Imprimir

En la última edición de la revista Lancet (Sept. 26, 2020)[i], Richard Horton, su Editor Jefe, señala:
A medida que el mundo se acerca a 1 millón de muertes por COVID-19, debemos enfrentar el hecho de que estamos adoptando un enfoque demasiado estrecho para manejar esta situación epidémica del nuevo coronavirus. Hemos visto la causa de esta crisis como una enfermedad infecciosa. Todas nuestras intervenciones se han centrado en recortar líneas de transmisión viral, controlando así la propagación del patógeno. La "ciencia" que ha guiado a los gobiernos ha sido impulsada principalmente por modeladores de epidemias y especialistas en enfermedades infecciosas, que comprensiblemente enmarcan la actual emergencia sanitaria en términos de peste centenaria.

Pero lo que hemos aprendido hasta ahora nos dice que la historia de COVID-19 no es tan simple. Hay dos categorías de enfermedades que interactúan en las poblaciones: infección por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) y una serie de enfermedades no transmisibles (ENT). Estas condiciones se están agrupando dentro de los grupos sociales de acuerdo con patrones de desigualdad profundamente arraigados en nuestras sociedades. La agregación de estas enfermedades en un contexto de disparidad social y económica agrava el efecto adverso.

La noción de sindemia fue concebida por primera vez por Merrill Singer, un antropólogo médico estadounidense, en la década de 1990. Escribiendo en The Lancet en 2017, junto con Emily Mendenhall y sus colegas, Singer argumentó que un enfoque sindémico revela interacciones biológicas y sociales que son importantes para el pronóstico, el tratamiento y la política de salud. Limitar el daño causado por el SARS-CoV-2 exigirá mucha más atención a las ENT y la desigualdad socioeconómica de lo que se ha admitido hasta ahora. Una sindemia no es simplemente una comorbilidad. Las sindemias se caracterizan por interacciones biológicas y sociales entre condiciones y estados, interacciones que aumentan la susceptibilidad de una persona a sufrir daños o empeoran sus resultados de salud. En el caso de COVID-19, atacar las ENT será un requisito previo para una contención exitosa.

Para los mil millones de personas más pobres del mundo en la actualidad, las ENT representan más de un tercio de su carga de morbilidad. La Comisión describió cómo la disponibilidad de intervenciones asequibles y rentables durante la próxima década podría evitar, casi 5 millones de muertes entre las personas más pobres del mundo. Y eso sin considerar los riesgos reducidos de morir por COVID-19.

Según el Editorial de Marzo de 2017 de la misma revista[ii], el término Sindemia describe un marco conceptual para comprender enfermedades o condiciones de salud que surgen en las poblaciones y que se ven agravados por los factores sociales, económicos, medio ambiental y político en el que una población está sumergido. Una epidemia sindémica o sinérgica es más que agrupamiento de morbilidades o un sinónimo de comorbilidad. El sello distintivo de una sindemia es la presencia de dos o más estados patológicos que interactúan adversamente con unos a otros, afectando negativamente el curso mutuo de cada trayectoria de la enfermedad, aumentando la vulnerabilidad, y agravada por las desigualdades sociales.

Y agrega esta semana el editor jefe de Lancet:

La consecuencia más importante de ver a COVID-19 como una sindemia es subrayar sus orígenes sociales. La vulnerabilidad de los ciudadanos mayores; Comunidades étnicas negras, asiáticas y minoritarias; y los trabajadores clave a quienes comúnmente se les paga mal y con menos protecciones sociales apuntan a una verdad hasta ahora apenas reconocida, a saber, que no importa cuán efectivo sea un tratamiento o una vacuna protectora, la búsqueda de una solución puramente biomédica para COVID-19 fracasará. A menos que los gobiernos diseñen políticas y programas para revertir las profundas disparidades, nuestras sociedades nunca estarán verdaderamente seguras contra el COVID-19. Como escribieron Singer y sus colegas en 2017, "Un enfoque sindémico proporciona una orientación muy diferente a la medicina clínica y la salud pública al mostrar cómo un enfoque integrado para comprender y tratar enfermedades puede ser mucho más exitoso que simplemente controlar la enfermedad epidémica o tratar a pacientes individuales. " Agregaría una ventaja más. Nuestras sociedades necesitan esperanza. La crisis económica que avanza hacia nosotros no se resolverá con un fármaco ni con una

vacuna. Se necesita nada menos que un avivamiento nacional. Acercarse a COVID-19 como una sindemia invitará a una visión más amplia, que abarque la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación y el medio ambiente. Ver COVID-19 solo como una pandemia excluye un prospecto tan amplio pero necesario.

