

Editorial

COVID-19: ¿ante qué estamos y qué podemos hacer para enfrentarle?

COVID-19. What are we dealing to and what can we do to cope it?

Gerardo Álvarez-Hernández

Universidad de Sonora. Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud.

Correspondencia: gerardo.alvarez@unison.mx

La emergencia del virus SARS-CoV-2 y la consecuente pandemia de COVID-19, han desafiado al mundo entero. La diseminación global del virus ha sido favorecida por la ocurrencia simultánea de una compleja red de factores de riesgo que sucede en diferentes niveles de la organización social, y ante la que tenemos poca resistencia, entre otras cosas por nuestros valores, normas y creencias que definen nuestros comportamientos, y de modo determinante, por la ausencia de un tratamiento eficaz, así como de estrategias preventivas específicas como la vacunación. Ese conjunto de determinantes ha provocado un impacto sanitario, económico y social sin precedente reciente. Todos los días aumenta el número de enfermos, los pacientes críticos que requieren hospitalización y el volumen de fallecimientos por la enfermedad, particularmente en poblaciones vulnerables.

Al día de hoy, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que a nivel global han ocurrido cerca de 33.5 millones de casos, y de ellos, 1 millón de personas murió.¹ El continente americano es uno de los más afectados, pues 1 de cada 2 casos que registra el mundo ocurre en la región, que además es la de mayor crecimiento en las últimas semanas. México no es ajeno a la pandemia, al 30 de septiembre, la Secretaría de Salud (SS) reconocía que 743,216 personas se habían enfermado de COVID-19 y de ellos, 77,646 fallecieron,² lo que indica una letalidad de 10.5%, una de las más altas registradas en el mundo. De hecho, México es el cuarto país con el mayor número de muertes por esta causa, y el doceavo por su tasa de mortalidad.³

En Sonora, la pandemia de COVID-19 sobrepasó las estimaciones iniciales de morbilidad y mortalidad, y claramente superó el comportamiento de la pandemia de influenza AH1N1 del año 2009, cuando en el estado se confirmaron 5,791 casos y 29 muertes. Mientras el SARS-CoV-2 provocó hasta el 30 de septiembre, 33,543 casos, de los que fallecieron 2,903 individuos para una letalidad de 8.7%.⁴ En este escenario, es fundamental reconocer que existe una distribución diferenciada del riesgo individual y poblacional, según el cual, si bien todos somos susceptibles a la infección, no todos somos igualmente vulnerables. COVID-19 nos ha mostrado una vez más, las profundas brechas de desigualdad social y sanitaria que existen entre los individuos, pues los que menos tienen sufren la mayor carga de incidencia y mortalidad, dado que incluso en países desarrollados, los sujetos que viven en vecindarios con desventaja social tienen 3 o 4 veces mayor tasa de infección que los más afluentes, esto obedece entre otras cosas al hacinamiento en sus hogares, al mayor contacto cercano con la gente (p. ej., en el transporte público, en sus sitios de trabajo), a un menor acceso a recursos educativos, y de forma importante, a que en ellos subyace una pobre salud física y hay una deficiencia crónica de nutrientes, que en general condiciona una mayor probabilidad de resultados fatales.⁵

Respecto a los motivos por los que la pandemia de COVID-19 en Sonora ha provocado una considerable carga de casos y defunciones, pueden ser diversos, pero es fundamental reconocer que nuestros estilos de vida juegan un papel preponderante en esta situación. No se trata únicamente de reconocer que Sonora tiene una mayor prevalencia de obesidad, diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial que la media nacional, sino de entender que estamos lejos de atender satisfactoriamente los diversos determinantes sociales y de atención sanitaria que subyacen a esos padecimientos y que obstaculizan las tareas de la atención médica. Las medidas de contingencia sanitaria de la epidemia del COVID-19 son una respuesta inmediata y positiva, pero insuficiente para enfrentar en el futuro próximo este tipo de epidemias. De hecho, si recordamos, el mismo perfil de riesgo (obesidad, diabetes y enfermedades del corazón) está presente en las personas con cuadros fatales de influenza. En un estudio preliminar que realizamos con los casos iniciales de COVID-19 en el estado, observamos que los pacientes con diabetes mellitus tuvieron 10 veces mayor riesgo de morir, y que los hipertensos tuvieron 7 veces más riesgo de un desenlace fatal.⁶

Tampoco debe menoscabarse el impacto que la enfermedad tiene en ciertas etapas biológicas, por ejemplo, en Sonora es muy claro que las personas mayores de 60 años enfrentan un riesgo elevado, hasta 6 veces mayor en la citada revisión y cuya letalidad es cercana a 30%, comparada con 3.9% en personas menores de 60 años. Las mujeres embarazadas también han sufrido su embate, pues 244 de ellas fueron confirmadas y lamentablemente, cuatro (1.6%) de ellas fueron muertes maternas. Es menos claro el efecto en la edad pediátrica, pero al menos en el estado, 604 menores de 15 años fueron infectados por el virus, sin que afortunadamente se registraran decesos, no obstante, aún es incierto si habrá cambios en la prevalencia de la infección una vez que los menores regresen a las escuelas o si se incrementarán las complicaciones médicas que se han observado en este grupo, como el síndrome inflamatorio multisistémico.⁷

Es claro que, a pesar de los vertiginosos avances de la ciencia, la política y la medicina, tras la emergencia del SARS-CoV-2 no hay aún el suficiente conocimiento para entender a cabalidad el comportamiento epidemiológico ni las manifestaciones clínicas del padecimiento. Y como señaló Richard Horton,⁸ “COVID-19 no es sólo una calamidad global ni una crisis de salud pública, es una crisis acerca de la vida misma”. Y como tal, las respuestas no únicamente conciernen al ámbito médico, sino a otros igualmente responsables como la economía, la sociología, la política, entre otros muchos campos de conocimiento y acción.

