RCSP
REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

VIRUS Y SOCIEDAD

HACER DE LA TRAGEDIA SOCIAL UNA OPORTUNIDAD DE CAMBIOS

Ensayos sobre la pandemia por COVID-19

2020

Escuela de Salud Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE

VIRUS Y SOCIEDAD:
HACER DE LA TRAGEDIA SOCIAL,
UNA OPORTUNIDAD DE CAMBIOS

Archivo Digital: descarga y online
ISBN: 978-956-19-1192-5
Primera edición, diciembre 2020

Cómo citar libro:

APA: Revista Chilena de Salud Pública, ed. (2020). Virus y Sociedad: hacer de la tragedia social una oportunidad de cambios, Santiago de Chile; Escuela de Salud Pública.

VANCOUVER: Revista Chilena de Salud Pública, ed. Virus y Sociedad: hacer de la tragedia social una oportunidad de cambios. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública; 2020. 135 p.

Política de Acceso Abierto y Derechos

La RChSP adhiere a una política de acceso abierto al conocimiento, por lo que permite el libre acceso a todos sus contenidos y reconoce el derecho de autoría y la conservación de los derechos de publicación de los creadores sin restricciones, bajo la licencia Creative Commons de atribución - no comercial y sin derivar.

Licencia Creative Commons

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

AUTORES

Alejandra Fuentes-García

Álvaro Lefio Celedón

Ana María Oyarce Pisani

Andrea Álvarez Carimoney

Carlos Madariaga Araya

Cristóbal Cuadrado

Daniel Egaña Rojas

Dante Cáceres L.

Diego Fica

Fanny Berlagoscky Mora

Hernán Varas M.

Jorge Gaete Avaria

Karla Yohannessen V.

Lorena Rodríguez Osiac

Marcelo Villalón C.

María Sol Anigstein Vidal

María Soledad Martínez

Marisol E. Ruiz

Matías Goyenechea

Mauricio Canals L.

Mercedes López

Pablo Cox

Pablo Ruiz R.

Pamela Espinoza Villarroel

Patricia Gálvez Espinoza

Paulina Osorio-Parraguez

Paulo M. Buss

Sebastián Peña

Sebastián Tobar

Yuri Carvajal

RC SP REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

COMITÉ EDITORIAL DE LA EDICIÓN ESPECIAL:

VIRUS Y SOCIEDAD: HACER DE LA TRAGEDIA SOCIAL, UNA OPORTUNIDAD DE CAMBIOS

Editor
Álvaro Lefio Celedón

Editores/a asociados/a
Alejandra Fuentes García
Carlos Madariaga Araya
Jorge Gaete Avaria

Coordinación editorial
Jorge Gaete Avaria
Katherinne Rivas Castro

Referencia, indexación y publicación
Katherinne Rivas Castro
Oswald González Godoy

Diseño y Diagramación
Paola Videla Lagos

Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile
Av. Independencia 939, Santiago de Chile
Fono (56) 22 9786967
revistasp@med.uchile.cl
http://www.revistasaludpublica.uchile.cl

ISBN: 978-956-19-1192-5
Primera edición, diciembre 2020

ÍNDICE

Primera parte

Prólogo. 7
Jorge Gaete.

Pandemia por COVID-19: Un hecho social total. Sus efectos sobre la salud mental de los chilenos. 13
Carlos Madariaga Araya y Ana María Oyarce Pisani.

Memoria Colectiva, Salud Pública y Epidemia por COVID-19 en Chile, 2020. 30
Alvaro Lefio Celedón, Fanny Berlagoscky Mora y Pamela Espinoza Villarroel.

Reflexiones, aprendizajes y desafíos para la salud ambiental en tiempos de pandemia por COVID-19. 37
Karla Yohannessen V., Mauricio Canals L., Dante Cáceres L., Hernán Varas M., Marcelo Villalón C. y Pablo Ruiz R.

Chile frente al SARS-CoV-2: pandemia en medio del conflicto social. 50
María Soledad Martínez, Cristóbal Cuadrado, Matías Goyenechea, Diego Fica y Sebastián Peña.

Desigualdades sociales y procesos de salud-enfermedad-atención en tiempos de COVID-19: un análisis en clave antropológica. 68
Marisol E. Ruiz, Andrea Álvarez Carimoney, María Sol Anigstein Vidal y Ana María Oyarce Pisani.

Encerrar y numerar: un accidente tecno-estadístico. 79
Yuri Carvajal y Pablo Cox.

Segunda parte

Una mirada a la vejez en tiempos de pandemia desde el enfoque de curso de vida y desigualdades. 91
Alejandra Fuentes–García y Paulina Osorio-Parraguez.

La nueva irrupción de las vacunas: a propósito de COVID19. 103
Mercedes López.

La alimentación en tiempos de pandemia por COVID–19. 110
Daniel Egaña Rojas, Lorena Rodríguez Osiac y Patricia Gálvez Espinoza.

Multilateralismo y COVID–19 en América Latina. 123
Paulo M. Buss y Sebastián Tobar.

PRÓLOGO

Jorge Gaete
Revista Chilena de Salud Pública

Es evidente que en el 'estallido social' de octubre del 2019 había ira en sobremanera. Se escribió mucho en las calles y paredes de la ciudad, pero en lo escrito había poca reflexión y mucha imprecación. Algunos encontrarán una teoría política expuesta en las paredes, pero a mi juicio primaba la indignación. Esta ira era comprensible: evidentemente no eran los treinta pesos sino los treinta años de democracia; y esos treinta años –de difícil análisis y comprensión ya que incluía muchos procesos políticos y sociales complejos y mucha gente diversa– esos treinta años en ese momento solo era tiempo perdido. La estructura de un país modelado por la dictadura y el neoliberalismo no se había superado en nada, ni siquiera se había moderado. En la medida que todo el país era un espacio para la realizacion de negocios, el mercado seguía regulando el acceso y el uso de los recursos naturales, del agua del extenso mar, del suelo y sus distintos recursos, del desplazamiento de la población por el territorio, de las posibilidades de educarse, sanarse, divertirse y, en fin, de vivir. Y este es un modo de desarrollo en el cual unos pocos se enriquecerán indefinidamente y otros muchos solo marcarán el paso y tratarán de sobrevivir. La economía será el lenguaje de la época y en sus términos se propondrá la organización y comprensión del mundo. No en vano una universidad chilena, algunos años atrás, publicitaba en grandes vallas "La salud en Chile necesita más ingenieros!". En siglos pasados este anuncio

se entendería en relación a la disposición de las aguas potables y residuales; hoy solo tiene que ver con el empleo o el manejo del dinero.

Escribimos desde la academia. Si bien este es otro tema complejo, hay datos claros que la academia tampoco se sustrajo a ese ambiente modelado por el mercado. Desde el acceso a la educación superior hasta las modalidades de enseñanza y las formas adoptadas por la investigación y la extensión universitaria han sido enmarcados y canalizados por la potencia (y prepotencia) del mercado. Hasta el día de hoy la universidad chilena reconoce en dinero contante y sonante la publicación en revistas de corriente principal, y las revistas de corriente principal han llegado a ese lugar gracias a buenas relaciones con el mundo de los principales 'publishers'. Esto no es absoluto, pero es un ejemplo que indica que seguimos en el mundo de la economía.

Escribimos desde la academia, pero ahora hay muchas situaciones que ya no podemos ignorar. Los meses transcurridos en pandemia no han hecho más que acentuar los relieves del país que hemos construido. Podría decirse que el país es otro, aunque en verdad es el mismo, cambiando especialmente la conciencia acerca de la forma de verlo. Este hecho requeriría una consideración más seria, pero parece cierto que los cambios sociales y políticos hacen evidente una visualización de aspectos que antes no se concebían[i]. El desplazamiento del territorio de la verdad no depende solo de un desarrollo de la ciencia –en este caso, de la ciencia social–. En nuestro caso, nada ha cambiado, al menos radicalmente, pero hay numerosos aspectos en que una cierta verdad se va abriendo paso: la efectiva situación del trabajo en el país (magnitud del sector informal, mala remuneración del trabajo); el desbarajuste del sistema de protección social; el acceso a los servicios básicos de la población, y así sucesivamente. El 18 de octubre de 2019 incide, de alguna particular manera, en que otra forma de entender el país se abra paso poco a poco. Todo lo que hemos visto en los últimos meses ha tenido un aire de *déjà vu*, de ya lo sabíamos. Por ejemplo, mucho de la violencia que conocimos en octubre del 2019 ya se había visto con ocasión del terremoto de febrero del 2010. En esa emergencia fue evidente que el estado de protección social de la población representaba muy poca cosa y que, frente a eso, emergían formas vacilantes de respuesta privada (Techo para Chile o el Desafío Levantemos Chile) o la propia respuesta popular a través de las ollas comunes, cuando no el saqueo hecho y derecho como reacción a las acuciantes necesidades[ii]. Hoy, después de ambos octubres, esto ya está instalado en la conciencia de la ciudadanía.

En este nuevo país (con la salvedad del *déjà vu* anotado recién) la misma salud pública pareciera redefinirse. Uno de los puntos de anclaje de la salud pública tiene que ver con la relación entre naturaleza y sociedad y su incidencia. Si bien la medicina (o bio-medicina más precisa-

i En 1970 yo trabajaba en el Departamento de Medicina Preventiva y Social. Hasta ese momento, la incorporación de las ciencias sociales en la Escuela de Medicina era resistida por muchos sectores (y por una variedad de motivos); sin embargo, después de la elección de Salvador Allende a la Presidencia gozamos por algún tiempo de una mayor aceptación, lograda al parecer por los resultados de las urnas de septiembre. Un hecho social y político incidía en alguna mayor tolerancia en el mundo académico.

ii Consultar cualquiera de los texto incluidos en el libro *El terremoto del Bicentenario* (Silvia Aguilera, editora) LOM Ediciones, 2010.

mente) tiende a desestimar el efecto de esta relación, naturalizando todo lo que ocurra a los cuerpos, para la salud pública este es uno de los puntos de arranque decisivos. Por cierto, la pandemia hace aún más imperiosa la necesidad de considerar esta relación, considerando desde su origen zoonótico hacia adelante. Y ello está en la base de diversas operaciones vinculadas a esa redefinición de la salud pública.

En plena transición epidemiológica, la aparición de este virus hace que tengamos que desandar el camino y volver a considerar las enfermedades infecciosas y sus modos de enfrentamiento. Aquí es básica la polémica entre la estrategia orientada de un modo hospitalo-céntrica y otra orientada de un modo territorial, involucrando fundamentalmente a la atención primaria.

Es cierto que la muerte no es un dato tan duro como se suponía: hasta el día de hoy (10 de octubre) no sabemos con certeza el número efectivo de muertos por COVID–19: hay 13.272 muertos confirmados y hay 4.684 'posibles'. Desde don Hugo Behm, 1962 por lo menos, sabemos que en torno a la información biomédica se mezclan los 'eventos biológicos' con los 'eventos civiles' y que, por consiguiente, la mera información cuantitativa de los eventos biológicos no es una traducción directa y automática de la realidad[iii]. El ex ministro Mañalich, en su intervención a raíz de la acusación constitucional en su contra, dio una detallada cuenta de las formas de traducción de los datos de mortalidad por COVID–19[iv]. Y en su exposición se aprecia como se va construyendo el dato de mortalidad: una cosa es morirse, otras es que esa defunción sea registrada, otra es que ese registro sea comunicado... Hay diseño de estrategias para la recolección de la información, hay planes, procedimientos y formularios definidos con ese propósito. Pero, asimismo, hay igualmente circunstancias personales: exceso de trabajo, falta de habilidades específicas, en fin, olvidos. En conclusión: en cualquier asunto humano siempre, y afortunadamente creo, intervendrá lo indeterminado...

Pero no solo es cosa de papeles y de burocracia, también hay que ver de qué muere aquel que muere por COVID–19: muere por una falla multisistémica, muere por una insuficiencia respiratoria o muere por un tormenta inmunitaria. Y el que murió atropellado pero tenía un PCR positivo, ¿donde queda? En la misma sesión de acusación constitucional contra el ex ministro, se destacó que el certificado de defunción es un formato con una estructura lógica interpretado por codificadores expertos que siguen reglas definidas[v]. Pero a pesar de esa lógica, a pesar de esa experticia, y a pesar de esas reglas, no se excluye que se trata siempre de una interpretación. Es cierto que en la gran mayoría de los casos, la interpretación es la única correcta y clara; pero hay otros casos donde reina la incertidumbre. Un paciente hospitalizado fallece a la una de la mañana; su certificado de defunción no es registrado por el médico que lo atendía en sala sino por

iii Hugo Behm *Mortalidad infantil y nivel de vida.* Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública 2010 (2ª edición). La primera edición de esta señera obra fue editada en 1962 por Ediciones de la Universidad de Chile.

iv Acusación constitucional deducida en contra del exministro de salud, señor Jaime Mañalich Muxi. *Acta de sesión N° 5 (viernes 2 de octubre de 2020, de 10:33 a 13:51 horas).* Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (https://www.camara.cl/legislacion/comisiones/integrantes.aspx?prmID=2981)

v Idem. Intervención de la Dra. Danuta Rajs

el que está de turno en la atención de urgencia. ¿Tendrá éste una claridad absoluta de las causas inmediatas, de las causas originarias y de los estados morbosos concomitantes de ese fallecimiento?

Nos habíamos habituado a que la salud pública tiene un campo de acción definido, en que intervienen algunas variables identificadas y relativamente conocidas. Este campo cuenta con límites claros, solo con alguna inestabilidad en aquellos ámbitos donde se intersecta salud con sociedad y economía. Pero fue necesario la pandemia para ver como ese campo es desbordado por lado y lado, y como en un tsunami lento nos vemos arrollados con situaciones, novedades y conceptos que no percibíamos como propios: informalidad en la situación laboral de la población, desplazamiento de la población por la ciudad, retiro de fondos de las AFP, necesidad de residencias sanitarias para hacer efectivas las cuarentenas, y así sucesivamente.Y esto nos obliga a reconceptualizar y redefinir todo el campo de acción.

La siempre renovada salud pública entiende ahora que esta crisis epidémica es siempre el producto de la interrelación entre biología y sociedad. Y esta constatación puede significar diversas cosas que dependerán también del entramado actual entre desarrollos científicos y desarrollos ideológicos: a lo mejor de esta constatación solo deriva la necesidad tan solo de agregar otro elemento en la fórmula conocida por una ciencia constituida o constituyéndose, o por el contrario de esa constatacion lo que deriva es la necesidad de subvertirlo todo.

Por consiguiente, el virus es mucho más variable de lo que su estructura genómica puede indicar: tendrá mutaciones en esa estructura, pero su variabilidad será mucho más grande dada las infinitas posibilidades de su interacción con la sociedad: una cosa es el virus en Copenhague y otra muy distinta es el virus en la comuna de San Ramón en nuestra ciudad capital.

El coronavirus fue declarado como pandemia el 11 de marzo del 2020 por la OMS; una semana después, el 18 de marzo, en Chile se declaró estado de excepción constitucional de catástrofe. Durante estos seis o siete meses todos hemos vivido bajo un estrés desconocido hasta ahora: la ciudadanía sometida al miedo de un contagio de consecuencias inciertas y a la certidumbre de una vida puesta entre paréntesis, con cuarentenas, toques de queda, cordones sanitarios y permisos varios a través de una Comisaría Virtual, y sin un plazo definido de término.

Pero estas tensiones han ocurrido igualmente en el campo de la salud pública. Llevada al extremo de estar en boca de todos, con una población que se ha familiarizado todos los días con expresiones como incidencia y prevalencia, tasas por habitantes y coeficientes de infección, los especialistas de la salud pública han recuperado una prestancia como hacía tiempo no ocurría. Pero ellos no piensan todos igual en estos temas y hay evidentes diferencias entre los que abogan el lockdown absoluto o por testear, trazar y aislar. Aún más, hay otros a los que le parece que el refuerzo de las camas críticas y otras capacidades intrahospitalarias no es una mala idea.

Una prueba palpable de estas diferencias es este libro que estamos ofreciendo ahora. Tratando de emplear un simil bastante utilizado en el ámbito de la política nacional, podría decirse también que en la salud pública chilena conviven diversas almas. Más de dos en todo caso. Algunos de nosotros, analizando la información disponible acerca de la pandemia

señalamos que "...la contaminación atmosférica de los ambientes urbanos, las condiciones climáticas y geográficas del lugar, las características de los virus, la susceptibilidad y vulnerabilidad de las poblaciones afectadas, que son tanto factores antropogénicos y naturales, que en su conjunto explican en mayor o menor grado la epidemiología de las enfermedades de trasmisión aérea", en tanto para otros se trata de un"... pathos que trasciende al campo de la biomedicina, incluso al de la salud pública. Es lo que la antropología médica y el enfoque histórico-social del proceso salud–enfermedad–atención llaman 'un hecho social total', un fenómeno biomédico y psicosocial pero sobre todo un acontecimiento sociopolítico, económico, medioambiental y cultural."

Hay quienes asumen la necesidad de superar los modelos biomédicos y entender la necesidad de incorporar la mirada etnográfica de la antropología. Hay otros que van más allá: advierten que la mezcla entre el estallido social de octubre y la pandemia ha ido dando lugar al desarrollo de una nueva subjetividad que en la medida en que se asuma como sujeto político permitirá redefinir muchas otras cosas.

Tenemos que lograr que este nuevo país en verdad sea uno nuevo. Por lo pronto, dentro de unos días vamos a votar para dar inicio al desarrollo de una nueva constitución. El camino es complejo, pero hay que asumir la complejidad y buscar incansablemente las formas de superarla. A pesar de sus obvios beneficios, tenemos en contra el modelo biomédico y la posible vacuna para el coronavirus. Y digo en contra, porque la vacuna es la bala de plata de la biomedicina: una forma de resolver el problema dejando inalterado todo[vi]. Pero, a estas alturas ¿podremos olvidar lo que ya hemos visto y comprendido de este, nuestro país? Análisis, consideraciones y esperanzas, de todo ello está compuesto este libro que entregamos.

vi Esteban Rodríguez Ocaña. Vacunas y panaceas. A propósito de la erradicación de las enfermedades infecciosas. Cuarenta historias para una cuarentena 2020. Sociedad Española de Historia de la Medicina.

PRIMERA PARTE

PANDEMIA POR COVID-19: UN HECHO SOCIAL TOTAL

SUS EFECTOS SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS CHILENOS

Carlos Madariaga Araya
Médico Psiquiatra
Ana María Oyarce Pisani
Antropóloga

Escuela de Salud Pública,
"Dr. Salvador Allende G."
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Introducción

En lo que lleva recorrido la pandemia a nivel planetario se ha acumulado suficiente evidencia respecto de las graves consecuencias que está teniendo para la salud mental en la población mundial y, en particular, en Chile. Esto ha obligado a la OMS a elaborar programas y protocolos de acción destinados a la prevención de sus efectos traumáticos y a la atención oportuna de quienes padecen sus efectos sobre el psiquismo, llamando a los Estados miembros a hacerse cargo, desde sus políticas públicas, del padecimiento mental de sus ciudadanas y ciudadanos (ONU, 2020).

Estos efectos son multidimensionales y afectan de manera compleja a la totalidad sociopsicobiológica de los sujetos, en su dimensión individual. Además, simultáneamente, se despliega una polifacética gama de efectos psicosociales disruptivos en el ámbito de la subjetividad social, de los colectivos humanos, las comunidades, los grupos familiares y los espacios de pertenencia social de las personas. Este efecto transversal se explica por las características centrales del fenómeno pandémico: se trata de un pathos que trasciende al campo de la biomedicina, incluso al de la salud pública. Es lo que la antropología médica y el enfoque histórico-social del proceso salud – enfermedad – atención llaman "un hecho social total" (Martínez-Hernáes, 1998; Ménendez, 1994; Marx,

1972; Ramonet, 2020),[i] un fenómeno biomédico y psicosocial pero sobre todo un acontecimiento sociopolítico, económico, medioambiental y cultural. Hablamos de un proceso inmerso en la totalidad de la sociedad humana, lugar desde donde despliega como causas originarias la concurrencia simultánea de determinaciones individuales (las características geno y fenotípicas de cada uno), determinaciones particulares (condiciones y calidad de vida, factores de riesgo, nivel de vulnerabilidad social, características de los sistemas de salud, modelos explicativos de la dolencia, el daño, la muerte) y determinaciones generales (el ámbito de las relaciones sociales, la formación económica y los modos de vida, el problema de las desigualdades y la injusticia social, el "metabolismo" de la naturaleza). (Breihl, 2010)

Vista la pandemia como totalidad social, como acontecimiento socio-histórico al mismo tiempo que como problema de salud pública, la comprensión plena de este fenómeno va más allá de la sola aplicación de las herramientas analíticas provenientes de las ciencias biomédicas, requiere, además, la aplicación del arsenal teórico-metodológico proveniente de las ciencias sociales y las humanidades. El concepto "hecho social total" pone en relación dialógica esta perspectiva de totalidad de las ciencias y aporta, por tanto, sólidos fundamentos epistemológicos para entender la profunda relación existente entre economía y pandemia, entre neoliberalismo y COVID–19, entre el virus y las conductas humanas (incluidas las de los gobernantes que administran la pandemia). En última instancia son las relaciones sociales (relaciones de producción, de circulación y consumo) las que configuran las determinaciones más estructurales de este flagelo; dentro de estas relaciones se incubaron en casi medio siglo de neoliberalismo las inequidades de clase, de género, étnicas, de generación y territoriales (Breilh, 2013–A; Samaja, 2014), tan características del modelo civilizatorio en curso. La sobre explotación de la fuerza de trabajo junto a la depredación de la naturaleza y sus ecosistemas (Borón, 2020; Chul-Han, 2020; Zizek, 2020) está en la base de una pandemia que se ha disparado como un boomerang en contra del sistema de dominación, develando su carencia de sustentabilidad, su incompatibilidad con la vida humana y la carga de sufrimiento que produce y reproduce.

Neoliberalismo y Salud Mental

La sociedad contemporánea está afectada por una serie de problemas de salud mental que reflejan el estado de disconfort y carencias generado por esta fase de la modernización capitalista. Desde el punto de vista epidemiológico, la depresión, las adicciones y el alcoholismo, los trastornos angustiosos, el suicidio y otros problemas clínicos se suman a conflictos del ámbito psicosocial como la violencia en la vida cotidiana, el maltrato a los niños y niñas, la delincuencia, la deserción escolar, la violencia contra la mujer, etc., todos los cuales, en gran medida, dan cuenta del componente anómico que impregna la vida en la comunidad (OMS, 2018). Casi un millón de personas se suicida año a año en el mundo entero, imposible explicar esta conducta por la sola preexistencia de

i En el mismo sentido, Merril Singer, desde la Antropología Médica Crítica, acuñó el concepto de "Sindemia" para develar la confluencia de dimensiones de salud y sociales que se presentan en una pandemia; no obstante, la formulación "hecho social total" va más allá de este concepto, ya que realza la raíz profundamente social de cualquier pandemia en la historia de la humanidad. (Singer, 2009)

trastornos mentales, se trata de una subjetividad dañada por un intolerable malestar en la cultura y por condiciones de agobio insoportables (OMS, 2014). Vivimos la llamada "sociedad del endeudamiento" (Moulian, 1998; Lazzarato, 2013), que hace a los ciudadanos prisioneros eternos del servicio extenuante de sus propias deudas y que trae aparejada una subjetividad del agotamiento y la enfermedad, particularmente la enfermedad mental y el padecimiento psíquico. Con el neoliberalismo se ha logrado producir a escala planetaria una ciudadanía encarcelada en el modelo exitista del emprendedor, cuya expresión final ha sido la de un "emprendedor de sí mismo" fracasado en su fantasía del escalamiento económico: un sujeto deprimido, multisintomático, desesperanzado, anulado como ciudadano. (Chul-Han, 2016)

Chile, primer laboratorio del neoliberalismo en el mundo, es heredero de todos estos problemas de salud mental que ha desencadenado desde los años setenta hasta hoy. En la actualidad el país presenta elevadas tasas de trastornos afectivos y angustiosos, prevalencia creciente de alcoholismo (especialmente en jóvenes y mujeres) y de adicciones a drogas ilícitas; elevadas, aunque estacionarias tasas de suicidio (adultos jóvenes en edad productiva y desocupados, ancianos solitarios y empobrecidos), etc. (Vicente, 2002; 2016). Hemos sido también una sociedad marcada por el sistema contravalórico impuesto por el mercado: el individualismo, la competitividad, el arribismo, la despolitización de los colectivos sociales, el consumismo y el endeudamiento ilimitado, todo lo cual ha llevado a la enajenación ciudadana, a la pérdida de la función transformativa de los actores sociales, a la desmovilización popular y la pérdida del protagonismo histórico (Madariaga, 2018). Todo esto en un contexto de injusticia extrema en la distribución de la riqueza social, de vigencia plena de una constitución ilegal dictada en tiempos de la dictadura de Pinochet, que jibarizó el rol del Estado y la Sociedad Civil al mismo tiempo que hipertrofió la hegemonía del Mercado. (Gómez, 2010)

Los efectos de la crisis social de octubre 2019 sobre la salud mental de los chilenos

La Salud Pública en crisis: Desde los inicios de la democracia tutelada post dictadura, en Chile se viene denunciando la agudización de la crisis de la salud pública a partir de las políticas que determinaron la mercantilización de la enfermedad y el debilitamiento del Servicio Público. Este fenómeno fue agravado con la reforma sanitaria culminada el año 2005, bajo la presidencia de R. Lagos. Este proceso de neoliberalización a fondo del sistema sanitario es lo que está en la base del complejo perfil de la salud mental que hemos descrito. El Plan Nacional de Salud Mental (MINSAL, 2017) construido en el segundo gobierno de M. Bachelet constituyó un esfuerzo progresista, pues se funda en la perspectiva de derechos y propone metodologías de acción de carácter comunitario validando la participación de diversos actores sociales. No obstante, permanece parcialmente anclado a un paradigma biomédico, limitado en sus posibilidades de desarrollo por el contexto general de las políticas de salud imperantes, tributarias del mercado y del carácter subsidiario del Estado. Por esta razón no hay aún en Chile una Ley de Salud Mental (como existe en muchos países de la región) y el financiamiento estatal de la salud mental está muy por debajo de la recomendación internacional (OMS, 2009; MINSAL, 2017). Sus efectos más dramáticos sobre el proceso salud – enfermedad (padecimiento) mental – atención son: hegemonía del modelo biomédico por sobre la perspectiva sociopsicobiológica en la red

pública de salud mental, que se agudiza, por ejemplo, con la falta de pertinencia y relevancia para pueblos indígenas y migrantes, entre otros colectivos (Sepúlveda, Oyarce, 2020); productivismo asistencialista en el quehacer; procesos de institucionalización del sujeto enfermo en los nuevos espacios comunitarios de la red de salud mental; sobremedicación psiquiátrica; irrupción de nuevos trastornos mentales, muchos de las cuales responden a la medicalización de procesos naturales como el embarazo, la vejez, los duelos, etc. (Pérez, 2012). Todo ello redunda en un débil impacto del Plan Nacional sobre la carga de enfermedad mental y los procesos de sanación y recuperación de la salud mental de los ciudadanos.

El Trauma Social y la herencia traumática de la dictadura militar: La sociedad chilena es sobreviviente de 17 años de terrorismo de Estado; el trauma social derivado de este período histórico ejerce un efecto sumatorio sobre la condición precaria de la salud mental de las y los ciudadanos. Múltiples investigaciones, tanto nacionales como extranjeras, han documentado el devastador efecto que la tortura, la ejecución y desaparición de personas, el exilio y otras conductas afines tienen sobre la salud y, muy en particular, la salud mental de los afectados, daño que se ha proyectado con un efecto radiactivo sobre la familia, la comunidad y la sociedad entera (CINTRAS, 2013; Madariaga, 2002; Castillo, 2013). El daño en primera generación ha implicado procesos como la disminución de la esperanza de vida, aceleración del envejecimiento, aumento de la prevalencia de cáncer, etc. (Jorquera, Madariaga, 2020). En segunda generación (los familiares nacidos a partir del fin de la dictadura) se suma la trasmisión transgeneracional de la carga traumática, que se expresa con manifestaciones psicológicas y psiquiátricas muy heterogéneas, como las alteraciones conductuales, perturbación de los procesos de construcción de identidad de los adolescentes, conductas adictivas, deserción escolar, abandono de la familia, violencia intrafamiliar, depresiones, etc. (CINTRAS, 2013; CINTRAS, EATIP, GTNM, SERSOC, 2009). De modo que este proceso traumático, visto desde la dimensión psicosocial, participa directamente en la producción de formas alteradas o complejas de subjetividad individual y social. Este trauma social se nutre a diario de los efectos dañinos que tiene la persistencia de la impunidad para los crímenes de la dictadura, con el peso de la falta de oportunidad para hacer verdad y justicia para los hechos (Brinkmann, 2000). Cada nuevo acontecimiento político o jurídico o ético que refiere al tratamiento impune de estos crímenes aporta un efecto retraumatizante para este sector vulnerable de la ciudadanía y los hace sobrellevar un estrés crónico, sufrimiento expresado en una condición neuro/inmuno/endocrinológica que está en la base de las fallas de sus sistemas defensivos frente al riesgo de enfermar y morir (Elgueta, 2020; Bramsen, 2007). Por esta razón estas personas constituyen un grupo poblacional de alta vulnerabilidad frente al proceso pandémico en curso.

Violaciones a los DDHH en la crisis social: La explosión social producida a partir de octubre pasado, instalando la consigna “Chile despertó” (de profundo significado no solo político sino también en tanto proceso de conciencia colectiva), inauguró una nueva etapa de la violencia política. Se trata de un período de cuatro meses marcado por la represión abierta, masiva y sistemática en contra de la ciudadanía, especialmente las y los jóvenes de la primera línea, con efectos desastrosos, que significaron rechazo y denuncias por organismos nacionales e internacionales de derechos

humanos y por la comunidad mundial (INDH, 2019; AMNESTY INT., 2019; AMERICAS WATCH, 2019). Muertes, mutilaciones oftalmológicas, tortura, allanamientos, represión violenta de las movilizaciones sociales, militares en las calles, etc., todo esto no es sino una puesta en escena de lo ya vivido, lo que está en la memoria histórica y en el recuerdo ciudadano respecto de lo que fue la dictadura militar. Efecto retraumatizante para los que fueron protagonistas de esa etapa de la historia y, para esta juventud hoy movilizada; son experiencias inéditas de daño y afectación de su salud física y mental que, al igual que las de sus antecesores, tendrán efectos a corto y largo plazo; una nueva generación de luchadores sociales que vivirá los costos de la represión política reflejados en sus propios cuerpos, muchos de ellos en forma irreparable. Respecto de la generación anterior, como muy bien lo están documentando los profesionales que trabajan en PRAIS a lo largo del país, se registra una agudización en la severidad de los daños, muchos de los cuales ya estaban en proceso de recuperación, el regreso de patologías psiquiátricas y padecimientos psicoemocionales como la depresión y el trastorno de estrés post traumático, el miedo, la angustia, la perplejidad, la desesperanza, la rabia y la indignación (Madariaga, 2019). Los efectos traumáticos de la represión política sobre la crisis social suman un nuevo componente de riesgo social, de afectación y sufrimiento generalizado en la ciudadanía, que la tornan más vulnerable aún para el enfrentamiento de la pandemia.

