

EL ESCENARIO DE COVID-19 EN AMÉRICA LATINA

LO QUE SE SABE, LO QUE SE PROYECTA

Bolivia, Ecuador, El Salvador, Honduras

Autores: Marco Vernooij - Fundación de Waal Internacional. Revisión de: Sebastian Salgado – Fundación de Waal Internacional, Elmer Vega – Fundación de Waal Bolivia, Leonel López – Fundación de Waal El Salvador.

CONTENIDO

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. ECONOMÍA Y POBREZA**
- 3. LA SITUACIÓN ACTUAL DEL COVID-19 EN NUESTROS PAÍSES**
- 4. ABCD DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL**

1. INTRODUCCIÓN

La crisis del COVID-19 ha generado impactos negativos en todos el mundo, pero la región mas golpeado ha sido América Latina. Ahora a un año y medio después del inicio de la pandemia los primeros cifras de sus efectos están siendo publicados. Durante el 2020 había salid además algunas proyección. Esta información es importante para saber la dimensión de los efectos económicos, sociales y de salud y como traduce esto en los indicadores relevante para la Fundacion de Waal. En este documento se recoge las evidencias y proyecciones que han sido publicados hasta este momento y se tome en cuenta la economía y pobreza, la situación del COVID-19, los indicadores relacionas al ABCD PreNatal y los ODS.

2. ECONOMÍA Y POBREZA

2.1 del crecimiento económico

La pandemia ha tenido un efecto drástico en la económica de la región, que por si ya estaba bajo presión tanto económicamente como políticamente. La CEPAL (2021) proyecta una reducción del producto interno bruto (PIB) del 7,7% en América Latina, lo que significaría una reducción del PIB per cápita regional del 8,5%. Esto significa un retroceso a niveles similares a los registrados a mediados de la década de 2000 y afecta tambien los niveles de pobreza y desigualdad. Se espera que la producción total (PIB) no alcance el nivel anterior a la crisis hasta el año 2023 (United Nations, 2021) y los ingresos por capaita pueden demorarse aun mas en llegar a los niveles pre-pandemia. Para los países en los que tiene presencia la FdW las cifras son como se indica en la tabla 1.

Tabla 1: Cifras de crecimiento económico del 2020 y Proyecciones para el 2021

Crecimiento economico		
	2020	2021
Bolivia	-8	5,1
Ecuador	-9	1
El Salvador	-8,6	3,5
Honduras	-8	4,5

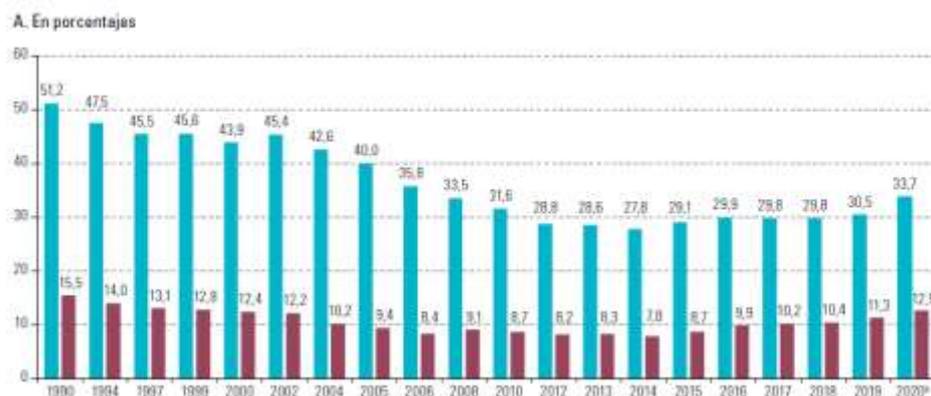
Fuente: CEPAL, 2021

2.2 Pobreza

Después de dos décadas de reducción, las cifras de pobreza y pobreza extrema han crecido paulatinamente los últimos diez años en ALC llegando a 33,7% (pobreza) y 12,5% (Pobreza extrema) de la población total.

El año pasado, a raíz de la crisis, hubo un crecimiento adicional de 3,2% (pobreza) y 1,2% (pobreza extrema), representando a 209 millones de personas pobres y 78 millones de personas en situación de extrema pobreza (CEPAL, 2021). Los porcentajes de pobreza son ahora similares a los años 2006-2008 y los de la extrema pobreza a de los años de 1999-2000.

Gráfico 1: La evolución de la pobreza y extrema pobreza en ALC



Fuente: CEPAL, 2021

La situación de los países en los que tiene presencia la FDW se puede ver en la siguiente tabla 2.

Tabla 2: Porcentajes de pobreza y extrema pobreza en 2014, 2019 y 2020

	2014		2019		2020		Tazas de variación			
	Pobreza	Pobreza extrema	Pobreza	Pobreza extrema	Pobreza	Pobreza extrema	Pobreza		Pobreza extrema	
							2014 a 2019	2019 a 2020	2014 a 2019	2019 a 2020
Bolivia	33,7%	14,9%	31,1%	12,1%	38,3%	15,9%	-2,6%	7,2%	2,8%	-3,8%
Ecuador	23,4%	5,9%	25,7%	7,6%	33,6%	12,9%	2,3%	7,9%	-1,7%	-5,3%
El Salvador	44,5%	11,7%	30,4%	5,6%	37,2%	8,9%	-14,1%	6,8%	6,1%	-3,3%
Honduras	55,3%	19,2%	52,3%	20,0%	58,6%	26,1%	-3,0%	6,3%	-0,8%	-6,1%

Fuente: CEPAL, 2021

En el 2020 los países donde la FDW tiene presencia vieron un incremento de sus cifras de pobreza de entre 6,3% a 7,9% y de la extrema pobreza de 3,3% a 6,1%. Es muy notorio la variación desfavorable en el último año comparando con los 5 años anteriores. Todos los países, menos Ecuador, lograron mejorar las cifras de pobreza de 2014 a 2019 y todos los países, menos El Salvador, están peor en el 2020 comparado con el año 2014. En número de personas en situación de pobreza se muestra en la tabla de abajo.

