

#EstáEnTusManos

COMUNICADO

Los pobres los más afectados por la Pandemia

Desde que el número de casos infectados por Coronavirus en Wuhan China empezó a incrementar de manera importante, la Organización Mundial de la Salud-OMS hizo un llamado a los países para prevenir la propagación del virus. Empezó por declarar una emergencia en salud el 26 de febrero de 2020, y declaró que la infección por COVID-19 era una pandemia el 11 de marzo de 2020. El aumento en la severidad de las declaraciones de la OMS estuvo siempre acompañado de recomendaciones que buscaban que países con sistemas de salud débiles implementaran estrategias para prevenir el contagio y mitigar los efectos del contagio de sus ciudadanos.

A pesar de las advertencias hechas por la OMS, el número de países con casos activos de COVID-19 aumentó de manera rápida luego de que se confirmaran casos en Italia, España y Estados Unidos. De hecho, el número ha aumentado de manera exponencial tardando 60 días en llegar a 100 mil, 14 días para alcanzar 200 mil, cuatro días adicionales para alcanzar 300 mil, cinco días más para lograr los 500 mil contagiados y tan solo seis días para alcanzar el millón de contagios.¹ En este momento el número de casos crece rápidamente y de manera exponencial y más de 200 países que tienen casos activos están implementando estrategias para contener el virus y disminuir el impacto del pico de la epidemia en el sistema de salud.

Los antecedentes más recientes de un fenómeno a nivel mundial de magnitudes similares son las pandemias por influenza/gripe H2N2 "Influenza Asiática de 1958", H3N2 "Influenza/gripe de Hong Kong de 1968" y la H1N1 llamada Influenza/gripe española de 1918 que cobraron millones de vidas, siendo la más grave la última cobrando 50 millones de vidas.² Estas pandemias afectaron en general población en periodos post primera guerra mundial niños y ancianos, y en condiciones donde no había antimicrobianos para infecciones bacterianas que eran concomitantes y no había vacunas. En ese orden de ideas, podemos ver que grupos de población vulnerables generalmente enfrentan los riesgos más altos de morbilidad en estas situaciones. Además del sufrimiento humano que provocan estas epidemias, generalmente hay consecuencias como pánico generalizado, alteraciones drásticas en formas de educarse, transporte, desorganización de la estructura social y económica.

Las pandemias a lo largo de la historia han traído consecuencias en indicadores en salud y económicos. Los países se han visto afectados no solo por la mortalidad y morbilidad que generan las pandemias, sino también por los efectos económicos y sociales que son el resultado de la pandemia y de las estrategias para controlar su crecimiento. La siguiente tabla presenta un resumen de las pérdidas económicas y de vidas humanas en las pandemias más importantes de la historia de la humanidad.³

Tabla 1. Pandemias y su impacto

Año de Inicio	Evento	Extensión geográfica	Morbimortalidad estimada	Impacto político, social y económico
1918	Influenza española	Global	20-100 millones de muertes (111-555 muertes por 10,000 personas)	Pérdidas de GDP en: 3% en Australia, 15% Canadá, 17% en Reino Unido, 11% en USA.
1957	Influenza Asiática	Global	0.7-1.5 millones de muertes (2.4-5.1 muertes por 10,000 personas)	Pérdidas de GDP en: 3% en Canadá, Japón y USA.
1968	Influenza de Hong Kong	Global	1 millón de muertes (2.8 muertes por 10,000 personas)	Costos indirectos y directos de US\$ 23- US\$26 billones.
1981	VIH	Global	Más de 70 millones de infectados. 36.7 millones de muertos.	2-4% Pérdidas de GDP
2003	SARS	4 continentes, 37 países	900 casos de infectados y 744 muertes aproximadamente.	Pérdidas de GDP de US\$4 billones en Hong Kong, US\$3 billones en China, US\$6 billones en Canadá, US\$ 5 billones en Singapur.
2009	Influenza aviar	Global	151,700-575,000 muertes (0.2-0.8 muertes por 10,000 personas).	Pérdidas de GDP de US\$ 1 billones en República de Corea.
2012	MERS	22 países	1879 casos, 659 muertes.	Pérdidas de GDP de US\$2 billones en República de Corea
2013	Ébola	10 países	28,646 casos, 11,323 muertes	Pérdidas de GDP de US\$2 billones en Guinea, Liberia y Sierra Leona
2015	Zika Virus	76 países	2656 casos de microcefalia y malformaciones del sistema nervioso central	Pérdidas de GDP de US\$18 billones en Latino América y el Caribe

Traducido y adaptado por: Andrea Ramírez Varela. Profesora de planta, Facultad de Medicina, Uniandes

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

2 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3291411/> <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/basics/past-pandemics.html>