Una subjetividad emergente: Por otra parte, esta misma crisis social da cuenta de un proceso de germinación de una nueva subjetividad, un colectivo social que se asume sujeto político, agente de transformación social, con vocación de poder y capacidad de convocatoria, con nuevas interesantes formas comunicacionales para instalar las reivindicaciones sociales clave del momento, que es capaz de conectar la aparentemente heterogénea cantidad de demandas con sus causas últimas y finales: el neoliberalismo ("No era depresión, era Capitalismo"). Este homo políticus que reabrió las esperanzas en un nuevo pacto social es al mismo tiempo un nuevo sujeto, sumatorio y síntesis de las multitudinarias experiencias acumuladas desde la revolución pingüina en adelante (universitarios, feministas, no más AFP, trabajadores, diversidad sexual y de género, etc.). Esta subjetividad nueva está en pleno desarrollo, inclusive en este período de excepcionalidad pandémica. Su ojo crítico y su estado de alerta frente al manejo vacilante y economicista de la crisis sanitaria anuncian el despliegue de capacidades para elaborar nuevas estrategias de acción y continuidad en la lucha por una nueva sociedad. La crisis social se ha agravado absolutamente con la pandemia y no únicamente debido a sus consecuencias biomédicas sino, principalmente, a causa de la profundización de la pobreza social, a la carencia de satisfactores mínimos para la supervivencia en los sectores populares, al desigual acceso a la atención de salud y salud mental, a los elementos de protección personal, a los ingresos familiares y la protección del empleo, etc., lo que claramente derriba uno de los mitos más perversos: "el virus nos ataca a todos por igual". Esta nueva subjetividad encontró su camino en la participación social concertada, en la producción de miles de iniciativas de solidaridad y colaboración para enfrentar todos estos desafíos; hay en esta condición de actor social una estrategia de fortalecimiento de la salud mental por la vía de su protagonismo como sujeto del cambio social. Esta es una base muy valiosa para el despliegue de estrategias de recuperación de la afectividad y la emocionalidad de la ciudadanía,

que se funda en valores como la solidaridad, el afecto, la organización colectiva[ii], el respeto y la tolerancia hacia lo diverso; hablamos de una praxis social de cambio al mismo tiempo que de protección de la salud y la salud mental.

Los efectos de la pandemia en la salud mental

La pandemia como trauma: La pandemia no es un factor más que contribuye a la crisis social, como han señalado los gobernantes, queriendo con ese argumento debilitar la concurrencia de las causas económicas como fundamento central de la crisis. La pandemia es, en sí misma, un componente estructural de esta crisis social pues nace de los desequilibrios que el modelo neoliberal ha producido en la relación sociedad – naturaleza, economía – biología (Badiou, 2020; Boaventura, 2020; Ramonet, 2020). La mutación viral del SARS Cov–2 nace de esta contradicción, es el producto de una mala metabolización del mundo natural (Breilh, 2013–a), con cargo al capital financiero internacional y en desmedro de la humanidad toda. La pandemia es, por tanto, un trauma social, un productor y reproductor de múltiples efectos para la salud mental de la ciudadanía mundial y local. Como trauma opera enfrentando a las personas con el riesgo de morir, con la posibilidad de la pérdida de seres queridos, con múltiples procesos de duelo derivados de todo tipo de pérdidas materiales y espirituales asociadas a su efecto devastador, con la precarización de la vida cotidiana y la supervivencia. Además agudiza otros duelos y traumas que no han podido ser ritualizados ni compartidos, aumentando el riesgo de depresión y cronicidad de esas pérdidas por el aislamiento (Castillo, 1997). Dada la realidad ya descrita respecto de la salud mental en nuestro país, es innegable el efecto traumatizante que aporta la pandemia con su violencia biológica y también simbólica; vivimos en una sociedad que sigue procesando duelos inconclusos, congelados o cronificados por causa de la impunidad para los crímenes genocidas de ayer y de hoy. El componente tanático que convive con nuestra psicología social se nutre y aviva con las amenazas que implica la pandemia, potenciado además con las desigualdades e injusticias sociales con las que la clase trabajadora, las mujeres, los/as ancianos/as, los pueblos indígenas, los inmigrantes, las comunas pobres y rurales enfrentan este flagelo. El riesgo de morir se juega en el modo como el gobierno dirime las desigualdades e inequidades para enfrentar la pandemia; ergo, y en coherencia con el modelo, morirán los que deban morir, es decir, los más dañados y los que menos daño hagan a la supervivencia del modelo económico. Así sucedió en algunos países de Europa y hoy en USA y Brasil.

Efectos clínicos: A partir de la experiencia de la pandemia en China se conocen algunas evidencias de la relación pandemia – salud mental: a. los hospitales y servicios psiquiátricos son más vulnerables al contagio; b. los pacientes psiquiátricos portadores de trastornos mentales severos son más vulnerables al contagio; c. personas que utilizan psicofármacos, especialmente antipsicóticos, son más vulnerables también; d. el estigma de la enfermedad mental hace de este grupo de pacientes un sector discriminado, con más dificultades para el

ii Un ejemplo de estos, fue la reacción colectiva de algunas comunidades mapuches de la Araucanía que ante el brote epidémico en esa ciudad decidieron de manera autónoma cerrar las comunidades a la entrada de cualquier persona foránea.

acceso oportuno al manejo del riesgo de contagio (Brown, 2020; Rogers, 2020; Xiang, 2020). Desde la perspectiva de la afectación individual de la salud mental con el proceso pandémico, se observa la prevalencia de patologías como el trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés post traumático, depresión mayor, trastornos de angustia (especialmente ansiedad generalizada y trastorno de pánico). Algunas de estas enfermedades corren el riesgo de cronificarse ante la ausencia de tratamiento oportuno, otras son de baja complejidad y susceptibles de un adecuado manejo en el nivel primario de atención. Una fracción de estas personas vive procesos de reactivación de patologías pre existentes, especialmente depresión, y requiere de un manejo más interdisciplinario. El estrés postraumático, patología compleja, requiere especial preocupación dada la intensidad de su sintomatología y el peligro de persistencia sintomática a lo largo de los años. En el campo de la salud mental, la clínica se ve muy afectada por la restricción del encuentro cara a cara y la exigencia inevitable de atenciones por vías alternativas, ya que priva los procesos terapéuticos de uno de sus recursos más valiosos: el trabajo colectivo, la psicoterapia individual, familiar y de grupos, las actividades de taller, los hospitales de día, etc.

Efectos psicosociales: Un primer desafío es la activación de procesos de duelo individuales y familiares derivados de todo tipo de pérdidas: muerte y enfermedad propia y/o de los suyos, abrupta pérdida de la capacidad de manutención y acceso a la alimentación, al servicio de la deuda y la atención a necesidades primarias, el deterioro de la calidad de vida, etc. Otro efecto devastador es la difusión colectiva del miedo y la angustia ante una amenaza real frente a la cual se batalla apenas con los escasos recursos familiares y de la solidaridad comunitaria; este estado emocional se nutre también de la desinformación, la confusión y los errores con que las autoridades han actuado frente a la pandemia, demorando decisiones clave para masificar el testeo con PCR y decretar cuarentena total en las zonas con indicadores de riesgo, etc.; todo ello ha derivado en el descrédito y la desconfirmación de la autoridad, y en la generación de un estado de ausencia de liderazgo en la conducción de las estrategias sanitarias e intersectoriales. Por otra parte, el confinamiento social de los sectores más desprotegidos por el sistema económico en ausencia de un soporte razonable desde el Estado para sobrellevar el encierro, muchas veces en condiciones de hacinamiento forzado, agrega fenómenos como la violencia contra la mujer, el consumo excesivo de alcohol, el maltrato a los niños, el debilitamiento de los lazos sociales con los espacios de pertenencia y con la familia extensa, etc. Muy lejos de un ideal de cuarentena familiar que se proyecta sobre la ciudadanía desde el ámbito televisivo cuando se promueve la imagen de familias de estrato social medio-alto que hacen del encierro un lugar placentero, casi deseado, que se centra en el disfrute compartido de un tiempo libre casi sin tensiones internas; una *mise-en-scène* de una condición idílica, aplicable solo a un segmento menor de la población chilena. El fracaso de la aplicación de un modelo telemático o informático para la continuidad de los estudios en casa de los estudiantes básicos y medios es reflejo del impacto traumatizante de las inequidades sociales sobre los padres y los estudiantes del sector público, quienes no cuentan con los recursos para ello, situación que ha afectado alrededor del 50% de esos hogares.

La salud mental de los trabajadores y la pandemia

En un escenario neoliberal que ha expuesto a la fuerza de trabajo a duras condiciones de explotación económica y dominación social, la clase trabajadora -incluyendo asalariados, subempleados, trabajadores por cuenta propia y a honorarios, cesantes, etc.- está sometida en su salud mental a los efectos tanto clínicos como psicosociales antes mencionados, con el agregado de factores de riesgo que provienen de las condiciones de vida a las que acceden según el puesto que ocupan en las relaciones sociales y que agregan más vulnerabilidad a enfermar y al deterioro de la salud mental propia y de sus familias. La precariedad de sus vínculos contractuales y la flexibilidad laboral, tan característicos de la relación Capital – Trabajo en contexto neoliberal, se desestabiliza aún más con el efecto que a nivel individual y como clase social les produce la aplicación de una estrategia de intervención en salud sobre la pandemia que no es precisamente salubrista sino economicista (CUT, 2020; Orgs. Sociales, 2020; Coord. Sindical, 2020). Esto hace que todas las medidas de mitigación del impacto de la pandemia sobre esta clase social sean insuficientes, puesto que están limitadas por el proteccionismo que el gobierno hace de los indicadores macroeconómicos que derivan de los procesos productivos y la reproducción del capital financiero. De esta forma, operan sobre la salud mental como factores de daño psicoemocional hechos como los siguientes:

Limitaciones al acceso oportuno a la atención médica ante la sospecha de contagio e ingreso rápido al tratamiento de sus complicaciones.

Burocratización, cuando no directamente obstruccionismo, para el uso de licencias médicas, con garantía y oportunidad de pago.

Serias limitaciones de acceso a todos los recursos de autoprotección personal y familiar que son recomendados en el mundo entero para evitar el contagio, tanto en el ámbito laboral como en la vida cotidiana.

Dificultades importantes para lograr bonificaciones económicas especiales por parte del Estado y los empleadores, garantías de respeto a las relaciones contractuales vigentes, posponer pagos de servicios básicos (luz, agua, etc.) y compromisos con entidades financieras por un período determinado, etc. Por el contrario, las bonificaciones impulsadas están por debajo del sueldo mínimo cuando no son financiadas con fondos de los propios trabajadores.

El impedimento para la participación de las organizaciones sindicales en el diseño y desarrollo de estrategias de acción en salud por parte de las autoridades de gobierno opera como un mecanismo adicional de discriminación para la clase obrera; mismo hecho ocurre con la negación sistemática de espacios en la televisión para los dirigentes de las principales organizaciones de trabajadores. Se trata de un ninguneo estratégico de estos actores sociales con el fin de ocultar la profundidad de la crisis y sostener al sistema. Obviamente estas conductas autoritarias impactan en la subjetividad individual y colectiva de los trabajadores.

Grupos vulnerables de la sociedad frente a la pandemia

Trabajadores de la salud: Elevado nivel de tensión laboral y carga de trabajo, en condiciones de carencias importantes de medios para el autocuidado personal; alto índice de ausentismo derivado del contagio y la sospecha, con escasa capacidad del sistema para cubrir dicho ausentismo; instrucciones ministeriales orientadas a una gestión estricta y ahorrativa del

recurso humano: restricciones para reemplazos, suplencias, nombramiento de nuevos cargos, etc. (MINSAL, 2020; COLMED, SONEPSYN, 2020); trabajo de sostenimiento diario de los sentimientos de dolor, rabia, desesperanza e indignación de la población consultante en los dispositivos de urgencia; tener que desplegar tareas de primer apoyo psicoemocional frente a los duelos producidos por las muertes y estados críticos de los pacientes en hospitales y consultorios; sentimientos de angustia, temor y culpa frente al peligro de llevar el contagio a sus hogares; la decisión dolorosa de tener que tomar distancia de sus seres queridos por tiempo prolongado, especialmente las mujeres, que constituyen alrededor del 70% de la fuerza de trabajo en este sector, etc. (CUT, 2020; COORD. SINDICAL, 2020). Todos estos factores confluyen en la aparición del Síndrome de Burnout (ser quemado por el trabajo), que impacta directamente la salud mental de las y los trabajadores, aunque hasta el momento han sido capaces de mantener una actitud de compromiso con su función, en condiciones que los enaltecen por el elevado nivel de resiliencia y compromiso mostrados con el servicio público (MINSAL, 2020; Alvarado, 2020; Vinueza, 2020). Esta capacidad adaptativa de hoy seguramente será foco de nuevos problemas de salud física y mental en el futuro, por lo que será urgente preparar medidas de prevención de estos potenciales daños para los trabajadores de la salud, que han estado en la primera línea de acción frente a la pandemia.

Mujeres: Están siendo el frontón de contención del grave deterioro de las condiciones de subsistencia de la casa, especialmente por el menoscabo de los recursos económicos; sobrecargadas además con las tareas de contención emocional de los hijos, muchos de los cuales presentan serias dificultades adaptativas al radical cambio de vida; depositarias de las responsabilidades escolares, haciendo esfuerzos por adaptar a sus realidades carenciadas los protocolos educativos en curso, poco realistas e inequitativos. La mujer dueña de casa, con trabajo no remunerado, sufre también las mezquindades de los bonos económicos ofrecidos por el gobierno, que no logran ser efectivos ni eficientes como camino de satisfacción de las necesidades básicas del hogar. En condiciones de cuarentena ya es evidencia científica, no solo en Chile sino en muchos otros países de la región, que la mujer enfrenta un aumento de las agresiones por parte de sus parejas, que llegan hasta la violencia sexual, las consecuencias conductuales del consumo excesivo de alcohol por el jefe de hogar, las dificultades en el manejo de conductas adictivas de los hijos adolescentes, etc. Caso aparte las mujeres que laboran como asesoras de hogar, comerciantes callejeras y en otras actividades informales, que han ido por vía directa a la cesantía por lo que están expuestas a los riesgos propios de intentar seguir laborando contraviniendo las cuarentenas; pagan además el costo de su estigmatización a nivel mediático como personas irresponsables, contrabando ideológico que intenta descargar buena parte del fracaso gubernamental en el manejo de la pandemia en sectores más precarizados de la sociedad, los que salen como cuestión de sobrevivencia a buscar el sustento diario en la calle. No obstante toda la sobrecarga anterior, son también las principales promotoras de ollas comunes y otras formas de la solidaridad en las redes comunitarias.

Personas de Tercera Edad: Alrededor del 70% de los hasta ahora fallecidos por el COVID–19 son personas mayores de 70 años, la inmensa mayoría de los cuales pertenece a sectores sociales pobres. Doble inequidad: de clase y

de generación. Sigue siendo escandaloso el retraso que ha tenido la autoridad sanitaria para hacer una búsqueda activa de contagio en las miles de instituciones autorizadas y clandestinas que cobijan ancianos; lo mismo sucede con las condiciones en que sobreviven personas mayores en hogares pobres, en cités, abandonados y enfermos, con patologías crónicas; algunas alcaldías hacen esfuerzos en esta dirección pero con recursos que son insuficientes y discontinuos. A medida que avance la crisis sanitaria por la pandemia y las camas críticas ya no den abasto, serán los ancianos el foco más dramático del conflicto deontológico asociado a la llamada "última cama"; como ya ha sucedido en los países del primer mundo, siguiendo el camino de una bioética dudosa, esta última cama no será para ellos; detrás de esta (i)rracionalidad está una vez más un cierto economicismo, aquel que protege la estabilidad de la fuerza de trabajo en beneficio de la producción de plusvalía (Habermas, 2020). La salud mental y la salud en general de la tercera edad tienen un solo camino futuro: la reorientación de las políticas públicas actuales hacia un enfoque integral, de tipo intersectorial, que proteja la dignidad y los derechos humanos de las personas mayores de nuestro país, con base en un modelo de salud solidario y fundado en los derechos sociales.

Personas con trastornos mentales y discapacidad: Las personas que padecen trastornos psiquiátricos mayores y discapacitantes constituyen otro sector marginalizado del sistema. Con estudios incompletos, con familias disfuncionales o precarizadas, cesantes crónicos, sin el respaldo de políticas de Estado que les garanticen oportunidades de trabajo, con pensiones de discapacidad que los ponen en línea de extrema pobreza, con carencias afectivas múltiples, muchas veces sometidos a esquemas psicofarmacológicos que agregan nuevas morbilidades provenientes de efectos indeseables de sus medicamentos, afectados por el estigma social y la discriminación que impiden su integración social plena y los deja prisioneros casi eternos de procesos terapéuticos provenientes de las disciplinas del mundo "psi", etc. La pandemia es para ellos un complejo desafío de adaptación toda vez que tanto la propia sintomatología como los efectos de los psicofármacos sobre los procesos cognitivos les limitan para visualizar los riesgos epidémicos y para llevar a cabo correctamente las medidas de autocuidado; esto se agrava por el hecho que están suspendidas las atenciones clínicas presenciales y todas las actividades terapéuticas grupales y de taller que podrían contribuir a empoderarlos frente a la pandemia. Las personas con padecimientos mentales quedan parcialmente invisibilizados en esta urgencia sanitaria, desplazados hacia un escenario en el que se subvalora el impacto del contagio y la enfermedad viral en cuanto experiencia personal del sujeto sufriente. Un ejemplo dramático: los discriminatorios requisitos de exclusión para el ingreso a residencias sanitarias de personas contagiadas por COVID–19, que exigen ausencia de problemas de salud mental y psiquiátricos (MINSAL, 2020). Se sigue la lógica histórica utilizada por la sociedad moderna contra la locura y la enfermedad mental: se trata de una subcategoría errática de lo humano. El modelo comunitario en salud mental aplicado hoy por la red nacional sostiene una batalla contra estos efectos discriminatorios de la enfermedad mental en contexto pandémico, con las limitaciones e insuficiencias propias de constituir una perspectiva que está a contrapelo de las políticas neoliberales en salud (Chacón, 2020; Zavala, 2020).

Personas privados de libertad: La cárcel chilena encierra, junto con las personas, una realidad dantesca y vergonzosa, en la que confluyen todas las agravantes psicosociales, culturales y de salubridad que hacen de ella un escenario crítico para la pandemia. El gobierno ha sido rígido en limitar la aplicación de medidas de excarcelamiento destinadas a proteger a la población penal de la enfermedad y la muerte por COVID–19, pese a que sobre ello hay recomendaciones internacionales (AMNESTY INT, 2020; ACNUR, 2020; ONU, 2020; AEN, 2020). Esto ha afectado no solo a los presos sino también a sus familiares, lo que da cuenta de los incidentes violentos registrados en algunos penales y fuera de ellos. Miles de imputados y de prisioneros políticos (jóvenes de primera línea del "estallido social", sin antecedentes delictuales) podrían beneficiarse de medidas de excarcelación con fundamento sanitario (Agrup. Guacoldas, 2020). La parcialidad de las medidas adoptadas se suma a los intentos por aprovechar esta coyuntura para poner en libertad a genocidas de Pinochet; todo ello activa además efectos retraumatizantes sobre los familiares de las víctimas de violaciones a los derechos humanos y una reacción generalizada de rechazo a esta intención por parte de múltiples instituciones de derechos humanos, justamente debido a que contraviene los compromisos internacionales del Estado de Chile con el tema de la justicia y los procesos de reparación social. (Cátedra dd.hh. U. de Chile., 2020)

Migrantes: La pandemia ha develado la precariedad con la que la mayoría de los inmigrantes enfrenta su vida en el país: trabajos mal remunerados e informales, viviendas sobrepobladas, pobreza extrema y sufrimiento infantil asociado a ella, violencia en la vida cotidiana, estigma y discriminación, acceso limitado y sin pertinencia cultural a los servicios de salud, severas trabas burocráticas que les impide legalizar su documentación y, por tanto, acceder de mejor forma a puestos de trabajo, etc. (Servicio Jesuita a Migrantes, 2020). Muchos inmigrantes intentan colectivamente sumar esfuerzos para subsistir, especialmente ocupando lugares como cités y campamentos, en condiciones de mucha precariedad de higiene, hacinamiento, carencia de luz y agua, todo lo cual ha favorecido el contagio y la enfermedad viral. Un sector de ellos intenta desesperadamente retornar a su país de origen en busca de protección social. Cada vez que se ha realizado testeos del virus en estas comunidades la cifra de contagiados ha sido muy elevada, en algunos casos comprometiendo a casi la totalidad de sus residentes, incluyendo niños. Los efectos traumáticos para la salud mental de estos sectores sociales no ha sido aún evaluada pero es esperable que nos encontremos con mucha patología: depresiones, trastornos de angustia, estrés agudo y post traumático, consumo riesgoso de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar. El fondo estructural de esta problemática de salud mental de los migrantes orienta las soluciones en primer lugar a una reformulación de las políticas de migración vigentes, fundada en los derechos humanos y en la solidaridad internacional. Desde el punto de vista de la salud mental debe profundizarse un enfoque de interculturalidad que permita dialogar con las distintas concepciones del proceso salud-enfermedad-atención en cada cultura, considerando sus maneras de entender las dolencias, el contagio y sus propias prácticas de sanación y cuidado; al mismo tiempo, debe garantizar el acceso oportuno y de calidad a la red de salud pública.

Pueblos indígenas: Los pueblos indígenas han estado invisibilizados en esta pande-

mia, a pesar de que la pertenencia étnica se considera un dato sociodemográfico básico (MINSAL, 2016; Cuyul, 2020; Caniguan, De La Maza, 2020). Información analizada puntualmente muestra que en la comuna de Arica se encuentran tasas más altas de incidencia de contagio en indígenas comparadas con no indígenas (180,3 x 100.000 versus 120,4 x 100.000) (documento inédito de Malva Pedrero, 2020). La misma investigadora compara las comunas de la Región Metropolitana con menos de 5% y más de 15% de población indígena, donde en las últimas se dobla la tasa de contagios). La Araucanía fue una de las primeras regiones en sufrir la epidemia, si bien se centró en la ciudad de Temuco, se desconoce el número de personas mapuche contagiadas o fallecidas por esta causa. Actualmente se han reportado brotes en las comunas de Lonquimay y existen casos en todas las comunas de la región. La situación de vulnerabilidad y empobrecimiento de los pueblos indígenas en general y en Chile en particular (CEPAL, 2020) se expresa en tasas más altas de mortalidad por todas las causas y en todos los grupos etarios respecto de los no indígenas (Oyarce, Pedrero, 2009, 2010a, 2010b, 2010c; CEPAL, 2010); esta realidad epidemiológica y social plantea un escenario de máxima desigualdad que revitaliza la relación colonial impuesta por el Estado chileno. (Cuyul, 2020)

Un segundo aspecto a considerar es que desde el primer contacto con el mundo europeo los pueblos indígenas han sufrido la introducción de epidemias que han diezmado su población[iii] Existen términos para denominar estas enfermedades que vienen de afuera; por ejemplo, wingka kutran entre los mapuches (Cuyul, 2020; Loncon, 2020). Desde la visión holística del bienestar indígena estas dolencias se vinculan directamente con "el mundo de afuera" que ha traído pérdida de territorio, devastación de los ecosistemas, deforestación y falta de agua vinculada a la industria extractiva agroforestal y minera (CEPAL, 2020). Por lo anterior, el resguardo del territorio, el aislamiento socio-geográfico y los patrones de asentamiento disperso que todavía persisten en algunos pueblos son factores de protección reconocidos por ellos. En este sentido hay que distinguir claramente la situación de las personas indígenas que viven en contextos urbanos de aquellos que lo hacen en comunidades rurales; han sido personas mapuches y no mapuches que han vuelto desde la Región Metropolitana debido a la pérdida de sus fuentes laborales, las que al regresar a las ciudades sureñas y a las comunidades han provocado los brotes epidémicos. Habría que pensar también que los agentes del Estado son potencialmente fuentes de contagio; en este sentido, han sido las autoridades tradicionales las que han cerrado el ingreso a sus comunidades y han implementado cortes de camino para crear barreras sanitarias auto gestionadas (Cuyul, 2020; Canuguan, De La Maza, 2020)

Si las políticas estatales han sido confusas para la población en general, para los pueblos indígenas han sido irrelevantes lemas como "quédate en casa" y "lávate las manos", pues en un contexto de economía de subsistencia y privatización del agua carecen de todo sentido. Diversas voces se han levantado para promover políticas de salud territoriales autónomas para

iii Durante los primeros cien años de contacto la población indígena de América sufrió un colapso demográfico disminuyendo a un tercio, precisamente por la introducción de enfermedades que trajeron los conquistadores proceso conocido como "invasión mórbida". (Montenegro, Stephens, 2006)

afrontar una anunciada "crisis civilizatoria que el mal vivir y la transgresión han desencadenado" (Cuyul, 2020) y para prevenir la tragedia que se avecina sobre todo por las condiciones de las personas mayores, fuente de la sabiduría y memoria oral.

Dado que desde las epistemologías indígenas la salud mental es inseparable del bienestar colectivo e individual, la pandemia de COVID-19 es percibida como un hecho social total cuyo centro son los derechos territoriales. El tema de los efectos devastadores en la salud y bienestar de los pueblos indígenas necesariamente plantea un cambio estructural de las relaciones de subordinación con el Estado chileno. Un aspecto específico es la elaboración de políticas de salud públicas relevantes y basadas en un modelo dialógico de saberes sobre la vida, el ser humano y la relación de este con la sociedad y la naturaleza, respetando la autodeterminación como se propone desde los propios pueblos.

Perspectivas y líneas de acción para la protección de la salud mental

Las soluciones para la salud mental de los chilenos y chilenas son estructurales: un pacto social para un nuevo sistema de salud, fundado en los derechos económicos, sociales, culturales y medioambientales; el proceso constituyente debiera ser el camino que dirima el conflicto social y la crisis de la salud pública por la vía de la generación de una nueva Constitución Política del Estado, en la cual se establezcan políticas y estrategias de salud basados en principios como la solidaridad, la justicia social y las equidades en el abordaje del proceso salud – enfermedad (mental) – atención.

En esta etapa crítica de la pandemia es necesario considerar a esta última, sus consecuencias y desafíos, como parte constitutiva de la crisis social y no como un fenómeno separado metafísicamente de esta. No hay una "pandemia viral" y otra "pandemia social" como ha señalado el presidente Piñera recientemente en forma repetitiva; este enunciado contiene una intención de medicalización de la crisis social, que invisibiliza el peso de la cuestión económica como su fundamento último. La salud mental de la ciudadanía, especialmente de los sectores sociales precarizados por el neoliberalismo, está condicionada por el cumplimiento de una agenda social inmediata que permita la satisfacción de necesidades básicas de los trabajadores y la comunidad para enfrentar la pandemia ahora. (CUT, 2020; Orgs. Sociales, 2020).

Las estrategias de acción en salud mental para este período pandémico deben apoyarse en el fortalecimiento del movimiento social y político, desde donde es posible seguir desarrollando una subjetividad social activa, crítica y propositiva, emancipatoria, produciendo nuevos actores sociales, centrados en la acción transformativa de la sociedad y, al mismo tiempo, promoviendo cambios profundos en las formas como se hace práctica de salud mental en los tres niveles de atención. La salud mental de los chilenos y chilenas requiere de un especial e intensivo desarrollo de estrategias y metodologías de acción a nivel de APS, pero de una APS que se posicione en el vértice de la pirámide de los niveles de atención; se trata de la inversión de la pirámide, la superación estructural del modelo biomédico y hospitalocéntrico, recuperando las directrices fundamentales de la Declaración de Alma Ata. Es la APS, centrada en la participación ciudadana, el componente de la estructura sanitaria más directamente vinculado con la comunidad, la llamada a desplegar metodologías de apoyo psicoemo-

cional y acompañamiento psicosocial, co-construidos con las organizaciones locales, las redes sociales y los propios sujetos que requieren atención. La reciente determinación ministerial de traspasar (aunque bien tardíamente) buena parte del trabajo de pesquisa, tratamiento, derivaciones y prevención del COVID–19 será sólo decorativa si no trae asociada en forma perentoria los recursos financieros, materiales, humanos y de infraestructura que se requieren, a la luz de los alarmantes datos epidemiológicos de contagio, enfermedad y muerte.

La Salud Mental en el Servicio Público es la herramienta privilegiada para el incentivo a la participación social plena, con prácticas democráticas de gestión, involucramiento de la comunidad en el diseño, desarrollo, evaluación y gestión financiera de los programas de acción. La propia pandemia debe ser objeto de análisis y de estrategias de intervención en salud mental producidas en este ejercicio participativo, avanzando con estas prácticas desde el nivel de APS a los estadios más complejos de atención para los problemas de salud mental y de salud en general. La red pública de salud mental debe ser capaz de proveer líneas específicas de prevención y tratamiento para los grupos vulnerables/vulnerados, partiendo por los trabajadores de la salud y sus grupos familiares, y otros trabajadores de primera línea, sin los cuales es imposible sostener con eficiencia la demanda que está generando la pandemia. En este sentido, se requiere una concepción interdisciplinaria del equipo de salud mental y con un enfoque sociopsicobiológico.

Por otra parte, es necesaria una perspectiva de intersectorialidad para la atención a la multideterminación del fenómeno pandémico, esto es un compromiso sólido y debidamente financiado de otros sectores del aparato del Estado que son definitorios del curso evolutivo del proceso salud – enfermedad mental – atención: educación, vivienda, previsión social, trabajo, economía, etc.

Finalmente, postulamos la impostergable responsabilidad del Gobierno en la provisión de los recursos necesarios para los tres pilares estratégicos de la lucha contra la pandemia: testeo masivo y trazabilidad, cuarentenas totales, medidas de autocuidado e higiene personal. Todo ello en un contexto de trasparencia informativa del MINSAL e incorporación democrática del mundo científico, la academia, organizaciones de profesionales y trabajadores, del movimiento social a las distintas comisiones y mesas que asesoran a las autoridades políticas.

Reflexión final

A lo largo de este artículo se han presentado varios temas que entregan elementos para sustentar que la pandemia es una totalidad social, un proceso socio-histórico y sanitario colectivo e individual, que requiere de un abordaje integral, holístico y sistémico. Las diferentes dimensiones que configuran este hecho social requieren de un cambio estructural, que va desde una cultura de la vida y las vidas, la vivienda, la educación y la recreación colectiva hasta un nuevo marco constitucional donde la salud sea universal, solidaria y gratuita en un contexto de diversidad étnica y cultural.

Referencias bibliográficas

ACNUR. (2020). COVID–19: No hay excusa para la impunidad de los condenados por crímenes de lesa humanidad. Obtenido en abril de 2020, de https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25840&LangID=S. Ginebra, Suiza.

AEN. (2020). Medidas urgentes en los Centros Penitenciarios durante esta pandemia de coronavirus...y para el próximo período. Obtenido en mayo de 2020, de http://

www.osatzen.com/blog-osatzen/2020/medidas-urgentes-en-los-centros-penitenciarios-durante-esta-pandemia-de-coronavirus-y-para-el-proximo-periodo.html.

Agrupación de Familiares y Amigos de Prisioneros Políticos Guacoldas. (2020). Obtenido en agosto de 2020, de http://www.nuestratrinchera.cl/index.php/2020/08/10/descarga-semanario-por-la-libertad-agrupacion-de-familiares-y-amigos-de-prisioneros-politicos-guacoldas/

Alvarado, R. (2020). Evidencia sobre efectos en la salud mental de los trabajadores de la salud en la pandemia Covid–19. Santiago.