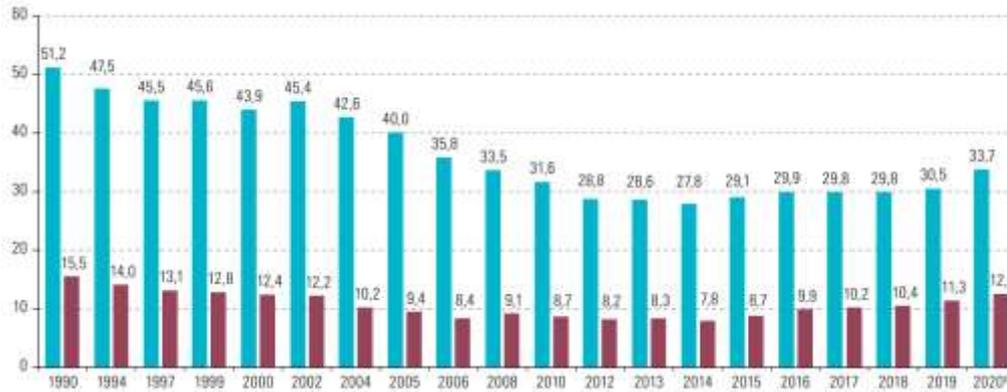
Tabla 3: Número de personas en en situación de Porcentajes de pobreza y extrema pobreza en 2014, 2019 y 2020

	Población total	personas en situación de pobreza			Personas en situación de pobreza extrema		
		2019	2020	aumento	2019	2020	aumento
		Bolivia	11.600.000	3.607.600	4.442.800	835.200	1.403.600
Ecuador	17.300.000	4.446.100	5.812.800	1.366.700	1.314.800	2.231.700	916.900
El Salvador	6.450.000	1.960.800	2.399.400	438.600	361.200	574.050	212.850
Honduras	9.700.000	5.073.100	5.684.200	611.100	1.940.000	2.531.700	591.700
Total	45.050.000	15.087.600	18.339.200	3.251.600	5.019.600	7.181.850	2.162.250

Fuente: Elaboración propia en base a CEPAL 2021

En los países en donde trabajamos como FdW, los cuales representan el 8% del total de la población de ALC, el número de pobres aumentó con 3,3 millones y la cantidad de personas en situación de extrema pobreza con 2,1 millones.

Gráfica 2: Porcentaje de personas en situación de pobreza y pobreza extrema, 1990-2020



CEPAL, 2021

Por lo que la población infantil suele estar estar sobre representada en las cifras de pobreza y estar más ausentes en los programas de asistencia social, los efectos de estos incrementos llegarán posiblemente con mas fuerza a este grupo poblacional. Se estima que la población infantil en situación de pobreza monetaria de América Latina se incrementa en un 7,6% afectando al 51,3% de esta población en el año 2020 (United Nations, 2020). Esto es 17,5% mas que el promedio de 33,7% para la población total. Datos actuales por país no hemos encontrado, pero datos de la década 2000-2021 que la incidencia de pobreza infantil extrema para (CEPAL-UNICEF, 2010): Bolivia 48,6%, Ecuador 20,4%, El Salvador 39%, Honduras 29,2%, Perú 38%.

3. LA SITUACIÓN ACTUAL DEL COVID-19 EN LOS PAÍSES EN LOS QUE TENEMOS PRESENCIA

3.1 Casos y muertes confirmados

La tabla 4 muestra los casos y muertes confirmados según datos de la Universidad de John Hopkins a 8 Junio 2021. Es notorio la diferencia en los países en sur América y centro América tanto en números absolutos como los casos y muertes por 100.000 habitantes.

Tabla 4: Casos y muertes confirmados

País	Casos Confirmados	Muertes	Casos por 100k hab.	Muertes/100k hab.
Ecuador	402.060	19.242	2.324	111
Bolivia	318.610	13.228	2.747	114
Honduras	220.185	5.958	2.270	61
El Salvador	70.380	2.158	1.091	33

Fuente : John Hopkins University (Junio, 2021)¹

3.2 Proyecciones y muertes en exceso

El IHME (Instituto por las métricas de salud), entre otras, da cifras de proyecciones hasta septiembre. Nuevamente se puede ver un diferencia entre sur y centro América. Los que también es alarmante es la diferencia entre muertes confirmados en junio y la proyección para septiembre en Bolivia (por 5,8) y Ecuador (por 5,4). Estas proyecciones recién han sido ajustados hacia arriba por el IHME fuertemente.

Tabla 5: Proyección de contagios y muertes a septiembre 2021

	Contagio diario ene-may		Pico mas reciente	Muertes Proyectadas (a sep 2021)	
		por 100.000			por 100.000
Ecuador	14.000 - 30.000	80-173	18.4.2021 30.000	104.674	605
Bolivia	7.500 – 24.000	64-206	26.6.2021 28.000	76.637	661
Honduras	7.243 - 14.840	74--152	28.4.2021 14.840	12.509	129
El Salvador	795-2.346	12 -- 36	1.1.2021 2.346	3.168	49

Fuente: IHME (June, 2021)²

La OPS (2021) indica que ´desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 13 de abril de 2021, fueron notificadas 191.900 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 1.102 defunciones (0,57%) en 23 países y territorios para los cuales se dispone de información´. Para los países donde esta la Fundación de Waal y algunas otras de los estos números son como en la tabla 6.

Tabla 6: Mujeres embarazadas contagiadas y fallecidas

País	# Embarazadas positivas	# Embarazadas fallecidas	Tasa letalidad (%)
Bolivia	1764	31	1,76
Brasil	5381	289	5,37

¹ <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

² IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation, <https://covid19.healthdata.org/global?view=total-deaths&tab=trend>.

Ecuador	2145	29	1,35
El Salvador	272	9	3,31
Honduras	28	nd	nd
México	15329	331	2,16
Perú	46524	114	0,25

Fuente: OPS 2021

3.2.1 Muertes en exceso

Un indicador que se usa para medir el impacto de la pandemia es comparar las personas fallecidas durante 2020 con el número de personas que fallecen en una situación 'normal' sin contar con los efectos de la pandemia. Esto indica tanto las muertes por COVID-19 como de otras causas. Esta medición proporciona una medida más completa y precisa en comparación con lo reportado por muertes confirmadas por COVID-19 únicamente.

Estimaciones preliminares de la OMS (WHO, 2021a) sugieren que el número total de "muertes en exceso" globales atribuibles directa e indirectamente al COVID-19 en 2020 asciende al menos a 3 millones. En una lista publicada por The Economist³ con datos sobre el número de muertes en exceso aparece Perú en el primer lugar con 503 por 100.000 habitantes seguido por Bulgaria y México. En la misma lista Ecuador está en el puesto 7, Bolivia en el puesto 12, El Salvador en el puesto 32. También es notorio el número de muertes adicionales por causas no directamente atribuidas al COVID-19.

