

## Editorial

# La enfermedad viral respiratoria de origen zoonótico que paralizó al mundo: 2020, un año de sindemia

La diseminación global de la infección por un virus animal, el SARS-CoV-2, que causa en las personas la enfermedad COVID-19 constituyó un desafío para los sistemas de vigilancia epidemiológica y de asistencia en salud (1). El año 2020 estuvo matizado por aciertos y desaciertos en términos del manejo de la enfermedad, la efectividad de las medidas adoptadas, la atención primaria de salud y el comportamiento ciudadano.

Aunque los medios de comunicación masiva y el público en general describieron la situación como una pandemia, en realidad se trató de una sindemia. El término, acuñado a mediados de la década de los años noventa del siglo XX por el antropólogo médico Merrill Singer, describe situaciones específicas, generalmente globales, en las cuales la enfermedad ocurre, pero donde los factores sociales y económicos actúan sinérgicamente para magnificar sus consecuencias (2,3).

La llegada del COVID-19 al país agudizó problemas existentes como el hambre, la pobreza, las brechas de género, la informalidad e inequidades abrumadoras históricas y persistentes (4). La cuarentena y los aislamientos incrementaron el desempleo, que pasó del 9,5 %, en diciembre de 2019, al 21,5 % en el mes de mayo de 2020, y finalizó el año en un valor cercano al 14 %. Las mu-

jeress fueron las más afectadas, pues, mientras la población ocupada cayó 2,7 % en el caso de los hombres, el de mujeres corresponde al 12,4 % entre octubre de 2019 y octubre de 2020 (5).

Las medidas de política pública que el Gobierno nacional diseñó y los centenares de instrumentos de política generados durante la emergencia sanitaria (leyes, decretos, resoluciones, acuerdos), para mitigar los efectos adversos de la pandemia y salvaguardar la vida de los colombianos, bajo la facultad extraordinaria gubernativa de la emergencia sanitaria para dar respuestas inmediatas, no lograron completamente su objetivo. De hecho, justamente en los territorios rurales aparecen con mayor fuerza las disonancias entre los instrumentos de política implementados por el Estado y la aplicación de estos en las zonas más dispersas del país.

Esta particular enfermedad, que cursa como sindemia, se pudo enfrentar mejor en los países donde las entidades gubernamentales departamentales y municipales tienen mayores facultades y recursos (6).

Con la financiación del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia (MinCiencias), un equipo de investigadores de la Universidad de La Salle

trabaja en entender los impactos de esta enfermedad, tanto desde la perspectiva epidemiológica como la socioeconómica, con el fin de sugerir alternativas para mitigar los impactos. En el diseño y ejecución de esta investigación el equipo de investigación ha considerado como premisa el compromiso de la Universidad de La Salle con la ruralidad (7) y ha centrado los estudios en comunidades rurales productoras de alimentos bajo la modalidad de estudios de caso.

De acuerdo con resultados preliminares de estas investigaciones, basadas en la percepción de los actores locales que pertenecen al sector agroalimentario en los territorios rurales, se observa un “divorcio” entre la implementación de las políticas públicas y la realidad de las comunidades en los territorios. Los instrumentos de política diseñados para mitigar los impactos de la pandemia y los mecanismos diseñados para adherirse a los beneficios que brinda el Estado en general no responden a las necesidades manifestadas por los actores locales o no son accesibles para las comunidades en territorios más dispersos, sea porque la información sobre la existencia de las políticas es nula o porque los mecanismos para obtener los beneficios constituyen una barrera para las personas, que, de forma histórica, han vivido con grandes dificultades en educación, acceso a internet, empleo, suministro de energía, agua potable y salud y educación, donde la brecha entre lo urbano y lo rural es notable (7).

Particularmente, bajo estas diversas circunstancias, las medidas implementadas para evitar el contagio de COVID-19 en muchos territorios rurales no pueden ser aplicadas por sus habitantes debido a condiciones de vida precarias. Se encontró que una de las medidas más importantes para evitar el contagio de la enfermedad es el lavado de manos frecuente; sin embargo, algunos pobladores manifestaron que no tienen acceso a agua potable y que la poca cantidad de agua que tienen es atesorada y destinada al consumo.