Americas Watch (2019). Chile: Llamado urgente a una reforma policial tras las protestas. Obtenido en marzo de 2020, de https://www.hrw.org/es/news/2019/11/26/chile-llamado-urgente-una-reforma-policial-tras-las-protestas.

Amnesty International. (2019). Chile: política deliberada para dañar a manifestantes apunta a responsabilidad de mando. Obtenido en mayo de 2020, de https://amnistia.cl/noticia/chile-politica-deliberada-para-danar-a-manifestantes-apunta-a-responsabilidad-de-mando/.

Amnesty International. (2020). Carta de Amnistía. Internacional al Estado de Chile. Pandemia y situación de las personas privadas de libertad. Santiago, Chile.

Badiou, A. (2020). Sobre la situación epidémica. Obtenido de https://laultimalinea.cl/alain-badiou-sobre-la-situacion-epidemica/.

Boaventura, D. S. (2020). La cruel pedagogía del virus. Buenos Aires: CLACSO.

Borón, A. (2020). ¿Volver a la normalidad? Obtenido de https://rebelion.org/autor/atilio-a-boron/.

Bramsen I, D. D. (Bramsen I, Deeg DJH, van der Ploeg E, Fransman S. (2007). Wartime stressors and mental health symptoms as predictors of late-life mortalit2007). Wartime stressors and mental health symptoms as predictors of late-life mortality in World War II survivors. .

Bramsen I, Deeg DJH, van der Ploeg E, Fransman S. Wartime stressors and mental health symptoms as predictors of late-life mortality in J. Affect Disord. , 103(1–3):121–129. doi:10.1016/j.jad.2007.01.014.

Breihl, J. (2010). Ciencia emancipadora, pensamiento crítico e interculturalidad. UASB-DIGITAL, Repositorio institucional del Organismo Académico de la Comunidad Andina, CAN . Universidad Andina Sim´n Bolívar, Ecuador.

Breilh, J. (2013–a). La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia una nueva salud pública (salud colectiva) (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica). UASB-DIGITAL Repositorio Institucional del Organismo Académico de la comunidad andina CAN.

Brinkmann, B. (2000). Itinerario de la impunidad. Chile 1973–1999. Un desafío a la dignidad. Santiago de chile: Colecciónj CINTRAS.

Brown, E. e. (2020). The potential impact of COVID–19 on psychosis: A rapid review. Schizophrenia Research.

Canuguan, N.; De la Maza, F. (2020). Pueblos Indígenas, los invisibilizados de la pandemia. Obtenido en junio de 2020, de https://ciperchile.cl/2020/06/23/pueblos-indigenas-los-invisibilizados-de-la-pandemia/.

Castillo, M. I. (2013). El (im)posible proceso de duelo. Santiago de Chile: Eds. U. Alberto Hurtado.

Castillo, R. (1997). Cultura y enfermedad mental: un enfoque centrado en el cliente. . Pacific Grove, CA: Brooks / Cole. 339 página.

Cátedra de DD. HH., U. de Chile. (2020). Declaración ante los esfuerzos del Gobierno por instalar una impunidad de facto para criminales de lesa humanidad. Santiago, Chile.

CEPAL. (2010). Desigualdades territoriales y exclusión social del Pueblo Mapuche de la comuna de Ercilla. Santiago: CEPAL - Alianza Territorial Mapuche.

CEPAL. (2020). Los pueblos indígenas de América Latina – Abya Yala y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Obtenido de mayo 2020, de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45664/51/S2000125_es.pdf.

Chacón, S. (2020). La atención abierta de especialidad en salud mental en el contexto Covid–19. Conversatorios Virtual Salud Mental en contexto COVID.

Chul-Han, B. (2016). La sociedad del cansancio. barcelona: Herder.

Chul-Han, B. (2020). La emergencia viral y el mundo de mañana. Obtenido de junio de 2020, de https://sociales.uexternado.edu.co/filosofia/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana/.

CINTRAS. (2013). Prevención del daño transgeneracional en segunda generación. Trabajo psicosocial de grupo. Santiago de Chile.

CINTRAS, EATIP, GTNM-RJ, SERSOC. (2009). Daño Transgeneracional: Consecuencias de la represión en el Con Sur. Santiago de Chile.

COLMED, SONEPSYN. (2020). Cuadernos para cuidar. Recomendaciones de autocuidado psicosocial para el

personal de salud en el contexto de la pandemia por COVID–19. Santiago, Chile.

Coord. Sindical (2020). Declaración pública, documento electrónico.

CUT. (2020). Comunicado Público ante dictamen de la Dirección del TrabajoT que infringe la legislación vigente. Santiago, Chule.

Cuyul, A. (2020). Pueblo mapuche y pandemia. Obtenido en julio de 2020, de https://sicnoticiaschile.wordpress.com/2020/06/01/las-pandemias-y-el-pueblo-mapuche-por-andres-cuyul-soto/.

Elgueta, V. (2020). Trauma Psicosocial, Estrés Crónico y Salud. Un enfoque psiconeuroinmuno endocrinológico. El Trauma Social como problema de salud pública. Violaciones a los derechos humanos en Chile, perído 1973–1990. Santiago, Chile: PRAIS-MINSAL.

Gómez, J. (2010). Política, democracia y ciudadanía en una sociedad neoliberal (Chile: 1920 - 2010). Santiago de Chile: ARCIS - CLACSO.

Habermas, J. (2020). Habermas: los problemas éticos de la pandemia. (L. Monde, Entrevistador)

INDH. (2019). Informe anual sobre violaciones a los DD HH en Chile en el contexto de la crisis Docial. Santiago de Chile: INDH.

Jorquera, M. J.; Madariaga, C. et al (2020). Estudio descriptivo de mortalidad en sobrevivientes de tortura y prisión política en el periodo de la dictadura militar en Chile, 1973–1990 .

Lazzarato, M. (2013). La fábrica del hombre endeudado. Ensayo sobre la condición neoliberal. Buenos Aires: Amorrortu.

Loncon, E. (2020). El coronavirus es un vñfitun en lengua mapuche. Obtenido en mayo d 2020 de http://educacion.usach.cl/index.php/1505–el-coranavirus-es-un-vnfitun-en-lengua-mapuche.

Madariaga, C. (2002). Trauma Psicosocial, Trastorno De Estres Postraumatico Y Tortura. Serie Monografías. Ediciones CINTRAS.

Madariaga, C. (2006). Retraumatización; Hacia una conceptualización necesaria. Reflexión N° 32 Colección CINTRAS.

Madariaga, C. (2018). “Clínica psiquiátrica y ciudadanía: de la crisis del paradigma biomédico a la Salud Mental Colectiva”. Santiago de Chile.

Madariaga, C. (2019). El “Estallido Social” Y La Salud Mental De La Ciudadanía: Una apreciación desde la experiencia PRAIS. Rev Chilena de Salud Pública, VOL 23 N°2: 139–149.

Martínez-Hernáes, Á. (1998). ¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la Esquizofrenia. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Marx, K. (1972). Tesis sobre Feurbach. En F. E. Karl Marx, La Ideología Alemana. Montevideo: Ediciones Pueblos Unidos.

Ménendez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades, 4 (7): Pägs. 71–83.

MINSAL. (2016). Orientaciones Técnicas Pertinencia Cultural En Los Sistemas De Información En Salud. Obtenido en abril 2020, de https://repositoriodeis.minsal.cl/Publicaciones/2018/Noticias/2018.08.28_OT%20PERTINENCIA%20CULTURAL_web.pdf.

MINSAL. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025.

MINSAL. (2020). Instructivo sobre austeridad y eficiencia en el uso de los recursos públicos durante la emergencia sanitaria producto del virus Covid–19. Santiago, Chile.

MINSAL. (2020). Residencia sanitaria de aislamiento temporal para personas COVID–19 positivo imposibilitados para cumplir cuarentenas en sus hogares/domicilios. Santiago, Chile.

MINSAL. (2020a). Recomendaciones para el cuidado del personal de salud durante Covid–19. Plan de acción Coronavirus. Covid–19. Santiago, Chile.

Montenegro, R.; Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. Lancet; 3 de junio de 2006; 367 (9525): 1859–69

Moulian, T. (1998). El consumo me consume. Santiago de Chile: LOM.

OMS. (2009). Financiación de la Salud Mental. Ginebra: OMS.

OMS. (2014). Prevención del Suicidio. Un imperativo global. Washington, DC: OMS .

OMS. (2018). La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas 2018. Washington, DC: OPS OMS.

ONU. (2020). Directrices esenciales para incorporar la perspectiva de derechos humanos en la atención a la pandemia por Covid–19.

Organizaciones Sociales. (2020). Carta abierta exigiendo al gobierno la implementación de una verdadera renta bá-

sica de emergencia (RBA). Santiago, Chile.

Oyarce, A. M.; Pedrero, M. (2010c). Perfil epidemiológico básico de la población indígena del Servicio de Salud . Arauco. Santiago: MINSAL.

Oyarce, A. M.; Pedrero, M. (2009). Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Araucanía Norte. Obtenido en mayo de 2020, de https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20N%C2%B0%208%20ARAUCANIA%20NORTE.pdf.

Oyarce, A. M.; Pedrero, M. (julio de 2010a). Perfil epidemiológico básico. Pueblos kaweskar, yámana,. Obtenido en mayo de 2020, de https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERIE%20PUBLICACIONES%20SITUACION%20DE%20SALUD%20%20N%c2%b05%20MAGALLANES.pdf.

Oyarce, A. M.; Pedrero, M. (2010b). Perfil epidemiológico básico de la Población Indígena de Los Ríos. Santiago: MINSAL.

Pérez, C. (2012). Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psiquiátrico. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Coordinadora Sindical de la Oposición (Chile). (03 de Abril de 2020). Declaración Pública Coordinadora Sindical de Oposición. Santiago, Chile.

PRAIS-MINSAL (Chile). (2020). Reparación integral de salud para los afectados por violaciones a los derechos humanos. Santiago , Chile.

Ramonet, I. (2020). Ante lo desconocido...la andemia y el sistema mundo. Obtenido en mayo de 2020, de https://www.jornada.com.mx/ultimas/mundo/2020/04/25/ante-lo-desconocido-la-pandemia-y-el-sistema-mundo-7878.html.

Rogers, J. e. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID–19 pandemic. Obtenido en junio de 2020, de https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215–0366(20)30203–0/fulltext

Samaja, J. (2014). Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar editorial.

Sepúlveda, R. O. (2020). New and old knowledge aimed at decolonizing mental health: reflections and proposal from Chile. International Review of Psychiatry, vol 33, United Kingdom, IN PRESS.

Servicio Jesuita a Migrantes. (2020). Propuestas respecto de la población extranjera en Chile ante la crisis sanitaria. Obtenido en mayo de 2020 de https://6430347d-cdf3–408d-b7dd-ceeee800e49c.filesusr.com/ugd/439982_d5ba741756014547a5e20d99606c8bbe.pdf.

Singer, M. (2009). Introducción a Syndemics: un enfoque de sistemas críticos para la salud pública y comunitaria. Jossey-Bass.

Vicente, B. e. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). Rev. méd. Chile v.130 n.5 Santiago mayo 2002.

Vicente, B. e. (2016). Prevalencias y brechas hoy; salud mental mañana. Acta bioeth. vol.22 no.1 Santiago.

Vinueza, A. e. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de Covid–19. Obtenido en mayo de 2020, de https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/708/958/988

Xiang, Y.-T. (2020). The COVID–19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. International Journal of Biological Sciences, 1741–1744.

Zavala, C. (2020). La atención cerrada de especialidad en salud mental en contexto Covid–19. Conversatorios Virtual Salud Mental en contexto COVID. Santiago de Chile.

Zizek, S. (2020). El coronavirus es un golpe al capitalismo a lo Kill Bill. En Z. e. al, Sopa de Wuhan (págs. 21–28). Buenos Aires: ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio).

MEMORIA COLECTIVA,

SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIA POR COVID-19 EN CHILE, 2020

Álvaro Lefio Celedón
Fanny Berlagoscky Mora
Pamela Espinoza Villarroel
Escuela de Salud Pública,
"Dr. Salvador Allende G."
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

La Memoria Colectiva y La Epidemia

Lo escrito se transforma con el tiempo en una forma de repositorio de la memoria y un artefacto para compartir ideas e identidades[1]. Sirve, al menos en parte, para rememorar con otros/as en los marcos sociales del futuro a partir de las coincidencias de representación del mundo, reales o imaginarias, permitiendo la reconstrucción de la memoria del grupo a través del tiempo y de las generaciones, la que siempre estará al servicio de las necesidades y continuidades de la lectura presente[2,3].

El límite entre la memoria individual y la colectiva es difuso, es el grupo quien da forma a nuestros recuerdos o dicho de otra forma, recordamos en la medida que conformamos un colectivo, por cercanía y por adopción de sus modos de pensar y hacer. Al mismo tiempo, el recuerdo sufre los efectos del tiempo, los acontecimientos vitales y los cambios del contexto social, y en la sumatoria, las diferentes perspectivas de lo que recordamos permiten la comprensión colectiva de lo que nos acontece. Puesto en perspectiva, pasado y futuro de las colectividades se vinculan a través de la memoria, sin memoria no hay continuidad, sin memoria no hay tiempo[4]. A su vez, las memorias de los grupos colisionan y como resultado del conflicto, algunas se imponen sobre otras. En definitiva, recordamos para constituirnos a nosotros mismos, para re-significar nuestra identidad en el presente[5,6]. El olvido profundo por su parte, participa del

proceso de la memoria en al menos dos sentidos, en uno el olvido inexorable borra la experiencia, en otro el olvido inmemorial constituye el punto de origen, siendo todo aquellos que hemos olvidado, pero que nos acompaña y nos construye en el presente[7].

La epidemia por COVID–19 ha producido una disrupción en la vida de las personas y por su magnitud y afectación global es probable que se encuentre entre aquellos acontecimientos que recordemos con particular facilidad[8] o al menos de la cual nos queden significados y prácticas, cuya referencia a este período se encuentre en el límite del recuerdo. El tiempo de la pandemia ha interferido con los límites del espacio y la movilidad, afectándose las formas de percibir el tiempo y sus lazos con el sentido, llegando a trastocar la ahora evidente frágil estructura de las relaciones sociales y económicas[9] y provocando, como toda peste, una gran perplejidad inicial y una progresiva caída en la crisis individual y colectiva[10].

Las vivencias de la pandemia se organizan como un fractal de posibilidades, es decir fragmentarias e irregulares, pero repetitivas e indescifrablemente conectadas entre sí. En el caso chileno esta disrupción sobrevino sobre un escenario de politización y disenso significativo de la sociedad, que repuso la discusión sobre la dignidad de la vida, tras decenios de pérdida, daño y desconexión colectiva[11]. Las reglas del consenso forzoso se desarmaron de la mano de la duda, la desconfianza, la creatividad y la ingobernabilidad. En lo cotidiano, en los grandes y pequeños espacios de nuestro país, las reglas más básicas de la convivencia y el sometimiento se pusieron en juego, traspasándose las barreras culturales, transgrediéndose las costumbres, el movimiento y el espacio.

La disrupción de la "peste" actual permitió lo impensado hasta hace poco meses atrás, el avance probablemente transitorio de las fuerzas del orden, del control y de lo policial, el retroceso del disenso y la política[12]. La capacidad de las pestes de interferir o hacerse parte en los procesos sociales ya ha sido descrito con bastante detalle por la historia y la ficción, las pestes se transforman en actores decisivos en guerras, revoluciones y también en la constitución de las reglas del juego institucional, incluido el sanitario[13,14]. En términos generales, el miedo y la muerte dan poder a los gobiernos respecto de los gobernados y se tiende a desatar los aparatos y dispositivos disciplinarios del poder[15], poniendo en la encrucijada de la identidad y perspectiva –Estado o Ciudadanía– a los actores del campo de la salud pública[16].

En este escenario de movilización social y saturación histórica en el que la sociedad chilena sigue avanzando, envuelta en la tragedia de la disrupción de la continuidad de la vida colectiva, el miedo y la pérdida, parece necesaria la pregunta por lo que no hay que olvidar, por lo que necesitamos y necesitaremos recordar de esta epidemia y pandemia, por lo que queremos recordar, para seguir construyendo sueños y esperanzas. En nuestro país de sometimientos e imposiciones de memorias oficiales que buscan dejar en el olvido inexorable los recuerdos, historias y vivencias de las clases populares, que niegan sus muertes y dificultan sus ritos, la epidemia será o podrá ser un punto de referencia para el recuerdo colectivo y al mismo tiempo lo que recordemos de esta epidemia y sus consecuencias, de la forma en que pensemos las problemáticas sociales y sanitarias que devela, es que surgirán parte de las posibilidades, identidades y búsqueda de soluciones.

La salud pública, las medidas y los planes

La pandemia ha repuesto a la salud pública en el escenario de las tareas urgentes. El derecho a la vida del colectivo –base del poder simbólico de los Estados modernos– se ha puesto en cuestión y la magnitud simbólica y material de este cuestionamiento, parece ameritar echar mano de las estrategias de gobierno del cuerpo social, que permitan inmovilizar, distanciar y acordonar[17]. Estas estrategias, que algunos/as llaman las intervenciones de salud pública identificar, aislar y cuarentenar provienen al menos del medioevo europeo[18], pero se han actualizado con fuerza, haciendo parte de aquello que no se olvida y que emerge, para algunos, como la principal estrategia de contención del avance de la epidemia global. La actualización, por cierto, implica la incorporación de los desarrollos contemporáneos de la epidemiología de transmisibles, que monitorea, caracteriza y proyecta la epidemia, y el desarrollo tecnológico que profundiza el control de la movilidad y las disidencias. En síntesis, lo sustantivo de las estrategias de control de la epidemia por COVID- 19, se reduce a evitar y mediar físicamente las interacciones cercanas, a identificar tempranamente los casos y aislarlos de forma efectiva, al menos dicho esto desde el discurso de la salud pública que se identifica con el Estado y/o el gobierno de la población.

La salud pública es un campo de saberes y prácticas constituido por múltiples actores y grupos heterogéneos, que rememoran y olvidan a través del tiempo a partir de otros/as. En esta crisis la salud pública reemerge como epidemiología y gestión autoritaria, aparece de la mano del saber cómo control de las enfermedades, como higiene del ambiente y de las personas, como vector unidireccional de las decisiones respecto de la organización, las distancias y la interacción de la población. Se la requiere para contener la muerte y la enfermedad del cuerpo social, pero en el marco y los límites que imponen los intereses del gobierno de turno y las formas de relación entre Estado, mercado y ciudadanía. Relación que excluye a la a la ciudadanía de las decisiones, precariza sus condiciones laborales, empobrece su vida material, fragmenta su identidad y mercantiliza los significados[19].

La falta de una democracia que vaya más allá de unas pocas instancias para votar, la exclusión de las mayorías de las decisiones gubernamentales sustantivas, la negación de derechos y el predominio exuberante de los intereses de las clases dominantes en el aparato estatal, es parte de lo que caracteriza a nuestras sociedades latinoamericanas[20] y en particular a la chilena. Así, la identificación de parte significativa de los actores de la salud pública con el Estado, se confunde y entreteje con el gobierno y a partir de aquello, con los intereses de esa clase[21], evitando o desconociendo la vivencia de la epidemia de las otras clases, de los otros pueblos, de los otros mundos.

Si reconstituimos someramente la estrategia pública del gobierno para enfrentar la epidemia, recordaremos la promesa gubernamental de que todos los enfermos tendrían atención, los laboratorios para los test de PCR, los militares y toques de queda, y la insistencia coreada por casi todos los medios de comunicación en la responsabilidad individual del cuidado. Los cierres de fronteras fueron laxos, no hubo hasta muy avanzada la primera ola de la epidemia una estrategia medianamente organizada y articulada de trazabilidad y aislamiento de los contagiados y sus contactos. La APS debió autoorganizarce por un largo período, y los/as que volvieron de sus vacaciones principalmen-

te en Europa, contagiaron a sus trabajadores/as y esparcieron la infección por las ciudades desiguales, con zonas de alto nivel de hacinamiento y profundamente conectadas, lo cual ocurrió con particular velocidad en la región metropolitana de nuestro país, produciendo a la fecha casi medio millón de contagiados y diecisiete miel fallecidos/as. La red de salud acogió a los contagiados, de peor o mejor forma, muchos fallecieron en sus domicilios, en las residencias de adultos mayores, en las cárceles e incluso en las calles. Intentaron ocultar o maquillar las estadísticas y aun cuando la capacidad de la red de atención permitió cumplir parte sustantiva de la promesa, el problema mayor es lo que no se comprometió, cortar la cadena de contagios, impedir la diseminación de la enfermedad y evitar las muertes.

La primera gran ola de contagios, en sus diversas manifestaciones territoriales, deja una estela de fracaso sustantivo en la prevención de la incidencia de los contagios y desde ahí sus consecuencias en relación al número de fallecidos. Nunca la norma de la evaluación podría ser la mortalidad o la letalidad, estas serían bajas en casi cualquier escenario. Es su capacidad de diseminación y la gran disposición de personas susceptibles lo que explica su relevancia y magnitud para la salud del colectivo y por tanto la medida de su impacto poblacional. Esto no desconoce el enorme esfuerzo y movilización de los equipos de salud en sus diversos niveles, que repone en la narrativa pública el valor del aparato sanitario estatal, pero esto no ha sido suficiente para impedir parte significativa de la tragedia y la muerte de miles de personas. Una vez instalada la epidemia en sectores empobrecidos esta no respondió significativamente a las medidas de cuarentena y esta última fue un imposible para muchos/as desde el principio o se transformó en aquello dada su larga extensión en el tiempo. En el fondo, para quienes les tocó conducir desde la institucionalidad sanitaria la respuesta a la epidemia, esta fue considerada como un amenaza para la vida, pero la vida de todos/as no fue considerada ni valorada de la misma forma.

Si lo que importa es la salud de la población, el respeto y cuidado de su vida, sus sufrimientos e incertidumbres, sus sueños e identidades, entonces las medidas del cuidado debieron asegurar sus condiciones de dignidad, incorporar a la ciudadanía en las decisiones democratizando y territorializando la gestión de la epidemia además de asegurar la identificación pronta de los casos, trazando con detalle su trayectoria de contagio y aislando efectivamente a los casos y sus contactos. Tampoco resulta razonable ignorar el momento de saturación histórica que vive la sociedad chilena, donde el cúmulo de frustraciones y deseos colectivos no conducidos por la administración política receptora de la desconfianza y el descrédito ciudadano, se desbordan por las calles del país. La salud pública y sus medidas, no pueden estar ajenas a los fenómenos sociales que le dan contexto, no puede plantearse medidas universales que no dialoguen con las características socioculturales de los pueblos, con sus necesidades, posibilidades y deseos de transformación.

Las medidas y los planes del gobierno central, no han tenido como objetivo central la salud de la población, sus objetivos principales están alineados con los intereses del capital y con la gobernabilidad. Han usado la epidemia para controlar el disenso, las cuarentenas han sido tardías y porosas, y por tanto se han prolongado excesivamente en el tiempo sin lograr sus objetivos. La incipiente estrategia de trazabilidad y aislamiento es insuficiente y los recursos

para la prevención de los contagios son precarios, todo en un marco donde las condiciones de seguridad social para enfrentar la epidemia y viabilizar las medidas de contención de los contagios han sido deficientes y tardías[22]. Los fracasos en el cuidado de la vida se ven atenuados solo por los esfuerzos territoriales por paliar el hambre y la pobreza, el esfuerzo de los equipos de salud por responder y responsabilizarse por el cuidado de la salud colectiva, y por los esfuerzos de autorganización de las comunidades, en ollas comunes y articulación de los cuidados, facilitando el acceso a la atención de salud de los con mayores dificultades y coordinando acciones con los actores locales[23].

Loa fracasos de los cuales somos parte, se produce en el contexto de un sistema de salud que ha sido fragmentado y segregado en sus procesos de atención, distinguiendo por ingreso y clase social, y cuya capacidad de respuesta ante la epidemia se ha sostenido principalmente en la fortaleza histórica de su red pública que se ha movilizado en todos sus niveles, teniendo a la base sus aprendizajes y su propia memoria colectiva en materia de enfrentamiento de crisis y enfermedades infecto-contagiosas. La falta de información inicial y la absurda centralización de decisiones y procesos, que generaron ausencias, duplicidades y errores, tuvo por contrapartida la auto-organización, creatividad y capacidades de los trabajadores/as de salud, quienes se responsabilizaron por el cuidado de la vida de la ciudadanía y de los/as cuales han fallecido setenta y dos por COVID – 19 hasta la fecha[24].

El aumento de camas y de capacidad de hospitalización de pacientes críticos se multiplicó por cuatro en el peor momento de la epidemia, los esfuerzos y los recursos gubernamentales se concentraron en la contención hospitalaria, en las capacidades y equipamientos para el soporte vital crítico. Ante la ausencia de conducción, los equipos de APS tuvieron que construir su propia información, diseñar sus nuevas posibles formas de atención y autoprotección, incluso hasta sus propios espacios de hospitalización, recordando que la APS no es sólo un nivel de atención, sino una estrategia sanitaria que se define más por la necesidad de salud que por la resolución burocrática. En poco tiempo la urgencia sanitaria disolvió el artilugio de las metas y repuso el valor de la reflexión, la creatividad y la puesta en común. Cuando el nivel central no pudo ya negar la necesidad de incorporar a los dispositivos sanitarios con la más amplia distribución en el territorio y diversidad de capacidades, se apostó por el discurso de la APS, pero aún las falencias de la estrategia de identificación, trazabilidad y aislamiento presentan graves problemas de efectividad, logrando durante el mes de septiembre notificar sólo a un 39% de los casos dentro de los 3 días desde el inicio de los síntomas[25] y aislar a un 42% de las personas que lo requieren en 24 horas[26].

Cuando la peste se encontró con la pobreza, la precariedad laboral, el hacinamiento y la marginalidad crónica de miles de chilenos/as, el escenario epidemiológico se transformó de una endemia baja de casos a ser de las colectividades con las mayores tasas de incidencia acumulada a nivel global y de Latinoamérica, con su estela de sufrimiento y muerte que hoy supera al cuádruple de fallecidos por neumonía en un año habitual. Es el miedo a la enfermedad, a la muerte, la notoriedad pública y la visibilidad que alcanza, lo que diferencia a una epidemia –una peste– de un brote de cualquier otra enfermedad y los problemas que genera provienen no sólo de las consecuencias biomédicas de esta, sino que de la interpretación

colectiva que realizamos. La enfermedad se manifiesta como una neumonía grave, pero el estigma, la violencia y los toques de queda se producen como respuesta. La negación sistemática del problema, los fallecidos, el fracaso y la pobreza, responden a intereses; la ausencia de una estrategia efectiva para cuidar la vida se produce por negligencias, incompetencias e ignorancia; y la preeminencia de los intereses y la maquinaria económica proviene de la indolencia respecto de la vida de los otros/as y del poder del capital, que deshumaniza la relaciones, mercantiliza la existencia y avanza sobre el territorio.

Sobre la rememoración

La memoria colectiva es recuerdo selectivo compartido, recordamos y olvidamos según nuestra necesidad grupal y a menudo las víctimas y los héroes son parte de las formas arquetípicas del recuerdo nacional y olvidamos lo que no es útil o lo que no queremos o podemos enfrentar. Los actores de la salud pública deberán rememorar en cada momento de crisis epidémica, que esta siempre es un artificio, es decir el producto de la interrelación entre biología y sociedad[27]. Lo que pone en riesgo y afecta la salud colectiva es el virus en su interacción con la pobreza, condiciones de vida material y características socioculturales de un pueblo y esto es lo que da cuenta de su proceso, dinámica social de los contagios y resultados sanitarios. En nuestro caso, el virus SARS CoV 2 se entremezcla con una sociedad que margina, segrega, excluye y precariza la experiencia de la vida, generando memorias, identidades y prácticas que afectan la cohesión general y la valorización de la alteridad, determinando incidencias elevadas y mortalidades desiguales.

Los actores de la salud colectiva que se vean envueltos en la compleja maraña de las decisiones sanitarias, aquejados por la incertidumbre y la perplejidad que cada peste trae sobre sí, querrán recordar que los planes se construyen con otros/as, que se parecen menos a órdenes y criterios de actuación, y más a una puesta en común y a conversaciones que problematizan la realidad circundante, que intentan converger con los contextos, territorios y proceso sociales, para configurar un futuro en la diversidad de los proyectos e incertidumbres de los escenarios. El plan es frágil y pequeño frente al contexto y las metas e indicadores son excusas y facilitadores de la conversación y la acción colectiva. Cada peste nos enfrenta inexorablemente a la incredulidad, la incertidumbre y el fracaso, pero en el diálogo, la reflexión y la organización colectiva podemos encontrar algunas estrategias y el sentido de las respuestas.

La salud pública que se transfigura con el Estado, necesitará recordar que esta identificación acrítica pone en riesgo la salud de la ciudadanía y el cuidado de la vida del colectivo. Cuando la estrategia de cuidado del cuerpo social se posiciona en la unidad, en el consenso y el orden, lo que invoca para sí es su rol en lo policial, que impone el consenso sanitario en un marco de daño y negación del otro/a, que dice qué y se olvida con quiénes, alejándose - la salud pública- de su otro aparecer, la que valora y se posiciona en el disenso y la política como movimiento disruptivo y desacuerdo, es decir la que afirma la igualdad originaria y la transformación del orden desigual y del daño, que pone al centro la vida y su cuidado, los territorios, sus inteligencias y su cultura.

Referencias bibliográficas

1. Assmann J, Czaplicka J. (1995). Collective memory and cultural identity. New german critique. 1995.(65):125–133.
2. Halbwachs M. La memoria colectiva (Vol. 6). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza; 2004.

3. Alba González MD. Teorías en diálogo: representaciones sociales y memoria colectiva. Iztapalapa. Rev Cienc Soc Humanid. 2016;37(80):131–151.
4. Ricoeur P. La memoria, la historia, el olvido. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2000.
5. Seydel U. La constitución de la memoria cultural. Acta Poét. 2014;35(2):187–214.
6. Roediger HL 3rd, Abel M. Collective memory: a new arena of cognitive study. Trends Cogn Sci. 2015 Jul;19(7):359–61.
7. Ricoeur P. La lectura del tiempo pasado: memoria y olvido. Madrid: Arrecife; 1998.
8. Peschanski D. «Tu crois qu'on s' en souviendra?» Mémoire collective du Covid–19. Revue de Neuropsychologie. 2020;12(2):128–131.
9. Kordon D, Edelman L, Lagos D. Transitando la pandemia: anclajes subjetivos para la formulación de políticas públicas. ASPO; 2020.
10. Rosenberg CE. What is an epidemic? AIDS in historical perspective. Daedalus. 1989. p.1–17.
11. Madariaga C. El "Estallido social" y la salud mental de la ciudadanía: una apreciación desde la experiencia PRAIS. Rev Chil Salud Pública. 2019;23(2):146–156.
12. Rancière J. Política, policía, democracia. LOM ediciones; 2006.
13. Rosen G. De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Siglo XXI; 1985.
14. Illanes MA. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia,(...): historia social de la salud pública: Chile 1880/1973: hacia una historia social del Siglo XX. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria; 1993. p. 514
15. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.
16. Basile G. SARS-CoV–2 en América Latina y Caribe: Las tres encrucijadas para el pensamiento crítico en salud. Ciên Saúde Coletiva. 2020, 25, 3557–3562.
17. Foucault M. Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI; 2002.
18. Ledermann W. El hombre y sus epidemias a través de la historia. Rev Chi Infectol. 2003;20:13–17.
19. Fleury S. Estado sin ciudadanos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1998.
20. Fleury S. Ciudadanías, exclusión y democracia. Nueva sociedad. 2004;193(5):62–75.
21. Osorio J. Estado, reproducción del capital y lucha de clases. La unidad económico/política del capital. Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
22. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. Actualización COVID–19 en Chile: análisis y recomendaciones ante la fase actual de la epidemia [Internet]. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública; 2020 [citado en septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/163736/analisis-y-recomendaciones-ante-la-fase-actual-de-la-epidemia.
23. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública; Universidad de Santiago de Chile; Universidad de Valparaíso. Primer Informe de Resultados Consulta ciudadana Respuesta Comunitaria a la pandemia por COVID–19 [Internet]. 2020 [citado en agosto de 2020]. Disponible en http://www.saludpublica.uchile.cl/extension/presentacion/165664/consulta-ciudadana-respuesta-comunitaria-a-la-pandemia.
24. Ministerio de Salud de Chile. Informa Epidemiológico N°1. Características del personal de Salud confirmados con COVID – 19. Chile: MINSAL; 2020.
25. ICOVID. Informe ICOVID Chile N° 8 [Internet]. 2020 [citado en septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.icovidchile.cl/informes.
26. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud pública; Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Departamento de APS; Colegio Médico de Chile. Infome Departamento de APS. Monitorización de estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APS, Informe N°5 [Internet]. 2020 [citado en septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/09/Informe-Monitoreo-TTA–04_09.pdf.
27. Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. Medicina social. 2006; 1(1):6–11.

