

Características de la epidemia de COVID-19 en Chile

Cesar Gattini - junio 2020

El país cuenta con un buen sistema de vigilancia epidemiológica rutinario, que en general resulta suficiente para apoyar la prevención y control de brotes de enfermedades anuales tipo influenza. El COVID-19 tiene cierta similitud con esas influenza previas, pero provoca una muy seria crisis sanitaria debido a que no es posible prevenir con vacunas; tiene una alta contagiosidad y gravedad en los casos producidos; su introducción al país y transmisión interna pueden ser solo parcialmente controladas y mitigadas con medidas de contención; su evolución colectiva es muy incierta y compleja; y afectando además a muchas otras esferas de la vida de la ciudadanía, tanto por las consecuencias de enfermedad misma, como por las medidas adoptadas de contención y control.

Como insumo informativo para la prevención y control del COVID-19, destacan la vigilancia epidemiológica concentrada principalmente en lo que sucede en la población y el monitoreo del sistema de salud que se enfoca en la capacidad y desempeño de la respuesta sanitaria. Dado que esta pandemia sobrepasa la capacidad establecida de vigilancia, monitoreo y medidas de mitigación y control, se requiere contar con otras fuentes de información y conocimiento, como nuevos sistemas adicionales (ad-hoc) de información y la opinión integrada de expertos relacionados con el tema en sus distintas dimensiones.

La mayoría de los contagiados son asintomáticos o de muy escasos síntomas (proporción que algunas fuentes estiman en tres cuartos del total), y no todos los contagiados son testeados. Chile ha hecho un gran esfuerzo de testear a los eventuales casos y sus contactos, pero eso no es suficiente ni puede diagnosticar al total de contagios y casos. En consecuencia, las cifras oficiales diariamente reportadas no pueden constituir una evidencia “científica” de la situación ni corresponder a estadísticas oficiales definitivas. Es importante explicitar de que se trata de la mejor aproximación diagnóstica colectiva en un momento dado, pero solo corresponde a estimaciones epidemiológicas provisorias.

La posibilidad de contar con exámenes disponibles muy luego se hará muy insuficiente, cuando los casos y contactos sigan aumentando. Además, no toda la población tiene acceso universal a ser testeada según necesidad (la inequidad asistencial y sanitaria del país también se refleja en eso, en desmedro de lugares rurales, aislados y pobres).

Se tiende a producir un sesgo en la comprensión de la epidemia y su curso, cuando se asume de un modo implícito que la pandemia podría haber sido evitada de ingresar a Chile, así como de evitar que se produjera una transmisión interna. Las medidas de aislamiento no buscan que la epidemia “pase de largo” o no se produzca. A nivel nacional e internacional lo que se busca es como máximo, “aplanar la curva”, con el propósito pragmático de que en lo posible se produzcan menos casos graves en un momento dado, para que no sobrepasen la capacidad de respuesta existente en el sistema de salud.

Con la máxima reducción posible de la transmisión, se espera que haya un relativo bajo número de casos graves y muertos diarios. Eso es lo más deseable y positivo en forma momentánea, pero tiene como contraposición, que la epidemia se estará prolongando por un tiempo bastante largo e incierto, lo que igual pudiera producir similar número de casos graves y muertos acumulados (salvo aquellos en que el sistema de salud logre evitar complicación y muerte, si se producen menos casos diarios que no saturan al sistema de salud).

Las fallas de aislamiento que se han producido obedecen a múltiples factores. Efectivamente, hay millones de trabajadores y cientos de miles de pequeñas empresas que no reciben dinero hace tres meses, hay adultos mayores viviendo solos que necesitan salir para sobrevivir sin mayor apoyo y sin cobrar sus pensiones, etc. En algunas poblaciones populares se están organizando “ollas comunes” para sobrevivir en conjunto.