En este sentido, una imperiosa necesidad personal y colectiva es modificar nuestra percepción del riesgo, dirigirla prioritariamente a la conservación de la salud y extenderla más allá de determinantes biomédicos y conductuales, incorporando sistemáticamente los factores sociales que subyacen a la mayoría de los padecimientos. Además, es fundamental distinguir las dimensiones en que se aplica el concepto del riesgo, pues, por ejemplo, las recomendaciones de guardar distancia, usar cubrebocas y restringir nuestra movilidad han sido duramente cuestionadas porque se han sustentado en la percepción individual del riesgo, que descansa en la creencia de que las decisiones personales no afectan al resto. Pero es fundamental entender que esta percepción individual debe balancearse con el enfoque social del riesgo, es decir, cuestionarnos sobre qué libertades individuales deben cederse en pro de un bien colectivo, de modo que las decisiones personales aseguren el bienestar de los que nos rodean. En este mismo contexto, aunque algunas personas están dispuestas a asumir las consecuencias de sus propias decisiones, por ejemplo, contraer la infección si no usan cubrebocas, no tienen la voluntad de tomar el riesgo de que sus familiares se enfermen por entrar en contacto con personas que no usen cubrebocas. Ese desbalance entre el riesgo asumido contra el riesgo impuesto por otros, genera descontento social y reduce la eficacia de las medidas de contingencia sanitaria e, incluso, se avizora como un tema que surgirá con la deseada vacunación específica contra el SARS-CoV-2, pues una parte de la población no querrá asumir riesgos impuestos asociados a la vacuna.⁹

Para asegurar que las intervenciones de salud pública y médicas sean lo más eficaces, es necesario que replanteamos nuestra concepción individual y colectiva del riesgo, sólo de esa manera será

posible que mejore nuestro diseño de estrategias para mitigar los efectos futuros no únicamente de esta pandemia, sino de otros fenómenos epidémicos que actualmente son parcialmente abordados. Aunque la realidad actual nos indica que son algunos individuos y grupos de nuestra sociedad quienes sufren una desproporcionada carga de morbilidad y mortalidad por este virus.¹⁰

En tanto hay claridad respecto a COVID-19, los sistemas de salud deben trabajar intensamente para aliviar los estragos médicos y sanitarios de la enfermedad. Los políticos tienen una altísima responsabilidad social para garantizar una justa asignación de recursos de toda índole con el fin de proteger al personal de salud, capacitar a todos los involucrados en la atención de enfermos y fortalecer la infraestructura de atención médica y preventiva, todas ellas tareas impostergables. Estandarizar el conocimiento, aunque incompleto aún, del personal médico que atiende pacientes infectados y enfermos, constituye una estrategia central para mitigar los terribles efectos de la pandemia, pero de poco servirá sino se acompaña de una profunda reforma de la educación en salud de nuestras comunidades, en las que el empoderamiento, la corresponsabilidad y la solidaridad deben ser elementos transversales para garantizar que los más vulnerables adquieran las capacidades necesarias para resistir la exposición cotidiana que tendremos al virus en los próximos meses.

REFERENCIAS

- 1.- World Health Organization. Coronavirus Disease 19. Global Epidemiological Situation. Dashboard. [Internet]. [Consultada el 30 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>
- 2.- Secretaría de Salud. COVID-19 Tablero México- CONACYT. [Internet]. [Consultado el 30 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/datos/>
- 3.- Worldometer. Coronavirus Update Live. [Internet]. [Consultado el 30 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- 4.- Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. Universidad de Sonora. Análisis Geoespacial COVID-19. Mapas para el seguimiento de la COVID-19 en el estado de Sonora. Mapas, datos y estadísticas. [Internet]. [Consultado el 30 de septiembre de 2020]. <https://www.mat.uson.mx/coronavirus/mapas/>
- 5.- Burström B, Tao W. Social determinants of health and inequalities in COVID-19. *Eur J Public Health*. 2020; 30(4): 617-618. doi:10.1093/eurpub/ckaa095
- 6.- Álvarez-López DI, Espinoza-Molina MP, Cruz-Loustaunau ID, Álvarez-Hernández G. La diabetes e hipertensión arterial como factores de riesgo asociados con la letalidad por COVID-19 en Sonora, México, 2020. *Salud Pública Mex*. 2020; 62(5): 456-457.
- 7.- Levin M. Childhood multisystem inflammatory syndrome—a new challenge in the pandemic. *N Eng J Med*. 2020. 383:393-395doi:10.1056/NEJMe2023158
- 8.- Horton R. Offline: a global health crisis? No, something far worse. *Lancet*. 2020; 395(10234): 1410. doi:10.1016/S0140-6736(20)31017-5
- 9.- Bauchner H, Fontanarosa P. Thinking of risk in the era of COVID-19. *JAMA*. 2020; 324(2): 151-153. doi:10.1001/jama.2020.10242
- 10.- Schwalbe N, Lehtimäki S, Gutiérrez JP. COVID-19: rethinking risk. *Lancet Global Health*. 2020.vol 8: e974-e975 Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30276-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30276-X)