REFLEXIONES, APRENDIZAJES Y DESAFÍOS

LA SALUD AMBIENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19

Karla Yohannessen V.
Mauricio Canals L.
Dante Cáceres L.
Hernán Varas M.
Marcelo Villalón C.
Pablo Ruiz R.
Programa de Salud Ambiental,
Escuela de Salud Pública,
"Dr. Salvador Allende G."
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Introducción

La velocidad de propagación del Síndrome Respiratorio Agudo Severo por coronavirus 2 (SARS-CoV–2) que causa la infección y enfermedad por coronavirus 2019 (COVID–19), de manera global ha generado gran atención y temores en torno a su prevención y control, tanto de la comunidad científica como en la población general.

La pandemia ha movilizado diferentes grupos de investigadores y especialistas para analizarla desde diferentes puntos de vista, especialmente en las áreas que estudian la biología del virus y sus efectos en la salud de las personas. No obstante, la implementación de estrategias para detener la propagación del virus ha debido considerar y abordar diversas vías de transmisión, y especialmente en las estrategias de control que se han centrado en el establecimiento de políticas públicas de distanciamiento social. Esto ha conducido a analizar y evaluar la evolución y los efectos de la pandemia junto a las medidas aplicadas desde diferentes áreas del conocimiento.

Con el fin de proporcionar una contribución desde el área de la Salud Ambiental, el artículo presenta diferentes aprendizajes y reflexiones en torno a la pandemia y los desafíos que plantea la emergencia sanitaria actual para los entornos contemporáneos. Comenzamos reflexionando sobre el origen del virus y su vinculación a la transmisión zoonótica, abordando y considerando la salud humana

como interdependiente con la salud animal y un medio ambiente saludable. Luego, presentamos el aprendizaje desde las investigaciones recientes relacionadas con la contaminación del aire, el COVID–19 y los efectos en la salud. Por otra parte, a raíz de que el COVID–19 ha cambiado radicalmente los hábitos de vida y viajes en cuestión de semanas, abordamos los desafíos para los entornos urbanos, la movilización y la sustentabilidad en relación a las medidas de prevención de la propagación del virus; desafíos que deben ser considerados tanto antes, durante y después de la pandemia. Finalmente, desde la perspectiva de una Escuela de Salud Pública, se presenta una reflexión sobre la pertinencia de nuestros planes formativos y sus métodos dado que la pandemia ofrece una ocasión privilegiada para revisar la transferencia que se realiza a la sociedad mediante la formación de recursos humanos especializados.

Salud ambiental, zoonosis y COVID–19

Muchos enfoques conceptuales, como salud ecosistémica, medicina de la conservación y "Una Salud" apuntan al concepto de una salud humana interdependiente con la salud animal y un medio ambiente saludable, coincidiendo con los escritos de Hipócrates, quien hace más de dos mil años desarrolló el concepto ecológico de enfermedad[1]. El concepto se ha ido enriqueciendo desde el siglo XIX con un gran impulso en 2004, cuando la Wildlife Conservation Society organizó un congreso que apuntaba hacia la medicina de la conservación y lo llamó "One World-One Health", estableciendo 12 ideas conocidas hoy como los principios de Manhattan[2,3]. Posteriormente, este concepto ha sido recogido en diversas organizaciones como FAO, OIE, WHO, CDC, UNICEF y el Banco Mundial, acuñándose el concepto tripartito Salud Humana-Animal-Ambiental en 2010[3]. En este contexto, la salud humana, una característica propia de nuestro sistema social depende del entorno físico y biológico[4,5].

El aumento de la población, la globalización y el cambio climático han significado un cambio en la prevalencia y aparición de nuevas enfermedades infecciosas, muchas de ellas zoonóticas y transmitidas por insectos hematófagos[6,7], con cambios en los patrones espaciales y temporales de reservorios, vectores y hospederos. Esto ha significado la emergencia y re-emergencia de numerosas enfermedades[8–11]. Entre las enfermedades emergentes se encuentran los virus Marburg, Hendra, Nipah, Ebola, síndrome pulmonar por Hantavirus, SARS, MERS, la cepa de E. coli O157–H7, Ciclosporidios y Criptosporidios[6,12]. Más del 70% de estas enfermedades son zoonóticas, donde el factor más importante es la transgresión de la barrera entre especies, concepto conocido como "derrame" o *"spillover"*[12].

En los tiempos actuales, se destacan las enfermedades cuyo reservorio son los murciélagos, principalmente los frugívoros. Los murciélagos tienen al menos 76 virus de peligro potencial para el humano, entre los que destacan los virus Rabia, Marburg, Hendra, Nipah, Menangle, Tioman, Ébola y los coronavirus SARS-CoV y MERS-CoV[13]. Los estudios actuales muestran casi con seguridad que el virus SARS-CoV–2 tiene su origen en murciélagos[14–17]. Este nuevo *"spillover"* está impactando la humanidad con una gran pandemia (COVID–19), que actualmente ya cuenta con más de 17 millones de casos reportados y cerca de 700 mil fallecidos, afectando todos los aspectos de la vida de la humanidad[18]. Entonces, con alta seguridad, estamos frente a una zoonosis emergente a consecuencia de la trasgresión de la barrera

específica o *"spillover"*.

El SARS CoV–2 es un -Coronavirus de la familia Sarbecovirus, que incluye al SARS CoV, y es afín al MERS-CoV (Merbecovirus), cuyo reservorio más probable son los murciélagos[19]. Específicamente, los murciélagos *Microchiroptera* de la familia *Rhinolophidae* (murciélagos nariz de herradura) son importantes reservorios naturales de coronavirus estrechamente relacionados a SARS-CoV–2[17]. Sin embargo, como hay diferencias en los aminoácidos que permiten al virus la unión a su receptor, se ha propuesto la presencia de un mamífero intermediario que sirva como amplificador del ciclo[14–17]. Una posibilidad, es la evolución por selección natural de los aminoácidos característicos en el mamífero intermediario y otra posibilidad es la selección natural en el humano después del *spillover*[14]. Notablemente, se ha encontrado que en el pangolín malayo (mamífero del orden *Pholidota*, comercializado habitualmente en Guandong, China), algunos coronavirus comparten 6 de los 6 aminoácidos que permiten la unión a su receptor[16,17,20]. Esto hace probable a esta especie como reservorio amplificador del virus y probablemente a otras especies del entorno natural aún no muestreadas. Se ha propuesto además que la gran pandemia que estamos viviendo podría desencadenar la perpetuación del patógeno en ambientes naturales por contaminación del entorno urbano, el paso a ambientes y reservorios naturales y la posibilidad de futuros brotes asociados a la interacción del hombre con la naturaleza.

Partículas, COVID–19 y efectos en la salud ¿Existe relación?

La comunidad científica ha estado intensamente discutiendo si hay alguna relación entre la contaminación del aire, el COVID–19 y los efectos en la salud. Específicamente, uno de los contaminantes primarios del aire más relevante es el Material Particulado (MP), especialmente las fracciones más finas (<0,1 µm y <2,5 µm, micrómetros de diámetro aerodinámico). El MP2,5 corresponde a la fracción respirable, es decir, la que penetra profundamente el sistema respiratorio alcanzando la zona alveolar. Desde el punto de vista físico-químico, el MP2,5 es considerado un aerosol, es decir, un conjunto de partículas sólidas y/o líquidas de naturaleza orgánica o inorgánica dentro de una fase gaseosa, constituidas de diferentes elementos y compuestos; tales como ácidos, productos químicos orgánicos, especies metálicas, así como partículas del suelo o polvo que se encuentran en suspensión en la atmósfera, que pueden ser de origen natural o antropogénico[21]. A su vez, estos aerosoles pueden contener especies orgánicas como proteínas, lípidos, bacterias, virus u hongos con potencial efecto inflamatorio y alérgico.

Diversos estudios epidemiológicos y toxicológicos han reportado la relación entre la exposición a PM2,5 y los efectos en la salud poblacional, cuyos efectos cardiovasculares y respiratorios, entre otros, han sido ampliamente documentados[22–23]. En el caso de los efectos respiratorios el mecanismo de acción propuesto es la inducción de efectos inflamatorios de las vías aéreas por la producción de especies reactivas del oxígeno, entre otros metabolitos inflamatorios. Este daño a nivel celular facilitaría la entrada de diversos agentes infecciosos que complicarían y exacerbarían los cuadros respiratorios[24].

Actualmente, en el contexto del COVID–19, se ha descrito cómo las gotitas expulsadas, ya sea a través del estornudo, la tos o al hablar, se pueden mantener suspendidas en el ambiente

por varias horas (dependiendo de su tamaño), aumentando la probabilidad de contacto con personas que se encuentran en los mismos microambientes, lo que sería un mecanismo plausible de difusión y contagio de la enfermedad; incluso a distancias mayores a los dos metros de distanciamiento social[25–26]. También se ha reportado que estas partículas virales se pueden difundir a través de los sistemas de aire acondicionado y/o ventilación en estudios realizados en restaurantes y en hospitales[27–28].

La actual pregunta que intentan responder los investigadores es ¿Cuál es el rol de las partículas finas o ultrafinas en la trasmisión y difusión del COVID–19, considerando que éstas se pueden mantener por mucho tiempo suspendidas en el aire y, por lo tanto, transportar a grandes distancias?. Hallazgos preliminares de estudios recientes, apuntan a que existiría una relación entre los altos niveles de contaminación atmosférica, las condiciones climáticas (humedad relativa) y la incidencia de casos de COVID–19, posiblemente atribuidos a la distribución de bioaerosol en el aire tanto en microambientes interiores como en espacios exteriores[29–30]. Estudios epidemiológicos de series de tiempo realizados en China y Estados Unidos durante esta pandemia, reportan una clara asociación entre los niveles diarios de MP y el incremento de la morbilidad y mortalidad por COVID–19[31–32].

En Bérgamo, una ciudad cercana a Milán (epicentro de la pandemia en Italia), se reportó el hallazgo de material genómico viral (ácido ribonucleico) sobre MP, en pleno invierno europeo donde se presentaban elevados niveles de contaminación y estabilidad atmosférica, como acontece durante las inversiones térmicas[33–34]. Esto indicaría que el MP jugaría un rol fundamental en la mantención y el transporte del virus a grandes distancias.

Está ampliamente documentado, que las partículas por su pequeño tamaño sedimentan lentamente y son fácilmente trasportadas por las corrientes de aire[21]. Liu y colaboradores (2020), reportaron, en muestras de partículas recolectadas dentro de hospitales y en los espacios exteriores, el hallazgo de material genético de COVID–19 concluyendo que la transmisión aérea debe considerarse una importante vía de difusión viral[35]. En contraste, algunos estudios reportan que no hay una clara relación entre el MP, específicamente PM10 (<10 µm) y la difusión de COVID–19 a través del aire[36]. Como ha sido descrito, el COVID–19 presenta un tamaño menor a 0,1 µm lo que facilita su adsorción sobre la superficie de la partícula del aire lo que facilitaría su coalescencia (unión) con las gotitas expulsadas por las personas infectantes, especialmente en condiciones de baja temperatura y altos niveles de humedad relativa[34].

Estos antecedentes muestran la compleja interacción entre la contaminación atmosférica de los ambientes urbanos, las condiciones climáticas y geográficas del lugar, las características de los virus, la susceptibilidad y vulnerabilidad de las poblaciones afectadas, que son tanto factores antropogénicos y naturales, que en su conjunto explican en mayor o menor grado la epidemiología de las enfermedades de trasmisión aérea.

Urbanización y ambiente construido en tiempos de pandemia

Desde el inicio de la propagación de COVID–19, se ha estudiado bastante sobre la biología del virus, que es altamente contagioso por personas con muchos, pocos o ningún síntoma. No obstante, una epidemia no es solo biología, también está impulsada por factores culturales,

y la urbanización es un aspecto crucial. Como sitios de grandes reuniones y condiciones de vida densas, las ciudades ofrecen el escenario perfecto para la propagación comunitaria de la infección.

Actualmente, las ciudades albergan más de la mitad de la población humana del mundo, lo cual puede generar un gran impacto en el medio ambiente, pero también oportunidades para mejorar el bienestar a través del acceso a la atención médica, la educación y las conexiones sociales[37]. Al mismo tiempo, las profundas desigualdades y la pobreza marcan las ciudades, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, existiendo barrios marginales que carecen de entornos seguros, desabastecidos y de baja densidad[37,38].

La conectividad dentro y entre las ciudades es clave para la velocidad de propagación del virus; si el COVID–19 hubiera aparecido en Wuhan hace un siglo, antes de que la ciudad se convirtiera en un centro para miles de personas que viajan diariamente cerca y lejos en tren, autobús y avión, este virus probablemente no habría tenido un impacto global tan rápido[37,39].

Por otro lado, cuando se implementaron medidas efectivas de control de la movilidad humana, se mitigó la propagación del virus, dejando entrever que la conectividad y la movilidad humana son factores muy importantes[37,38]. No obstante, el control de la movilidad humana ha tenido algunos beneficios ambientales inesperados, como la reducción de la contaminación del aire y acústica debido al descenso de los vehículos motorizados circulando[40]. Esto nos lleva a reflexionar acerca de un período post pandemia orientado a la reducción de la movilidad que tendría beneficios sanitarios y ambientales, por ejemplo, ¿cuántas reuniones de trabajo podrían realizarse de manera virtual, sin requerir que las personas se trasladen al lugar de la reunión?

De todas formas, como consecuencia de la reducción de la movilidad, las personas comenzaron a mirar más cerca de casa en términos del acceso a los servicios y productos para el consumo cotidiano, la forma de obtención de recursos económicos, e incluso a otras personas para interactuar[37]. Sin embargo, la expansión urbana junto a una mala planificación de los barrios y ciudades, ha llevado a identificar la falta de servicios esenciales (y de buena calidad) cercanos a las comunidades y que las grandes distancias entre actividades implican la necesidad de una alta movilidad[39].

Además, se debe considerar que los entornos urbanos tienen algunas características comunes, muchas de las cuales son factores que deben considerarse en una emergencia sanitaria como la actual. Por ejemplo, la densidad de personas en las viviendas, en el transporte público y en los entornos laborales es alta[38]. Todos estos ambientes construidos son potenciales vectores para la propagación de COVID–19 al inducir interacciones cercanas entre individuos, contener fómites (materiales que transmiten enfermedades infecciosas), y mediante el intercambio y transferencia viral a través del aire[38,39]. Este es uno de los grandes desafíos que se debe abordar tanto para controlar la pandemia actual, como para prevenir o inhibir futuras pandemias, y es posible que necesitemos encontrar diferentes formas físicas para abordar el problema de la densidad, permitiendo que las personas vivan, trabajen y se comuniquen incluso mientras se aíslan temporalmente.

La globalización y la urbanización generan desafíos que debemos enfrentar, sobre todo en un mundo posterior al coronavirus. La solución

es administrarlos, no revertirlos. En términos de conectividad y movilidad, por ejemplo, se podría pensar en dos líneas de acción: mejorar la provisión de servicios en los barrios y ciudades (para reducir la necesidad de viajar), y mejorar la movilidad desde y dentro de estas áreas, para reducir el tiempo y el esfuerzo necesarios para llegar a los servicios ubicados en los principales centros[37–39]. Asegurar que los entornos urbanos estén preparados para las enfermedades infecciosas emergentes es de vital importancia.

Reforzamiento del distanciamiento social en las ciudades a través de la movilidad sustentable

La movilidad humana tanto dentro y entre ciudades, como entre países se ha afectado intensamente por la emergencia sanitaria, por lo que los gobiernos han debido desarrollar medidas para estimular la reactivación de sus economías. De ello depende que puedan minimizar efectos negativos sobre el entorno y la salud de las personas. Al respecto, Nature sustainability, sugiere que salud y sostenibilidad deben estar en el centro de la respuesta sanitaria, ambiental y económica en la respuesta de la sociedad a las crisis prolongadas.

En relación a la movilidad urbana post-crisis, esta deberá centrarse en reforzar la mantención del distanciamiento social, evitar las aglomeraciones humanas y asegurar la dinámica del transporte especialmente en horas punta, maximizando la seguridad sanitaria para las personas[41]. El Foro Internacional de Transporte, predice que podría haber un aumento repentino en el uso del automóvil post pandemia debido a que las personas optarán por evitar la posible exposición al virus en los autobuses y metro. Entonces, ¿cómo podemos asegurar que el desarrollo positivo de los viajes activos se convierta en características permanentes de la vida de la ciudad?

En abril, la Organización Mundial de la Salud expresó que “Si bien las ciudades de todo el mundo están introduciendo una amplia gama de medidas para limitar los contactos físicos, para prevenir y frenar la pandemia... muchas personas requieren moverse por las urbes para ir a sus lugares de trabajo, satisfacer las necesidades esenciales o dar asistencia a personas vulnerables”, y agregó que “Siempre que sea posible, considere usar bicicleta o caminar; esto proporciona distanciamiento físico al tiempo que ayuda a cumplir con los requisitos mínimos para la actividad física diaria”[42]. Por otra parte, la ONU declaró en el día mundial de la bicicleta, que éste es un medio de transporte accesible, confiable y sostenible, que ayuda a la gestión del entorno, beneficia la salud mental y física, reduciendo el sedentarismo, así como la posibilidad de contagio en comparación con el transporte público, contribuyendo a una mejor calidad del aire urbano y recuperando el espacio público para los ciudadanos[43].

En el proceso de desconfinamiento, varios países se han preparado con la implementación de ensanches viales y dotación de nuevas ciclovías de uso temporal para promover una movilidad urbana más segura, saludable y sustentable. En Berlín, pintaron líneas amarillas en algunas calles para crear pistas para bicicletas, utilizando el concepto de “urbanismo táctico”, que implica medidas baratas, sencillas y reversibles, de impacto inmediato. Otras ciudades, como Lima, Barcelona y Milán, planean ampliar sus pistas para bicicletas, reduciendo el espacio para los vehículos en las calles y en los estacionamientos[44]. Bogotá, dispuso de 45 km nuevos de ciclovías temporales, en las prin-

cipales vías de la ciudad para descongestionar los paraderos de buses de Transmilenio[45]. En EEUU, Seattle habilitará más de 30 km de vías, dotando espacios seguros para peatones y ciclistas. Nueva York, habilitó cerca de 20 km de vías peatonales y 14 km de ciclovías; además autorizó el uso de bicicletas eléctricas. En Europa, Inglaterra dotó un fondo de alrededor de US $300 millones para ciclovías nuevas y ajustes en la infraestructura vial para peatones y ciclistas. Londres lanzó un programa para la adaptación de calles hacia un aumento importante en el número de ciclistas y peatones. En Francia, París prevé habilitar más de 640 km de pistas para bicicletas, incluyendo algunas vías exclusivas. En Bélgica, Bruselas agregará 40 km de ciclovías para promover viajes de corta distancia (<5 km)[46].

En Chile, entre las propuestas planteadas en el seminario "Diseño de las ciudades chilenas del mañana" consultadas en una encuesta a los 75 participantes, 54% concordó que el cambio debe ir desde ciudadanos al gobierno. Para movilidad sostenible, los expositores mencionaron la necesidad de implementar mas ciclovías, más arboledas (para el descenso de la temperatura) y más kilómetros de metro[47].

Por otra parte, desde las organizaciones ciudadanas[48], la bicicleta fue considerada un servicio esencial en cuarentena, ya que perciben que el riesgo de usar el transporte público en tiempos de pandemia es muy alto. Para que ésta sea un aliado contra la crisis sanitaria y climática, debe contar con todos sus servicios conexos "tales como estacionamientos seguros y capacitación de usuarios, entre otros..." y "considerar espacios de circulación segura, combinadas con medidas de urbanismo táctico para mejorar la coexistencia de peatones, ciclistas y modos motorizados en las vías urbanas".

Por otro lado, Rodrigo Mora (FAUCh) especialista en movilidad activa (bicicleta y caminata), plantea la dotación de "ciclovías temporales en tiempos de cuarentena, ya que la gente preferirá modos de transporte que aumenten el distanciamiento social entre las personas y se debiera desmotivar que la gente se cambie al auto".

Para Santiago, se propone "privilegiar los grandes ejes" por su continuidad y carácter intercomunal; destacando tres en el eje Norte-Sur: Av. Vicuña Mackenna, Gran Avenida y Santa Rosa[47]. En la RM, en relación a medidas de desconfinamiento, se plantean horarios diferidos de ingreso a clases para reducir el transporte post cuarentena, y las autoridades de Educación y Transportes trabajan con las universidades para definir bloques de clases en línea en horarios peak de pasajeros, para reducir flujos.

De la armonización adecuada de las medidas de movilidad urbana sustentable, sobre el ámbito sanitario y socioeconómico dependerá el éxito en la recuperación de la vida urbana post crisis. El transporte es uno de los sectores más contaminantes de las ciudades, por lo que alentar a las personas a caminar y andar en bicicleta después de la pandemia beneficiaría al medio ambiente, además de hacer que las ciudades sean más saludables para las personas que viven en ellas.

Sustentabilidad y COVID-19

La presente contingencia del COVID-19, nos ha planteado como sociedad un desafío mayúsculo que nos hace reflexionar en cómo plantearnos como sociedad a futuro. Al respecto vale la pena recordar las palabras del Director General de la OMS de mayo 2020: "La pandemia es un recordatorio de la íntima y delicada relación entre las personas y el planeta. Cualquier esfuerzo por hacer nuestro mundo más

seguro está condenado a fracasar a menos que aborde la interfaz crucial entre las personas y los patógenos y la amenaza existencial del cambio climático que está haciendo que nuestro planeta sea menos habitable"[49].

Al respecto, cabe destacar dos observaciones principales, la primera es que tanto el COVID-19 como otras enfermedades infecciosas (VIH, SARS y ébola) han pasado desde la fauna silvestre a los humanos, y es esperable que bajo las condiciones actuales esto siga ocurriendo. La segunda, es que en muchas ciudades en el mundo los niveles de contaminación han disminuido producto de las acciones asociadas al distanciamiento social. Esto plantea la presente contingencia como un desafío y una oportunidad para desarrollar una sociedad más sustentable.

En el contexto actual, cuando nos referirnos a la sustentabilidad, resuena la perspectiva planteada por Christian Becker en su libro sobre ética de la sustentabilidad[50], donde plantea que la sustentabilidad, y una ética de la sustentabilidad, hace referencia a tres relaciones: i) la relación con nuestros contemporáneos, ii) la relación con las generaciones futuras, y iii) la relación con la naturaleza. Cada una lleva un desafío distinto y la vez el desafío mayor es verlas en conjunto.

Una vez reconocidos estos desafíos, podemos plantearnos cómo podemos ser personas sustentables y desarrollar sociedades sustentables, mediante el cuidado de estas tres relaciones. En esta perspectiva podemos valorar las propuestas de la OMS para una recuperación saludable del COVID–19[51]. Este manifiesto presenta seis puntos principales.

En un primer punto se plantea "Proteger y preservar la fuente de la salud humana: la naturaleza", reconociendo que sociedades y economías sanas dependen de la naturaleza como fuente de elementos esenciales para su desarrollo, y alerta sobre las presiones que nuestras sociedades ejercen en la naturaleza en términos de deforestación, pérdida de biodiversidad, contaminación, entre otros. Aquí resuenan las reflexiones de Becker, quien plantea como persona sustentable a aquella que es capaz de identificar su interdependencia con la naturaleza y a su vez es capaz de desarrollar características personales esenciales para una relación sana, tales como receptividad y atención a sus procesos. La reflexión está en el grado de educación que tenemos como generaciones adultas para comprender a la naturaleza, o la que están recibiendo nuestros niños, de modo de evitar los problemas planteados anteriormente.

Los siguientes cinco puntos los podemos considerar una actualización de las ideas planteadas anteriormente a temas más concretos del quehacer como sociedad, y tienen relación más directa de cómo organizamos nuestras ciudades, matriz energética y estilos de vidas para apuntar a un futuro sustentable. En primer término, aparecen el acceso a agua y aire limpios como claves para enfrentar el COVID-19. Ambos aspectos son cruciales en el Chile actual, cruzando temas de equidad y poder político, y requieren una voluntad importante para ser enfrentados. El segundo se refiere a una transición a una matriz energética limpia y carbono neutral. Esto es central tanto para asegurar la salud tanto de las generaciones actuales como de las generaciones futuras. A esto se suman las ideas de una economía próspera, pero con menor consumo que puede significar una vía de reducir emisiones y lograr metas ambientales[51].

Los tres últimos puntos hacen referencia a cómo

construir ciudades sanas y cómo habitamos en ellas. Hemos visto como el confinamiento en muchas ocasiones a disminuido las emisiones del transporte y cómo la bicicleta puede transformarse en un actor importante en la movilidad de la ciudad. Se alerta a estar atentos a cómo se usan los recursos fiscales y que estos no promuevan más contaminación, por ejemplo, haciendo exenciones de impuestos a procesos contaminantes (diésel) o subvencionando carreteras urbanas que beneficia a pocos que contaminan mucho. Por último, es importante promover sistemas alimentarios sanos y sostenibles. Aquí es importante reconocer que la producción de alimentos (por ejemplo, carne), puede ser una fuente importante de emisiones de gases invernadero, a la vez que el hacinamiento de animales aumenta riesgos de zoonosis y la aparición de nuevas enfermedades.

Consideraciones sobre formación en salud pública y ambiental a 4 meses de iniciada la Pandemia

El lavado de manos puede reducir entre 21 y 23% el riesgo de una infección respiratoria (y hasta un 50% el riesgo de una diarrea). Pese a ser una indicación crítica para el control de la pandemia, el estudio de los determinantes de su efectividad en su uso doméstico es precario. En pleno 2020, los determinantes de un lavado de manos efectivo están insuficientemente estudiados, incluyendo aspectos teórico-prácticos y diseños que abordan el problema con un rango estrecho de sus determinantes[52]. No obstante, existen algunas condiciones ambientales básicas que se deben considerar para implementar ésta, una de las medidas más eficaces de esta pandemia, como lo es la falta o el suministro insuficiente de agua potable e instalaciones de saneamiento deficientes lo cual aumenta los riesgos de brotes de enfermedades infecciosas. Considerar estos factores en la comunicación a la población, de esta medida tan sencilla, por parte de las autoridades de salud, es muy importante pero no han sido tomados en cuenta. Este escenario lleva a pensar como salubristas si ¿será conveniente revisar y ampliar los tópicos de salud ambiental que ofrecemos?

El control de la pandemia supone la implementación de un conjunto de medidas de manera articulada. Entre ellas, la consideración adecuada de los roles de cada nivel de atención y las capacidades específicas de vigilancia epidemiológica, son aspectos relevantes para el control efectivo de un agente infeccioso. En Chile, el foco inicial de la respuesta a la pandemia ha estado en la alta complejidad (nivel terciario de atención), descuidando la Atención Primaria (AP), similar a lo ocurrido en Italia. Si bien luego fue parcialmente corregido, es posible que la estrategia inicial centrada en la alta complejidad traduzca la postergación de los roles de la AP en pandemia, que son múltiples, especialmente en el medio latinoamericano: contener la diseminación de la pandemia, vigilar la progresión de la enfermedad y derivar oportunamente a niveles de mayor complejidad. Además, debe identificar tempranamente problemas emergentes de salud asociados al aislamiento social prolongado como trastornos mentales, violencia, consumo de sustancias o descompensaciones de cuadros crónicos, en la población más vulnerable.

La contribución de la AP se asocia a un componente que ha sido particularmente deficitario en los meses iniciales de la pandemia: la trazabilidad. Esta depende de la existencia de instrumentos normativos y orientaciones técnicas claras que conjuguen elementos teórico-prácticos pertinentes y articulados adecua-

damente a nivel local. Este factor resulta crítico para el control de la propagación de la infección. Alcanzar tal funcionalidad requiere capacidades profesionales específicas difíciles de improvisar. Pese a que Chile ha tenido políticas de largo plazo exitosas en recursos humanos[53], estas no han alcanzado los profesionales de la salud pública. Más aún, buena parte del "saber hacer" acumulado por décadas de ejercicio de diversos profesionales en el ámbito de la autoridad sanitaria y servicios de salud, ha visto mermas sistemáticas que han dejado caer (por omisión) un soporte que durante la pandemia hemos añorado. ¿Emergerá una mayor valoración del quehacer profesional en salud pública, contribuyendo así al control de futuras emergencias sanitarias?

Una última consideración acerca de cómo desarrollar la transferencia que la sociedad espera desde nuestra posición, en medio de la pandemia. La Enseñanza Remota de Emergencia (*Emergency Remote Teaching* o ERT) se erigió como marco de referencia para la continuidad de la docencia universitaria. Desde nuestra experiencia, la ERT parece satisfacer adecuadamente expectativas de estudiantes, profesores y los deberes institucionales; aunque supone un entorno colaborativo, estudiantes con altos niveles de autonomía, selección de lo esencial a trabajar, flexibilidad normativa y evaluaciones formativas. Así es posible resumirlo a partir de su implementación en un periodo de 4 meses (15 de marzo–15 de julio), tiempo breve pero orientador.

Para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población, como parte de nuestro quehacer en la Universidad de Chile trabajamos en formación en salud pública con énfasis en salud ambiental desde un país de desarrollo medio. ¿Encontrará espacio el estudio del lavado de manos? ¿Consideraremos, además de aspectos diagnósticos, otros referidos a la implementación de medidas y que permiten a nuestros graduados una mejor contribución al país?

Reflexión final

La pandemia por COVID–19 ha dejado grandes enseñanzas en relación al virus propiamente tal, así como también de la respuesta de los gobiernos y de la sociedad frente a la emergencia sanitaria. Los desafíos se han ido enfrentando sobre la marcha, lo que en muchas ocasiones se ha vivenciado como acciones de "ensayo y error" y modificación de las estrategias. No obstante, esta amenaza podría constituir un hecho puntual (que una vez superada llegue a ser prontamente ignorada) o en un evento que se repite en el tiempo. En ambos casos, los gobiernos deberán estar mejor preparados, considerando que las pandemias cíclicas podrían conducir a acciones duraderas, principalmente preventivas. A partir de los puntos tratados en este artículo, ofrecemos algunas recomendaciones de políticas para su consideración:

Adoptar un enfoque de "Una salud" de manera integral. Las soluciones políticas deben reconocer que la salud humana está estrechamente vinculada con la de otras especies y el medio ambiente. No todas las enfermedades nuevas son coronavirus, no obstante, muchas son transmitidas por vectores generalmente invasivos. Este desafío ambiental debe ser considerado seriamente.