La pandemia encontró a la población chilena en una época bajo un ambiente de menor condición y

capacidad de diálogo y de confianza entre los distintos sectores sociales y políticos del país, lo que ha influido en la posibilidad de un más oportuno, constructivo, e integrado abordaje colectivo frente a la pandemia. Eso es urgente e imprescindible frente al COVID y sus serias consecuencias en otras áreas de la vida de la población, como empleos, ingresos, transporte, comercio, seguridad y otros, y hasta la misma atención de salud a enfermos de otras causas no COVID-19 que están quedando postergados de acceso habitual. ,

El mismo sistema de salud, especialmente el público que cubre aproximadamente al 80% de la población, mantiene una gran cobertura y aporte asistencial, pero mantiene crónicas deficiencias en su financiamiento, estructura, personal, desempeño e integración de sus redes (con un nivel primario bajo administración municipal). Todo ello plantea urgentes desafíos para poder preparar de un modo más oportuno y efectivo, la capacidad de respuesta global ante la pandemia.

El conocimiento de lo que ha ocurrido con la pandemia de COVID-19 en otros países ayuda a poder contar con experiencia y evidencia que se pudiera aplicar en Chile. Sin embargo, existe el riesgo de “falacia ecológica” si es que se comparan países como China y Chile y no se considera debidamente que ellos no tienen poblaciones de similar tamaño, ni sus poblaciones son homogéneas al interior de cada uno. La población de China es 80 veces mayor y sus innumerables localidades tienen población muy diversa, con una muy variada capacidad productiva, económica y social en cada lugar específico (esa variedad no es reflejada en los datos nacionales).

Hay algunas localidades chilenas que son como Suecia, mientras que otras son como Estados Unidos, Guatemala, Haití o incluso como sectores rurales de China. La experiencia y lecciones nacionales de otros países sirven de modo preliminar como proyección al Chile total - con sus 17,5 millones de habitantes - pero es importante considerar como cada experiencia internacional pudiera aplicar más propiamente específicamente a las particulares características, vulnerabilidad y necesidad que existen en cada localidad específica.

Los datos nacionales que diariamente son reportados corresponden a información consolidada a partir de lo que se registra como fuente primaria en cada una de las localidades. Frente a la epidemia actual, cada localidad (puede ser un municipio o más pequeña en aquellos municipios muy populosos) tiene particular vulnerabilidad y riesgo según una serie de factores, entre los cuales destacan: tamaño de la comunidad y densidad de población (urbano/ruralidad, desplazamientos poblacionales al interior o entre localidades); personas y grupos más vulnerables (portadores de ciertas enfermedades crónicas, adultos mayores); factores que facilitan la transmisión comunitaria en la localidad (transporte, lugares de eventos masivos, atracciones de población como comercio o turismo); centros de asistencia o aglomeración colectiva cotidiana (escuelas, guarderías infantiles, hogares de ancianos, cárceles, centros asistenciales, supermercados, bancos y otros); y existencia de la epidemia en localidades cercanas. También es importante considerar la vulnerabilidad social que representan aquellos grupos con pobreza o con limitaciones de factores como ingresos, empleo, viviendas adecuadas, saneamiento, educación, protección y seguridad social, y otras. Estos grupos pueden ser impactados no solo por la epidemia, sino que también por las medidas de contención adoptadas.

En cada localidad hay particulares condiciones de capacidad de respuesta local a la epidemia, y distinta relación geográfica con el resto de la red asistencial, donde se ubica el apoyo asistencial que se puede dar cuando la capacidad local de respuesta es superada. Desde hace ya cuatro décadas, Chile mantiene los principios y el modelo del nivel primario de atención de las redes asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

Entre las diversas funciones y programas que cumple ese nivel, se inserta la vigilancia y el monitoreo local. En consecuencia, esos procesos debieran concentrarse de modo prioritario en lo que puede registrar y desempeñar el personal sanitario de ese nivel, cuya responsabilidad incluye el contacto directo y el resguardo de la salud de su población asignada. El personal de salud del nivel

primario (asistencial, administrativo y estadístico) tiene una esencial participación en la recolección, producción, análisis y uso local de la vigilancia epidemiológica, que le sirve en primera instancia, como apoyo a la propia gestión y acción sanitaria local. Ello se encuentra estandarizado y forma parte activa de la red nacional de vigilancia epidemiológica coordinada por el Ministerio de Salud.