Y es que la pandemia, aunque se trate en principio de un fenómeno de origen biológico, afecta diferencialmente a cada nación, según la organización política, económica y social que encuentre establecida, es decir su construcción histórica, así como en función de la estructura de protección social que haya consolidado la misma sociedad, para enfrentar tanto este como los demás riesgos biológicos o sociales.

Nuestra situación de inequidad social

Después de treinta años largos de aplicación de las políticas económicas neoliberales, Colombia ostenta uno de los índices de Gini más altos del mundo. Según cifras del Banco Mundial, nuestro país ocupa en 2020 el cuarto lugar en desigualdad de ingreso en el mundo, entre 267 países, sólo superado por Brasil en Sudamérica. Adicionalmente, Naciones Unidas (2017), informa que el índice de Gini de propiedad de la tierra alcanza 0,89, pues el 82% de la tierra productiva de Colombia está en manos del 10% de los propietarios, mientras que los campesinos solo acceden al 4,8% de la tierra. Estas cifras convierten a Colombia en uno de los países más inequitativos en la distribución de la tierra en América Latina, la región más desigual del mundo también en este ámbito.

Según el informe final de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública al Gobierno, de diciembre del 2017, “La política fiscal en Colombia, tanto por el lado de los ingresos, como del gasto, no contribuye lo suficiente a reducir la pobreza y a mejorar la distribución del ingreso”. El mismo documento resalta la casi nula contribución que la política fiscal tiene sobre la distribución del ingreso en Colombia. Ello contrasta con lo que sucede en la mayoría de los países de la OECD, en los que el coeficiente Gini se reduce significativamente por cuenta de la política fiscal. En general, en América Latina, el efecto progresivo de la política fiscal es menor, pero en algunos países como Brasil y Chile se observa un mayor impacto,

mientras que en Colombia el efecto es prácticamente nulo.

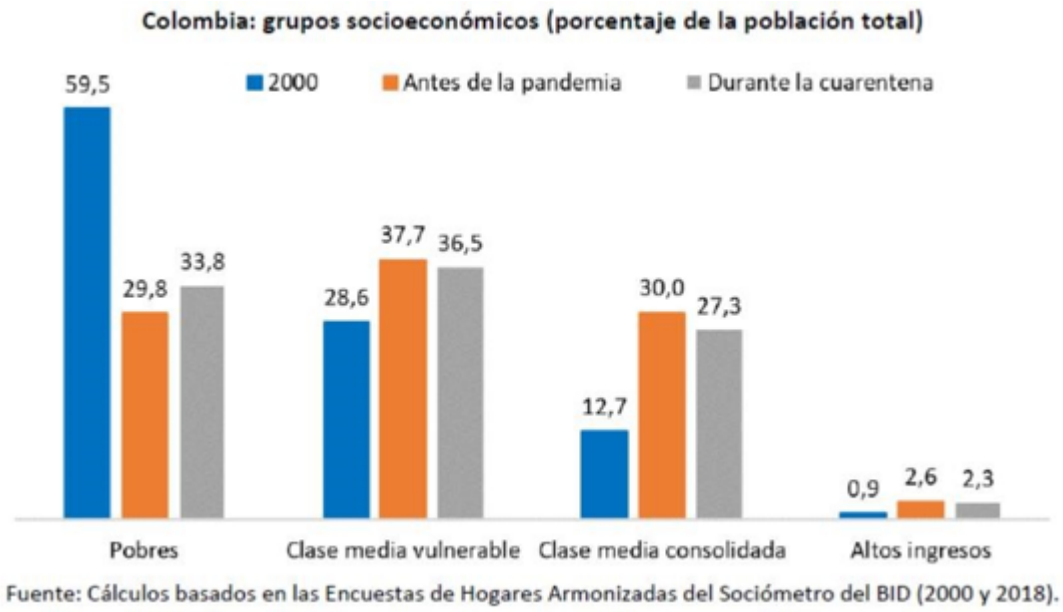
Al finalizar el primer semestre del año 2020, momento aún crítico de la expansión del SARS Cov-2 en nuestro país, todos los comentaristas económicos, incluidos los del mismo Gobierno, anunciaban que se produciría, como consecuencia de la pandemia y las medidas para controlarla, una caída importante del PIB, un aumento significativo de la población desempleada y un incremento aún más preocupante de la pobreza que, según estimativo del Banco Interamericano de Desarrollo, pasaría del 29,8% al 59,5%, recién dado a conocer. (BID 2020)[iii]