Alrededor del 70% de las nuevas enfermedades comienzan en animales, frecuentemente a través del comercio ilegal de vida silvestre. COVID–19 es un llamado oportuno para hacer cumplir y ampliar los acuerdos internacionales existentes sobre el tráfico de vida silvestre.

Prevención más que respuesta, ampliar los estudios para comprender la biología y ecología de COVID–19, otros virus y fenómenos naturales con el potencial de infectar a los humanos. La vigilancia de enfermedades debe comenzar antes de que una enfermedad aparezca y debe estar muy bien estructurada cuando los primeros casos de enfermedad se presenten, de manera de controlarla de manera eficaz, con estrategias basadas en la evidencia científica que puedan ser evaluadas mediante una vigilancia eficaz.

Invertir en las ciudades como impulsores críticos del desarrollo sustentable e inclusivo, tanto los desafíos como las oportunidades abundan en entornos urbanos. Con proyecciones de que más del 60% de la población mundial vivirá en áreas urbanas para 2050, un planeta sostenible dependerá de cómo las ciudades crezcan, funcionen y respondan al estrés. Una mejor tecnología y políticas urbanas pueden mejorar la calidad de vida, reducir la congestión, disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero y preparar a la ciudad para una emergencia sanitaria.

En particular, desde el ámbito universitario de un país de desarrollo medio, revalorizar las enfermedades transmisibles y sus medidas de control como materias a incluir no solo en pregrado y postgrado, sino que también en todo el ciclo escolar, es un imperativo en términos de educación cívica.

Referencias bibliográficas

1. Hippocrates, De aere aquis et locis, PART 1 [Internet]. [citado jun de 2020]. Disponible en: http://www.perseus.tufts.edu/hopper/text?doc=urn:cts:greekLit:tlg0627.tlg002.perseus-eng1:1
2. Cook RA, Karesh WB, Osofsky SA. Manhattan Principles on «One World, One Health» [Internet]. [citado mayo de 2020]. Disponible en: http://www.wcs-ahead.org/manhattan_principles.html
3. Canals M, Cáceres D. Una Salud: conectando la salud humana, animal y ambiental. Cuadernos Médico-Sociales 2020; 60: 9–21.
4. Gibbs EPJ. The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. Vet Rec 2014; 85–91.
5. Marten GG. Human Ecology. Basic concepts for sustainable development. UK: Earthscan Pub 2001.
6. Mc Michael AJ, Campbell-Lendrum DH, Corvalán CF, Ebl KL, Githeko AK, Scheraga JD, et al. Climate change and human health. Risks and responses. Geneva: WHO Cataloguing-in-Publication Data 2003.
7. Jones KE, Patel NG, Levy MA, Storeygard A, Balk D, Gittleman JL, et al. Global trends in emerging infectious diseases. Nature. 2008;451(7181):990–993.
8. Rogers DJ, Randolph SE. Climate change and vector-borne diseases. Adv Parasitol. 2016;62:345–81.
9. Figueroa D, Scott S, Hamilton-West C, González CR, Canals M. Mosquitoes: Diseases vectors in context of climate change. Parasitol Latinoam 2015;64(2):42–53.
10. Canals M, Cattan PE. Zoonosis emergentes transmitidas por vectores artrópodos en un mundo marcado por el cambio global. Parasitol Latinoam 2016; 65(1):42–53.
11. Canals M. Cambio climático y enfermedades emergentes en humanos. En Bozinovic, F. & Cavieres, L (Eds). La vulnerabilidad de los organismos al cambio climático: Rol de la fisiología y la adaptación. Santiago: Ediciones CAPES-UC; 2019. p. 37–55.
12. Lloyd-Smith J, Dylan G, Pepin KM, Pitzer VE, Pullian JR, Dobson AP, et al. Epidemic Dynamics at the human-animal interface. Science. 2009;326:1362–1367.
13. Callisher CH, Childs JE, Field HE, Holmes KV, Schountz T. Bats: important reservoir hosts of emerging viruses. Clin Microbiol Rev. 2006;19(3):531–545.
14. Andersen KV, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV–2. Nature Medicine 2020; 26:450–455.
15. Lam TTY, Shum MH, Zhu HC, Tong YG, Ni XB, Liao YS, et al. Identifying SARS-CoV–2 related coronaviruses in Malayan pangolins. Nature 2020.
16. Zhang Y-Z, Holmes EC. A Genomic Perspective on the Origin and Emergence of SARS-CoV–2. Cell [Internet]. 16 de abril de 2020 [citado mayo de 2020];181(2):223–

7. Disponible en: https://www.cell.com/cell/abstract/S0092-8674(20)30328-7

17. Zhou H, Chen X, Hu T, Hughes AC, Bi Y, Shi W. A novel bat coronavirus closely related to SARS-CoV-2 contains natural insertions at the S1/S2 cleavage site of the spike protein. Current Biology 2020; 30, 2196–2203.

18. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update [Internet]. [citado junio de 2020]. Disponible en https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/

19. Ji JS. Origins of MERS-CoV, and lessons for 2019-nCoV. The Lancet 2020; 4: e93.

20. Zhang T, Wu Q, Zhang Z. Probable Pangolin origin of SARS-CoV-2 associated with the COVID-19 outbreak. Current Biology 2020; 30, 1346–1351.

21. Poschl U. Atmospheric aerosols: composition, transformation, climate and health effects. Angew Chem Int Ed Engl 2005; 44: 7520–40.

22. Dominici F, Peng RD, Bell ML, Pham L, McDermott A, Zeger SL, et al. Fine particulate air pollution and hospital admission for cardiovascular and respiratory diseases. JAMA 2006; 295: 1127–34.

23. Stanek LW, Brown JS, Stanek J, Gift J, Costa DL. Air pollution toxicology-a brief review of the role of the science in shaping the current understanding of air pollution health risks. Toxicol Sci 2011; 120 Suppl 1: S8–27.

24. Maier KL, Alessandrini F, Beck-Speier I, Hofer TP, Diabate S, Bitterle E, et al. Health effects of ambient particulate matter–biological mechanisms and inflammatory responses to in vitro and in vivo particle exposures. Inhal Toxicol 2008; 20: 319–37.

25. Setti L, Passarini F, De Gennaro G, Barbieri P, Perrone MG, Borelli M, et al. Airborne Transmission Route of COVID-19: Why 2 Meters/6 Feet of Inter-Personal Distance Could Not Be Enough. Int J Environ Res Public Health 2020; 17.

26. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. J Adv Res 2020; 24: 91–98.

27. Lu J, Gu J, Li K, Xu C, Su W, Lai Z, et al. COVID-19 Outbreak Associated with Air Conditioning in Restaurant, Guangzhou, China, 2020. Emerg Infect Dis 2020; 26: 1628–1631.

28. Chia PY, Coleman KK, Tan YK, Ong SW, Gum M, Lau SK, et al. Singapore Novel Coronavirus Outbreak Research. Detection of air and surface contamination by SARS-CoV-2 in hospital rooms of infected patients. Nat Commun 2020; 11: 2800.

29. Ficetola GF, Rubolini D. Climate Affects Global Patterns of Covid-19. Early Outbreak Dynamics 2020.

30. Zoran MA, Savastru RS, Savastru DM, Tautan MN. Assessing the relationship between surface levels of PM2.5 and PM10 particulate matter impact on COVID-19 in Milan, Italy. Sci Total Environ 2020; 738: 139825.

31. Wu X, Nethery RC, Sabath BM, Braun D, Dominici F. Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States: A nationwide cross-sectional study. medRxiv 2020.

32. Chen K, Wang M, Huang C, Kinney PL, Anastas PT. Air pollution reduction and mortality benefit during the COVID-19 outbreak in China. Lancet Planet Health; 2020, 4: e210–e212

33. Setti L, Passarini F, De Gennaro G, Barbieri P, Pallavicini A, Ruscio M, et al. Searching for SARS-COV-2 on Particulate Matter: A Possible Early Indicator of COVID-19 Epidemic Recurrence. Int J Environ Res Public Health 2020; 17.

34. Comunian S, Dongo D, Milani C, Palestini P. Air Pollution and Covid-19: The Role of Particulate Matter in the Spread and Increase of Covid-19's Morbidity and Mortality. Int J Environ Res Public Health 2020; 17.

35. Liu Y, Ning Z, Chen Y, Guo M, Liu Y, Gali NK, et al. Aerodynamic characteristics and RNA concentration of SARS-CoV-2 aerosol in Wuhan hospitals during COVID-19 outbreak. BioXRiv 2020.

36. Bontempi E. First data analysis about possible COVID-19 virus airborne diffusion due to air particulate matter (PM): The case of Lombardy (Italy). Environ Res 2020; 186: 109639.

37. Lee VJ, Ho M, Kai C, Aguilera X, Heymann D, Wilder-Smith A. Epidemic preparedness in urban settings: new challenges and opportunities. Lancet Infect Dis 2020; 20: 527–529.

38. Dietz L, Horve PF, Coil DA, Fretz M, Eisen JA, Van Den Wymelenberg K. 2019 novel coronavirus (COVID-19) pandemic: built environment considerations to reduce transmission. mSystems 2020; 5:e00245-20

39. Cotella G, Vitale BE. Questioning urbanisation models in the face of Covid–19. TeMA. Journal of Land Use, Mobility and Environment 2020; 105–118.

40. Zambrano-Monserrate M, Ruano MA, Sanchez-Alcalde L. Indirect effects of COVID–19 on the environment. Science of the Total Environment 2020; 728: 138813

41. Guerriero C, Haines A, Pagano M. Salud y sostenibilidad en las políticas económicas post-pandémicas. Nat. Sustain 2020; 3: 494–496

42. Organización Panamericana de la Salud. La bicicleta, movilización segura y saludable en tiempos de COVID–19: 3 de junio, Día mundial de la bicicleta - OPS/OMS [Internet]. [citado 16 de julio de 2020]. Disponible en: http://www.paho.org/es/noticias/3–6–2020–bicicleta-movilizacion-segura-saludable-tiempos-covid–19–3–junio-dia-mundial

43. United Nations. Día Mundial de la Bicicleta | Naciones Unidas [Internet]. [citado 16 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.un.org/es/observances/bicycle-day

44. Bicicletas, gran alternativa de transporte durante pandemia. Disponible en: https://www.sandiegouniontribune.com/en-espanol/noticias/story/2020–05–06/bicicletas-gran-alternativa-de-transporte-durante-pandemia Consultado: 17 julio 2020

45. 45 nuevos kilómetros de ciclovías temporales para la nueva etapa de cuarentena [Internet]. [citado 17 de julio de 2020]. Disponible en: https://bogota.gov.co/mi-ciudad/cultura-recreacion-y-deporte/cuarentena/estas-son-las-nuevas-ciclovias-temporales-en-la-cuarentena-de-bogota.

46. Covid–19 impulsa "boom" mundial de la bicicleta [Internet]. [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.latercera.com/mundo/noticia/covid–19–impulsa-boom-mundial-de-la-bicicleta/3LRBE4RRA5CHXHZN3FIAYVYELE/

47. Webinar "Las ciudades chilenas del mañana", Julio 2020. Expositores: Roberto Morris: PUC, Sandra Andreu y Nicolás Prego

48. Horta A, Mora R. La bicicleta, servicio esencial en cuarentena [Internet]. [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.paiscircular.cl/ciudad/la-bicicleta-servicio-esencial-en-cuarentena-redes-ciudadanas-se-anotan-primer-triunfo-en-su-cruzada/

49. Organización Mundial de la Salud. Manifiesto de la OMS a favor de una recuperación saludable de la COVID–19 [Internet]. [citado en julio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/who-manifesto-for-a-healthy-recovery-from-covid–19

50. Becker CU. Sustainability ethics and sustainability research. Springer; 2012. https://doi.org/10.1007/978–94–007–2285–9

51. Jackson T. Foundations for the economy of tomorrow. In Prosperity without Growth 2020. https://doi.org/10.4324/9781315677453–17

52. White S, Thorseth AH, Dreibelbis R, Curtis V. The determinants of handwashing behaviour in domestic settings: An integrative systematic review. Int J Hyg Environ Health. 2020;227:113512.

53. Ramírez J, Rivera P, Becerra C, Peña S, Arteaga O. Evaluación de la experiencia de participantes en estrategia de dotación de médicos generales en zonas rurales. Rev Méd Chile. 2016;144(4):426–433.

CHILE FRENTE AL SARS-COV-2:

PANDEMIA EN MEDIO DEL CONFLICTO SOCIAL

María Soledad Martínez
Escuela de Salud Pública,
"Dr. Salvador Allende G."
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.
Cristóbal Cuadrado
Escuela de Salud Pública,
"Dr. Salvador Allende G."
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.
Matías Goyenechea
Departamento de Tecnología
Médica, Universidad de Chile.
Diego Fica
Estudiante de Medicina,
Universidad de Chile.
Sebastián Peña
Department of Public Health
Solutions, Finnish Institute for
Health and Welfare, Finland.

Introducción

Durante diciembre del 2019 un virus respiratorio nuevo comienza a diseminarse desde Wuhan, China hasta múltiples pueblos y ciudades de ese país. Este patógeno, denominado SARS-CoV–2, puede producir desde síntomas leves o cuadros asintomáticos hasta un síndrome respiratorio agudo grave que lleva al requerimiento de ventilación mecánica invasiva e incluso la muerte. El virus, transmisible por contacto estrecho, gotas y fómites, se expandió rápidamente alcanzando los cinco continentes, siendo declarado como pandemia el 11 de marzo y deja, al 13 de agosto, más de 20 millones de casos y sobre 700.000 muertes en el mundo.

Como estrategia para enfrentar esta pandemia, los gobiernos a lo largo del mundo han implementado una diversidad de medidas[1]. Entre ellas, las medidas de "aplanamiento de la curva" entendidas como medidas o acciones para proteger a las poblaciones susceptibles de la exposición viral, pasando por cuarentenas totales a nivel nacional, la implementación de políticas de distanciamiento social, así como aplicación de exámenes de diagnóstico de forma masiva, rastreo y aislamiento de casos y contactos. Adicionalmente los gobiernos han buscando expandir las capacidades de sus sistemas de salud, mediante políticas para "elevar la línea"[1], lo cual implica refuerzos de camas y ventilado-

res en los sistemas de salud. Así como políticas que buscan mitigar los efectos negativos de la epidemia[1], por ejemplo, mediante políticas económicas y fuertes campañas comunicacionales dirigidas a la conciencia de riesgo y la toma de acción a nivel individual. Estas estrategias han presentado resultados mixtos en el mundo, desde un control fuerte de la pandemia en Nueva Zelanda, control inicial y posterior rebrote en España, hasta una primera ola aún sin contención en Estados Unidos.

El presente artículo se confecciona tomando como base los reportes Chile's response to the coronavirus pandemic[2]. En este artículo examinaremos la evolución de la respuesta al COVID-19 en Chile, considerando el rol del gobierno de Chile y las instituciones de salud, la sociedad civil en particular las sociedades científicas y actores gremiales. Este examen lo efectuaremos considerando diversas dimensiones: el contexto previo a la llegada del SARS-CoV–2 y la preparación de las autoridades, la evolución de los indicadores epidemiológicos, estrategia sanitaria para enfrentar el virus, comunicación de riesgo, gobernanza y participación.

Contexto pre pandémico

El 18 de octubre de 2019 Chile estalló en una crisis social[3]. Estaciones de metro fueron quemadas, supermercados saqueados, y millones se reunieron cada semana en las calles protestando por una variedad de demandas como pensiones, salud, educación, feminismo, condiciones de trabajo, y salarios. El sistema neoliberal impuesto por la dictadura hace 40 años fue, por primera vez, verdaderamente desafiado. El presidente conservador, Sebastián Piñera, sufrió un golpe en su aprobación, llegando al 6% en diciembre de 2019. La Constitución fue declarada ilegítima y en un acuerdo sin precedentes entre casi todos los partidos políticos se estableció un plebiscito para decidir si los chilenos y chilenas tendrán una nueva constitución[4].

En enero (en medio de las vacaciones de verano escolares) el Ministerio de Salud (MINSAL) emitió alertas sobre el COVID–19 a los departamentos de inmigración y aduanas instruyendo la detección de casos entrantes usando un cuestionario de respuesta voluntaria[5]. El 2 de marzo, el ministerio decidió exigir una declaración jurada a toda persona que ingrese al país para detectar pasajeros provenientes de países afectados[6,7]. Una vez identificados, los viajeros que presentaban síntomas fueron testeados para COVID–19 y puestos en cuarentena voluntaria[8]. Sin embargo, los controles en aeropuertos fueron débiles y poco sistemáticos[9].

Evolución de los indicadores epidemiológicos

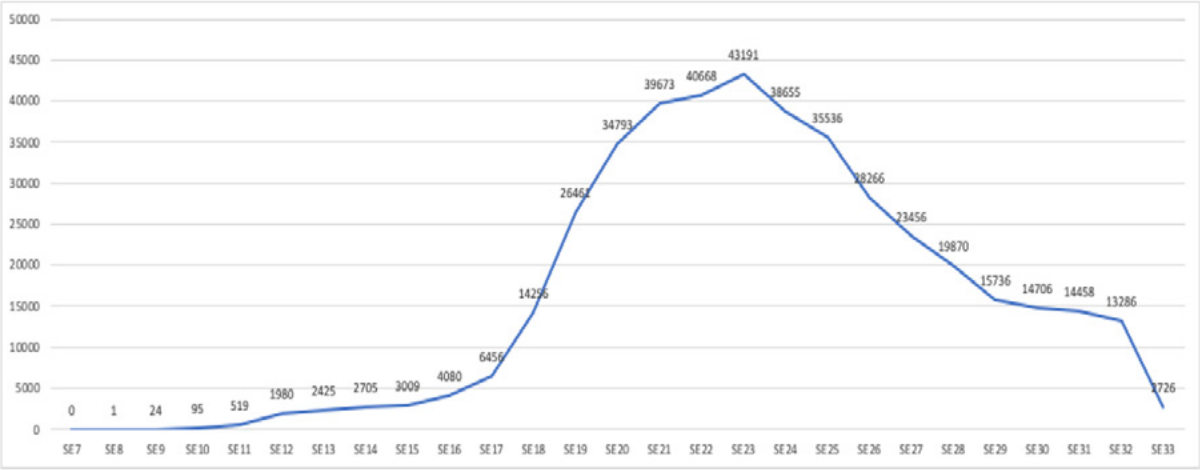
Chile reportó su primer caso importado de COVID–19 el 3 de marzo. En menos de dos semanas los casos ya llegaban a una centena (100 casos confirmados al 16 de marzo; ver Gráfico 1). La primera fase de contagios producto del SARS-CoV–2 tiene como característica que son producto de casos importados y su transmisión se dio en algunas ciudades del sur de Chile, Punta Arenas, Osorno, Temuco, Chillán y en la zona central en comunas de altos ingresos de Santiago. Desde el 03 de marzo hasta el 11 de abril se da un crecimiento rápido de los casos, entre el 12 y 28 de abril, el crecimiento de los casos se estabiliza entre los 200 y 300 casos. En menos de dos semanas después de un llamado a una "Nueva Normalidad" por parte del gobierno, los números de casos nuevos despegaron al alza, de una media de 500 casos diarios a más de 1.000 y en aumento. Al 7 de mayo de

2020, Chile alcanzó los 24.581 casos confirmados y 285 muertes relacionadas al COVID–19. La curva epidémica se mostraba al alza junto a los números de pacientes en cuidados críticos y conectados a ventilación mecánica. El número reproductivo efectivo (Re) aumentó de 1.06 a 1.4 durante la semana, con un claro punto de inflexión el 29 de abril, cuando los casos nuevos duplicaron a los del día anterior. La capacidad de unidades de cuidados críticos se acercó a un colapso en el corto plazo[10].

La expansión del COVID–19 en Chile continuó su desarrollo, con un máximo en el número de casos diarios (más de 7.000) y muertes (más de 200) a mediados de junio. Al 9 de agosto, el gobierno chileno reportó 376.056 casos y 10.077 muertes (confirmadas con un test PCR positivo para SARS-CoV–2). Después del peak, el número de casos diarios y muertes disminuyó constantemente hasta mediados de julio y luego se estabilizó en alrededor de 2.000 casos diarios y alrededor de un 10% de tests PCR positivos. El número de pacientes en cuidados críticos alcanzó un máximo a finales de julio (alrededor de 2.500 pacientes) y desde entonces ha disminuido continuamente a menos de 2.000 pacientes el 8 de agosto. El número de pacientes hospitalizados en pabellones quirúrgicos, Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, y salas de Urgencias ha, igualmente, disminuido de alrededor de 300 pacientes a 27 pacientes al 8 de agosto. Sin embargo, el número actual de pacientes en UCI triplica la capacidad normal en el país.

El domingo 15 de marzo fue una fecha clave. La vocería del Consejo Asesor del Ministerio de Salud, anunció que las clases no iban a ser suspendidas debido a que los estudiantes estaban “más seguros en el colegio que en sus propios hogares”[12]. En la tarde, una batería de medidas fueron anunciadas incluyendo un proyecto de ley para permitir a algunas personas privadas de libertad servir su sentencia bajo arresto domiciliario, la prohibición de eventos de 200 asistentes o más, cuarentena obligatoria para establecimientos de larga estadía y hogares del Servicio Nacional de Menores (SENAME), y suspensión de clases por dos semanas para jardines infantiles, establecimientos municipales, particulares subvencio-

Gráfico 1. Curva epidémica COVID–19, Chile 2020



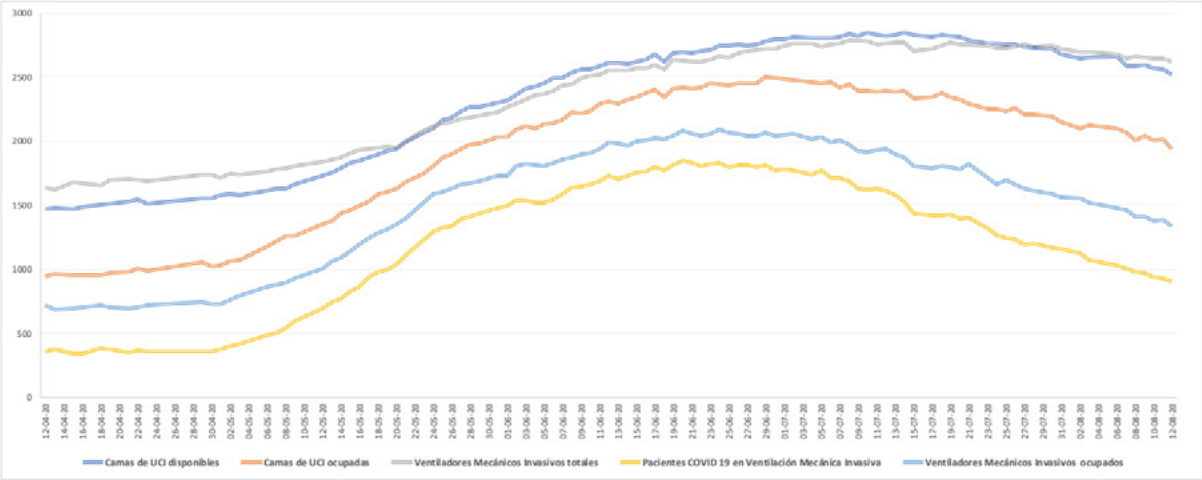
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación. (11)

nados, y privados[13,14]. Para el 16 de marzo se declaró la fase 4 de la pandemia[15]. La campaña de vacunación contra el virus Influenza comenzó ese día y se reportaron aglomeraciones de población vulnerable en múltiples lugares del país[16]. El 18 de marzo se declaró un Estado de Emergencia y cerró las fronteras[17]. Se instaló un intenso debate respecto a la conveniencia de una cuarentena nacional[18–21]. El gobierno insistió en un "abordaje progresivo"[22]. El 22 de marzo se declaró un toque de queda nacional desde las 10 PM a las 5 AM[23]. Desde entonces, algunas comunas en la Región Metropolitana fueron puestas en cuarentena, como también algunas pocas ciudades con un número significativo de casos[24]. Es interesante notar que recién el 26 de marzo el Ministerio de Ciencia y Tecnología contactó a expertos a nivel nacional en Salud Pública y Modelamiento Matemático para analizar diferentes escenarios y dar insumos para la toma de decisiones a nivel nacional[25].

Respecto al testeo, existieron largas controversias debido, por ejemplo, a la falta de información en términos de la cantidad de exámenes que se encontraban disponibles, cuántos se realizaban diariamente, y los tiempos de espera para recibir los resultados[26]. El número de casos estuvo creciendo durante abril a un ritmo lento pero constante, sin embargo, no estaba claro en ese entonces si esto se debía a un control efectivo del contagio o a una limitada capacidad de testeo. El precio del examen de PCR fue fijado en un máximo de $25 mil pesos, aunque también se determinó la gratuidad del examen para los afiliados a FONASA que busquen atención en el sistema público[27]. Hubo denuncias de racionamiento de exámenes y falta de insumos médicos necesarios para el testeo[28].

Desde finales de febrero fueron anunciadas acciones en busca de aumentar la capacidad del sistema de salud para responder al alza de la demanda de atención intrahospitalaria y de cuidados críticos. Se incluía la apertura adelantada de 5 hospitales y la conversión de unidades para cuidados agudos básicos intrahospitalarios[29–31]. Se esperaba que hospitales

Gráfico 2. Ocupación de camas UCI durante la pandemia



Fuente: Estrategia sanitaria para enfrentar al COVID–19, Sociedad Chilena de Medicina Intensiva[12]

transitorios estuviesen operativos a comienzos de junio. El gobierno declaró haber comprado ventiladores en enero, pero la compra de 872 máquinas se materializó apenas el 13 de marzo[32], y su llegada establecida para finales de mayo[33]. En esta primera fase, Chile no alcanzó el tope de su capacidad de cuidados críticos, aunque en algunos lugares como Temuco, la capacidad máxima en unidades UCI fue alcanzada.

El discurso del gobierno se enfocó claramente en la disponibilidad de ventiladores mecánicos y camas UCI. Concordantemente, el MINSAL aumentó sustancialmente la capacidad de camas de cuidados críticos, de 1331 camas UCI antes de la pandemia, a 3.175 al 5 de julio[34], por medio de hospitales de campaña y reconversión de camas[30,31]. En este sentido se puede señalar que dentro de las políticas de "elevar la línea" de las capacidades del sistema de salud, la respuesta chilena ha sido exitosa.

A diferencia de otros países, Chile descartó el uso de cuarentenas a larga escala como parte de su estrategia de contención inicial. En cambio, el gobierno propuso "cuarentenas dinámicas". Estas cuarentenas en áreas pequeñas fueron implementadas a nivel comunal (o partes de una comuna) y fueron reevaluadas cada semana basadas en ciertos criterios como el número de casos nuevos en el territorio, la velocidad de propagación, el número de casos por km^2, la proporción de población vulnerable y factores relacionados con los determinantes sociales de la salud[22]. Sin embargo, estos indicadores nunca fueron reportados de manera pública, así como tampoco los umbrales utilizados para la decisión. La primera de estas cuarentenas comenzó el 14 de marzo en el pequeño y aislado pueblo de Caleta Tortel en la Patagonia. El 26 de marzo se implementó una cuarentena en el área metropolitana alcanzando a más de un millón de ciudadanos, siendo seguida por múltiples ciudades en las semanas siguientes.

El 9 de abril el gobierno anunció la implementación de un carnet de inmunidad, el cual permitiría a pacientes recuperados volver a su trabajo y movilizarse dentro de la ciudad sin restricciones de cuarentena. Esta política fue criticada tanto nacional como internacionalmente[35]. Una crítica fue la escasa claridad en los criterios para emitir el carnet, ya que el MINSAL sugería inconsistentemente que las personas serían consideradas inmunes si tenían un examen de SARS-CoV–2 positivo, fuesen sintomáticos y recuperados, o si presentaran un test rápido de anticuerpos positivo. Por otro lado, se planteó el riesgo de que fuera utilizada de forma discriminatoria por los empleadores o con otros fines indeseables[35].

Las cuarentenas dinámicas comenzaron a levantarse tempranamente y el gobierno enfocó su agenda en la recuperación económica. Estas políticas recibieron distintos nombres como "Nueva Normalidad" y "Retorno Seguro"[36–38].

Este cambio en la transmisión viral sugiere que la idea de un retorno temprano a la normalidad fue un paso en falso. Esto se condice con los hallazgos de los informes de Monitoreo Nacional de Síntomas y Prácticas COVID–19 en Chile[39,40] o los datos de movilidad utilizando datos teléfonos móviles que mostraron un rápido incremento de los traslados con los llamados del Gobierno[41]. El posterior explosivo aumento de casos obligó al gobierno a decretar nuevas medidas de confinamiento en doce municipalidades de la Región Metropolitana, resultando en que al 8 de mayo alrededor de 4,5 millones de personas en Santiago (55,2% de la población del área metropolitana) entraron en cuarentena. Sin embargo, se tomó la deci-

sión de levantar las cuarentenas en otras 15 municipalidades.

El 13 de junio renuncia el Ministro de Salud Jaime Mañalich, a la luz de una nueva controversia respecto al número correcto de muertes informadas diariamente por la Subsecretaría de Salud Pública y un empeoramiento de los indicadores interpretado como el fracaso de la estrategia de cuarentenas dinámicas[42,43]. Durante el peak, la ocupación de camas críticas fue excesivamente alta en el área metropolitana de Santiago y pacientes debieron ser transportados a otras regiones del país para ser hospitalizados[44]. Muchos pacientes tuvieron que esperar en centros de atención primaria a ser hospitalizados. El enfoque, hasta finales de mayo, estaba puesto en expandir la capacidad del sistema de salud, pero la prensa chilena alertó el hecho de que la autoridad sanitaria no era capaz de alcanzar una gran cantidad de casos y contactos y asegurar su aislamiento y cuarentena. La trazabilidad se convirtió en un problema emergente en la agenda pública en ese momento y sólo el 3 de junio (tres meses después del primer caso) el MINSAL anunció la inclusión de la atención primaria en los esfuerzos de trazabilidad[45], pese a que un gran número de municipalidades ya se encontraban haciendo algún grado de rastreo de contactos por su cuenta. Una estrategia nacional de trazabilidad fue formalmente anunciada sólo hasta un mes después, en la primera semana de julio se publica el protocolo de trazabilidad y se anuncia fondos adicionales destinados para esta labor, los cuales comienzan a llegar tardíamente, reportándose aún un 14% de centros de atención primaria que en la segunda semana de agosto aún no reciben recursos[46].

El gobierno chileno en agosto ha comenzado a relajar las cuarentenas en múltiples comunas, donde si bien hay criterios conocidos e indicadores, no se ha transparentado toda la información desagregada para verificar el cumplimiento de los criterios propuestos en el plan paso a paso. Se debe hacer notar que los criterios que propone el plan paso a paso del MINSAL difieren de las recomendaciones sobre umbrales para los indicadores entregadas por la OMS[47], así como el mismo Consejo Asesor[48], iniciativas como COVID-Local[49] o ICOVID-Chile[50]. Los criterios de Paso a paso son más laxos en los aspectos relativos a la capacidad del sistema de salud, en testeo y estrategia de trazabilidad, que los otros criterios empleados o sugeridos.