También es esencial contar con el mayor nivel de participación o apoyo de la comunidad que sea posible (en aspectos sanitarios, sociales y otros). En cada comuna, el municipio juega un rol clave, tanto por la administración de centros de nivel primario, como por su acción sobre la situación sanitaria y social de la población local.

A partir de un refrán africano, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que se necesita toda una aldea (local y mundial) para que se vacune un niño. Por analogía con ese enfoque, cabría plantear que “se necesita toda la red asistencial y toda la sociedad para poder responder a las necesidades de cada persona ante el COVID-19”. Según necesidad, se requiere contar con el apoyo coordinado y expedito de los niveles asistenciales más complejos donde se pueda entregar la atención requerida, apoyo de transporte, laboratorios, insumos y otros. Ello incluye asegurar la protección personal del propio personal sanitario.

En cada localidad, es necesario conocer sobre el recurso disponible, su desempeño y las brechas existentes para poder responder de modo suficiente y efectivo a esta epidemia. Para apoyar las necesidades del nivel local, se requiere que a distinto nivel se cuente con información informativa y oportuna al respecto.

La actual configuración de las 346 comunas del país es muy heterogénea en cuanto al tamaño y características socioeconómicas y de ruralidad de su población. Según el Censo de 2017, 95 comunas (27,5% de ellas) tenían menos de diez mil habitantes y un total de 147 comunas (42,5%) tenía menos de 15 mil habitantes. Por contraste, dos comunas (Puente Alto y Maipú) tenían más de medio millón de habitantes cada una. Entre ambas cubren un total de 6,2% de la población nacional, lo que casi equivale a la población que tiene todo el

grupo de 147 comunas del país con poblaciones menores a 15 mil habitantes.

Dada esa gran heterogeneidad comunal, resulta más operacional considerar como “nivel local” para efectos de vigilancia y respuesta sanitaria ante el COVID-19, a cada centro asistencial de nivel primario a su población asignada y no necesariamente a la población de cada comuna. Ello puede coincidir en aquellas comunas pequeñas, pero no en aquellas de gran tamaño de población.

En el enfoque normativo, un centro de nivel primario (rural o urbano) pudiera cubrir de modo adecuado una población asignada hasta unos 15 mil habitantes. Pero por gran expansión urbana de algunos sectores, hay centros primarios que actualmente tienen una cobertura que ya alcanza a hasta 45 o incluso 50 mil personas. Como no es fácil ni rápido construir ese tipo de centros, aquellos que están sobrecargados de población tienden a dividir su función interna en “sectores”. En esos casos, tal vez la “localidad” bajo unidad de vigilancia y acción sea el sector, y ni siquiera el centro asistencial.

Todo ello se favorece con el liderazgo, planificación y gestión de la autoridad sanitaria, en los diversos niveles del país, junto a la contribución de todas las entidades gubernamentales, productivas y sociales. Ello incluye apoyar la capacidad de vigilancia y respuesta sanitaria, con estrategias, planes, decisiones y acciones que en cada momento y lugar parezcan los más efectivos. También incluye procurar la capacitación del personal y la disponibilidad de recursos para implementar estrategias sectoriales e intersectoriales. Es también importante, contar con el apoyo de otras agencias gubernamentales y no gubernamentales, a distintos niveles.

En la medida de que, bajo la rectoría de la autoridad sanitaria, se produzca una red integrada de los muy diversos actores en torno al abordaje conjunto y coordinado del COVID-19, y en todos los niveles, se podrá contar con una capacidad de respuesta nacional que sea efectiva y oportuna. Pero esa respuesta nacional tiene que ser coherente y adaptada a las particulares necesidades de cada localidad, donde el personal de nivel primario y otros actores locales, en especial el municipio, tienen un prioritario y esencial rol que cumplir.