Nos enfrentamos a la crisis desde una perspectiva puramente biomédica, sin realizar un manejo integral incluidos todos los aspectos asociados a la inequidad social y económica en los ámbitos rurales y urbanos. No importa

qué tan efectivo sea un tratamiento o una vacuna, si no se aplican políticas y programas que solucionen las profundas desigualdades económicas y sociales. Atender el área rural se debe convertir en una prioridad, pues en los territorios la actividad del COVID-19 es notable (3,7).

La infección por SARS-CoV-2 llegó oficialmente al país en marzo de 2020 y su expansión por el territorio expuso las desigualdades en salud, no solo desde el número de infectados, sino también de fallecidos a causa de la enfermedad (8). Se requería descubrir otras visiones y diversificar los enfoques de atención interdisciplinarias e intersectoriales, para atender las interacciones biológicas y las condiciones sociales (la vulnerabilidad de los ciudadanos mayores, las minorías, el desempleo, los patrones de migración, la pobreza, la desigualdad, el conflicto político y social). Estas debían relacionarse con el índice de pobreza multidimensional que impacta no solo las ciudades, sino también los territorios rurales (7).

Un pico de infección se logró durante el mes de agosto de 2020, a partir del cual se observó una disminución promedio en la actividad del virus que ocasionó una sensación de optimismo y seguridad en la ciudadanía. Pero, acorde con los análisis del Grupo de Investigación Epidemiología y Salud Pública, la realidad era otra; una constante actividad viral estaba presente en varias regiones y departamentos, que se intensificó en las fiestas decembrinas, fruto de la mayor interacción social desde inicios del mes, en el Día de las Velitas de 2020.

Uno de los productos del proyecto de investigación es el tablero de control de la modelización de la diseminación de COVID-19 a escala municipal, a partir de los datos del Instituto Nacional de Salud (INS), el cual se enfoca en comunidades rurales y puede consultarse en la página web de la Universidad (<https://bit.ly/3ehrEEq>).

Bogotá ha sido la ciudad que concentra la mayor cantidad de casos en lo corrido de la epidemia, pero otra es la interpretación cuando la situación se estudia en términos de los casos por cada 100 000 habitantes, donde departamentos como Atlántico y Amazonas superaban a Bogotá. Sin duda, la infección por el virus ha estado activa en los

territorios. En otras ciudades y departamentos la actividad viral ha sido intensa, como Cartagena, Santa Marta, San Andrés, Vaupés y Antioquia.

Los estudios de prevalencia de anticuerpos en diez ciudades, adelantados por el INS durante el segundo semestre de 2020, presentan un estimado sobre la proporción de individuos que se han infectado con el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (9). Los resultados preliminares son presentados en la tabla 1 y comparados con los reportes de casos notificados de COVID-19 por el INS y la población urbana y rural reportada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para cada municipio (5).

Un examen cuidadoso de las cifras indica que los sistemas de vigilancia epidemiológica solo detectan una mínima proporción (cercana al 10 %) de la ocurrencia de casos, lo cual difiere de las características demográficas de cada población. Por ejemplo, en el caso de Leticia, habría casi el 60 % de infectados en la población, pero solo se habían reportado 2973 casos, mientras en Barranquilla se habrían infectado más de 660 000 personas (al multiplicar la población por la prevalencia), pero los reportes al final de diciembre revelaron 55 254 casos. Esos resultados también indican las disparidades entre las regiones en los porcentajes de infectados y las

distancias para alcanzar una posible inmunidad de rebaño, bien sea por infección natural o por vacunación.

Se esperaba que por esta época el país estuviera en una fase de descenso marcado, pero la realidad fue otra (figura 1). Luego de diciembre, se presentó una situación similar a la experimentada en agosto de 2020, el retroceso en la lucha contra la pandemia es evidente. La apertura de la economía, los días sin IVA, las vacaciones de fin de año 2020 y las festividades de Navidad y Año Nuevo dieron un importante cambio a la actividad viral. El incremento de casos en el país representaba un nuevo reto para la lucha contra la pandemia.