Por supuesto, tal magnitud de empobrecimiento de la población implicará una completa revisión y transformación del Sistema de Protección Social. El documento del BID estima la reducción de la "clase media consolidada" del 30 al 12,7% y de la "clase media vulnerable", el 37.7 al 28.6%. Finalmente la población de altos ingresos se reducirá de un 2.6% al 0,9%. En la categoría de vulnerable, el Departamento Nacional de Estadística ubicaba a 19.254.801 personas, de las cuales 8.812.119 se registran como ocupados. El DANE definía este grupo social para 2018 como el formado por aquellas familias que reportaban ingresos per cápita del hogar diarios entre la línea de pobreza extrema de 117.605 pesos mes (US$1,34 dólares o 3.34 dólares PPA) y hasta US$4 dólares o 10 dólares PPA diarios[1].

La categoría de "vulnerable" puesta de moda dos décadas atrás, fue asignada por los entes gubernamentales a aquella población que, habiendo salido de la pobreza, aún estaba en la posibilidad de caer nuevamente en ella ante choques globales o idiosincráticos. Sin embargo, la categoría acabó definida operativamente por unos límites de ingreso, que identifican un grupo poblacional un poco mayor que el correspondiente a la categoría de pobreza no extrema, pues aunque conserva el mismo límite inferior, eleva el límite superior de US$7.3 dólares PPA a 10 dólares PPA per cápita diarios. De cualquier manera sería mejor definir esta población en estado de precariedad, pues su salida de la pobreza fue sobre una cuerda floja, de la que caerían por cualquier contingencia, global o idiosincrática, dado que, también por su trabajo precario, nunca accedieron a una seguridad social que garantizara la continuidad y estabilidad del ingreso familiar (incapacidad, invalidez, vejez, muerte, desempleo), de los que

si goza la clase media consolidada, y dada también la imposibilidad real, con tan limitados ingresos, de acumular activos que les sirvan de colchón en las crisis.

Lo que éste informe del BID señala gráficamente (gráfica) es que aproximadamente un 15% de la población bajará en la escalera social de la clase media consolidada hacia la clase "media vulnerable" y que cerca de un 24% de la clase "media vulnerable" caerá efectivamente de nuevo en la pobreza. La población por debajo de la clase media consolidada aumentará en consecuencia de quince a treinta millones, en números redondos.



Nuestra situación en algunas de las enfermedades no transmisibles

(Algunos apartes de ASIS Colombia 2018)[iv]

Entre 2005 y 2017 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en Colombia tanto para hombres como para mujeres. Para el último año, las enfermedades isquémicas del corazón produjeron el 53,3% (38.618) de las muertes dentro del grupo, exhibiendo tasas ajustadas de mortalidad oscilantes entre 78,89 y 80,07 muertes

por cada 100.000 habitantes. En segundo lugar, las enfermedades cerebrovasculares provocaron el 21,1% (15.260) de las muertes.

Las enfermedades hipertensivas fueron la tercera causa de mortalidad dentro del grupo de enfermedades del sistema circulatorio, aportando el 12,2% (8.841) de las muertes y mostrando una tendencia similar entre sexos.

De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo, en Colombia, entre 1 julio de 2016 y 30 de junio del 2017 había un total 3.776.893 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con hipertensión arterial por los servicios de salud, para una prevalencia calculada en servicios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado de 7,7 personas por cada 100 afiliado. La tendencia se mostró al incremento de 252.448 personas con HTA en comparación con el periodo anterior, al pasar de 5,1 en 2013 a 7,7 en 2017, con prevalencias en servicios de salud más alta en las mujeres (61,6%) que en los hombres (38,3%); la brecha entre sexos alcanzó la mayor diferencia relativa de 1,61 para 2017.

Durante 2015 y 2017 periodo la prevalencia en servicios de salud de hipertensión afiliadas se incrementó en un 16%, pasando de 7,5 a 8,7 mujeres por cada 100 afiliados; mientras tanto, en los hombres aumentó en un 20,8%, trasladándose de 5,3 a 6,4 hombres por cada 100 afiliados, a través del tiempo se mantiene la brecha de por sexos, a favor de las mujeres.

Según el Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, la diabetes mellitus pasó al puesto 6 como causa de muerte más frecuente después de haber estado en el puesto 11 en 1990, se estima que 34,18 (IC95% 33,48 – 34,91) muertes por cada cien mil personas por esta causa.

