

La pandemia por COVID2-2019

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹

Está siendo difícil dominar el fenómeno en Chile, en este 2020. Hay dos problemas graves: (A) una colisión con el enorme centralismo o macrocefalía (ausencia mórbida de planificación territorial). La otra, (B) un intento de manejo de la epidemia por la vía casi exclusiva de la administración sanitaria.

El centralismo dificulta la participación de la gente y el actuar de los responsables locales; fortalece la autoridad técnica única. El empleo de la gestión fuerte para manejar la epidemia está resultando en que el virus maneja la situación, y no los gestores. La autoridad centralizada –Ministerio- dice en voz alta que los chilenos tienen hoy un intenso temor a la muerte, que alcanza a los niños y que durará por generaciones. Que aumenta la pobreza. Que la necesidad económica impide el cuidarse y cuidar. Destaca la violencia. ¿en aumento? Que hay o habrá guerra – por ventiladores, por las futuras vacunas. El ministro formula una analogía con un rumor de apocalipsis: Radek, Sarajevo. Los éxitos, aparentes en un momento, se esfumaron con la semana santa (abril 10) y se justifica el pesimismo. La población chilena no ve cuándo ni cómo terminará el túnel en que estamos, con una cantidad de infectados igual a la de China y sin visos de bajar. No percibe que, en España, que llegó a tener miles de fallecidos, los nuevos positivos bajaron a fines de mayo a apenas 132; y según los expertos “es muy probable que en dos o tres semanas más el patógeno sea absolutamente marginal, y las mascarillas sean innecesarias” (infectólogo de Barcelona, 25.05.2020) y que se abran las playas.

Falta en Chile la aplicación y difusión suficiente del pensamiento epidemiológico: comprender la epidemia, el agente y el sustrato. Y hacerlo con participación local y con lenguaje tranquilo. El gerente pone los recursos donde están los pacientes, y es lógico. El epidemiólogo, en cambio, formula preguntas, y busca respuestas con las personas, con el espacio y el tiempo.

En reuniones locales, a lo largo de Chile, nos preguntaríamos:

¿Qué ocurre? ¿Qué problemas afectan a la población, al grupo? ¿Cuál es su importancia relativa? ¿Qué subgrupos (con qué características) son afectados por cuáles subproblemas? ¿Dónde ocurren los problemas y cuándo (con qué frecuencia)? ¿Dónde está el mayor impacto? ¿Cómo evitar nuevos casos, aquí? ¿Qué iniciativas locales están resultando Y por qué? ¿Están siendo publicitadas? Las preguntas apuntan a la formulación de hipótesis acerca de las causas y factores probables del problema o problemas, y sobre soluciones.

Estas hipótesis se conversarían con la población en cada localidad y en conjunto se contrastarían con los hechos observados. Se procesarían los datos recogidos: registros, tests, mapas, gráficos temporales (curvas), tasas, perfiles de salud local.; esta información indicará cuándo y dónde introducir o intensificar o suspender medidas de control, como el aislamiento, medidas de higiene personal o vacunas.

Este enfoque también puede servir para motivar a voluntarios para que ejecuten actos de control de la transmisión y sus rutas, y de identificación de casos de riesgo (p.ej. cuidadores de enfermos, personas con otros riesgos laborales, gente indiferente, alcohólicos, gente sometida a hacinamiento, migrantes); de viajeros, de comerciantes, de conductores de camiones o de trenes, O puede servir también para organizar campañas de emulación entre comunas y distritos que logren mantenerse libres de nuevos casos.

Una fuente de conocimiento a la vez gerencial y epidemiológica es el grado y modo de utilización de los consultorios públicos (atención primaria) y privados y de las farmacias, a donde pueden (o no) acudir personas con sus síntomas y sus contactos, con sus necesidades, sus actitudes y sus conductas.

La epidemia y los esfuerzos por controlarla nos han brindado un repaso vivo de la epidemiología de las

¹ Médico pediatra. Profesor Titular de Salud Pública, Universidad de Chile.

enfermedades infecciosas causadas por virus de alta transmisibilidad y de los modos más o menos efectivos de orientar dichos esfuerzos.

La gestión centralizada pone énfasis en el temor. El ministro de salud había explicado en una entrevista del 23.05, “tal vez nos calmamos, dejamos de asustar a la gente”, y el 27 de mayo, luego de reconocer, con franqueza encomiable, que “sus proyecciones se han derrumbado” y que desconocía la magnitud de la pobreza y del hacinamiento de la población de Santiago, da lugar a que el diario La Tercera diga que “el jefe del Ministerio sí parece haber dado en el blanco en que, dada la conducta de la ciudadanía, tal vez sea mejor apelar al miedo de la población”.

El Mercurio del 24 de mayo refuerza la alarma al titular “Casos de covid-19 en la Región Metropolitana podrían ser 7,6 veces más de los que ya han sido detectados”, “según un estudio realizado por la Universidad DD”, “estudio que aún no está terminado” pero a partir del cual un académico de otra Universidad privada deduce que “vamos a tener que seguir aumentando los testeos, y si se detectan más personas positivas, se debe tener más capacidad para aislarlos”. Y el aislamiento es lo más difícil de imponer y de mantener.

El 29 de mayo se supo por la prensa que el ministro de salud había contratado – con sueldos de hasta \$ 900 mil - a 800 personas adicionales para reforzar la tarea de trazar a los contactos de los casos positivos para el virus. Hasta ahora eran 80 los funcionarios encargados de esta labor y evidentemente no daban abasto. Al día siguiente, algunos alcaldes ya reclamaban por el retraso en la entrega de las cajas de alimentos prometidas por el gobierno central para paliar el recrudecimiento de la pobreza, vinculado al aislamiento simultáneo decretado para millones de personas.