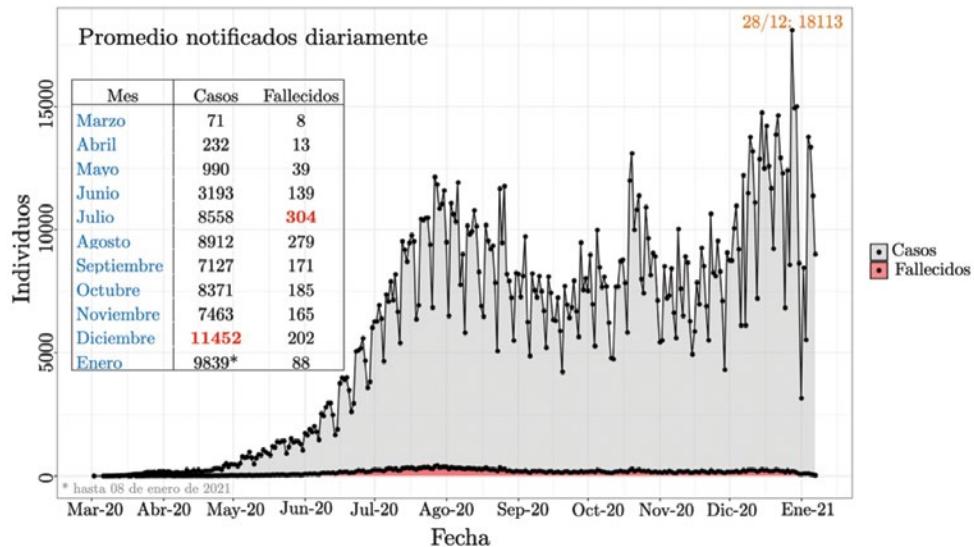
Los primeros meses del año 2021 son difíciles desde la perspectiva de la salud pública, principalmente en lugares más vulnerables donde confluyen enfermedades transmitidas por vectores como el dengue, que afecta departamentos como el Valle del Cauca, Huila, Tolima, Cundinamarca, Santander, Meta y la región Caribe, y como la malaria, que tiene en situación de alerta a los departamentos de Valle del Cauca, Risaralda, Cauca, Guainía y Chocó. Esta situación se ha visto agravada por la afluencia de turistas desde los grandes centros urbanos para disfrutar de estas regiones en las fiestas decembrinas, pero que inevitablemente aportaron a la dispersión del virus hacia las regiones.

**Tabla 1. Resultados preliminares de seroprevalencia de anticuerpos contra el virus SARS-CoV-2 en diversas ciudades del país, comparadas con niveles de notificación y la población de la cabecera municipal y de vivienda rural dispersa.**

Ciudad	Prevalencia (límites de confianza 95 %)	Casos reportados	Población cabecera	Población rural dispersa
Leticia	59 % (54-65 %)	2.973	33.503	14.641
Barranquilla	55 % (51-61 %)	55.254	1.205.284	1.035
Cúcuta	40 % (36-45 %)	27.259	685.445	26.270
Villavicencio	34 % (31-38 %)	25.022	492.052	39.233
Bucaramanga	32 % (29-36 %)	28.307	570.752	10.378
Bogotá D. C.	30 % (27-33 %)	459.953	7.387.400	25.166
Medellín	27 % (24-30 %)	144.946	2.382.399	44.730

Fuente: estudio de prevalencia INS (9), encuesta DANE (5).

Figura 1. Evolución de los casos de COVID-19 notificados en Colombia entre marzo de 2020 y enero de 2021.



Fuente: elaboración propia.

El COVID-19 está activo y sigue en ascenso. Por esto, las autoridades regionales deben adelantar programas de alerta, intensificar la educación para la salud, reforzar la capacidad física y humana de las instituciones, el diagnóstico oportuno y la adopción de las medidas básicas de protección individual para que se prioricen dentro de las actividades cotidianas, en especial donde la movilidad, el empleo de los medios de transporte y las actividades grupales hacen parte de las actividades cotidianas.

Entender los saberes y sentires de las personas que habitan los territorios para repensar y diseñar medidas de mitigación acordes a la realidad de cada municipio es una labor para el ahora, si se quieren asegurar los beneficios de las políticas ya implementadas tanto por el Gobierno nacional, como por las autoridades departamentales y locales.

El sector rural tiene un carácter esencial y estratégico de interés público; sin embargo, debido a la gran desigualdad y heterogeneidad territorial, es necesario pensar en estrategias de mitigación locales, en los desafíos y oportunidades de cada territorio, en conocer las percepciones

de los habitantes de áreas rurales, sus sentires y saberes, y en los efectos que la pandemia tiene en los territorios.