Comunicación de riesgo

La comunicación de riesgo es un componente central de la gestión del riesgo que se basa en mantener la confianza, anunciar temprano, actuar con transparencia, comprender al público, y planificar la comunicación pública. La implementación de estas prácticas permite sentar las bases para, entre otros aspectos, orientar a la población, incluir a la comunidad, mantener una buena relación con los medios de comunicación, y generar una buena retroalimentación de los mensajes entregados[51,52].

Para su estrategia de comunicación de riesgo, el gobierno empleó una serie de campañas comunicacionales por medios escritos, radiales y televisivos llamando al distanciamiento social, uso de mascarilla, alcohol gel, e informando respecto de determinados síntomas de contagio y fomentando el uso del servicio telefónico Salud Responde[53,54]. Se instalaron vocerías diarias que informan acerca de los casos y muertes diarias a nivel nacional, anunciar cuarentenas, hacer llamados a la población y responder preguntas manifestadas por la prensa.

El anuncio del primer caso de COVID–19 en Chile fue realizado por el Ministro de Salud Jaime Mañalich por medio de una improvisada

Tabla: Comparación de criterios para el desconfinamiento

Criterios	*Capacidad de Red Asistencial*	*Indicadores epidemiológicos*	*Indicadores para evaluar la capacidad de testeo*	*Indicadores de trazabilidad*
Paso a Paso Minsal	Índice de ocupación de camas UCI, nivel regional 90% y nacional 85% Número absoluto de camas disponibles a nivel regional y nacional.	Número reproductivo efectivo (Re), Se considera a nivel comunal y regional por al menos 2 semanas en valor <1. Disminución sostenida del número absoluto y tasa de casos activos observados a nivel comunal y regional.	Porcentaje de positividad de RT-PCR para SARS-CoV-2 a nivel comunal y regional. ≥15% Para salir de cuarentena. ≥ 10% para fase de apertura inicial. ≥5% para apertura avanzada. Mantener una capacidad de testeo mayor o igual a un test por mil habitantes a nivel comunal	Capacidad para aislar e iniciar el seguimiento de ≥80% de los casos confirmados o probables en menos de 48 horas. Indicador de desempeño del sistema de trazabilidad: el porcentaje de casos nuevos que provienen de contactos en seguimiento debe ser ≥60%.
Organización Mundial de la Salud (OMS)	Índice de ocupación de camas UCI 80% el sistema de salud puede absorber aumento de al menos 20% de los casos COVID-19 o se puede ampliar para enfrentarlo.	Número efectivo de reproducción (Re) inferior a <1 durante al menos dos semanas. Disminución de al menos el 50% durante un periodo de tres semanas desde el último valor máximo y disminución constante de la incidencia observada de casos confirmados y probables	≥5 % de las muestras analizadas dan positivo para COVID-19 al menos durante las dos últimas semanas, siempre y cuando la vigilancia de casos sospechosos sea integral.	Se aísla al 90% de los casos sospechosos y estos son confirmados o se les da el alta en un plazo de 48 horas desde la aparición de síntomas. Se rastrean los contactos de al menos el 80% de nuevos casos y se les pone en cuarentena en un plazo de 72 horas desde la confirmación de los casos. Al menos el 80% de los casos pertenece a las listas de contactos y se puede vincular a conglomerados identificados.
Consejo Asesor	Índice ocupación de camas críticas 85%	Número de reproducción efectivo (Re) menor a <1 por al menos 3 semanas.	Porcentaje positividad menor del 10%	Aislar y dar seguimiento al 90% de los casos confirmados en menos de 48 horas y de identificar y dar seguimiento en ese plazo al 75% de los contactos durante 14 días. El 60% de casos nuevos debe provenir de los contactos en seguimiento.
Covid-Local https://www.covid-local.org	Al menos el 15% de la capacidad existente en la UCI está disponible para adaptarse a un aumento en los pacientes con COVID-19.	Disminución sostenida en los casos diarios durante 21 días consecutivos, como se refleja en el promedio móvil de 5 días. Estimación de <25 casos por 100.000 habitantes por día	<10% positiva de las pruebas realizadas (diariamente)	El 75% de los contactos cercanos se obtienen, localizan y prueban en 24 horas. Al menos 30 rastreadores de contacto por cada 100,000. Al menos el 60% de los casos nuevos de contactos identificados
Icovid https://www.icovidchile.cl/	Uso de camas UCI <80% Uso Covid-19 de camas UCI <70% y sin pacientes VMI fuera de UCI Tasa de variación semanal hospitalizaciones totales Covid-19 <10% y decreciente	indicador de carga de personas infectadas 1 caso nuevo/100 mil habs Número reproductivo efectivo diario (R(t)), últimos siete días del número reproductivo efectivo sea menor a 0.8	Positividad de los casos: Se recomienda mantener una proporción de 3% o menos de casos positivos al menos durante 14 días, asumiendo una vigilancia epidemiológica adecuada	70% o más de casos nuevos informados a la autoridad dentro de 48 hrs. desde el inicio de síntomas. (en desarrollo 4 indicadores con respectivos humbrales)

Fuente: Elaboración propia en base a (47–50)

conferencia de prensa en el Hospital de Talca, se explicó el origen del caso y las medidas que se tomaron[55].

En términos comunicacionales, el MINSAL comenzó una batalla mediática contra los actores que levantaron voces de alerta sobre los problemas en la estrategia y su implementación, principalmente contra el Colegio Médico, Alcaldes y centros de pensamiento como Espacio Público[20,56–61]. Sin embargo, esta política comunicacional confrontacional no pudo encontrar apoyo sustancial en la población, generando un creciente rechazo en la aprobación del Gobierno y su gestión, a la vez que actores como Alcaldes y el Colegio Médico han sido considerados los más creíbles y mejor evaluados en las encuestas de opinión[62,63]. El 18 de marzo, el gobierno finalmente respondió a la presión inicial decretando el Estado de Emergencia y cerrando las fronteras[17]. El Minis-

tro de Salud descartó la idea de una cuarentena nacional considerándola "sin sentido", dado que estimaba una duración de al menos tres meses de la medida[18].

En general, uno de los principales obstáculos en la respuesta del gobierno a la crisis ha sido su estrategia comunicacional, que ha sido percibida como confrontacional y poco transparente por múltiples actores claves en el esfuerzo de contención como profesionales de la salud, la comunidad académica, y municipalidades[64–66]. La estrategia comunicacional del gobierno sostuvo un estilo confrontacional, causando extensas controversias[20,56–61]. Por otro lado, el proceso de toma de decisiones mantuvo a los actores relevantes fuera de la mesa y la reticencia del gobierno a compartir datos empeoró la percepción de opacidad en su estrategia[67]. A medida que se ha desarrollado la emergencia sanitaria el gobierno ha entregado algunos datos agregados[11], sin embargo, las preocupaciones respecto a la transparencia de la autoridad sanitaria se ha mantenido[68,69].

Durante el mes de abril, un impasse menor con la OMS estalló después de que un periodista chileno le preguntara a un vocero de la OMS acerca del carnet de inmunidad anunciado por el gobierno, frente a la cual él contestó que no era aconsejable el uso de pasaportes de inmunidad dado que no había estudios claros o evidencia contundente a la fecha respecto a la duración de la inmunidad adquirida (de haberla). La OMS posteriormente profundizó su postura en esta advertencia que "el uso de dichos certificados podría, por lo tanto, aumentar el riesgo de transmisión continua"[70]. Chile ratificó un plan para emitir carnets de alta para pacientes recuperados del COVID–19 pero dio marcha atrás en la idea inicial de que sean usados como un "pasaporte inmunitario". Finalmente, la medida no fue completamente desestimada como discutimos previamente.

El 20 de abril, el gobierno anunció el relajamiento de algunas medidas en el futuro temprano (como la reapertura de colegios y el retorno de la mayoría de los funcionarios públicos al trabajo) y el país se dirigiría a una "nueva normalidad". La Subsecretaria de Salud Pública Paula Daza explicó que las personas podrían reunirse para ir a tomar café en pequeños grupos, resguardando el distanciamiento social. Como señalamos anteriormente en la mitad de abril se comienza a levantar cuarentenas dinámicas y el gobierno priorizo la reactivación económica en su agenda. Estas políticas recibieron distintos nombres como "Nueva Normalidad" y "Retorno Seguro". En este sentido, la vinculación del errático discurso de la autoridad ha sido identificado como una barrera para el adecuado control de la pandemia[71].

Los medios de comunicación no estuvieron exentos de polémicas ni enfrentamientos con el Ministro de Salud. Tras una polémica entrevista en el diario La Tercera con el embajador de China Xu Bu, en donde desmentía la donación de 500 ventiladores anunciada por el MINSAL, el Ministro de Salud declaró en un programa de opinión que "El trabajo de la prensa es vender cosas inventando mentiras"[72]. Esto le trajo una réplica por parte de la Editorial del medio, en donde se le criticaron sus dichos y se le acusó de alimentar la desconfianza[73]. Esta relación con los medios se mantuvo hasta el cambio de Ministro de Salud, en donde el nuevo ministro destacó el rol de la prensa en la pandemia[74].

Otros episodios de revuelo comunicacional que han afectado la estrategia del gobierno son las actitudes del propio equipo de respuesta. Durante la cuarentena se vió al Presidente Sebastián Piñera posando y sacándose fotos

en la Plaza Baquedano (rebautizada durante el estallido social como Plaza de la Dignidad) la cual fue un foco importante de manifestaciones durante la crisis social de octubre[75], y también se le sorprendió comprando alcohol en una botillería[76]. Episodios de esta índole pueden debilitar el llamado a la prevención y distanciamiento social del gobierno, además de causar revuelo comunicacional y cultivar el malestar en la población confinada.

Los énfasis comunicacionales del gobierno en junio y junio se mantuvieron en la capacidad hospitalaria y de ventiladores mecánicos. La estrategia comunicacional del gobierno se mantuvo controversial hasta que Jaime Mañalich renunció como Ministro de Salud el 13 de junio. El nuevo Ministro de Salud, Dr. Enrique Paris, adoptó una estrategia comunicacional menos confrontacional y ha incluído en los reportes diarios del gobierno a científicos, expertos y alcaldes. Esta nueva estrategia ha mostrado a las vocerías del Ministerio de Salud más abiertas a las consultas de la prensa, reparando las relaciones lesionadas por el ministro anterior, y otorgado información desde distintas fuentes para reforzar el llamado al autocuidado.

Gobernanza y participación

La gobernanza de la crisis sanitaria ha sido poco participativa y con rasgos autoritarios. Si bien se han creado espacios de participación estos han sido de carácter consultivo y de alcance limitado. La primera instancia que se conformó fue 11 de marzo, cuando el presidente convoca a un Consejo Asesor de expertos compuesto por académicos y funcionarios de Salud Pública[77]. Cabe destacar que, en este Consejo, prácticamente la mitad de sus miembros correspondía a funcionarios del propio Ministerio de Salud. Otras organizaciones de la sociedad civil fueron excluidas de las deliberaciones del Consejo.

El 14 de marzo se declaró la fase 3. Para ese momento, el público, el Colegio Médico (COLMED), y la Asociación Chilena de Municipalidades (AChM) demandaban un curso de acción más drástico, incluyendo la suspensión de clases a nivel nacional[21]. Posterior al anuncio de la mantención de clases presenciales la presión se acumuló y el COLMED, junto a sociedades científicas y alcaldes exigieron saber qué se estaba discutiendo con el Comité Asesor, especialmente el análisis para mantener las clases. El COLMED exigió medidas más estrictas como la prohibición de eventos masivos y la gratuidad del examen de SARS-CoV–2 en la atención, también denunciaron que la cuarentena de los casos y sus contactos no estaba siendo debidamente resguardada[78]. Una a una, las principales universidades en el país anunciaron sus cierres presenciales y el comienzo de uso de herramientas digitales para la docencia[79]. Algunas municipalidades y colegios privados las siguieron. En cadena nacional, una vocera del Consejo Asesor anunció que no recomendaban el cierre de las instituciones educacionales[12]. Horas más tarde, después de reunirse con representantes de la AChM, el presidente decretó el cierre de colegios desde el 16 de marzo[14]. El público tuvo acceso a las minutas del Consejo Asesor, donde se explicó la existencia de un desacuerdo respecto al cierre de colegios, con algunos miembros defendiendo el énfasis en manejo de casos y contactos[80]. El rol del Consejo Asesor fue puesto en duda y cuestionado públicamente después del episodio.

La tercera semana de marzo se caracterizó por el débil liderazgo del gobierno central. Las autoridades municipales tomaron la delantera y decidieron cancelar eventos, cerrar centros comerciales y parques, incluso contra las

recomendaciones del gobierno[81]. El COLMED reunió de forma transversal a actores políticos para discutir la necesidad de reconsiderar la fecha del plebiscito por una nueva constitución y lideró un llamado a la población a quedarse en sus hogares y evitar nuevas protestas masivas[82]. Tanto el público como las municipalidades comenzaron a hacer presión por cuarentenas obligatorias y una cuarentena total en la ciudad de Santiago. El Ministro del Interior posteriormente dio un paso adelante para descomprimir la tensa situación y el 22 de marzo reunió una Mesa Social COVID con representantes del Gobierno, Municipalidades, Universidades, y el COLMED.

A finales de abril comenzó la estrategia activa de casos en población de riesgo acorde a la recomendación del Consejo Asesor y, desde el 29 de abril, el MINSAL comienza a reportar de forma desagregada los casos sintomáticos y asintomáticos. El primer día que los casos de COVID–19 fueron reportados de forma separada (sintomáticos y asintomáticos), estalló una controversia[83]. El Ministerio de Salud primero indicó que sólo las personas COVID+ sintomáticas estaban siendo contadas como casos y reportadas a la OMS. Sin embargo, no quedó claro si en los días previos la autoridad estaba reportando solamente los casos sintomáticos para hacer las estadísticas comparables en el tiempo. Después de una solicitud formal de la Sociedad Chilena de Epidemiología (SOCHEPI)[84], el reporte fue corregido y todos los pacientes confirmados de COVID, independiente de su estado sintomático, fueron informados al sistema de vigilancia de la OMS.

En relación al anuncio del "Retorno Seguro" no fue bien recibido por el público y fue ampliamente criticado. El Comité Asesor emitió una declaración diciendo que no fueron consultados, sin embargo, posteriormente indicaron que apoyaban la decisión del gobierno de un "retorno gradual" a las actividades y la necesidad de un plan adecuado[85]. La comunidad científica expresó su preocupación sobre el levantamiento precoz de las cuarentenas, considerando el alto número de casos a ese momento y que la calidad de la trazabilidad (y los datos disponibles) era deficiente, como la propia Subsecretaría admitió hace unos días. Con posterioridad a la renuncia de Mañalich como Ministro de Salud, el esquema de gobernanza y participación no ha sido modificado por parte del gobierno, manteniendo las mismas instancias de participación. Solamente desde el punto de vista comunicacional se integran en las vocerías diarias participación de algunos actores, como un elemento distintivo del nuevo ministro.

Mitigación de efectos adversos en política social

Los gobiernos en los diversos países del mundo han desarrollando políticas para mitigar los efectos adversos de la pandemia, sobre todo en relación con la política social. En este sentido las políticas sociales y económicas para responder a la pandemia han sido materia de intenso debate en Chile. Desde temprano en la pandemia se identificaron inequidades sociales en las capacidades de cumplir con las cuarentenas y aislamientos[86,87], existiendo llamados transversales de economistas convocados por el COLMED a un plan económico ambicioso para garantizar condiciones materiales suficientes para hacer viables las medidas sanitarias[88].

Mientras que transferencias directas de dinero a los hogares fueron exigidas para cubrir extensos sectores de la población, el gobierno se mostró reticente e insistió en programas

estrechamente focalizados en los segmentos más pobres, impulsando medidas en que los propios trabajadores cargaban con los costos de la crisis al congelar sus salarios y el uso de los fondos de sus seguros de cesantía[89]. Por otro lado, en vez de transferencias directas, el gobierno comenzó transferencias de cajas con alimentos, requiriendo muchas semanas de gestiones logísticas para finalmente alcanzar algunos hogares en el país[90,91].

En este contexto, el descontento por la pobreza y el hambre aumentaron la percepción de un gobierno que no responde a tiempo ni adecuadamente a las necesidades de la población[92]. El Congreso tomó la iniciativa y negoció con el Ejecutivo para aumentar el segmento de la población cubierta por las transferencias directas para incluir a la clase media[93], y se aprobó un controversial proyecto de ley que permite a las personas retirar hasta el 10% de sus ahorros previsionales por el periodo de un año[94]. Después de más de 5 meses de iniciada la pandemia, recién a comienzos de agosto, una gran proporción de hogares chilenos está recibiendo un alivio efectivo para lidiar con los gastos básicos en el contexto de un desempleo creciente e inestabilidad económica. La lentitud de entregar apoyo económico a los hogares sin duda ha sido otro problema central dentro de la gestión sanitaria, cuyo impacto en la evolución del brote epidémico deberá ser analizado detenidamente en el futuro.

Conclusiones

La estrategia inicial del gobierno en el manejo de la pandemia por SARS-CoV–2 priorizó la actividad económica de los territorios junto a una expansión de la capacidad disponible de camas críticas y ventiladores mecanismos del sistema de salud para evitar el colapso hospitalario pero con un pobre abordaje inicial en testeo masivo, trazabilidad y aislamiento de casos y contactos, este abordaje basado en el nivel terciario en desmedro del primario, pudo haber contribuido al nivel de ascenso de casos observado en junio y julio[10]. Esto implica que la estrategia sanitaria seguida de factor por el gobierno fue apostar a conseguir inmunidad de rebaño o una estrategia de “contagio controlado” como fue descrita por las propias autoridades[95]. Además, los intentos tempranos de desconfinamiento y el enfoque en la reactivación económica pudieron entregar señales erróneas a la ciudadanía y al mismo gobierno, acelerando el curso de la pandemia.

En términos comunicacionales, los enfrentamientos públicos del Ministerio de Salud con actores de la sociedad civil que son valorados por la ciudadanía contribuyeron al escepticismo y desconfianza de la ciudadanía con la estrategia sanitaria de un gobierno ya previamente deslegitimado por la crisis social del 18 de octubre. El uso de términos como “Nueva Normalidad” y “Retorno Seguro”, con mensajes políticos dirigidos al desconfinamiento y la superación de la pandemia, pudieron haber causado un efecto negativo en la percepción de riesgo de la ciudadanía. Es importante considerar el impacto que una estrategia comunicacional causa en la ciudadanía, ya que puede ser un factor fuertemente gravitante en el éxito o fracaso de la estrategia sanitaria. Un aprendizaje clave de los errores cometidos en la gestión de la pandemia es que, ante un desafío sanitario de tal envergadura, la autoridad debe ser capaz de convocar a todos los actores y capacidades del país para enfrentar la amenaza. Un error particularmente grave fue transformar la conducción de la pandemia dentro de las lógicas de la política habitual, buscando ganar políticamente por sobre el interés colectivo de

mejorar la gestión sanitaria de manera colaborativa.

El gobierno de Chile caracterizó inicialmente el diseño e implementación de su estrategia sanitaria por ser un abordaje principalmente centrado en el Presidente y el Ministerio de Salud, con la conformación de un Comité Asesor consultivo. Esta aproximación vertical y central para la pandemia mostró tempranas deficiencias, los conflictos del Ministerio de Salud con el Comité Asesor y la temprana marginación de actores clave como el Colegio Médico, sociedades científicas, y municipalidades pudieron haber obstaculizado la conformación de una estrategia integral y con sentido de unidad nacional que pudo haber prevenido el nivel de contagios que vivimos. No fue sino hasta que el Ministerio del Interior conforma la Mesa Social COVID que estos actores se involucran formalmente de manera inicial. Respecto a la participación ciudadana esta se ejerció principalmente desde una población activa y previamente movilizada hacia un gobierno que no la había contemplado en su estrategia en primer lugar. La manifestación a través de redes sociales y presión desde los hogares se ha transformado en una postal constante durante la pandemia. Se hace interesante analizar el rol que pudo haber cumplido la crisis social que estalló el 18 de octubre con la movilización y presión ciudadana al gobierno para la implementación de medidas de contención más activas y potentes.

A lo largo del desarrollo de la pandemia la ausencia de una batería contundente de medidas sociales extensas para la población fue cultivando un descontento en una ciudadanía que se enfrentó al aumento del desempleo, la reducción de salarios, y los efectos sociales y psicológicos del desconfinamiento. En este sentido, se puede sostener que las políticas de protección social que contaba Chile, no pudieron dar abasto para garantizar condiciones de vida a la población más afectada, esto implicó que una alternativa como el retiro del 10% de los fondos de pensión se haya tenido que aprobar, como una forma rápida y universal de inyección de recursos.

Referencias bibliográficas

1. Peña S, Cuadrado C, Rivera-Aguirre A, Hasdell R, Nazif-Munoz JI, Yusuf M, et al. PoliMap: A taxonomy proposal for mapping and understanding the global policy response to COVID–19 [Internet]. 2020. Available from: http://dx.doi.org/10.31219/osf.io/h6mvs
2. Martínez-Gutierrez MS. Chile's Response to the Coronavirus Pandemic – Now updated [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.cambridge.org/core/blog/2020/04/11/chiles-response-to-the-coronavirus-pandemic/
3. Piñera: Chile decreta el estado de emergencia por las revueltas contra el precio del metro | Internacional | EL PAÍS [Internet]. Available from: https://elpais.com/internacional/2019/10/18/america/1571403677_862701.html
4. Logran histórico acuerdo para Nueva Constitución: participación ciudadana será clave - Senado - República de Chile [Internet]. Available from: https://www.senado.cl/logran-historico-acuerdo-para-nueva-constitucion-participacion/senado/2019–11–14/134609.html
5. Decretan Alerta Temprana Preventiva en Aeropuerto de Santiago ante posible llegada de Coronavirus [Internet]. Available from: https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/region-metropolitana/2020/01/29/decretan-alerta-temprana-preventiva-en-aeropuerto-de-santiago-ante-posible-llegada-de-coronavirus.shtml
6. Coronavirus: comienza a operar declaración jurada en los puertos de entrada al país - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/comienza-a-operar-declaracion-jurada-en-los-puertos-de-entrada-al-pais-como-medida-de-prevencion-ante-llegada-del-coronavirus/E3GS47BEYZBWHL32INNNVVYNMU/
7. Republica De Chile DLA, Salud MDE. DIARIO OFICIAL I sección leyes, reglamentos, decretos y resoluciones de orden general Normas Generales CVE 1734494 Es-

tablece Declaración Jurada de estado de salud como medida de control sanitario obligatorio para viajeros que ingresan a chile y aprueba formulario para realizar la declaración.

8. Protocolo de identificación y seguimiento para viajeros que provienen de países con transmisión local de COVID–19 Fase 2 del Plan de Preparación y Respuesta COVID–19 [Internet]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus–2019/

9. Rosa Oyarce y su salida de la Seremi de Salud: "Jamás me imaginé que iba a ocurrir así" [Internet]. Available from: https://www.theclinic.cl/2020/04/08/rosa-oyarce-y-su-salida-de-la-seremi-de-salud-jamas-me-imagine-que-iba-a-ocurrir-asi/

10. Canals M, Cuadrado C, Canals A, Yohannessen K, Lefio LA, Bertoglia MP, et al. Epidemic trends, public health response and health system capacity: the Chilean experience in four months of the COVID–19 pandemic. Rev Panam Salud Publica. 2020 Aug 15;44:1.

11. GitHub - MinCiencia/Datos-COVID19: En formato estándar [Internet]. Available from: https://github.com/MinCiencia/Datos-COVID19

12. Comité Asesor presidencial de expertos por coronavirus recomienda no suspender clases en medio de polémica a nivel nacional: "Hoy no es recomendable" - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/comite-asesor-presidencial-de-expertos-por-coronavirus-recomienda-no-suspender-clases-en-medio-de-polemica-a-nivel-nacional-hoy-no-es-recomendable/SBCPTQH2XZDC7PFJBORZOOPAXQ/

13. 13. De la cárcel a sus domicilios: Reos podrían cumplir condenas aflictivas en sus casas por coronavirus [Internet]. Available from: https://www.cnnchile.com/coronavirus/proyecto-reos-carcel-domicilio-coronavirus_20200315/

14. Presidente anuncia suspensión de clases y reduce actos públicos [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.minsal.cl/presidente-anuncia-suspension-de-clases-y-reduce-actos-publicos/

15. Coronavirus en Chile pasa a fase 4 y Presidente anuncia cierre de fronteras - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile [Internet]. Available from: https://www.minsal.cl/coronavirus-en-chile-pasa-a-fase–4–y-presidente-anuncia-cierre-de-fronteras/

16. Caótico inicio de vacunación contra el virus de la influenza - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/caotico-inicio-de-vacunacion-contra-el-virus-de-la-influenza/BPXLDA5VMBGHLPDB3TVHDG75WI/

17. Piñera decreta estado de catástrofe nacional en medio de emergencia por Coronavirus - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/politica/noticia/pinera-decreta-estado-de-catastrofe-en-medio-de-emergencia-por-coronavirus/WBJUUN5W3FGUNBUJEGTSFVBGWU/

18. Mañalich y cuarentena de ciudades: "En la realidad chilena un llamado a cerrar una ciudad hoy día significa inmediatamente un pánico y una carrera por el sobreabastecimiento" - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/manalich-y-cuarentena-de-ciudades-en-la-realidad-chilena-un-llamado-a-cerrar-una-ciudad-hoy-dia-significa-inmediatamente-un-panico-y-una-carrera-por-el-sobre-abastecimiento/QCUJ5GDM4RHR3HWDRVRHRHJHHU/

19. Más de 1.600 científicos de Chile firman carta pidiendo cuarentena nacional por coronavirus - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/mas-de–1600–cientificos-de-chile-firman-carta-pidiendo-cuarentena-nacional-por-coronavirus/EGSIWTLSHNHG7GGTVLAW4SPNOQ/

20. Mañalich y solicitud de cuarentena total: "Lo que están pidiendo algunos alcaldes es una insensatez completa" - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/politica/noticia/manalich-y-solicitud-de-cuarentena-total-lo-que-estan-pidiendo-algunos-alcaldes-es-una-insensatez-completa/UM7YOJFG6FEONICWRDJ4HQLS3A/

21. "No esperemos más": 56 alcaldes de todo Chile piden cuarentena nacional [Internet]. Available from: https://www.cnnchile.com/coronavirus/carta–56–alcaldes-cuarentena-nacional_20200320/

22. Ministro Mañalich explica estrategia de "cuarentena dinámica y estratégica" del Gobierno - Coronavirus - 24horas [Internet]. Available from: https://www.24horas.cl/coronavirus/ministro-manalich-explica-estrategia-de-cuarentena-dinamica-y-estrategica-del-gobierno–4094778

23. Mañalich informa que se decretará toque de queda a partir de las 22 y se fija el martes como plazo de regreso a quienes viajaron fuera de Santiago - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/manalich-informa-que-se-decreta-

ra-toque-de-queda-a-partir-de-las-22-y-se-fija-el-martes-como-plazo-de-regreso-a-quienes-viajaron-fuera-de-santiago/2QFA5BUG2NETJIUINBEMZH-77CQ/

24. Gobierno anuncia aduana sanitaria en Santiago y "cuarentena total" para siete comunas de la Región Metropolitana - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/gobierno-anuncia-aduana-sanitaria-en-santiago-y-cuarentena-total-para-siete-comunas-de-la-region-metropolitana/FEAY77B5S5AFRL3U26PQYBQDW4/

25. El ministro y los científicos que buscan "cercar" al coronavirus - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/el-ministro-y-los-cientificos-que-buscan-cercar-al-coronavirus/SAHLVX3DBVBQRGOEFBHS4KM2X4/

26. 26. Manto de dudas, secretismo y desfase: los flancos de las cifras oficiales sobre Coronavirus en Chile - El Mostrador [Internet]. Available from: https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/03/25/manto-de-dudas-secretismo-y-desfase-los-flancos-de-las-cifras-oficiales-sobre-coronavirus-en-chile/

27. Minsal fija precio máximo para examen del coronavirus: no podrá superar los $25.000 - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/minsal-fija-precio-maximo-para-examen-del-coronavirus-no-podra-superar-los-25000/6CAPRA7TDBDQZH7G66B7NGGSCA/

28. Sociedad Chilena de Infectología. Alerta por disponibilidad y calidad de insumos para toma de muestra y técnicas diagnósticas de SARS-CoV-2 en contexto de pandemia en Chile [Internet]. 2020. Available from: http://www.sochinf.cl/portal/templates/sochinf2008/documentos/2020/MESA_TECNICA_DE_DG_COVID19_SOCHINF.pdf

29. Minsal acelera entrega de cinco hospitales como resguardo ante coronavirus - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/minsal-acelera-entrega-cinco-hospitales-resguardo-ante-coronavirus/1016782/

30. Minsal pidió liberar camas pediátricas y derivar a pacientes a recintos para niños de la RM [Internet]. Available from: https://www.cnnchile.com/coronavirus/minsal-liberar-camas-pediatricas-derivar-pacientes-rm_20200522/

31. Gobierno da cuatro semanas a clínicas para duplicar sus camas UCI - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/gobierno-da-cuatro-semanas-a-clinicas-para-duplicar-sus-camas-uci/WNHJREDWXZDJ3PVGQ7OCX7EV6I/

32. Registros de Mercado Público indican que se sumarán 1.532 ventiladores a la red de salud, pero no se sabe cuándo llegan – CIPER Chile [Internet]. Available from: https://ciperchile.cl/2020/04/04/registros-de-mercado-publico-indican-que-se-sumaran-1-532-ventiladores-a-la-red-de-salud-pero-no-se-sabe-cuando-llegan/

33. Mañalich recibe cargamento con 87 ventiladores mecánicos y adelanta cronograma de disponibilidad de 1.200 nuevos respiradores para el 25 de mayo - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/manalich-recibe-cargamento-con-82-nuevos-ventiladores-mecanicos-desde-holanda-para-enfrentar-la-pandemia/QQGODX7NFJDM5E75IWLPICC3V4/

34. Gob.cl - Cifras Oficiales [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/

35. Fraser B. Chile plans controversial COVID-19 certificates. Lancet. 2020 May 9;395(10235):1473.

36. Presidente Piñera descarta retorno a clases el 27 de abril y anuncia preparación "gradual y responsable" para "nueva normalidad" - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/politica/noticia/presidente-pinera-descarta-retorno-a-clases-el-27-de-abril-y-anuncia-preparacion-gradual-y-responsable-para-nueva-normalidad/72JMMEBTYNFXRAD67JMA2JFJAI/

37. Encuentros sociales acotados como "en cafés", retorno paulatino al trabajo y responsabilidad individual: Minsal detalla concepto de "nueva normalidad " - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/encuentros-sociales-acotados-en-cafes-retorno-paulatino-al-trabajo-y-responsabilidad-individual-minsal-detalla-concepto-de-nueva-normalidad/U2LPKSKIYFF7BF723HFECS5WXM/

38. Gobierno contrata campaña comunicacional para "retorno seguro" del sector público - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/pulso/noticia/gobierno-contrata-campana-comunicacional-para-retorno-seguro-del-sector-publico/EETPXKCZDFHF3BDUJIVFCSA4IY/

39. Movid-. ¿Cómo ha evolucionado la movilidad de las

personas y cuál es su impacto en la transmisión viral? Una mirada epidemiológica [Internet]. 2020. Available from: https://www.movid19.cl/informes/mesasocial6.html