Se estima que el efecto indirecto de la pandemia en los servicios y en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia es mayor que el de las muertes directas por COVID-19 (Castro, 2020). Para la FdW no solamente es importante tomar en cuenta las muertes, sino los efectos secundarios en enfermedades y deficiencias en los niños/as por nacer o durante la primera infancia. Éstos suelen ser una multiplicación de las muertes.

Tabla 7: Estimación de muertes en exceso

Puesto 1 a 82	País	Periodo	COVID muertes	Total de muertes adicionales	por 100.000 Habitantes
1	Perú	Mar 29th-May 1st 2021	62.110	164.980	503
3	México	Mar 29th-Mar 27th 2021	201.600	445.690	354
7	Ecuador	Feb 29th-Apr 29th 2021	18.630	54.880	319
12	Bolivia	Mar 31st-Feb 27th 2021	11.640	28.720	251
19	Brasil	Feb 29th-Apr 29th 2021	403.780	428.880	204
31	Colombia	Apr 5th-Apr 10th 2021	65.850	75.250	149
32	El Salvador	May 31st-Aug 30th 2020	670	8.770	137

Fuente: Elaboración propia en base a información de The Economist (2021)

En muchos meses las muertes en exceso han estado sobre el 100% y en ocasiones sobre el 200%, es decir que son meses donde había el doble o triple de personas fallecidos que en una situación normal o prepandemia.

³ <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker>

4. ABCD DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL

Desde un punto de vista programático, la pandemia tiene su efecto en áreas relevantes para el trabajo de la FDW. La OPS/CLAP ha indicado que datos oficiales saldrán recién a inicios del próximo año, sin embargo ya están saliendo los primeros estudios de los impactos de la pandemia. Durante el 2020 han salido proyecciones de varias organizaciones e investigadores que son útiles para formar una idea de cómo está afectando la pandemia a la salud materno-infantil. A continuación, presentamos algunos de estos resultados y su proyección en relación a nuestro ABCD Pre- y Posnatal e indicadores de nuestro marco lógico (ML).

A. Alimentarse bien

La Seguridad Alimentaria ha reducido por las interrupciones en las cadenas alimenticias y los mercados, dificultando el acceso (físico) a alimentos, reducción del ingreso familiar, reducción en cantidad-calidad de las dietas y la no asistencia a los colegios.

Se espera que todos los indicadores de malnutrición se vean afectados negativamente en los países de renta baja y media, es decir: la Desnutrición, la Emaciación y el Sobre peso además que el retraso en el crecimiento intrauterino, el Bajo peso al nacer, la Anemia y la Anemia en las mujeres embarazadas (Development Initiatives, 2020, UNICEF-WHO-WB, 2021). Además, la desnutrición aumenta también el riesgo de muerte por enfermedades infecciosas (Castro, 2020).

Por el momento solo se ha indicado un incremento del porcentaje de niños/as con emaciación de 10% a 50% en un metaanálisis en el 2020 (Robertson et al., 2020).

Indicadores de la FDW relacionados

- Incremento de mujeres que durante su último embarazo consumen micronutrientes (hierro, ácido fólico, calcio) (A)
- Incremento en la valoración nutricional de las mujeres embarazadas en los controles prenatales en áreas de trabajo de mediadores/as. (A)
- Incremento en la valoración nutricional de hombres y mujeres preconcepcional. (A)

Datos disponibles

La suspensión de muchos servicios de salud (ver la B) durante por lo menos los primeros tres meses de la pandemia también ha disminuido las valoraciones nutricionales antes y durante el embarazo y por ende también la provisión de suplementos nutricionales o apoyos específicos con dietas nutricionales.

B. Buscar Atención médica

Está claro que la atención médica se ha visto afectada tanto en la demanda como en la oferta, sobre todo durante los primeros meses de la pandemia y ahora cuando los países están implementando los esquemas de vacunación. Castro (2020) indica que 'alrededor del 70% de la varianza entre los países en la razón de mortalidad materna y en la tasa de mortalidad en menores de 5 años se explica por el índice de cobertura servicio de salud SRMNN⁵'. Por su efecto directo, de los mensajes clave del ABCD Pre- Posnatal, es el que ha recibido más atención en informes e investigaciones siendo la fuente además de algunas proyecciones sobre lo que implica la reducción de la asistencia médica para los indicadores principales de la salud materno-infantil y los ODS.

⁵ Salud reproductiva, materna, neonatal y de la niñez (SRMNN)

Se ha indicado las siguientes razones que han afectado la demanda-oferta (Chmielewska *et al.*, 2021, Castro, 2020, Robertson *et al.*, 2020):

- Medidas estrictas de cuarentena han dificultado el acceso a los centros de salud;
- El miedo a contagiarse ha hecho que personas hayan disminuido sus visitas a los centros de salud;
- La redirección de recursos y mano de obra para la respuesta al COVID-19 ha resultado en una reducción de la oferta de servicios esenciales;
- El desbordamiento de los sistemas de salud por la cantidad de personas con síntomas que buscan atención.

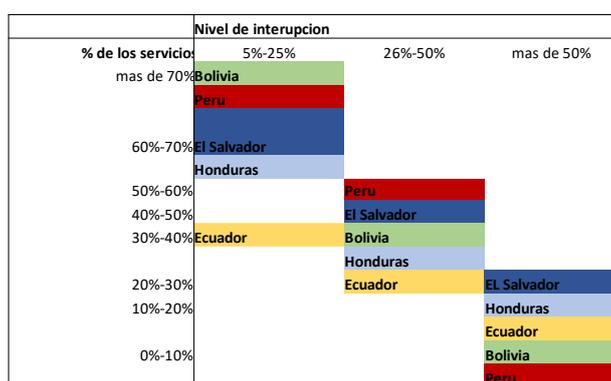
Datos y estimaciones

UNFPA (2021) indica que en el 2020 habían serias complicaciones en acceder a los servicios de salud de por lo menos 3,6 meses. La segunda “Encuesta de pulso” de la OMS (WHO, 2021b) con datos de 135 países de marzo de 2021 destacó las interrupciones persistentes a una escala considerable durante un año después del inicio de la pandemia, aunque hay variaciones grandes entre los países. El informe indica:

- El 94% de los países participantes informaron de interrupciones en al menos un servicio de salud esencial;
- El 34% de los países informaron de interrupciones en más de la mitad de los servicios (aproximadamente el 9% de los países informaron interrupciones en el 75-100% de los servicios y el 25% informaron interrupciones en el 50-74% de los países);
- El 29% de los países informaron interrupciones en el 25-49% de los servicios;
- El 32% informó interrupciones en menos del 25% de los servicios;
- Solo el 6% de los países no informaron interrupciones del servicio.