3 Adaptada de Jamison, D. T., H. Gelband, S. Horton, P. Jha, R. Laxminarayan, C. N. Mock, and R. Nugent, editors. 2018. Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty. Disease Control Priorities (third edition), Volume 9. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-0527-1

En el caso de la pandemia de COVID 19, las medidas que han demostrado mayor efectividad son el aislamiento obligatorio de la población, en combinación con el aislamiento de adultos mayores, cierre de colegios y cancelación de cualquier evento en el cual se reúnan más de dos personas. En ese contexto, un gran número de países ha decidido cerrar colegios y universidades y moverse a educación virtual, también aumentar el teletrabajo y reducir la movilidad de la población, implementando cuarentenas obligatorias, lo cual significa que los hogares deben estar dentro de su vivienda por periodos de dos o más semanas. Aunque estas estrategias son efectivas en reducir la tasa de contagio, tienen consecuencias sociales y económicas importantes, especialmente en lugares donde las condiciones socioeconómicas de los ciudadanos son una de las principales barreras para poder adquirir bienes y servicios de la población.

De acuerdo con datos del Índice de Pobreza Multidimensional Global 23.2% de la población de 101 países de bajo y mediano ingreso, son multidimensionalmente pobres. De estos 570.4 millones no cuentan con acceso a una fuente de agua mejorada a menos de 30 minutos de distancia.⁴ Adicionalmente, existe un alto porcentaje de personas en pobreza multidimensional que habitan en viviendas con malas condiciones en la calidad de los materiales con las que fueron construidas y en donde algún miembro del hogar para el cual se tiene información en nutrición tiene bajo peso o algún niño menor de 5 años tiene bajo peso o baja talla para su edad. Estos hogares generalmente se encuentran en el área rural, tienen mayor número de miembros y viven en las regiones más pobres de los países.⁵

En el caso de Colombia, un país con altos niveles de inequidad (índice de Gini= 0.504) y en donde la distribución de servicios básicos es desigual entre regiones, estamos actualmente enfrentando el inicio de la epidemia. El primer caso fue identificado el 6 de marzo en Bogotá y desde ese día ha existido un aumento progresivo de casos. Aunque la distribución geográfica de los casos no ha mostrado nuevos casos en regiones remotas del país, se espera que en el momento cuando se dé el pico de la epidemia, existan casos en áreas remotas del país.

Aunque esto no es sorprendente, es importante considerar que, dada la distribución inequitativa de servicios de salud en el país y la existencia de diferentes barreras de acceso a servicios médicos en áreas rurales y apartadas del país, la llegada del virus a regiones apartadas podría ser muy desfavorable para esta población. De hecho, si se analizan las cifras de pobreza multidimensional del país se encuentra que 44.3% de la población en el área rural no cuenta con servicio de agua potable, de igual manera cuando se analizan los datos a nivel municipal, se encuentra que existen diferencias importantes entre regiones y que existen regiones en el país donde 73% de población no tienen agua potable. De igual manera, más del 20% de los hogares en regiones con altos niveles de pobreza multidimensional (Guainía y Vaupés) viven en hacinamiento crítico y más del 30% de los hogares en Vaupés viven en viviendas donde el material de los pisos y paredes no es apropiado. Con estas características, los hogares pobres no se pueden proteger con la estrategia más básica: lavado de manos, sino que también son vulnerables a las respuestas negativas de cualquier intervención para contener la epidemia, por ejemplo, el aislamiento físico.

Es importante considerar que en países con altos niveles de pobreza aspectos tan importantes como el lavado de manos o el cumplimiento adecuado de las medidas de aislamiento físico será más complicado de cumplir. Si en una vivienda en malas condiciones viven más de 5 personas, y no hay agua potable, o saneamiento y los materiales de la vivienda son inadecuados, las personas tendrán menos incentivos para estar en sus casas y para seguir las recomendaciones de cuidado de su salud. En el caso de Colombia, es importante recalcar que un alto porcentaje de los hogares pobres depende de la participación de los adultos en el mercado laboral informal. De hecho, más de 70% de la población vive en un hogar donde al menos una persona en edad productiva no está afiliado al sistema pensional, aspecto que puede estar asociado a ser un trabajador informal. Adicionalmente, son las personas que viven en hogares más vulnerables aquellas que por su ocupación deben desplazarse, utilizando en algunos casos el transporte público u otros medios de transporte (ejemplo bicicleta), sus ocupaciones no pueden ser adaptadas al teletrabajo y en algunas ocasiones no pueden cumplir con los mínimos requerimientos de distanciamiento social (al menos 2 metros entre cada persona), por lo cual este grupo presenta una mayor riesgo de ser contagiados y de contagiar a las personas a su alrededor.