La intervención regional implica, en forma prioritaria, la reorientación de las actividades y políticas sanitarias para la lucha contra la pandemia, con el fin de reforzar la infraestructura hospitalaria y el talento humano calificado. También se debe enfatizar la atención primaria de salud desde la perspectiva de la educación para la salud, el saneamiento básico, el suministro de agua potable, el mantenimiento de la red de energía y el acceso a las comunicaciones, pero también la participación comunitaria. Con esto se reforzarían las acciones colectivas realizadas por individuos, familias y grupos comunitarios, con el fin de ejercer control sobre los determinantes de su salud y la de su comunidad.

La disponibilidad de vacunas en el primer semestre del año 2021 constituye una esperanza para la población; no obstante, los biológicos son solo otra herramienta para la prevención de la infección y no representan un motivo válido para abandonar las medidas establecidas. La meta con o sin vacunas es la de lograr la inmunidad de rebaño.

La medicina veterinaria puede desempeñar un rol importante para la prevención y el control de la pandemia; la epidemiología y la salud pública hacen parte de sus competencias profesionales, y su desempeño desde los sectores público y privado abarca los espacios urbanos, pero también los rurales. Las pandemias del siglo XXI deben constituir un elemento clave desde la perspectiva curricular en los programas de pregrado y posgrado a partir de una labor conjunta desde la estrategia de *una salud*: no puede haber salud humana si no hay salud animal y un ambiente sostenible.

## REFERENCIAS

1. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health.* 2020;25(3):278-80. <https://doi.org/10.1111/tmi.13383>
2. Singer M, Clair S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Med Anthropol Q.* 2003;17(4):423-41. <https://doi.org/10.1525/maq.2003.17.4.423>
3. Singer M. Pathogen-pathogen interaction: a syndemic model of complex biosocial processes in disease. *Virulence.* 2010;1(1):10-18. <https://doi.org/10.4161/viru.1.1.9933>
4. Bautista-Bautista SC, Bedoya-Calvo IC. Mujer rural y construcción de paz: temas, problemas y desafíos. *Prospectiva. Rev Trab Soc Interv Soc.* 2017;24:121-48.
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Gran encuesta integrada de hogares. Mercado laboral; 2020. Bogotá: DANE. Disponible en: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech\\_genero/bol\\_eje\\_sexo\\_may20\\_jul20.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech_genero/bol_eje_sexo_may20_jul20.pdf)
6. Fundación Pares. Lo que nos arrebató la pandemia. Bogotá: Planeta; 2020.
7. Universidad de La Salle. Manifiesto rural por un pacto de la ciudad con el campo: un compromiso con el desarrollo rural y territorial. Librillo 70. Librillos institucionales. Bogotá: Ediciones UniSalle; 2019. Disponible en: <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=librillos>
8. Ramírez JD, Florez C, Muñoz M, Hernández C, Castillo A, Gomez S, Rico A, et al. The arrival and spread of SARS-CoV-2 in Colombia. *J Med Virol.* 2021;93(2):1158-63. <https://doi.org/10.1002/jmv.26393>
9. Instituto Nacional de Salud. Seroprevalencia de SARS-CoV-2 durante la epidemia en Colombia: Estudio país. Reporte preliminar 2. Bogotá: INS; 2020. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/Seroprevalencia-Colombia-reporte-preliminar-n-2.pdf>

EFRAÍN BENAVIDES ORTIZ

MV, MSc., PhD.

Profesor asociado

Grupo de Investigación Epidemiología y Salud Pública

Facultad de Ciencias Agropecuarias

Universidad de La Salle

efbenavides@unisalle.edu.co

<https://orcid.org/0000-0002-8894-5441>

LUIS CARLOS VILLAMIL JIMÉNEZ

MV MSc., PhD.

Investigador emérito

Grupo de Investigación Epidemiología y Salud Pública

Facultad de Ciencias Agropecuarias

Universidad de La Salle

<https://orcid.org/0000-0001-9287-2727>

GINA POLO INFANTE

MV, MSc., PhD.

Grupo de Investigación Epidemiología y Salud Pública

Facultad de Ciencias Agropecuarias

Universidad de La Salle

<https://orcid.org/0000-0001-5569-7392>

NATALIA POLANCO PALENCIA

Zoot., MSc.

Grupo de Investigación Epidemiología y Salud Pública

Facultad de Ciencias Agropecuarias

Universidad de La Salle

<https://orcid.org/0000-0002-3306-5447>