Para los países en los que la FdW tiene presencia la situación general se puede ver en la gráfica.

Gráfica 4: Estimaciones del % de la interrupción de los servicios de salud.



Fuente: WHO, 2021b

La OMS indica las siguientes cifras en reducción de suspensión de servicios de salud (en porcentaje de países):

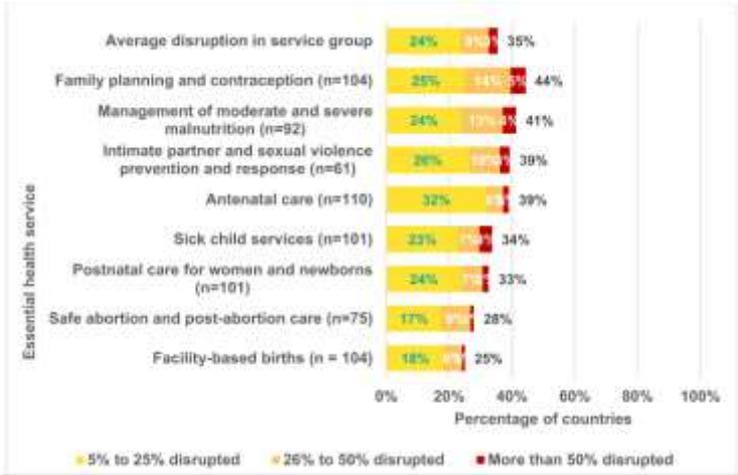
Servicios suspendidos	% de países
Inmunización rutinaria y servicios periféricos	70
Servicios prestados en centros	60
Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles	69
Planificación familiar y la anticoncepción	68
Tratamiento de los trastornos de la salud mental	61

Diagnóstico y tratamiento del paludismo	46
Detección y tratamiento de los casos de tuberculosis	42
Salas de emergencia que funcionan las 24 horas del día	22
Reducción de la asistencia de pacientes a los servicios ambulatorios debido a la menor demanda	76
Impacto en los servicios críticos de reducción de daños	65
Intervenciones de emergencia	35

Fuente: Fundación De Waal, 2021.

En el caso específico de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente y de nutrición el informe indica que, en promedio, el 35% de los países informaron interrupciones. Los servicios con mayor interrupción fueron los servicios de planificación familiar y el manejo de la desnutrición. (OMS, 2021b).

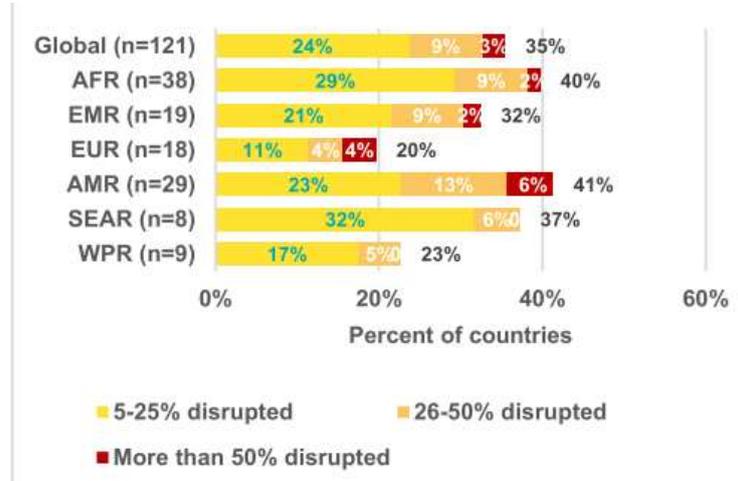
Gráfica 5: Interrupción de los servicios de salud materno-infantil en el mundo.



Fuente: WHO, 2021

Es notorio además que ALC es la región con más interrupción en los servicios de salud materno infantil, superando al África y teniendo además el mayor porcentaje de servicios afectados en más de 50%.

Gráfica 6: Comparación entre los diferentes regiones del mundo de la interrupción de los servicios de salud materno-infantil.



Fuente: WHO, 2021

En la región Latino Americana solo se ha mantenido acceso a todos los servicios de salud materno infantil en Cuba, Costa Rica y Uruguay. Los servicios menos afectados (<10%) son los de atención obstétrica de emergencia (para atender partos, abortos y otras complicaciones). Otros servicios relevantes como los servicios de atención prenatal, obstétrica y postnatal, del recién nacido, de vacunación, de seguimiento al niño sano, de atención a víctimas de violencia, de salud sexual y reproductiva (incluyendo la anticoncepción), de tratamiento de enfermedades infecciosas y crónicas y los programas de nutrición se han suspendido o limitado el acceso en mayor o menor medida en la mayoría de los países. (Castro, 2020).

Castro (2020) da las siguientes indicaciones de la reducción del servicio de salud en nuestros países (ver también anexo 1). Información de Honduras, El Salvador y Perú es limitada, pero se puede esperar porcentajes similares.

Tabla 9: % de disrupción por tipo de servicio de salud en Bolivia, Ecuador y El Salvador

Servicio	% de disminución
Anticoncepción	Bolivia 25-50% Ecuador 50-75%
Atención obstétrica de emergencia	< 10%
Atención prenatal	Bolivia 10-25% Ecuador 25-50%
Atención esencial del recién nacido	Bolivia 25-50% Ecuador 25-50%
Apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho.	Bolivia 25-50% Ecuador 25-50%
Programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada	El Salvador 10-25% Bolivia 25-50% Ecuador 25-50%
Detección temprana y tratamiento de la desnutrición crónica y aguda grave	Bolivia 10-25%
Suplementación con vitamina A	Bolivia 25-50% Ecuador 25-50%
Programas de nutrición para niños que van a la escuela y para niños y niñas adolescentes	Ecuador 25-50% Bolivia 75-100%
Servicios de salud mental	Bolivia 25-50%

Fuente: Castro, 2020

Indicadores de la FDW relacionados

- % de las parajes que asistan a una consulta preconcepcional (B)
- % de las mujeres que con asistencia a controles prenatales recomendados. (B)
- Incremento de las mujeres captadas tempranamente (antes de los tres meses) para su primer control prenatal. (B)
- % de mujeres que realizan una evaluación psicológica antes o durante el embarazo (B, D).