De acuerdo con Google COVID Mobility Reports,⁶ en Colombia ha existido una reducción en la movilidad de las personas alrededor de parques en un 80%, de más del 65% alrededor de supermercados y droguerías, pero esta reducción no ha sido tan marcada en lugares de trabajo (-58%), reflejando que las personas continúan moviéndose principalmente por razones laborales. Adicionalmente, un estudio desarrollado por el Grupo de Modelamiento Colombia COVID19⁷ encontró que ha existido una reducción importante en el uso de Transmilenio. Sin embargo, las estaciones terminales y en el Sur de la ciudad continúan presentando altos niveles de flujo de personas, especialmente en horas pico (7 a 9 am y de 5 a 7 pm), que corresponden al inicio y fin de la jornada laboral. Adicionalmente, este flujo aumentado de personas se ve en las estaciones que se encuentran en los estratos más bajos (1, 2 y 3) de la ciudad de Bogotá.

En este contexto, el problema debe ser reconocido como multidimensional, no debe ser visto como algo individual, por lo cual las decisiones no deben recaer únicamente en el individuo o en los hogares (¿salir o no Salir?, ¿cuidar mi salud y la de mi familia o trabajar?). Al contrario, reconociendo que esta situación es el reflejo de un problema más profundo, los gobiernos nacionales y locales han empezado a implementar estrategias que buscan mitigar los impactos negativos de la epidemia y de las recomendaciones para reducir controlar el aumento en la tasa de contagio (por ejemplo: aislamiento obligatorio). Estos subsidios o transferencias monetarias o en especie son una de las respuestas más comunes dadas por los gobiernos en países de mediano y bajo ingreso. El uso de mecanismos de focalización utilizando mediciones de pobreza, que se basan en una perspectiva de ingreso y multidimensional han permitido a los gobiernos identificar aquellos hogares que enfrentan mayores niveles de vulnerabilidad, adicionalmente el uso de fuentes de datos como son el Censo 2018 y el SISBEN IV han permitido conocer las características propias de los hogares y poder saber en dónde están y más importante aún quienes son.

4 <https://ophi.org.uk/multidimensional-poverty-index/global-mpi-2019/>

5 www.ophi.org.uk

6 <https://www.google.com/covid19/mobility/>

7 <https://uniandes.edu.co/es/noticias/covid19-cambios-en-el-sistema-de-transporte-pueden-salvar-vidas>

En ese contexto también es importante preguntarse, ¿cómo podemos todos los individuos contribuir a que las acciones que ya se están implementado por los gobierno nacional y local sean efectivas para proteger a los más vulnerables?

En un país con altos niveles de inequidad, en donde existen personas en situaciones de pobreza tan severas como las que se observan en África Sub Sahariana y ciudades cuyo desarrollo se puede asemejar a una gran metrópoli, es importante recordar que la solución a problemas de salud tan graves como el que nos estamos enfrentando deben estar basados desde perspectivas económicas, sociales y de salud pública. En dichas decisiones se debe primar el bienestar social y la salud de la población, sin olvidar el bienestar individual y garantizar la cobertura de las necesidades básicas de los hogares. Esto se vuelve fundamental para lograr el control adecuado de la epidemia, y reducir los riesgos económicos y sociales que se tiene en los individuos y los hogares, al igual que en la economía del país.

Sin este tipo de soluciones “complejas”, las personas en mayor grado de pobreza y vulnerabilidad deberían enfrentar la decisión de seguir con las recomendaciones para evitar el contagio por COVID-19 o cubrir sus necesidades más básicas. Aunque, es importante considerar que la decisión no está entre la posibilidad de enfermarse o la necesidad de satisfacer las necesidades más básicas como comer. Este dilema va mucho más allá, los hogares con mayores niveles de pobreza y que por sus características son más vulnerables también a contagiarse, son aquellos que lamentablemente sufrirán las consecuencias más severas de la epidemia. Dadas las condiciones sociodemográficas y de salud de sus miembros, se tendrían más barreras de acceso a la salud y servicios de salud de alta complejidad y, menos recursos para enfrentar la enfermedad y con potenciales consecuencias graves como la muerte.

Este tipo de situaciones no solamente son un reto para el sistema de salud. Son situaciones en donde el modelo de mercado en que nos encontramos es puesto a prueba y muchas veces cuestionado y en donde aspectos como el proceso de consumo producción no funcionan y en donde el bienestar social y la salud de la población va más allá de los poderes del mercado.

Autores

Mónica Pinilla. Profesora de planta, Facultad de Medicina, Uniandes
Andrea Ramírez Varela. Profesora de planta, Facultad de Medicina, Uniandes
Catalina González. Directora de Internacionalización, Uniandes.