De acuerdo también a las estimaciones del Estudio de Carga Global de la Enfermedad de 2017, Colombia pasó al lugar 6 como causa de muerte en 2017 más frecuente después de haber estado en la posición 7 en 2007, con una tasa de mortalidad de 28,98 por cada 100.000 (IC95% 26,39 -31,91), una diferencia del 32,4% entre 2007 y 2017. En términos de

muertes prematuras el incremento fue del 46,38% entre 2007 y 2017, que pasó de la posición 11 en 2007 al lugar 7 en 2017.

En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2015 es un 13,3% mayor que en 2010 al pasar 16,5 a 18,7 casos por cada 100 personas, asimismo, en 2010 fue un 20% mayor que en 2005, pasando de 13,70 a 16,50 casos por cada 100 personas. En 2015, la población con obesidad es un 55,7% mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (14,4%), con una diferencia absoluta de 8,0 mujeres obesas más por cada 100 personas; un 18,1% mayor en el área urbana (19,5%) que en la rural (15,9%), con una diferencia absoluta de 3,5 obesos más por cada 100 personas; un 34,8% mayor entre las personas que se reconocen como afros comparado con el grupo de los otros, para una diferencia absoluta de 8,0 obesos más; y es un 21,5% mayor en el quintil medio de riqueza (20,5%) con respecto al quintil más bajo de riqueza (16,8%), para una diferencia absoluta de 3,6 personas obesas más.

Cabe señalar, que la medición de la obesidad abdominal predice el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas en la población adulta en Colombia, la cual presentó 56,5% de exceso de peso, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia -ENSIN 2015.

Afortunada o desafortunadamente, la crisis que trae el virus consigo despliega un lente muy poderoso, que muestra con toda claridad e incluso magnifica las desigualdades ocultas de la sociedad. La razón es que, tanto la mortalidad que causa la pandemia, como la crisis económica ocasionada por la necesidad de contenerla, afectan de manera tan desigual a los distintos estratos sociales, como la diferencias en el ingreso, la educación, la calidad de la vivienda, el trabajo, la protección social o los servicios de salud; en conjunto, esta crisis hace resaltar dramáticamente la enorme desigualdad que caracteriza nuestra organización social.

Por las razones que señala el editor de The Lancet, Colombia (la nación número 29 en términos de población), asciende rápidamente a los peores lugares en esa especie de marcador o ranking mundial de la pandemia, y hoy ocupa el quinto lugar del mundo en casos

totales y está a punto de entrar en el top-10 en muertes totales. Sin embargo, es también el cuarto, en número de casos por millón de habitantes, entre los países con más de 30 millones de habitantes, después de Perú, Brasil y Estados Unidos, y el octavo en muertes por millón de habitantes en este mismo grupo. Lo que se hereda no se hurta.

Y por esas mismas razones, la pandemia efectivamente se convierte en sindemia y el pico epidémico acabará disolviéndose en un problema endémico de mal pronóstico y sin pronta solución, problema de salud que, para poder enfrentarlo a mediano y largo plazo, no será suficiente la aproximación al mismo como enfermedad infecciosa (en virtud de la cual unos países intentan controlar efectivamente la transmisión viral, y otros se limitan a frenarla un poco y paliar los picos de la crisis con camas de cuidados intensivos). El problema tiene mucho más fondo, tanto en términos de nuestra organización social, como en términos de la verdadera salud pública, tal como sucede con nuestra violencia endémica (resiliente, diría algún tonto burócrata). Desde luego, no se resolverá delegando las responsabilidades en salud pública a hospitales y aseguradoras privadas, como tampoco se acabará la violencia únicamente con más ejército y policía, es decir únicamente mediante la mirada maniqueísta y punitiva. Ambos fenómenos requieren una aproximación mucho más amplia, para comprender sus causas y poder limitar sus efectos.

---

[1] El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un Nuevo País” utilizó para Colombia la línea de pobreza extrema como límite inferior y US$10 PPA como límite superior para identificar a la clase vulnerable. El Banco Mundial situaba la franja entre US$4 y $US10 PPA diarios, según cita el mismo documento.

[i] Horton, Richard. Covid 19 is not a pandemic. Offline, The Lancet. Vol 396 September 26, 2020. P. 874.

[ii] The Lancet. Editorial. Vol 389 March 4, 2017, p 881.

[iii] BID. 2020. Castilleja-Vargas, Liliana. *La clase media andina frente al shock del Covid-19*. Departamento de Países del Grupo Andino (CAN). Documento para discusión No. IDB.DP -00774. Junio de 2020.

[iv] Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2018

Félix León Martínez, Presidente de Fedesalud, Investigador Grupo de Protección Social FCE UNAL

Foto tomada de: ELTIEMPO.COM