No pareciera ser suficiente como argumento, sugerir sistemáticamente (de modo explícito o implícito) que las fallas de aislamiento sean esencialmente debidas a decisiones de la autoridad sanitaria. Incluso bajo toque de queda nocturno bajo control militar, hay diarias manifestaciones sociales nocturnas que se atreven a desafiar esas medidas.

Las opiniones se refieren al gobierno bajo una visión estatal centralizada, en circunstancias que no se considera que Chile tiene un sistema de salud está bastante descentralizado (además de altamente segmentado) y cuyo nivel primario de atención está entregado a los municipios desde hace cuatro décadas (con sus ventajas y desventajas). Similar grado de descentralización ha ocurrido con el propio gobierno, otros ministerios y servicios públicos (todos ellos son actores que pueden contribuir de un modo global al abordaje de la pandemia). En el tema de cuarentena y otras medidas de abordaje local de la pandemia, la acción de los alcaldes es esencial.

La propia autoridad sanitaria central está consciente de que las urgentes y radicales medidas que adopta buscan el beneficio prioritario de disminuir la transmisión viral, pero que eso no puede lograrse 100% y que esas medidas también involucran un serio impacto colateral o secundario (sanitarios, económicos, sociales y del bienestar).

Ante la grave situación, la autoridad también sabe que no hay decisiones o respuestas que sean claramente correctas o incorrectas (todos los países están aprendiendo sobre la marcha, en una situación fuera de control tradicional) y se toman decisiones ineludibles que cada día hay que adoptar casi bajo una modalidad de tipo ensayo y error.

La información epidemiológica sobre la pandemia adquiere utilidad en la medida en que sirve como un insumo para los urgentes preparativos de capacidad de respuesta en cada nivel local (especialmente el nivel primario de atención), que enfrenta muy diversas realidades frente a la pandemia, así como del monitoreo del desempeño en la respuesta del sistema de salud ante la pandemia.

Lamentablemente y en general en el caso chileno, el acento sigue siendo puesto demasiado en

la información epidemiológica (incluyendo sistemáticas críticas a la autoridad sanitaria y lo que habría fallado) y se ha perdido un tiempo muy crucial en apoyar de un modo colectivo y constructivo, la preparación de capacidad de respuesta a la pandemia a todo nivel.

La vigilancia de la situación COVID-19, con sus medidas de contención y las fallas que ocurren, es muy importante que sean conocidas por la población, ya que involucran a toda la sociedad (de un modo u otro). Pero el conocimiento de la situación de la enfermedad y las dificultades para impedir la transmisión y un mejor control en la población constituyen más bien un primer paso para luego avanzar en apoyar la urgente y crucial adopción de medidas efectivas y oportunas ante la pandemia, en todos los niveles, y eso involucra a todos los sectores y a toda la sociedad. En consecuencia, es importante considerar como cada experiencia internacional pudiera aplicar más propiamente específicamente a las particulares características, vulnerabilidad y necesidad que existen en “cada localidad específica”.

Ante la dramática epidemia actual, es esencial apoyar la capacidad de vigilancia y respuesta sanitaria local, con todas estrategias, planes, decisiones y acciones que en cada momento y lugar parezcan los más efectivos ante el COVID-19. Eso incluye procurar la capacitación del personal y la disponibilidad de recursos para implementar estrategias sectoriales e intersectoriales. Es también importante, contar con el apoyo de otras agencias gubernamentales y no gubernamentales, a distintos niveles.

En la medida de que, bajo la rectoría de la autoridad sanitaria, se produzca una red integrada de los muy diversos actores en torno al abordaje conjunto y coordinado del COVID-19, y en todos los niveles, se podrá contar con una capacidad de respuesta nacional en red, que sea efectiva y oportuna. Pero esa respuesta nacional tiene que ser coherente y adaptada a las particulares necesidades de cada localidad, donde el personal de nivel primario y otros actores locales, en especial el municipio, tienen un prioritario y esencial rol que cumplir.