40. Movid-. ¿Cuál ha sido la respuesta de la población a las cuarentenas? El impacto de las desigualdades en la efectividad de las políticas sanitarias [Internet]. 2020. Available from: https://www.movid19.cl/informes/mesasocial3.pdf

41. Movilidad IDS UDD [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://datascience.udd.cl/movilidad/

42. Minsal reporta a la OMS una cifra de fallecidos más alta que la informada a diario en Chile – CIPER Chile [Internet]. Available from: https://ciperchile.cl/2020/06/13/minsal-reporta-a-la-oms-una-cifra-de-fallecidos-mas-alta-que-la-informada-a-diario-en-chile/

43. Jaime Mañalich sale del Ministerio de Salud - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/jaime-manalich-sale-del-ministerio-de-salud/ZUHJP7XZNBFEFFEV332OLNGHTI/

44. Minsal realiza traslado de pacientes COVID–19 desde Santiago a Concepción - Ministerio de Salud - Gobierno de Chile [Internet]. Available from: https://www.minsal.cl/minsal-realiza-traslado-de-pacientes-covid–19–desde-santiago-a-concepcion/

45. Mañalich anuncia que centros de atención primaria de salud realizarán seguimiento a los casos de coronavirus: "El nivel de trazabilidad no es suficiente" - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/minsal-anuncia-que-funcionarios-de-la-atencion-primaria-de-salud-estaran-a-cargo-de-la-trazabilidad-de-los-nuevos-casos-de-coronavirus/BZRMBGAXYZEZFKDL2DCFBWQMQE/

46. Monitorización de estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en la APS: Cuarto reporte de resultados [Internet]. 2020 Aug. Available from: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/08/Informe-Monitoreo-TTA–14_08.pdf

47. de la COVID- A del DCR a. LA de las M de SP y. S en el C. Criterios de salud pública para ajustar las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID–19. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332169/WHO–2019–nCoV-Adjusting_PH_measures-Criteria–2020.1–spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

48. Minuta 29 Junio Criterios sanitarios de confinamiento y desconfinamiento. Consejo asesor COVID–19, Ministerio de Salud Chile.docx (2).pdf - Google Drive [Internet]. Available from: https://drive.google.com/file/d/1cX3CPnv_3prZGKZF9eTLQsnPInfuw6sE/view

49. COVID-Local: A Frontline Guide por Local Decision-Makers [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.covid-local.org/intl-guide/

50. ICOVID Chile [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.icovidchile.cl/

51. de la Salud OP. Guia para la elaboración de la Estrategia de comunicación de riesgo: de la teoría a la acción [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.paho.org/cdmedia/guiacomriesgo/

52. Organización Panamericana de la S. COVID–19: orientaciones para comunicar sobre la enfermedad por el coronavirus 2019 TT - COVID–19: guidelines for communicating about coronavirus disease 2019 [Internet]. 2020. p. 19. Available from: http://www.paho.org

53. Chile CNN. Mañalich explicó el gasto de $400 millones en "asesoría creativa" para campaña por el COVID–19 [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.cnnchile.com/coronavirus/manalich–400–millones-asesoria-creativa-campana_20200402/

54. Pauta. De "cuidémonos entre todos" a "el próximo puedes ser tú": el giro del Gobierno [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.pauta.cl/politica/evolucion-campana-comunicacional-gobierno-chile-prevencion-covid–19

55. Minsal. Ministerio de Salud confirma primer caso de coronavirus en Chile [Internet]. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. 2020. Available from: https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-confirma-primer-caso-de-coronavirus-en-chile/

56. Ministro Mañalich sobre alcaldes que piden cuarentena total: "No saben el daño que producirán en la población" - Coronavirus - 24horas [Internet]. Available from: https://www.24horas.cl/coronavirus/ministro-manalich-sobre-alcaldes-que-piden-cuarentena-total-no-saben-el-dano-que-producirán-en-la-poblacion–4100892

57. Mañalich asegura que cerrar escuelas "fue un grave error" [Internet]. Available from: https://www.theclinic.cl/2020/04/21/manalich-asegura-que-cerrar-escuelas-fue-un-grave-error/

58. Mañalich descarta nueva mesa de trabajo con el Colegio Médico | Tele 13 [Internet]. Available from: https://www.t13.cl/noticia/politica/mana-

lich-nueva-mesa-trabajo-solicitada-colegio-medico-no-es-necesaria–10–06–2020

59. “Es una opinión más... y no es verdad”: ministro Mañalich desestima críticas del Colegio Médico al Gobierno por manejo de la crisis sanitaria - El Mostrador [Internet]. Available from: https://www.elmostrador.cl/noticias/2020/03/20/es-una-opinion-mas-y-no-es-verdad-ministro-manalich-desestima-criticas-del-colegio-medico-al-gobierno-por-manejo-de-la-crisis-sanitaria/

60. Mañalich señala que informe de Espacio Público y cifras de fallecidos por Covid–19 “no se ajusta a la realidad” - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/manalich-sena-la-que-informe-de-espacio-publico-y-cifras-de-fallecidos-por-covid–19–no-se-ajusta-a-la-realidad/LQCRJQNCIVGOPILKBHD7EQ24S4/

61. Mañalich no cede ni un centímetro: “Una cuarentena total es un absurdo, una medida desproporcionada” - El Mostrador [Internet]. Available from: https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/03/20/manalich-no-cede-ni-un-centimetro-una-cuarentena-total-es-un-absurdo-una-medida-desproporcionada/

62. CI P. Segunda semana de Agosto - Estudio N°344. Available from: https://plazapublica.cl/wp-content/uploads/2020/08/Track-PP–344–Agosto.pdf

63. Agenda Criteria Julio 2020. Available from: https://www.criteria.cl/descargas/Agenda_Criteria_Julio_2020–3hyGp.pdf

64. El “talón de Aquiles” en la gestión de la pandemia: CPLT advierte falta de transparencia en datos de fallecidos y hospitalizaciones que entrega el Gobierno - El Mostrador [Internet]. Available from: https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/05/25/el-talon-de-aquiles-en-la-gestion-de-la-pandemia-cplt-advierte-falta-de-transparencia-en-datos-de-fallecidos-y-hospitalizaciones-que-entrega-el-gobierno/

65. Presidenta del Colegio Médico golpea la mesa y acusa “total falta de transparencia” en el manejo del Gobierno en la crisis del coronavirus - El Mostrador [Internet]. Available from: https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/03/20/presidenta-del-colegio-medico-golpea-la-mesa-y-acusa-total-falta-de-transparencia-en-el-manejo-del-gobierno-en-la-crisis-del-coronavirus/

66. Más de 50 organizaciones civiles emplazan al Gobierno a tener “mayor transparencia y rendición de cuentas” respecto a pandemia del coronavirus - El Mostrador [Internet]. Available from: https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/04/29/mas-de–50–organizaciones-civiles-emplazan-al-gobierno-a-tener-mayor-transparencia-y-rendicion-de-cuentas-respecto-a-pandemia-del-coronavirus/

67. Informe Data Influye: 71% confía poco o nada en la información que da el gobierno por el coronavirus [Internet]. Available from: https://www.cnnchile.com/coronavirus/informe-data-influye–71–confia-poco-o-nada-en-la-informacion-que-da-el-gobierno-por-el-cononavirus_20200423/

68. Segovia M. La batalla por los microdatos del coronavirus que el Minsal se niega a transparentar a la comunidad científica. El Mostrador [Internet]. 2020 May 11 [cited 2020 Aug 19]; Available from: https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/05/11/la-batalla-por-los-microdatos-del-coronavirus-que-el-minsal-se-niega-a-transparentar-a-la-comunidad-cientifica/

69. Covid–19: la información perdida del Minsal en la pandemia [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.biobiochile.cl/especial/reportajes/2020/04/04/covid–19–la-informacion-perdida-del-minsal-en-la-pandemia.shtml

70. OMS advierte que entregar pasaporte de inmunidad podría aumentar los riesgos de transmisión del COVID–19 [Internet]. Available from: https://www.cnnchile.com/coronavirus/no-hay-evidencia-oms-advierte-gobiernos-pasaporte-inmunidad-aumentar-propagacion-covid19_20200425/

71. MOVID19 - Septimo Informe Mesa Social [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.movid19.cl/informes/mesasocial7.html

72. “El trabajo de la prensa es vender cosas inventando mentiras”: La risa nerviosa de Iván Valenzuela cuando Mañalich se burló de su profesión [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.eldesconcierto.cl/2020/04/19/el-trabajo-de-la-prensa-es-vender-cosas-inventando-mentiras-la-risa-nerviosa-de-ivan-valenzuela-cuando-manalich-se-burlo-de-su-profesion/

73. Cuestionables dichos del ministro de Salud - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/opinion/noticia/cuestionables-dichos-del-ministro-de-salud/PBIBVYA67VEWRHBF6FFKMNBXYI/

74. Enrique Paris llama al diálogo tras asumir como Ministro de Salud: “Se abre una nueva etapa en la que de-

bemos recibir las opciones divergentes" - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/enrique-paris-llama-al-dialogo-tras-asumir-como-ministro-de-salud-se-abre-una-nueva-etapa-en-la-que-debemos-recibir-las-opciones-divergentes/MLYXHVDSFRBHZGFCWAQOK6TY5Q/

75. Piñera visitó Plaza Italia y posó para fotografías en monumento al general Baquedano - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/pinera-visito-plaza-italia-y-poso-para-fotografias-en-monumento-al-general-baquedano/AYTHRXBJPFFIPJX7HBGF4VTVFI/

76. Presidente Piñera fue captado comprando vinos en local de Vitacura [Internet]. Available from: https://www.cnnchile.com/pais/presidente-pinera-comprando-vinos-vitacura_20200628/

77. Coronavirus en Chile: contagiados aumentan a 23 y se mantiene la fase 2 - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/que-pasa/noticia/coronavirus-en-chile-contagiados-aumentan-a-22-y-se-mantiene-la-fase-2/NIJ2WDSRNVBYHAO2GXXW2SAUEI/

78. Colegio Médico de Chile solicita a la autoridad extremar medidas para enfrentar pandemia de COVID–19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 19]. Available from: http://www.colegiomedico.cl/colegio-medico-de-chile-solicita-a-la-autoridad-extremar-medidas-para-enfrentar-pandemia-de-covid–19/

79. La Universidad Católica y la Universidad de Chile suspenden sus clases presenciales por el coronavirus - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/la-universidad-catolica-y-la-universidad-de-chile-suspenden-sus-clases-presenciales-a-partir-de-este-lunes-por-el-coronavirus/EPE4LFPF3ZDTRIJBR27J5NHNAI/

80. Comité Asesore Covid –19 (Chile). Minuta reunión 15 de marzo de 2020. https://drive.google.com/file/d/1pRxlScH_6ufdImnvavl7Id8Fn0Mo06z0/view

81. "Veremos en tribunales si tenía atribuciones": Evelyn Matthei defiende la hora de los alcaldes - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/la-tercera-pm/noticia/veremos-en-tribunales-si-tenia-atribuciones-evelyn-matthei-defiende-la-hora-de-los-alcaldes/EZ2UHGXNORGGXGFGVGMU6SZWXQ/

82. Partidos políticos se abren a cambiar fecha del plebiscito y respaldan propuesta del Colegio Médico de enfrentar con "unidad" el coronavirus. La Tercera [Internet]. 2020 Mar 16 [cited 2020 Aug 19]; Available from: https://www.latercera.com/politica/noticia/partidos-politicos-se-abren-a-cambiar-fecha-del-plebiscito-y-respaldan-propuesta-del-colegio-medico-de-enfrentar-con-unidad-el-coronavirus/BUCSJROL6ZCGTO3RD7YAU4MIJU/

83. CNN Chile. Mañalich explicó por qué cuentan aparte a los asintomáticos: "Tiene una importancia clínica" [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.cnnchile.com/coronavirus/manalich-explica-por-que-cuentan-aparte-a-los-asintomaticos-tiene-una-importancia-clinica_20200430/

84. SOCHEPI Solicita envío de nota de enmienda a la OMS sobre numero de casos de COVID–19 reportados en Chile | Sochepi [Internet]. Available from: http://www.sochepi.cl/cientifica/?p=3886

85. Consejo Asesor por coronavirus afirma que "no fue consultado" por decisión del gobierno de pedir retorno presencial de funcionarios públicos y marca distancia con la medida - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/consejo-asesor-por-coronavirus-afirma-que-no-fue-consultado-por-decision-del-gobierno-de-pedir-retorno-presencial-de-funcionarios-publicos-y-marca-distancia-con-la-medida/QJEJT3HE3FF7HN7F3LJPVS2ITE/

86. MOVID19 - Informe Mesa Social, 26 de Mayo 2020 [Internet]. Available from: https://www.movid19.cl/informes/mesasocial1.html

87. MOVID19 - Informe Mesa Social, 9 de Junio 2020 [Internet]. Available from: https://www.movid19.cl/informes/mesasocial3.html

88. Uso del FEES y bonos a familias por $300 mil al mes: la propuesta económica del Colegio Médico para hacer frente a los efectos del coronvirus - La Tercera [Internet]. Available from: https://www.latercera.com/pulso/noticia/la-propuesta-economica-del-colegio-medico-para-hacer-frente-a-los-efectos-del-coronvirus/M42DQ3ZWE5B4DODK5FC65WCID4/

89. Las 6 claves para entender cómo operará y quiénes pueden acceder al seguro de cesantía durante la contingencia del coronavirus. La Tercera [Internet]. 2020 Mar 23 [cited 2020 Aug 19]; Available from: https://www.latercera.com/pulso/noticia/las–6–claves-para-entender-como-operara-y-quienes-pueden-acceder-al-seguro-de-cesantia-durante-la-contingencia-del-coronavirus/STA524YLLNG6VPPIUE5R6DRCU4/

90. El milimétrico engranaje logístico del operativo Cajas de Alimentos: “Plan piloto” en tres comunas este viernes y el peligro de quebrar stock. La Tercera [Internet]. 2020 May 20 [cited 2020 Aug 19]; Available from: https://www.latercera.com/la-tercera-pm/noticia/el-milimetrico-engranaje-logistico-del-operativo-cajas-de-alimentos-plan-piloto-en-tres-comunas-este-viernes-y-el-peligro-de-quebrar-stock/GGUFDO2QPZAEVADAGISR4HW34U/

91. “Deuda pendiente” y problemas de logística: Alcaldes evalúan programa de cajas de alimentos [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/salud/coronavirus/deuda-pendiente-y-problemas-de-logistica-alcaldes-evaluan-programa-de/2020–06–20/135916.html

92. Manifestaciones y disturbios se registran esta noche en varios puntos de la Región Metropolitana en una nueva jornada de cuarentena. La Tercera [Internet]. 2020 May 19 [cited 2020 Aug 19]; Available from: https://www.latercera.com/nacional/noticia/manifestaciones-y-disturbios-se-registran-esta-noche-en-varios-puntos-de-la-region-metropolitana-en-una-nueva-jornada-de-cuarentena/IFZUFQC6DNAZVN6ZWL5O7MNOSI/

93. El detalle de las medidas del plan de emergencia que sellaron el gobierno y la oposición. La Tercera [Internet]. 2020 Jun 14 [cited 2020 Aug 19]; Available from: https://www.latercera.com/pulso/noticia/el-detalle-de-las-medidas-del-plan-de-emergencia-que-sellaron-el-gobierno-y-la-oposicion/7S7U2JONTVCMNKQ635TBTRUOOE/

94. Presidente Piñera promulga en privado la ley que permite el retiro del 10% de los fondos de las AFP. La Tercera [Internet]. 2020 Jul 28 [cited 2020 Aug 19]; Available from: https://www.latercera.com/politica/noticia/presidente-pinera-promulga-en-privado-la-ley-que-permite-el-retiro-del–10–de-los-fondos-de-las-afp/CQ7OXSGDNZFB3BHAUMN27V5Z7E/

95. Tele13. Mañalich: “El esfuerzo es que la gente se contagie lentamente” [Internet]. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.t13.cl/noticia/politica/ministro-manalich-esfuerzo-no-es-nadie-se-contagie-sino-se-contagien-manera-lenta

DESIGUALDADES SOCIALES Y PROCESOS DE salud-enfermedad-atención en tiempos de COVID-19:

UN ANÁLISIS EN CLAVE ANTROPOLÓGICA

Marisol E. Ruiz
Instituto de Salud Pública,
Facultad de Medicina,
Universidad Austral de Chile
Andrea Álvarez Carimoney
Escuela de Salud Pública,
"Dr. Salvador Allende G."
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.
María Sol Anigstein Vidal
Escuela de Salud Pública,
"Dr. Salvador Allende G."
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.
Departamento de
Antropología, Facultad
de Ciencias Sociales,
Universidad de Chile
Ana María Oyarce
Escuela de Salud Pública,
"Dr. Salvador Allende G."
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Núcleo de Antropología y
Salud, Escuela de Salud
Pública y Colectivo Crítico
Pandemia y Salud.

Las ideas que serán presentadas en este ensayo son parte de un proceso de reflexión conjunta en el marco del núcleo de Antropología y Salud de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Nos caracteriza nuestra formación como antropólogas sociales que hemos trabajado en salud pública e intentamos aportar nuestra visión a la disciplina salubrista.

Nos gustaría partir posicionándonos desde la antropología de la salud, área aplicada de la antropología social que tiene una larga trayectoria (Martínez, 2008). A partir de la perspectiva de la antropología de la salud, y de la salud colectiva, desde donde también bebe la antropología médica crítica (Menéndez, 2018), nosotras creemos firmemente en una antropología aplicada e implicada, movilizada por aspectos de orden político, presentes en los procesos de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2015) para potenciar la salud y el bienestar de la población. Una antropología aplicada e implicada debiera estar involucrada en el quehacer, posicionada y rescatando los aportes de las iniciativas colectivas, comunitarias y territoriales.

A continuación, realizaremos un análisis crítico sobre algunos elementos de la tradición biomédica, con el objetivo de generar un contrapunto a nuestra propuesta y evidenciar

las dificultades que consideramos ha tenido esta tradición para enfrentar los problemas de salud pública de la población. Posteriormente, daremos cuenta de determinados aspectos de la antropología que nos parecen útiles para nutrir la visión de la salud pública, complejizando y nutriendo la aproximación al proceso actual de salud-enfermedad-atención que estamos viviendo como sociedad, producto de la crisis socio-sanitaria que se ha profundizado a propósito de la pandemia de COVID–19.

La biomedicina como el modelo hegemónico

¿A qué nos referimos cuando hablamos del modelo biomédico-hegemónico? En primer lugar, el discurso científico, que es donde se instala el enfoque biomédico, ha sido validado para explicar la realidad que vivimos por las fuerzas sociales que detentan la autoridad (Sánchez, 1999). Es decir, se ha institucionalizado un saber que es asumido como el verdadero modo de relatar las realidades. Y esta situación conlleva un poder que, para Bourdieu (1999) es un poder invisible, que se ejerce manteniendo la complicidad entre quienes lo ejercen con un conocimiento consciente, y entre quienes se niegan a evidenciar la relación jerárquica, pero contribuyen a ella. Para el antropólogo médico Eduardo Menéndez existen al menos 30 características que estructuran lo que él ha denominando como Modelo Médico Hegemónico, entre las que destacan: "biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica" (Menéndez, 2003: 194).

La biomedicina desde sus inicios se situó en una categoría superior respecto a otras formas de abordar los padecimientos, al generar una articulación estrecha con una ciencia positiva (Foucault, 1963) conformándose como eurocéntrica, colonial y estableciendo relaciones jerárquicas -asimétricas- entre quienes detentan el conocimiento médico y quienes no (Menéndez, 1994, 2003). Asimismo, el enfoque biomédico se caracteriza por ser lineal, que compartimenta y fragmenta la realidad. Esta fragmentación se hace evidente al concebir, por ejemplo, que es posible aislar la causa de una enfermedad (lo que supone que existe una sola causa para esa enfermedad), y que si se neutraliza las personas no se enfermarán (Taussig, 1995). Para este enfoque, la enfermedad es algo separado de la conciencia humana, es un hecho natural y se llama a tomar posesión sobre esa realidad (Good, 2003), cosificando la enfermedad, como si fuera independiente de las personas que la padecen (Taussig, 1995). Otro punto que se releva del enfoque biomédico es la relación "médico-paciente",[i] que además de suponer una relación asimétrica, jerárquica y de activi-

i Se visibiliza esta relación entre comillas para dar cuenta de un concepto que se utiliza de manera recurrente, aunque las autoras no estamos de acuerdo con el uso de ambos términos. En primer lugar, la palabra paciente hace referencia a los sujetos que han sido objetivados, que esperan de manera pasiva e indefinida a ser intervenidos, como la falacia de la vasija vacía a la que hace referencia Trostle: las personas no son vasijas vacías que esperan a ser llenadas con el último conocimiento científico (Trostle, 2005). Pensar a las personas como pacientes significa atribuirles una condición que imposibilita su consideración como personas autónomas, con capacidad de decisión y participación. En segundo lugar, el término médico alude a un personaje masculino con la innegable desigualdad de género que este asunto conlleva.

dad versus pasividad, constituye un choque en términos de cosmovisión y comunicación. En esta relación las personas que padecen están preocupadas de la coordinación y la síntesis, en cambio quienes estudian e intervienen se preocupan (porque así ha sido su entrenamiento) de la localización y el análisis (Castro, 2000). No obstante, las personas que son conscientes de la síntesis no entienden la preocupación por la localización, lo que dificulta enormemente el diálogo y se constituye en una ruptura estructural. Debido a que la estructura lógica y el modo de hacer de la profesión médica ha generado un habitus particular, se constituye un idioma específico que está poco anclado en la experiencia de las personas que conforman otro modo de sentir y construir las distintas expresiones de la realidad. Siguiendo a Bourdieu (1981), el habitus es una formación duradera, producto de una interiorización de principios que se perpetúan, respondiendo a esquemas de percepción, pensamiento y acción (Bourdieu, 1996). Y así, la posibilidad de construir una relación dialógica entre las dos partes que debieran ser protagonistas en un proceso de salud-enfermedad-atención, se aleja cada vez más, llegando a ser un monólogo del Modelo Médico Hegemónico.

Se ha descrito anteriormente que desde el punto de vista de la biomedicina la realidad se analiza de manera fragmentada pues compartimenta y aísla los síntomas de los padecimientos, y así también es como se determina el abordaje de los problemas de salud de la población. En esta pandemia hemos visto que desde el inicio la preocupación central ha sido la saturación de la capacidad hospitalaria, expresada en el número de camas críticas con su equipamiento de soporte, donde rara vez se ha considerado el recurso humano o los equipos de salud que deben tener una capacitación adecuada. El resto de los problemas de salud que tiene la población, y los potenciales problemas sanitarios a los que se verá enfrentada, no fueron considerados en la planificación inicial del abordaje de la pandemia (Agencia Uno/EP, 19 marzo 2020). De la misma manera, la Atención Primaria de Salud fue relegada de la estrategia de enfrentamiento de la pandemia (Saleh, 28 de mayo 2020), lo cual generó grandes falencias que de a poco se han ido subsanando: primero, por iniciativa de los propios equipos de salud, y luego, por la presión que distintos sectores de la sociedad civil organizada ejercieron sobre el Gobierno (CNNChile, 3 de junio 2020). La fragmentación se hace más evidente al momento de dar cuenta de la incorporación de la comunidad organizada en las acciones destinadas a revertir la situación producto de la pandemia por COVID–19. En este período se ha visto una proliferación de acciones por parte de organizaciones que, en algunos casos se habían gestado antes o durante las movilizaciones iniciadas en octubre de 2019, o que se originaron en respuesta a las falencias sanitarias detectadas en los territorios, al hambre, a la crisis económica, a la falta de trazabilidad y seguimiento de la población en relación al COVID–19 y a la desatención de personas con enfermedades distintas al COVID–19 (Vega, 2020), entre otros problemas.

Los países que están en fases posteriores de la pandemia nos han mostrado la importancia de poner especial atención en los cuidados comunitarios, en la provisión de las necesidades básicas de la población, en los problemas de violencia, en la salud mental con un foco importante en los equipos de salud, en la educación, en las posibilidades reales de asumir las medidas de prevención, como el uso de mascarillas, el teletrabajo, la cuarentena, y la importancia de pensar en el último tramo del ciclo vital: la

muerte. Se ha dicho que ningún sistema de salud es capaz de soportar la carga de atención que genera este virus. Sin embargo, lo que se ha podido evidenciar es que, ante la saturación, la gestión de la muerte ha sido muy improvisada, con todos los riesgos sanitarios y de salud mental para las familias que ven con estupor cómo desaparecen sus muertos frente a la incapacidad de respuesta por parte del Estado, convirtiendo en un privilegio para ciertas familias la realización de los rituales propios del final de la vida (Montes, 23 de junio 2020). Los países que han sido golpeados más rudamente han tenido escaso tiempo para reaccionar. Como país nos encontrábamos ante una ventaja, podíamos prever lo que se venía y pensar en la mejor solución para dar respuesta al proceso de salud-enfermedad-atención en su conjunto, para organizar y gestionar el continuo de la experiencia, su dinamicidad y sus expresiones particulares. No obstante, hemos visto asombradas cómo se han sucedido los meses sin que el Estado haya aprovechado esa ventaja, adentrándonos con velocidad al frío invierno y a las inclemencias que dan cuenta de un mal manejo de esta crisis socio-sanitaria, que ha adquirido las características de una sindemia,[ii] esto es, la manifestación de más de una epidemia al mismo tiempo. Hoy vivimos una epidemia mundial producto de una enfermedad contagiosa, y al mismo tiempo una exacerbación de la desigualdad por una epidemia de recesión económica mundial (Singer et al., 2017).

Una crisis de larga data

Como parte del escenario, es importante señalar que esta crisis socio-sanitaria actual se sitúa en el contexto del proceso de movilizaciones que comenzó el 18 de octubre del 2019 (la revuelta social), generando un quiebre entre la institucionalidad y la ciudadanía, que durante meses estuvo dispuesta a paralizar las actividades exigiendo justicia y dignidad (Asociación Latinoamericana de Medicina Social, 2020; Heiss, 2020). Aún no se abordan los elementos estructurales que posibilitan atender el bienestar propio de las comunidades, exacerbando las desigualdades, lo que ha sido leído como un signo de la displicencia con la que se trata al pueblo.

El análisis de las determinaciones sociales de la salud nos ayuda a comprender los factores estructurales que inciden fuertemente en los procesos de salud-enfermedad-atención. Nuestro sistema de salud es una parte de esos elementos que pueden incidir en mejorar las condiciones de salud, pero si no se abordan los demás factores en su complejidad y en su interseccionalidad el resultado es muy limitado y puede ser contraproducente, justo del modo en que lo estamos experimentando actualmente. Por interseccionalidad (Grabham, Cooper, Krishnadas & Herman, 2009; Carastathis, 2016) nos referimos a que es necesario pensar que las distintas desigualdades se hacen carne en una sola persona, no es la suma, sino es la exponencialidad de la desigualdad. Es decir, una mujer migrante y carente de recursos será discriminada por ser mujer, por ser migrante, y por ser carente de recursos, todo a la vez.

Desde el marco de las determinaciones sociales y de la salud colectiva, vemos que se oculta la existencia de condiciones estructurales y socio-culturales que afectan a las personas y comunidades, y que hacen de Chile un país de realidades extremadamente diversas, fruto

ii El concepto de sindemia fue acuñado por primera vez en el 2009 por Merril Singer (Singer, 2009).

de nuestra historia social, política y cultural, donde han impactado fuertemente las políticas neoliberales en las últimas décadas. Existe un número cada vez mayor de personas que no cuentan con contrato de trabajo, habiendo un incremento considerable de microempresas informales, lo que dificulta considerablemente respetar una cuarentena estricta sin poner en riesgo los ingresos mínimos para su sobrevivencia (Doniez y Gálvez 2020; Sáez, 2020); y aproximadamente un 19% de la población total vivía en situación de pobreza multidimensional con la última medición disponible (CASEN, 2017).

Desde el punto de vista del contexto estructural que enmarca la crisis socio-sanitaria, un factor de gran impacto es la aproximación neoliberal que ha estado presente por décadas, y que ha calado hondo en las políticas públicas, pero también en el discurso mediático y en la opinión pública. Un ejemplo de ello es el discurso que ha prevalecido cuando se ha tendido a culpabilizar a la población, como si ella pudiera elegir no contagiar o contagiarse. Esta mirada del sujeto-individuo-particular que puede elegir, desconoce e invisibiliza la dimensión histórica, social y cultural que atraviesa los fenómenos de salud de los grupos humanos. Parte de ese enfoque se despliega en la bio-política y en la necro-política de la pandemia, en la idea de la uniformidad estadística de los colectivos y las comunidades, lo que se consigue bajo la lógica de los números y el conteo, y que desconoce las particularidades y las necesidades humanas, que también constituyen la salud. Mientras se sigue en este conteo, las personas continúan sus vidas en medio de violencias de todo tipo (económicas, laborales, de género, sexuales, etarias, asociadas a la migración, etc.), incluida la ejercida por un Estado que delega su responsabilidad de cuidado ejecutando políticas perniciosas, indolentes e irresponsables.

Siguiendo a Menéndez (2015), el proceso actual puede servir para dar cuenta de un entramado de procesos de orden sociopolítico, evidenciando las desigualdades que han sido parte estructural de la sociedad chilena. Mirar desde esta perspectiva (desde una crítica a la biomedicina y al enfoque neoliberal de la pandemia) implica, por ejemplo, examinar con ojo crítico cómo se comunica, qué se comunica, quiénes participan de la construcción de esas estadísticas y a qué personas les llega el mensaje.

En este aspecto de las comunicaciones, la perspectiva hegemónica de la biomedicina nos muestra otra de sus aristas complejas: arrogarse la reificación de la ciencia positiva, la capacidad de generar evidencia y ser el depósito de la verdad le otorgan un poder enorme. Esto ha quedado en evidencia durante los últimos meses a nivel global. La palabra de la biomedicina ha paralizado la economía mundial, ha movilizado esfuerzos de todo orden, ha puesto en jaque a gobiernos y a mandatarios. Sin embargo, ha quedado en entredicho cuando a la misma ciencia y a la biomedicina se le ha pedido certezas. En nuestro país, la comunicación desde la autoridad sanitaria no ha logrado abordar en su discurso un formato que sea honesto, transparente, y que genere confianza en la ciudadanía, sin recurrir a la autoproclamación de la certeza científica. En el fondo, se trata de asumir que todo lo que está siendo construido desde el marco científico también es contingente, es un conocimiento que se está produciendo en el momento, implica asumir que tiene cierto grado de fluidez y de incerteza, que no es posible dar por sentado aspectos que aún están siendo estudiados, y que en este momento del desarrollo de la epidemia no todo puede ser categórico.

En este punto nos parece relevante traer una

antigua discusión que, sin embargo, nos recuerda algo importante para esta coyuntura: desde que el filósofo de la ciencia Thomas Kuhn planteara el concepto de Paradigma hace más de 50 años,[iii] sabemos que la ciencia y su avance se debe a un proceso dialéctico, consensual, histórico y situado, atravesado por intereses diversos y muchas veces ocultos, o al menos invisibilizados. La biomedicina, como tributaria del paradigma de las ciencias exactas, ha apropiado la noción de objetividad, en la que basa gran parte de su legitimidad; desconociendo o ignorando este imprescindible recordatorio del modo en que se construye el conocimiento, es decir, que el conocimiento es un proceso iterativo, recursivo, que va y vuelve, en el que las certezas, si las hay, lo serán sólo por una fracción de tiempo limitado. Esto lo podemos ver concretamente en el discurso público sobre la pandemia en nuestro país, donde se apela recurrentemente a la "certeza" sobre la cual se fundaría la toma de decisiones. Nos parece importante recuperar la noción de que el conocimiento científico es una construcción, y como tal no está ajeno al ensayo y error, y a los intereses de toda clase, puesto que precisamente así es como se produce conocimiento. Transparentar las incertidumbres contribuye a sostener una mayor credibilidad en la población, de lo contrario se genera un ambiente de desconfianza que es nocivo para las estrategias de salud pública.