Datos disponibles

El acceso a todos los servicios de salud menos los de emergencia obstétrica se han disminuido.

Anticoncepción: 25% a 75% en 68% de los países.

Atención prenatal: 10% a 50%.

C. Cuidarse de las Agresiones

Aunque no hay muchos datos de impacto disponibles relacionados a las agresiones al bebé se puede resaltar varios aspectos relevantes.

Agresiones ambientales por infección de la madre

- Se debe indicar el impacto que puede tener la infección por COVID-19 en el bebé recién nacido y por nacer y sus posibles afectaciones a corto, mediano y largo plazo. Es una afectación nueva que no habíamos contemplado. Según el conocimiento actual no es muy probable que el virus afecte directamente el bebé por nacer, sin embargo pueden haber sufrimiento fetal cuando la madre se enferme con gravedad y tener fiebre y complicaciones respiratorias o cuando existe condiciones de salud secundarias preexistentes. Estas patologías sí pueden causar malformaciones congénitas y otras deficiencias (Fundación De Waal, 2021b)
- En el momento de la llegada de COVID-19 la región ALC ya estaba combatiendo otros problemas sanitarios severas como la fiebre de chikungunya en 2013, una epidemia grave de dengue de 2019 (aún continua), una epidemia de Zika en 2016 y brotes de sarampión en 2019 (Fundación De Waal, 2021). Esta situación, en que la población y los sistemas de salud tienen que enfrentarse simultáneamente a varias epidemias, es llamada sindemia por los científicos. Los efectos a los bebés por nacer son aún inciertos.
- Hay una reducción en el tratamiento de Malaria y otras infecciones de entre 25 a 50% por lo que se puede esperar un incremento de los casos y mayor afectación para el bebé por nacer.
- Se puede resaltar un posible aumento de las ITS por las dificultades de acceso a los servicios de salud sexual reproductiva y aumento de violencia sexual.

Agresiones por factores biológicos propios de la madre

- Nuevamente podemos hacer referencia a las complicaciones de acceso a los servicios de salud para el tratamiento de las condiciones biológicas propias de la madre.
- Puede haber problemas en la salud de la madre y del bebé por nacer en la no detección de complicaciones durante el embarazo y emergencias obstétricas.
- Si se espera que aumente el sobre peso gracias a la falta de ejercicio físico.

Agresiones ambientales por factores químicos y físicos

- En este grupo de agresiones se pueden notar unos de las pocas ventajas de la pandemia en relación a una mejora de la contaminación del aire. Por el reducido desplazamiento y reducción de actividades económicas la contaminación del aire se ha disminuido, responsable por 7 millones de muertes anuales.
- La desesperación por la no existencia de un protocolo de tratamiento específico o vacuna ha probablemente aumentado la automedicación de la mujer embarazada. De estos medicamentos no se sabe la teratogenicidad en el bebé por nacer. Además conllevan en muchos casos a que las personas retrasen la búsqueda oportuna de atención.

Agresiones ambientales por causas socioculturales

- Proyecciones indican un aumento de un 20% de la violencia. Se estimaba: 15 millones más de casos de violencia infligida por la pareja en un periodo de confinamiento medio de 3 meses; 31 millones por 6 meses de confinamiento; 45 millones por 9 meses; y 61 millones si el periodo de confinamiento medio llegara al año (UNFPA, 2020, Todas las Mujeres, Todos los Niños mundo, 2020).
- Se ha indicado también un aumento del uso de alcohol y otras drogas. No hay datos sobre el aumento su uso en mujeres embarazadas.

- En algunas regiones la pandemia se ha combinado con problemas climatológicas (Centro América) y el desplazamiento por migración (venezolana hacia sur américa y de centro americanos hacia EE.UU).

Agresiones emocionales y programación fetal

- Una de las mayores afectaciones secundarias de la pandemia está en el deterioro de la salud mental. Hay indicación de que entre 35% a 60% de las personas siente angustia. Varios estudios han indicado un aumento de la depresión posparto y ansiedad materna. Se comprobó además puntuaciones medias de la Escala de depresión posnatal de Edimburgo más altas (Chmielewska et al., 2021).
- Aunque se demostró de manera constante que la ansiedad materna aumentaba durante la pandemia, los proveedores de atención médica de todo el mundo han informado una reducción de este tipo de asistencia (Chmielewska et al., 2021).
- En relación a cambios epigenéticos y programación fetal se puede indicar que el COVID-19 incrementa la prevalencia de ciertas patologías obstétricas como partos prematuros, abortos, mortinatos y cuando la madre esté con una patología pulmonar severa una pérdida del bienestar fetal intraparto y restricción de crecimiento fetal (Hernández-Rojas y Canache, 2020). De igual manera puede afectar la inseguridad alimentaria y la malnutrición así como el aumento de los niveles de estrés en la madre. Estos procesos mórbidos pueden activar mecanismos epigenéticos que se expresen fenotípicamente más tarde en la vida del individuo (Avila et al., 2020, Lampl, 2017).

Indicadores de la FDW relacionados

- Incremento de prueba para determinar el grupo sanguíneo y factor Rh en mujeres embarazadas en áreas de trabajo de mediadores/as. (C)
- Incremento de mujeres que durante su último embarazo evita el consumo de alcohol, cigarrillo, y drogas (automedicación) en áreas de trabajo de mediadores/as. (C)
- Incremento de pruebas para VIH y sífilis en mujeres embarazadas en áreas de trabajo de mediadores/as. (C)

Datos disponibles

Con respecto a la pruebas se puede hacer referencia a la reducción del acceso a los servicios de salud: en 49% de países el servicio de pruebas ha estado limitado de 5% a > 50%.
Sobre el consumo de alcohol y drogas de mujeres embarazadas no hay datos.

