la epidemia en el país (en aspectos como el correcto levantamiento de cercos epidemiológicos y su eficiente monitoreo, con la realización de una adecuada trazabilidad o seguimiento de contagios efectiva del virus, con transparentar la información desde el primer momento con reportes que contengan información técnica a detalle y de actualización inmediata, con el control eficiente de fronteras, inobservancia que nos podría conducir a que una vez que el ciclo de primera exposición llegue a su desenlace, el virus pueda volver a recircular en diferentes territorios del país, etc.)<sup>(6)</sup>. La salud pública es por definición multidisciplinaria, requiere de funcionarios de carrera que cumplan un perfil profesional acorde, su planificación y fortalecimiento debe ser constante, cuyos resultados se cimentan con años de trabajo continuo y de territorio, y que se ponen a prueba en crisis sanitarias como la presente; por ende es de suma complejidad extender la capacidad resolutive del sistema en corto tiempo en medio de una crisis sanitaria sin precedentes modernos, ya sea traducido en mayor número de camas de hospitalización, en expandir la oferta de terapia intensiva, o en un sistema de información que cumpla los más altos estándares; si no se soporta de un trabajo previo que haya pavimentado el camino en ese sentido.

Manteniéndose en esta misma dirección hasta el momento en el Ecuador las autoridades sanitarias y muchos de sus operadores aún persisten en enfocar la gestión de la epidemia sobre todo en la expansión de la oferta hospitalaria y de cuidados críticos, sin comprender que la asistencia sanitaria de tercer nivel es el último eslabón de abordaje cuando todas las demás medidas han fallado. Es necesario que la sociedad en su conjunto defienda la consigna adecuada, que las epidemias no se las combate principalmente en los hospitales, sino que se las confronta y se las vence por sobre todo en los espacios públicos y en los domicilios de los ciudadanos, que es donde debe llegar la epidemiología de campo y la vigilancia sanitaria comunitaria, que la ciudadanía es cogestora



**Gráfico 1. Proyección de Muertes Acumuladas por COVID-19 en el Ecuador hasta el 4 de Agosto de 2020.**

Fuente: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); COVID-19 Projections – Ecuador (15/06/2020).  
\*basado en datos oficiales.



**Gráfico 2. Comparativo del Número de Test Diarios de COVID-19 por cada 1.000 habitantes entre Chile y Ecuador**

Fuente: Datos oficiales de los Ministerios de Salud de Chile y Ecuador.

de una epidemia, que se requiere de la concientización y el compromiso del ciudadano para lograr la victoria y que eso se consigue a través de mensajes claros y sendas campañas de educación en salud por parte de los gobiernos, evitando así mensajes confusos, débiles o no sustentados en la evidencia que lo único que generan es mayor desconfianza hacia las autoridades y peores resultados en relación a la epidemia<sup>(6)</sup>.

Lo que más puede explicar la dinámica que se está observando en la actualidad con relación a la epidemia del COVID-19 en el Ecuador es probablemente la implementación de las intervenciones de salud pública no farmacológicas a nivel poblacional, como lo son el distanciamiento físico, el uso de mascarilla y el lavado de manos, que el Ecuador mantiene un relativo buen cumplimiento con relación a otros países de la región (por sobre el 80% de cumplimiento en el uso de mascarilla) y que se está evidenciando pudiera aminorar o incluso prevenir la aparición de una segunda oleada masiva de contagios<sup>(7)</sup>. Lo que si veremos al parecer es un incremento constante y progresivo de contagios y muertes, probablemente sin que volvamos a evidenciar picos de contagios tan pronunciados como los que sucedieron en Guayaquil, como está sucediendo en la ciudad capital, Quito (**Gráfico 1**).

comunidad internacional, se explica en gran medida a las reformas desafortunadas que emprendieron hace más de una década los gobiernos, que con una visión coyuntural inmediata y antitécnica, disolvieron los avances de la organización territorial que permitía tener una mejor operativación de las políticas públicas en salud a nivel local, afectando toda la capacidad de ejercer con mayor eficiencia las actividades esenciales de la salud pública en la población, que en esta coyuntura se traduce a una afectación directa en los resultados en cuanto a la detección temprana (la capacidad diagnóstica por COVID-19 en el Ecuador sufre estancamiento en el número de tests diarios desde el mes de Mayo, con un alto porcentaje de positividad, y una tasa de mortalidad del 8,4%, a diferencia de Chile que con un tamaño poblacional similar, ha logrado incrementar de forma efectiva su capacidad diagnóstica, contando con una tasa de mortalidad del 1,8%, siendo igualmente muy afectado pero llevando a cabo el seguimiento y control de los casos con una definición y manejo adecuado de los cercos epidemiológicos (**Gráfico 2**)<sup>(5, 8)</sup>.

## Conclusión

En conclusión, el tristemente célebre desempeño del Ecuador en la gestión de la pandemia del COVID-19 a ojos de la

## Referencias

- Burki T. COVID-19 in Latin America. *Lancet Infect Dis*. 2020 May;20(5):547-548. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30303-0.
- Rodríguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, et al. COVID-19 in Latin America: The implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis*. 2020 Feb 29;35:101613. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101613.
- Caicedo-Ochoa Y, Rebellón-Sánchez DE, Peñaloza-Rallón M, Cortés-Motta HF, Méndez-Fandiño YR. Effective Reproductive Number estimation for initial stage of COVID-19 pandemic in Latin American Countries. *Int J Infect Dis*. 2020 Jun;95:316-318. doi: 10.1016/j.ijid.2020.04.069.
- Dmytraczenko T, Almeida G. *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean*. World Bank – OPS – OMS; Washington CD – EEUU; 2015.
- Sacoto F, Torres I. Coronavirus in Ecuador: the pandemic highlights the need for a future independent comisión to informe science-based decisions. *Thing Global Health*; 15 Abril 2020.
- Frenk J, Gómez-Dantés O. Health Systems in Latin America: The Search for Universal Health Coverage. *Arch Med Res*. 2018 Feb;49(2):79-83. doi: 10.1016/j.arcmed.2018.06.002.
- Stutt R, Retkutte R, Bradley M, Gilligan C, Colvin J. A Modelling Framework to Assess the Likely Effectiveness of Facemasks in Combination with "lock-down" in Managing the COVID-19 Pandemic. *The Royal Society Publishing*; A 476; 2020. <http://doi.org/10.1098/rspa.2020.0376>
- Torres I, Sacoto F, López-Cevallos D. Ecuador Response to the Coronavirus Pandemic. *Cambridge Core Blog*; Abril 2020.