

## LA PANDEMIA COVID2 -2019

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- está diciendo 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 (alarmismo), y no subraya los éxitos de nuestro sistema de atención, sus propios resultados. Por lo demás, esos éxitos, aparentes en un momento, se han esfumado con la semana santa y se justifica el pesimismo: la población chilena no ve cuándo ni cómo terminará el túnel en que estamos. No percibe que en España, que llegó a tener miles de fallecidos, los nuevos positivos bajaron hoy a apenas 132, y dicen los expertos que “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 se abran las playas.

Es muy importante el lenguaje que emplea el gobierno. Por ejemplo, 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”.

Falta 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 pone preguntas y busca respuestas con las personas y con el “genio” de la epidemia.

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

¿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 conversan con la población y en conjunto se contrastan con los hechos observados. Se procesan 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.

También puede servir para motivar a voluntarios para ejecutar actos de control de la transmisión 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 sugerir campañas de emulación entre comunas y distritos que logran 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 (APS) 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 dado un repaso vivo de la epidemiología de las enfermedades infecciosas causadas por virus y de los modos de gestionar dichos esfuerzos.

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 0.4 / 0.1 del 2020 en Chile. Los incrementos cotidianos no han sido “explosivos” como en Italia, Francia, España y Estados

Unidos. Sólo se distinguen “bloques” de días en los que hubo cierta aceleración de los contagios y muerte, por ejemplo 01-03 de mayo; 13-14 de mayo; 20-22 de mayo. Estos bloques podrían estar asociados a irrupciones regionales. Vale la pena discutirlos en las localidades: ¿con qué sucesos coincidieron? A fines de mayo se están estabilizando en 3700 las cifras de nuevos contagios, que habían llegado a cuatro mil en 20-22 de mayo; pero el 24 de mayo la incidencia salta a 4985 nuevos casos (semana santa).

Tales comportamientos regionales (y comunales), merecen un examen profundizado, ya que pueden ayudar a trazar las rutas del virus e identificar factores pronósticos y elementos para la evaluación de las medidas de control que se han ejecutado. ¿Se reconocen sesgos de los equipos? ¿De los técnicos? ¿de la opinión pública?

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.

#### ¿Cómo sacar provecho de esta experiencia?

Por ejemplo, en la campaña contra el virus, aceptamos 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 materia de 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 el tema de la producción, 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 re-pensando la Utopía, la Isla del Sol, (siempre ha sido un paso intelectual inevitable) pero corregido 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.

Dr. Carlos Montoya-Aguilar  
Médico salubrista  
Editor CMS