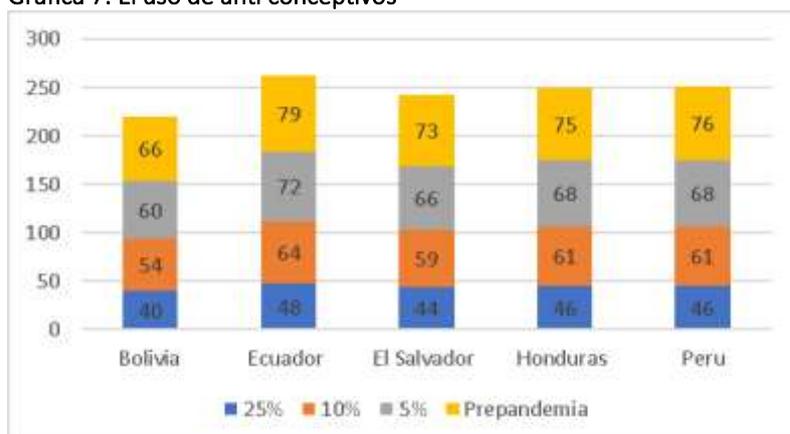
D. Dar Amor

Planificación del Embarazo

Antes de la pandemia en nuestros países entre 66% y 79% de las mujeres que querían evitar quedar embarazadas utilizaban métodos anticonceptivos modernos. A pesar de eso la tasa de embarazo no intencionados es lo más alta del mundo y se lo estimaba en 63% de un total de 17 millones de embarazos (Castro, 2021, Sully, 2020). El resultado de estos embarazos no planificados puede ser un nacimiento (56%), un aborto inducido (29%), aborto espontáneo (14%) o un mortinato (0,48%) (Sully, 2020).

Castro (2021) estima, con una disminución del uso de los servicios sexuales reproductivos con 5%, 10% o 25% resulta en una reducción del uso de anticonceptivos.

Gráfica 7: El uso de anti conceptivos



Fuente: Casto 2020

Al inicio de la pandemia UNFPA (2020) estimaba el aumento de embarazos no planificados en el mundo en 7 millones y el Instituto Guttmacher ubicaba esta proyección en 15,4 millones basado en un aumento de 48,5 millones de mujeres con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos (Riley et al., 2020). En marzo 2021 UNFPA bajó esta estimación a entre 500.000 y a 2,7 millones de embarazos no planificados adicionales en 115 países de renta media y baja. Se basa este ajuste sobre todo en un tiempo menor de dificultades de acceso a los servicios de salud sexual reproductiva en 3,6 meses en vez de 6 meses o 12 meses. Según esta proyección, entre 4,1 y 23 millones de mujeres han tenido dificultad de satisfacer su necesidad de anticonceptivos modernos. Debemos tener en cuenta sin embargo que en nuestra región las dificultades de acceso a los servicios de salud sexual estarán probablemente sobre los 3,6 meses.

No hay datos (aun) sobre el apego precoz y la lactancia materna pero se ha visto que el personal médico ha fomentado, sin razones clínicas, la separación entre la madre y el recién nacido y la alimentación con sucedáneos, en vez de promocionar el apego y la lactancia materna (Castro, 2020).

Indicadores de la FDW relacionados:

- Incremento de parejas que planifican el embarazo en áreas de trabajo de mediadores/as. (B,D)
- % de las parejas que asistan a una consulta preconcepcional (B)
- % de bebés que después de nacer quedan con sus padres dentro de los primer dos horas de vida (D)
- % de los bebés que reciben lactancia materna durante los dos primeros años de vida (A,D).

Datos disponibles

- Estimaciones del aumento de embarazos no planificados entre 0,5 y 15,4 millones a nivel mundial.
- Reducción del uso de anticonceptivo nuestros países de 66% -79% de las mujeres a 50%-72% .
- Disrupción del servilón de planificación familiar en 44% de los países.
- SD apego,, pero se reporta aumento de separación por miedo al contagio
- SD Lactancia, pero se reporta confusión sobre la posibilidad de contagio además que violación del código de comercialización de sustitutos.

E. Impacto

Con respecto al resultado de los embarazos se puede indicar las siguientes conclusiones o proyecciones:

- Hay incremento significativo de las muertes maternas, mortinatos y neonatos, además de un incremento de embarazos ectópicos, especialmente en países de ingreso bajo y medio (Chmielewska *et al.*, 2021). Esto puede estar vinculado con la reducción de partos institucionales y la falta de controles prenatales.
- Hay un incremento de la prematuridad en países de ingreso bajo y medio (Chmielewska *et al.*, 2021). Puede estar vinculado con retraso en la búsqueda de atención al comienzo del embarazo.

Estimaciones de muertes maternas, neonatales y los ODS

Estimaciones realizadas al inicio de la pandemia con datos de todos los países del mundo de ingreso bajo y medio, incluyendo 34 países y territorios de América Latina y el Caribe, indican que una reducción de (solo) el 10% del uso de servicios de salud sexual y reproductiva podría significar los siguientes casos adicionales (Riley *et al.*, 2020):

- 1,7 millones de mujeres con complicaciones obstétricas;
- 2,59 millones de recién nacidos experimentando complicaciones mayores;
- 28.000 muertes maternas;
- 168.000 muertes neonatales adicionales.

UNICEF (en Brundtland and Sy, 2020) estima 1,2 Millones de muertes infantiles y 56.700 muertes maternas adicionales. Robertson (2020), con datos de 118 países, que incluye 23 de América Latina y el Caribe, y el instrumento 'Lives Saved Tool' (LiST), calculó efectos de una disminución del acceso a servicios esenciales para la salud materno infantil en los siguientes tres escenarios.

Tabla 10: Estimación de muertes maternas e infantiles según diferentes porcentajes de destrucción de los servicios de salud materno-infantil

	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3
Desnutrición aguda	10%	20%	50%
Planificación familiar	9,8%	18,8%	39,3%
Atención prenatal	18,5%	26,9%	51,9%
Atención al parto	14,3%	23,1%	49,4%
Atención posparto	18,5%	26,9%	51,9%
Vacunas infantiles tempranas	18,5%	26,9%	51,9%
Prevención de la primera infancia 14 · 3%	14,4%	22,8%	42,3%
Curativo infantil temprano	14,3%	23,1%	49,4%
Muertes maternas adicionales	12.200	21.600	56.700
<i>Aumento muertes maternas en % por 6 meses de restricción</i>	4,2%	7,3%	19,3%
Muertes infantiles adicionales	253.500	447.200	1.157.000
<i>Aumento muertes infantiles en % por 6 meses de restricción</i>	4,9%	8,6%	22,3%

El cumplimiento de los derechos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos pone en peligro muchos de los avances logrados en reducción de la mortalidad materna e infantil prevenible y la salud de los adolescentes (Todas Las Mujeres Todos los Niños, 2020).

La siguiente tabla indica lo que está en juego para nuestros países con estimaciones de una reducción de 5%, 10% y 25% del acceso a los servicios de salud. Anteriormente hemos visto que para nuestra región las cifras están probablemente más cercano al escenario del 25% que del 5%. En el tercer escenario solo Ecuador cumpliría la meta de 25/1.000nv muertes infantiles.