Cabe insistir en que este y otros problemas hubieran sido menores si, desde un comienzo, se hubiera utilizado el pensamiento epidemiológico-social y se hubiera convocado a la participación de la atención primaria y de los organismos y dirigentes de la comunidad, debidamente informados y motivados, a actuar, en uso de su conocimiento y relaciones locales, en el control de la pandemia.

Las cifras publicadas diariamente por el Ministerio de Salud relatan bien el proceso de contagios y de fallecimientos por el Covid-19, ocurridos a partir del 4 de marzo del 2020 en Chile. Como producto de la estrategia nacional, los incrementos cotidianos no han sido “explosivos” como en Italia, Francia, España y Estados

Unidos. Vale la pena discutir esas cifras en las localidades: ¿con qué sucesos coincidieron? Un análisis epidemiológico puede ayudar a trazar las rutas del virus, identificar factores pronósticos y evaluar las medidas de control que se han ejecutado.

Para ponderar la situación relativa de dicha pandemia en Chile – y supongo que la misma preocupación ha asaltado a otros salubristas de la Región – quise ver qué pasa con las demás causas de morbilidad y mortalidad. No encontré cifras recientes en los sitios web del Ministerio. Al formular la demanda en inglés aparecieron en internet, en el sitio de una empresa privada (Statista.com) las cifras más recientes de muertes por grandes grupos de causas de Chile (2017). Sumaban “más de 106 000”. Lo importante es que en este período de la pandemia –y así lo ha apreciado el ministro (El Mercurio, 23.04-2020), han disminuido las consultas y controles por esas grandes causas y las de carácter preventivo que corresponden a niños y gestantes. Es tarea de los responsables de los respectivos programas promover que la población no postergue – por el “factor coronavirus”, que desordena nuestras actividades-- tales consultas y los exámenes pertinentes. De lo contrario, aparecerá en el futuro próximo un empeoramiento de nuestros indicadores de salud y una sobrecarga de trabajo del sector público del sistema de atención de salud, que se sumará a la demanda incrementada por las secuelas físicas y psicológicas de la epidemia.

Es muy importante el lenguaje que emplean los gobiernos. Por ejemplo, el Presidente López Obrador, que da una conferencia diaria al pueblo de México, llama a no relajar la “sana distancia”; pero les dice “ya vamos de salida”, y también, “el 1 de junio se informará sobre cómo se reiniciará la apertura gradual del país, según el semáforo por regiones...se informará sobre la posibilidad de regreso a clases en algunas regiones, de acuerdo con maestras, maestros, padres de familia y autoridades locales. Hay un plan para reactivar 2 millones de empleos para fines de 2020. A partir del 01.06, nueva normalidad”.

¿CÓMO SACAR PROVECHO DE ESTA EXPERIENCIA PARA LA POST PANDEMIA?

Por ejemplo, en la campaña contra el virus, hemos aceptado la importancia de definir distritos y sus poblaciones para adoptar medidas como cuarentenas o cordones sanitarios. Estas áreas

podrían ser autosustentables y autogobernadas en varios sentidos. Gente que nunca se había reconocido antes y ahora enfrenta un enorme problema común se ven obligadas a discutir y tomar decisiones: a gobernarse. Los mecanismos pueden llamarse cabildos, comités, talleres, grupos de trabajo. En cuanto al cuidado de su salud física y mental habrán de ver cómo cumplir con eficacia y eficiencia las directivas técnicas del ministerio, y cómo adaptarlas si fuese necesario.

En las demás materias, cada distrito semi-aislado muy pronto deberá resolver los temas de la producción y del empleo, precisamente a causa del aislamiento relativo al que la pandemia obliga.

¿Qué producir? La respuesta depende de los recursos con que se cuente localmente: recursos humanos, materiales, financieros, técnicos, legales, patrimoniales/históricos.

Pueden producirse tejidos, ropa, cerámica, máquinas, textos, mobiliario, programas informáticos, edificios, caminos, puentes, parques, defensas contra incendios, según lo que se necesite.

Para diversificar su capacidad, cada distrito debería ser urbano y rural. Con el objeto de facilitar su administración, debería estar sectorizado.

En Regiones con un millón de habitantes, los distritos (o silos: sistemas locales), tendrán

aproximadamente cien mil residentes, con sectores de quince mil habitantes o cinco mil hogares.

En los cabildos o talleres de autogobierno participativo, los participantes pensarán lo que es posible hacer y lograr poniendo TODOS los recursos locales en juego. Estos se asignarán a las actividades según criterios lógicos consensuados. El resultado de comerciar los productos se distribuirá según criterios económicos: inversión, consumo, necesidad, mérito.

Como se ve, estamos en la Utopía de Moro, o en la Isla del Sol, de Campanella; siempre ha sido éste un paso intelectual inevitable, al pensar en el progreso social. Pero es una utopía corregida por la dura experiencia: el “estallido social”, los “procesos constituyentes”, la “evaluación de los avances y retrocesos de la pandemia”.

Nos moveremos hacia objetivos compartidos, sin desviarnos mucho del principio de la participación inteligente, del uso de TODOS los recursos locales para efectuar TODAS las actividades productivas en forma planificada.

La pandemia, como el estallido social, será, ya es, un actor más de los distritos o Silos.