Tabla 11: Posible efecto en el cumplimiento de los ODS

	Meta: 77				Meta: 12				Meta:25			
	Muertes Maternas				Muertes Neonatales				Muertes Infantiles			
	Prepand	5%	10%	25%	Prepand	5%	10%	25%	Prepand	5%	10%	25%
Bolivia	137	150	178	260	17	18	22	32	26	28	31	40
Ecuador	60	70	91	163	7	9	11	20	14	15	17	24
El Salvador	46	56	76	142	6	7	9	17	14	15	19	29
Honduras	63	77	103	202	8	9	13	25	18	20	24	36
Peru	87	106	152	299	11	13	19	36	14	16	18	25

Fuente: Elaboración propia en base a Castro 2020

Estimaciones en el retraso del desarrollo

Con estas cifras de pobreza y la desnutrición⁶ se puede estimar el posible efecto de la pandemia en el número de /as niñas y niños de hasta cinco años que podrían tener problemas en su desarrollo cognitivo-emocional. Tomando en cuenta solamente el aumento de la extrema pobreza en nuestros países al menos 1,1 millones (26%) de niños y niñas están en peligro de no alcanzar todo su potencial. Estos es un aumento de aproximadamente 100.600 niños/as o 9% en relación al año 2019.

Esta cifra incrementará aún más porque las cifras de desnutrición no se han podido tomar en cuenta aún. También se pueden argumentar que niños y niñas en situación de pobreza tiene factores que impiden su desarrollo además que deficiencias nutricionales, stress de los cuidadores, inadecuado cuidado y estimulación oportuna (Grantham-McGregor et al., 2007) y múltiples factores prenatales, durante el parto y la fase neonatal.

⁶ Este método se ha aplicado en Black et al., (2017).

Anexo 1: Impacto de la respuesta a la pandemia en los sistemas de salud y en el acceso a la atención

Impacto en los servicios de salud marzo a mayo 2020 (Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud)			
	Bolivia	Ecuador	El Salvador
< 10%	Atención obstétrica de emergencia, atención clínica para víctimas de violencia de género, tratamiento para enfermedades no transmisibles, otra atención de emergencia.	Atención obstétrica de emergencia y otra atención de emergencia.	
10-25%	Atención prenatal, obstétrica, postnatal, detección temprana y tratamiento de la desnutrición crónica y aguda grave		10-25% Programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada.
25-50%	Atención esencial del recién nacido, inmunización, consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones), anticoncepción, tratamiento para el VIH, tuberculosis, malaria, servicios de salud mental, psicosocial y adicciones, programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada, suplementación con vitamina A, profilaxis antiparasitaria, apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho.	Atención prenatal, obstétrica, postnatal, esencial del recién nacido, inmunización, consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones), otros servicios de salud comunitaria, programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada, suplementación con vitamina A, profilaxis antiparasitaria, programas de nutrición para niños que van a la escuela, apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho.	
50-75%	Fortificación con micronutrientes múltiples en polvo	Anticoncepción (servicios de salud sexual y reproductiva).	
50-75%	75-100% Programas de nutrición para niños que van a la escuela y para niños y niñas adolescentes		

Castro, 2020

Información adicional (Castro, 2020):

Bolivia
Marzo: Etapa inicial de la pandemia (12 de marzo).
Mayo: Impacto en la atención en general y en los programas de prevención de la enfermedad. Disminución de la suplementación con micronutrientes y vitamina A por la prioridad a la respuesta a la COVID-19. Suspensión de las clases y consiguiente suspensión de la alimentación complementaria y de los desayunos en las escuelas. Falta de información completa de la situación por la dispersión rural de la población.
Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud:
< 10%: Atención obstétrica de emergencia, atención clínica para víctimas de violencia de género, tratamiento para enfermedades no transmisibles, otra atención de emergencia.
10-25%: Atención prenatal, obstétrica, postnatal, detección temprana y tratamiento de la desnutrición crónica y aguda grave
25-50%: Atención esencial del recién nacido, inmunización, consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones), anticoncepción, tratamiento para el VIH, tuberculosis, malaria, servicios de salud mental, psicosocial y adicciones, programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada, suplementación con vitamina A, profilaxis antiparasitaria, apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho.
50-75%: Fortificación con micronutrientes múltiples en polvo
75-100%: Programas de nutrición para niños que van a la escuela y para niños y niñas adolescentes
Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.
Ecuador
Marzo: Presión adicional en un sistema de atención debilitado por las medidas de austeridad implementadas unos meses antes de la pandemia, con particular afectación al personal de salud. Temor de la capacidad del sector salud para responder a otras condiciones de salud y a aportar una atención integral. Suspensión de los centros infantiles y educativos para evitar infecciones, pero con la consiguiente sobrecarga de las mujeres para atender a los niños en el hogar.
Mayo: Impacto en los servicios de inmunización, de atención prenatal y postnatal, de atención pediátrica y nutricional, de la protección y promoción de la lactancia. Falta de información pública disponible del Ministerio de Salud. Violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna relacionada con la respuesta a la pandemia.
Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud (0% indica que no hay impacto):
0% Servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud.
< 10% Atención obstétrica de emergencia y otra atención de emergencia.
25-50% Atención prenatal, obstétrica, postnatal, esencial del recién nacido, inmunización, consultas preventivas para niños o adultos (monitoreo del desarrollo, visitas de rutina, vacunaciones), otros servicios de salud comunitaria, programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada, suplementación con vitamina A, profilaxis antiparasitaria, programas de nutrición para niños que van a la escuela, apoyo nutricional para mujeres embarazadas y que dan el pecho.
50-75% Anticoncepción (servicios de salud sexual y reproductiva).
Abril: Se mantienen: transferencias monetarias.
Abril: Se introducen nuevas medidas: bonos alimentarios en especie.
Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.
El Salvador
Limitación de los agentes de salud comunitaria para realizar visitas a los hogares, incluyendo para inmunización. Continuación de los servicios de inmunización en los centros de atención primaria. Falta de acceso a información sobre la discontinuación de los servicios de salud. Cambio de la distribución de la alimentación escolar a la alimentación en los hogares. Violación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna relacionada con la respuesta a la pandemia.
Porcentaje de disminución de la oferta de servicios de salud:
10-25% Programas de protección y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria adecuada.
Abril: Se mantienen: transferencias monetarias.
Abril: Se amplían: bonos alimentarios en especie.
Se ha perdido el seguimiento de mujeres embarazadas y niños en los servicios de salud, lo cual conlleva a la falta de continuidad de la atención de embarazadas con VIH, sífilis u otras infecciones de transmisión sexual y a la verificación de la adherencia al tratamiento, así como el monitoreo del desarrollo infantil temprano y los programas de inmunización. La limitación en el acceso a las visitas domiciliarias ha reducido el alcance de las acciones comunitarias.

Honduras
Marzo: Falta de impacto en la atención en salud. Primeros decesos, todos con diagnóstico tardío. Discriminación hacia personas con COVID-19.
Mayo: Disminución de todos los servicios de salud debido a la falta de demanda de atención por el aislamiento. Impacto en las reuniones comunitarias de monitoreo de los niños menores de 2 años. Dificultad agravada por la epidemia de dengue existente antes de la pandemia y con gran afectación en la población menor de 15 años.
Abril: Se mantienen programas de alimentación escolar y transferencias monetarias.
Abril: Se introducen nuevas medidas: bonos alimentarios en especie.
Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.
El sistema de salud está colapsado. La población teme acudir a los centros de salud por el riesgo de contagiarse y quienes acuden a la emergencia tienen dificultad en recibir atención por la sobrecarga de los servicios de salud. Los insumos se han priorizado para la respuesta a la pandemia en detrimento de los necesarios para la atención prepandémica. El sistema de salud tiene poca capacidad para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis y se ha dificultado el acceso a las pruebas de VIH y sífilis. El costo de los métodos anticonceptivos es una barrera de acceso. Las medidas de distanciamiento establecidas y el temor a contagiarse de COVID-19 limita la demanda de vacunas por parte de la población y las actividades comunitarias del servicio de inmunización por parte del personal de salud. A pesar de que los establecimientos de salud están abiertos, los servicios de inmunización de algunos establecimientos están cerrados porque, con la falta de dotación de equipo de protección personal al personal vacunador, existe renuencia del personal a vacunar o porque no se ha podido sustituir al personal vacunador mayor de 60 años o que no tiene transporte particular para movilizarse al establecimiento.
Perú
Marzo: Cancelación de la atención ambulatoria (inmunización, prenatal, obstétrica, anticoncepción, pediátrica, de adultos, de nutrición), de actividades de promoción de la salud y de visitas a domicilio (por ejemplo, para administrar vacunas contra el meningococo a personas mayores de 60 años en zonas periurbanas de Lima por falta de equipo personal de protección). Mantenimiento de los servicios de emergencia. Mantenimiento de los servicios de respuesta a la violencia familiar y de género, con una línea específica para la violencia contra los niños, con campaña de comunicación para alertar a la población sobre esos servicios.
Mayo: Suspensión parcial de los servicios de vacunación.

Bibliografía

- Avila, D., Avila-stagg, F., Cardona, A., Garrido, J., Karchmer, S., & Mardones, F. (2020). Implicación epigenética en la población asintomática COVID-19 positivo. *COVID-19: Obstetricia y Perinatología*, 23–27.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
- Brundtland, H. E. G. H., & Sy, E. A. (2020). *A World in Disorder*. <https://doi.org/10.21552/cclr/2018/2/11>
- Castro, A. (2020). Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe. *PNUD America Latina y El Caribe*, 19, 1–30. https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/library/crisis_prevention_and_recovery/desafios-de-la-pandemia-de-covid-19-en-la-salud-de-la-mujer--de-.html
- CEPAL-UNICEF. (2010). Pobreza infantil en América Latina y el Caribe. *Cepal/Unicef Tacro*, 208.
- CEPAL. (2021). *El Panorama Social de América Latina: 2020*. <https://doi.org/10.2307/j.ctv550d07.6>
- Chmielewska, B., Barrett, I., Townsend, R., Kalafat, E., van der Meulen, J., Gurol-Urganci, I., O'Brien, P., Morris, E., Draycott, T., Thangaratinam, S., Le Doare, K., Ladhani, S., von Dadelszen, P., Magee, L., & Khalil, A. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Lancet GH, NEEDS FULL*(21), 1–14. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00079-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00079-6)
- Development Initiatives. (2020). *Informe de la Nutrición Mundial, Medidas en materia de equidad para poner fin a la malnutrición*. <https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/>
- Fundación De Waal. (2021a). Algunos principios básicos de epidemiología, virus similares y el SARS-CoV-2. In *In: Curso Internacional en Prevención y Promoción de la Salud Materno Infantil y estrategias de salida a la pandemia por COVID-19* (2nd ed.).
- Fundación De Waal. (2021b). El COVID-19 y el embarazo. In *In: Curso Internacional en Prevención y Promoción de la Salud Materno Infantil y estrategias de salida a la pandemia por COVID-19* (2nd ed.).
- Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., & Strupp, B. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369(9555), 60–70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
- Hernández-rojas, D. P. E., & Canache, L. (2020). Covid-19 y la programación fetal. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 80(April), 70–78.
- Lampl, M. (2017). *Fetal life is important for the rest of your life*. Erasmus University: Lof Der Geneeskunst 2017. https://channel.royalcast.com/erasmusmcwebcast/#!/erasmusmcwebcast/20171006_1
- OPS. (2021). *Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus Tabla de Contenido*.
- 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. <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2020/04/estimates-potential-impact-covid-19-pandemic-sexual-and-reproductive-health>

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)

Sully, E. (2020). *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1363/2020.31593>

Todas Las Mujeres Todos los Niños. (2020). *Proteger el Progreso*.

UNFPA. (2021). *Impact of COVID-19 on Family Planning : What we know one year into the pandemic* (Issue April 2020).

UNICEF WHO WB. (2021). *Levels and trends in child malnutrition. Key findings of the 2021 edition*. <https://doi.org/10.18356/6ef1e09a-en>

United Nations. (2020). The impacts of COVID-19 on children. In *Policy Brief*.

<https://doi.org/10.1111/apa.15484>

United Nations. (2021). *World Economic Situation & Prospects: Report 2021*.

<https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/world-economic-situation-and-prospects-2019/>

WHO. (2021a). *COVID-19 responsible for at least 3 million excess deaths in 2020*.

<https://www.who.int/news-room/spotlight/the-impact-of-covid-19-on-global-health-goals>

WHO. (2021b). *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021* (Issue April).