Urge conocer las condiciones que hacen posible (o imposible) tener los resguardos necesarios para el autocuidado y el cuidado de otros/as en el contexto de esta pandemia, en la que no solo importa el número de contagios y de muertes, sino cómo se experimenta la vida y la muerte; por ejemplo, cómo se cuida la salud mental de las personas o las situaciones de violencia de género, entre otras realidades y problemáticas complejas.

En momentos donde pareciera que la crisis estructural amenaza con barrer los cimientos de nuestra sociedad, es indispensable volver a reconocer cuáles son los aspectos sobre los que la población o las distintas poblaciones que habitan el territorio nacional quieren poner el foco, para estructurar un nuevo modo de relacionarnos en tanto sociedad.

Con todo esto, creemos que es necesaria y urgente una política participativa, que ofrezca espacios de reflexividad, de información, de transparencia y protagonismo en las estrategias de abordaje de la sindemia.

La mirada en clave antropológica

La reflexividad, característica inherente a la disciplina antropológica (Martínez-Hernáez, 2008), aporta la noción crítica que permite dar cuenta de la particularidad del modelo biomédico, pues aunque hegemónico, no es el único que existe, sino más bien uno más de los tipos de medicina posibles. Como el resto de los sistemas médicos, la biomedicina responde a un conjunto de preceptos culturales y morales, que se han transmitido de generación en generación como parte de un proceso de socialización (Menéndez, 1994). Por lo tanto, la lógica y el modo de hacer de la biomedicina se tornan cuestionables y relativos, al mirarse desde otros posibles prismas.

En contraposición al enfoque biomédico hegemónico, creemos que si se tuviera en cuenta el proceso de salud-enfermedad-atención como

iii El libro *La estructura de las Revoluciones Científicas* fue publicado en 1962.

un proceso dinámico y contextualizado, podríamos visibilizar muchos aspectos que continúan ocultos en el abordaje de las políticas públicas. Para esto es crucial reconocer determinadas características propias a la disciplina antropológica, que pueden y deben contribuir a la visión de la salud pública para mejorar su pertinencia.

En primer lugar, consideramos que la mirada de la antropología aporta un componente particular y crucial al comprender los fenómenos desde la perspectiva de los y las actores/as sociales, considerando sobre todo sus contextos. Esta mirada permite dar cuenta de la heterogeneidad dentro de la desigualdad ampliamente extendida que encontramos en nuestro territorio. Chile es un país cruzado por desigualdades estructurales (Narbona y Páez, 2014; López, Figueroa, Gutiérrez, 2013). En esta pandemia, o más bien sindemia, la desigualdad se ha manifestado de manera más descarnada, aumentando la mortalidad en las zonas donde hay menos acceso a la salud (Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud, 2020). En estas zonas abunda la pobreza, son las zonas de mayor marginalidad, donde habitan los sectores más desventajados de la población. Esa desigualdad trae aparejada una gran heterogeneidad de situaciones. La visibilización de esa heterogeneidad y la necesidad de desarrollar un análisis territorial, contextualizado, es el aporte necesario de la disciplina antropológica a la salud pública.

La heterogeneidad de situaciones dentro de la desigualdad puede ser ejemplificada a partir de la realidad de los pueblos indígenas (pero también puede pensarse para la población migrante o cualquier grupo de personas que está experimentando una situación de desigualdad estructural), donde se ve claramente la necesidad de contextualizar y situar el enfoque salubrista a propósito del COVID-19. Y esta necesidad se debe a varios motivos: Primero, es importante entender con profundidad la dimensión territorial, donde existe una enorme desigualdad (Ta Iñ Xemotuam, 2020). No obstante, las acciones no han considerado incluir un enfoque que contemple la diversidad y la heterogeneidad dentro de los territorios.

La situación de los territorios que se encuentran colindantes a las ciudades también requiere un análisis específico, donde posiblemente el contagio del virus vaya aumentando a medida que las zonas urbanas incrementen su dificultad para satisfacer las necesidades de trabajo de la población que habita en ellas. Puede ocurrir una migración importante de personas que vuelven a sus comunidades de origen, a sus territorios o a los pueblos cercanos a las grandes urbes donde habían migrado por la oferta laboral. Cuando esa opción ya no existe, la migración de retorno puede implicar posibles focos de contagio pues se movilizan precisamente desde las comunas donde posiblemente existen las tasas más altas de infección.

El abordaje de las comunidades rurales se hace necesario, puesto que hasta el momento han estado protegidas por un patrón de asentamiento disperso y una baja densidad poblacional. No obstante, una vez que la epidemia se vaya expandiendo por los distintos territorios, llegará con mayor fuerza a sectores donde abunda la desigualdad estructural, que puede catalizar en una epidemia endémica (Vega, 2020). En esos territorios hay escasez de agua, pero también las normas colectivas de la vida social son distintas, y a pesar de tener un asentamiento disperso, esos elementos pueden generar una mayor transmisibilidad del COVID-19, con su potencial transformación en enfer-

medad endémica, como ha sido la tuberculosis.

Una mirada antropológica podría aportar la necesidad urgente de un análisis territorial, de gestión territorial, que va desde los barrios, desde las comunas de la Región Metropolitana o las demás grandes urbes del territorio nacional, hasta las comunidades rurales aisladas. Esas diferencias no están siendo consideradas al momento de abordar la pandemia/ sindemia, que más bien se está enfrentando como si toda la población del territorio nacional tuviera características similares, cuando no puede haber nada más alejado a ese supuesto.

Sin duda la falencia actual, y donde la antropología puede aportar sustancialmente como ya se ha descrito, es el enfoque comunitario de la gestión territorial, donde el contexto se vuelve la clave para entender los abordajes que se requieren. El enfrentamiento de la sindemia no sólo ha sido monocultural (Ta Iñ Xemotuam, 2020), sino también ha tenido como premisa que todos los territorios tienen características similares. Las comunidades aisladas se han protegido cerrando sus accesos, controlando los ingresos y resguardando ese aislamiento. Esas acciones son parte de la memoria histórica de los pueblos nativos y de las comunidades rurales. La memoria histórica de las epidemias está en esos territorios, y otorgarles autonomía les protegerá en un nivel superior que si se determina su destino desde la visión centralista y hegemónica.

En segundo lugar, consideramos que otro elemento que aporta a complejizar la discusión en clave antropológica es la mirada etnográfica. La etnografía es la herramienta metodológica propia de la antropología que en los comienzos de la disciplina consistía en convivir un largo período de tiempo en una comunidad apartada del mundo "occidental"[iv], e implicaba una descripción exhaustiva (densa dirían los/as antropólogos/as contemporáneos/as) del territorio y de la sociedad estudiada. Antes de analizar un fenómeno, se va a observar, a mirar con un ojo atento para poder profundizar en la descripción sistemática de lo que se observa, interpretando la realidad considerando en primer término los significados que adquieren los hechos para las personas que los están experimentando. Y es que para elaborar políticas públicas pertinentes existe una necesidad imperiosa de situar a las personas concretas en sus territorios concretos. Esta descripción acabada de la realidad, de la diversidad de realidades, puede ser mejor asimilada por el enfoque etnográfico.

Siguiendo a Martínez-Hernáez (2010), la etnografía plantea que "la comprensión relacional y holística de los mundos culturales no es posible desde una prescripción que cercene el sentido nativo. A su vez, el enfoque descriptivo abre las puertas a una posición de no-saber que es la base para una relación dialógica entre sistemas expertos y profanos, entre grupos sociales y entre colectivos culturales" (Martínez-Hernáez 2010: 66). Es así como el enfoque etnográfico posibilita el diálogo (Allué et al, 2006), y "se conforma como una especie de macroscopio relacional que intenta devolver a las representaciones, comportamientos y factores sociales su función y su lógica contextual (Martí-

iv Con este término, que además está puesto entre comillas, nos referimos a las sociedades que han sido permeadas por un estilo de pensamiento y modo de hacer ligado a la cultura occidental, propia de la tradición Greco-Romana, donde el contrato social se ha establecido bajo los términos de la Revolución Francesa y los procesos de globalización se han hecho parte de los desarrollos culturales.

nez-Hernáez, 2010: 65) e invita a estar entre ambos saberes. Creemos que la antropología puede aportar en crear puentes entre el conocimiento técnico-científico o epidemiológico, y los conocimientos y los saberes de las comunidades no científicas.

Por último, un tercer elemento que quisiéramos relevar y que es propio de la disciplina antropológica es la necesidad del desarrollo de un pensamiento relacional, que puede ser la clave para comprender las estructuras sociales (Deleuze 1987, Bourdieu 1996, 2001, Martínez-Hernáez 2008). La perspectiva relacional no solo contiene un aspecto dialógico, sino además da cuenta de las manifestaciones de poder que ocurren a nivel micrológico, y por lo tanto a través de las relaciones (Bourdieu 1981). Entonces, surge la necesidad de tener una aproximación holística, es decir "un esfuerzo de comprensión de la realidad de tipo relacional y no desagregado" (Martínez-Hernáez, 2010: 65), que apele a la noción de multidimensionalidad. Pero este concepto no debe ser entendido como una simple suma de factores, sino como un todo articulado y entramado que modifique la teoría explicativa (Martínez-Hernáez, 2008).

La cosmovisión mapuche, que centra su atención en el cuidado de la vida con un fuerte componente relacional vinculado al territorio, poniendo sobre la mesa los afectos y los sentires (Cuyul, 2020), pone de relieve la importancia de recuperar la memoria de los pueblos que han habitado este territorio llamado Chile desde tiempos ancestrales.

Desde la disciplina de la salud pública, el desarrollo de un pensamiento relacional plantea la posibilidad de repensar un nuevo modo de articularnos y de elaborar políticas publicas participativas e incluyentes. Siguiendo a Cuyul (2020) se deben generar dispositivos de anclaje a los territorios porque la perspectiva relacional protege de la desconexión, la prepotencia y el autoritarismo. Se requiere con urgencia que las políticas públicas incluyan una mirada desde la realidad local, desde la diversidad y heterogeneidad local, y nuestra propuesta es que las herramientas que se ponen a disposición desde la antropología pueden hacer la diferencia.

Lo descrito hasta acá son los elementos que quisimos destacar considerando los aportes que puede hacer la mirada antropológica. En definitiva, el pensamiento en clave antropológica apela a la contextualización de las realidades diversas, por la necesidad de visibilizar la heterogeneidad de las desigualdades que se despliegan a lo largo del territorio nacional, a la necesidad de situar a las personas en sus territorios, para lo que se requiere la herramienta etnográfica, e impulsar un modelo dialógico con base en una gestión territorial que recoja las voces de todas las personas y comunidades participantes; así como de sus saberes. La prevención se debiera gestar en este pensamiento relacional, con un fuerte anclaje en la gestión territorial.

En este ensayo hemos planteado algunas ideas con respecto al aporte que la antropología puede hacer a la salud pública, especialmente en tiempos de pandemia; hemos querido evidenciar que existe un conjunto de enfoques, miradas y herramientas metodológicas que están a disposición del quehacer salubrista. Proponemos que su incorporación enriquece el abordaje con miras a generar un proceso de salud colectiva, donde las determinaciones sociales se entrecruzan con una mirada interseccional de las desigualdades para dar cuenta de la co-construcción autónoma de la salud, del bienestar y del buen vivir.

Referencias bibliográficas

Allué, Xavier; Mascarella, Laura; Bernal, Mariola y Comelles, Josep M. (2006). De la hegemonía de la clínica a la etnografía en la investigación intercultural en salud. En Salud e interculturalidad en américa latina. Gerardo Fernández (coord.), Ed. Abya-Yala, Quito.

Asociación Latinoamericana de Medicina Social (2020). ALAMES frente a la pandemia COVID–19, 1 de abril de 2020. Obtenido en mayo de 2020, de http://www.alames.org/index.php/2–sin-categorizar/124–alames-frente-a-la-pandemia-covid–19.

Bourdieu, Pierre (1981 [1970]). La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Barcelona: Editorial Laia.

Bourdieu, Pierre (1996 [1987]). Cosas dichas. Barcelona: Gedisa.

Bourdieu, Pierre (1999). Intelectuales, Política y Poder. Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1999.

Bourdieu, Pierre (2001). Poder, derecho y clases sociales. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Carastathis, A. (2016). Intersectionality: origins, contestations, horizons. EEUU: University of Nebraska Press.

CASEN (2017). Resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Ministerio de Desarrollo Social, Chile.

Castro, Roberto (2000) La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

CNNChile (2020, junio 03). Mañalich anuncia que encargarán a la atención primaria la trazabilidad de casos activos de COVID–19. Obtenido en julio de 2020, de https://www.cnnchile.com/pais/manalich-atencion-primaria-trazabilidad-casos-activos_20200603/

Cuyul, Andrés (2020). Séptimo seminario APS y COVID–19, Experiencias Comunitarias. Seminario virtual organizado por el Departamento de Atención Primaria de la Universidad de Chile, realizado el 18 de julio, 2020.

Deleuze, Gilles (1987). Foucault. México: Paidós.

Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud (2020). Informe Epidemiológico N°35 Enfermedad por SARS-CoV–2. 20 de julio, 2020, Chile.

Doniez, Valentina y Recaredo Gálvez (2020). Reformas en tiempos de crisis. Análisis crítico de la agenda laboral del Gobierno. Documento de Trabajo, Fundación Sol.

Saleh, Felipe (2020, mayo 28). El ninguneo a la atención primaria y los errores políticos que marginaron a la salud territorial de la estrategia contra la pandemia. Obtenido en junio de 2020, de https://www.elmostrador.cl/destacado/2020/05/28/el-ninguneo-a-la-atencion-primaria-y-los-errores-politicos-que-marginaron-a-la-salud-territorial-de-la-estrategia-contra-la-pandemia/

Montes, Rocío (2020, junio 23). El funeral de un tío de Sebastián Piñera positivo de Coronavirus abre una polémica en Chile. Obtenido en junio de 2020, de: https://elpais.com/internacional/2020–06–23/el-funeral-de-un-tio-de-sebastian-pinera-positivo-de-coronavirus-abre-una-polemica-en-chile.html

Agencia Uno/EP (2020, marzo 19). Piñera asegura que Chile está preparado para "el escenario más grave" del coronavirus. Obtenido en abril de 2020, de https://www.europapress.es/internacional/noticia-pinera-asegura-chile-preparado-escenario-mas-grave-coronavirus–20200319150009.html

Foucault, Michel (1963). El nacimiento de la Clínica, una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI Editores.

Good, Byron (2003). Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica. Ediciones Bellaterra.

Grabham E, Cooper D, Krishnadas J, Herman D (2009). Intersectionality and beyond law, power and the politics of location. Abingdon, Oxon: Routledge-Cavendish.

Heiss, C. (2020). Chile: entre el estallido social y la pandemia. Análisis Carolina, (18), 1–4.

López R, Figueroa E, Gutiérrez P (2013). La 'Parte Del León': Nuevas Estimaciones de La Participación de los super ricos en el ingreso de Chile. Serie Documentos de Trabajo Vol. 379, pp. 1 – 32.: Departamento de Economía, Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Martínez-Hernáez, Angel (2008). Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Rubí Anthropos ed.

Martínez-Hernáez, Angel (2010). La etnografía como dialógica: hacia un modelo intercultural en las políticas sanitarias. En Transitar por espacios comunes Inmigración, salud y ocio. F. Checa y Olmos, A. Ariona Garrido y J. C. Checa Olmos (eds). Icaria Editorial.

Menéndez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades (8): 71–78.

Menéndez, Eduardo (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones

prácticas. Ciencia & Saúde. Coletiva. 8(1): 185–207.

Menéndez, Eduardo (2014). Las instituciones y sus críticos o la costumbre de polarizar la realidad: el caso de la Influenza A (H1N1). Salud Colectiva 10(1):15–40.

Menéndez, Eduardo (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención "paralelas" y proyectos de poder. Salud Colectiva 11(3):301–330.

Menéndez, Eduardo (2018). Antropología médica en América Latina 1990–2015: Una revisión estrictamente provisional. Salud Colectiva 14(3): 461–481.

Narbona, K. & Páez, A. (2014). La acumulación flexible en Chile: Aportes a una lectura socio-histórica de las transformaciones recientes del trabajo. Revista Pretérito Imperfecto, 2, 140–172.

Sanchez, Ron JM. (1999). Un nuevo mundo científico. Revista de Occidente; 214: 65–68

Sáez, Benjamín (2020). Emprendimiento y subsistencia: Radiografía a los microemprendimientos en Chile. Documento de Trabajo, Fundación Sol.

Singer, Merril (2009). Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health. Jossey-Bass Ed., San Francisco.

Ta Iñ Xemutuam - Centro para la formación y desarrollo de la salud del pueblo mapuche (2020). Coronavirus y multiculturalidad; las pandemias para los pueblos indígenas. Publicado por Comunidad de Historia Mapuche, el 27 de abril de 2020. Obtenido en mayo de 2020, de https://www.comunidadhistoriamapuche.cl/coronavirus-y-monoculturalidad-las-pandemias-para-los-pueblos-indigenas/

Taussig, Michael (1995). Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente. Gedisa Editorial, Barcelona.

Trostle, James (2005). Epidemiology and culture. Cambridge University Press 122–139.

Vega, Jeanette (2020). COVID–19 ¿Qué viene ahora? Seminario virtual organizado por Advanced Center for Chronic Diseases (ACCDIS), realizado el 24 de julio, 2020.

ENCERRAR Y NUMERAR:
UN ACCIDENTE TECNO-ESTADÍSTICO

Yuri Carvajal
Salubrista
Hospital Carlos Van Buren,
Valparaíso.
Pablo Cox
Neurorradiólogo
Hospital Carlos Van Buren,
Valparaíso.

18 de julio de 2020

(Este texto se nutre de conversaciones con Comité COVID Hospital Carlos Van Buren, en especial con su presidente Dr. Rodrigo Riveros, pero especialmente Daniela Bustamante, Jessica Aedo y Johan Álvarez y el apoyo de Mario Vergara, y de todos sus miembros, así como del Hospital, cuyo director Javier del Río, ha sido también un estímulo para pensar. En el SSVSA, ideas y conversaciones con la Dra. Heike Obermoller, Olga Fernández, Dra. Lorna Urquieta y Dra. Paula Jeria han sido de gran valor. Ninguna responsabilidad tienen ellas y ellos en los errores, que por supuesto son plenamente de los autores)

"...no existe la cifra correcta, sólo los nazis creían en la cifra correcta y los profesores de matemática elemental. Sólo los sectarios, los locos de las pirámides, los recaudadores de impuestos (Dios acabe con ellos), los numerólogos que leían el destino por cuatro perras creían en la cifra correcta. Los científicos, por el contrario, sabían que toda cifra es sólo aproximativa. Los grandes físicos, los grandes matemáticos, los grandes químicos y los editores sabían que uno siempre transita por la oscuridad."[1, p. 1031]

Metáfora no es decir "el sur es como un caballo echado a pique", sino "el sur es un caballo

echado a pique"[i]. Este caballo echado a pique es nuestro presente transformado en catástrofe por un accidente tecno-estadístico, que en su cara numérica más millonaria golpea al transporte de masas en aviones, como lo hizo nunca nada hasta la fecha. Los aeropuertos vacíos recuerdan las salmoneras abandonadas en el estuario de Reloncaví, ambos golpeados por una epizootia viral, vaciados de contenido, transformados en ruinas postindustriales propias de un film de Tarkovsky[ii] .

Pero también golpea nuestras vacunas y nuestros antibióticos, nuestros hospitales y nuestras camas críticas. Las mismas estadísticas de salud han sido presas de una voracidad salvaje. Cifras que circulaban sólo por manos expertas son parte del desayuno de millones y revelan una fragilidad que llama a la misericordia. Como banderas fronterizas sacudidas por el viento, los números del presente también se han desflecado. Todo averiado, librado al curso gradual del accidente, a este lahar lento que va arrastrando árboles, casas, personas, y carbón en su vientre.

Tan legítimo o ilegítimo como decir inmunidad de rebaño[2] es llamar a la pandemia accidente tecno-estadístico. Su carácter súbito, su comprensión retrospectiva, la moratoria que permite, nos revela que se trata de un momento de irrupción de una sobrecarga de realidad, una externalidad que no proviene de ningún afuera y que erosiona peligrosamente las frame en que vivimos[iii] y en medio de las cuales organizamos y coordinamos nuestras vidas. El accidente empieza a percolar como un leakege súbitamente detectado, cuyo spillover de efectos demoraremos meses o años en comprender y conocer. Eventos tan peculiares se han ganado el derecho a tener nombre propio. Decimos Exxon Valdez, Chernobyl o Coronavirus como si cada uno de ellos se tratara de un ser único, una fantasmal aparición de una figura personalizada, un golpe con estilo. Parte de ese choque implica que las estadísticas de salud ya no volverán a ser lo que fueron. Menos ingenuidad, menos alumbramientos a partir de coles[4], más sociología de las ciencias y las técnicas, para la salud pública.

Los accidentes son sociológicamente intensos, porque revelan cuestiones epistemológicas y de la vida colectiva (una sola y misma cuestión) asociadas al mundo de las técnicas, orilla con la cual suelen tropezar las *stultifera navis*[5] al momento del accidente.

La alusión a Brant no es oficiosa, primero porque él es primero en embarcarse. De modo que debe considerarse que también nosotros nos reconocemos en cubierta. Segundo, porque nave y frame son muy parecidas. Una ojeada al texto de Brant debería ayudarnos a ver que coronovirus expresa una avería alarmante en nuestro proyecto moderno (que podemos pensarlo

i "coronado con lentos árboles y rocío, cuando levanta el verde hocico caen las gotas, la sombra de su cola moja el gran archipiélago y en su intestino crece el carbón venerado"

ii Ni los secuestros a Cuba de los años 60 (los detectores de metales empezaron en 1973) ni las columnas de ceniza de varios volcanes ni los atentados de la Torres gemelas

iii El traductor de Goffman no se atrevió a sustituirla por una palabra en español [3], de modo que aquí seguiremos su prudencia. Vivimos no sólo en medio de marcos, sino que propiamente vivimos en lugares equipados, acondicionados, que dan forma, orden y sentido a nuestra vida. Decir frame debería ayudar a que tengamos cierta extrañeza respecto del lugar, de las cosas y el orden en que vivimos.

como nave equipada y acondicionada, y que parece descender como ciertos pueblos, de las naves) y no la agresión externa de un ser maligno e invisible.

1. La muerte no es tan dura como se pretende

Antes del accidente las causas de muerte estaban en el conglomerado de las cosas duras. Constituían uno de los enclaves privilegiados para la aspiración de la salud pública por reconocerse como ciencia dura, según el lema Ciencia Dura==Datos Duros.

Pero el accidente tecno-estadístico ha expresado el carácter profundamente blando de las muertes. Parte de esa blandura es la generación de un espacio propio al virus no sólo en los códigos diagnósticos (U07.1 COVID–19, virus identificado y U07.2 COVID–19, virus no identificado) sino en la asignación de causalidad de las defunciones. Entre los diagnósticos agrupados en la letra T y la V, se ha generado este espacio privilegiado. La definición de la inclusión en la taxonomía respiratoria o infecciosa es una cuestión pendiente, a la que seguramente se agregará la disputa por la falla multistémica o la tormenta inmune como causalidad. El algoritmo humano que venía sosteniendo 10 versiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades, asignando una causa única a la defunción y permitiendo una coordinación global de las causas de muertes (y los AVISA etc., etc.) se ha vuelto frágil y hoy estamos otorgando al COVID 19 el privilegio de ser causa de muerte por su sola presencia en una base de datos de vigilancia (EPIVIGILA). La combinación de dos bases de datos se ha transformado en mecanismo causal.

La creación de un sistema de recuento de muertos paralelo en estos meses, ha ejercido el efecto de reblandecer los cimientos de la epidemiología. Seguramente el noble propósito de tal decisión fue acceder, para la acción, a datos más fiables y en tiempo real. Pero un paralelismo no cooperativo no podía sino profundizar la incertidumbre del proceso y empantanar las acciones. Cifras múltiples, cargadas de notas al pie, que requieren explicaciones latas, no cumplen con la condición de ser cifras, parecen volver como en un retroceso medievalista a significar cero.

Hoy, en franco descenso de las cifras principales: mortalidad, nuevos casos, positividad de los exámenes, la pérdida de confianza en una fuente única de datos, limita la capacidad de acción de las autoridades. El efecto de la multiplicidad de fuentes ha significado que el soporte cuantitativo de las decisiones se ha debilitado.

Esta crisis ha expuesto la disociación total de las estadísticas de la dirección del sector. Cuando el ministro necesita un aparato propio de números, hemos dado un paso más en el maelström.

El formato base de datos, con que ha trabajado el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) fue un gran paso. Pero sólo para especialistas. Hace mucho que la dirección del sector no se hacía desde ese aparato. Epidemiología tiene sus propios registros. Y los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) –tablas de frecuencia en formato Office– mantuvieron formas de los años 60 (pre-informáticos), para producir una informatización de baja intensidad, que ha proliferado y evolucionado de manera mas bien estocástica, a partir de respuestas improvisadas a una multitud de episódicos requerimientos de data.

Esta verdadera selva de cifras, refleja que las cifras de morbilidad y mortalidad hace rato que dejaron de ser las que perfilan la dirección del

sector. Han sido sustituidas por indicadores financieros y de gestión, palabra que resume el cenit del nuevo gerencialismo que sacó a la salud pública tradicional de los resortes decisores.

Del mismo modo que el Sistema de Información Nacional de la Calidad del Aire (SINCA) no está hecho para evitar las crisis ambientales sino para la gestión ambiental[iv] , la crisis de las estadísticas de salud expresa un compás mareado, no compensado por las respectivas esferas de hierro dulce, entre el Escila del mercado y Caribdis de la planificación central. Figuras ambas de la mitología de los navegantes del siglo XX, que como nos recuerda Coronovirus, ocurrió hace 500 años atrás.

El presupuesto de los hospitales públicos este 2020 había sido promulgado para financiar a través de los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD), otra máquina algorítmica diseñada para transitar por el justo sendero medio entre economía y salud. Su actual situación es incierta y es muy probable que haya abortado por el mismo coronavirus.

Es sorprendente que GRD no haya servido para comprender la influencia de obesidad en la mortalidad de influenza durante el 2019. Hoy tampoco nos ha alertado sobre la misma asociación, esta vez dramática, para coronavirus. Esta pobreza es lamentable puesto que nos dice que, si tuviéramos ciudades caminables y dietas adecuadas, posiblemente no tendríamos tanto que temer de un coronavirus y habernos alertado previamente con la magnitud de la verdadera pandemia, la malnutrición[7].

También la idea de semana epidemiológica de notable valor para el seguimiento en tiempo real de las enfermedades respiratorias, ha sido sobrepasada en esta crisis apremiada por el tiempo real, ha sido erosionada para la morbilidad. Pero más duro aún es que la no circulación viral que muestra ese sistema estadístico y esos reportes semanales[8,9] de este año 2020, que apunta a varias cosas: a) los ciudadanos sí han acatado las medidas de restricción, b) los virus respiratorios clásicos circulan de otro modo que Coronavirus y c) Coronavirus en competencia darwiniana ha eliminado la presencia de los otros virus. Es una información de mucho valor y que despierta interrogantes que merecen ser analizadas por la inteligencia colectiva. Al menos los ciudadanos podrían replicar cuando son acusados.

Por otra parte, los únicos datos más o menos diarios, son los REM. Su uso como cifras diarias no es fácil, pero es posible con un rezago de al menos un día. El uso de medias móviles semanales puede ser una buena alternativa para apreciar su movimiento. En el paso a un nuevo régimen de funcionamiento vamos a necesitar monitoreos diarios, para los cuales la media móvil de 7 días puede ser útil. Los percentiles pueden ser también aporte para construir carriles epidemiológicos (consultas respiratorias, sospechas Covid), en otros casos simplemente el signo de las pendientes (mortalidad diaria de hospitales, positividad de los exámenes) y otros con mucha experticia cualitativa como extensión e intensidad de brotes. Los parámetros de alerta han de ser los de este año, ya que todas las cifras del quinquenio están en un orden de magnitud muy diferente que los vuelve poco útiles. Infecciones Asociadas a la Atención de

iv No es el caso de este texto, pero lo mencionamos porque no es una mera coincidencia, es el aire de los tiempos chilenos: los datos de calidad del aire tienen también problemas [6]

Salud (IAAS), GRD, REM, informes de laboratorio, mortalidad diaria hospitalaria (exitus en el aséptico lenguaje GRD o casos en las reuniones de morbilidad y mortalidad (M& M)[10]) generan una oportunidad para recuperar el comando de las cifras de salud en la dirección de las acciones de salud. En la tabla 1 resumimos los indicadores propuestos por el Comité COVID del Hospital Carlos Van Buren.

Sin duda las estadísticas del momento pueden alumbrar cifras para retomar los desafíos de una epidemiología sin números[11].

Tabla 1. Propuesta de indicadores para un desescalamiento

Parámetro	Monitoreo	Señales de alarma
Positividad de PCR	diario	inflexión de la pendiente negativa
Consultas respiratorias de urgencia	diarias	Sobre el p75 (cifras de marzo a la fecha) de la media móvil de los últimos 7 días
Sospechas de COVID en urgencia	diarias	Sobre el p75 (cifras de marzo a la fecha) de la media móvil de los últimos 7 días
Mortalidad intra establecimiento	diario	1 caso sobre el promedio diario 2019
Brotes	diarios	Evaluación IAAS
Mortalidad general en las comunas	semanal	pendiente positiva

2. El libre (y privatizado) acceso de los datos

Como punto de inflexión en un manejo reservado de los datos, en las semanas de junio hemos asistido a una transición de apertura a la publicidad de las cifras. Primero fue el Ministerio de Ciencias que tímidamente comenzó a publicar series de tiempo y bases de datos descargables.

Poco a poco se pobló un repositorio que se actualiza regularmente y que desde el punto de vista del acceso está muy bien. Sólo la granularidad de la data está en déficit. Si se considera que está allí para investigadores, no hay mucho más por cuestionar.

Hace menos de una semana que DEIS ha comenzado a mostrar series de tiempo en formato gráfico, con lo cual se ha hecho visible el comportamiento de las defunciones. La sobremortalidad que parecía un secreto inmenso, sólo develable mediante un esfuerzo cooperativo de proporciones, se ha transformado en un hecho obvio, cuantificable y asequible. Nuevamente sólo la granularidad de la data y la posibilidad de acceder a los datos en tiempo real siguen siendo problema.

En ambos casos sin embargo hay un nuevo cariz. Los datos del Ministerio de Ciencia funcionan en Github, una plataforma de Microsoft y los del DEIS, en Tableu, una plataforma propiedad de Salesforce.

El estado chileno renunció hace años al uso de software libre y al desarrollo informático como parte de su actividad. Pero ahora hemos dado un paso mas allá, en la privatización del espacio público cuantitativo, al poner los datos públicos en manos de empresas privadas.

Si bien las grandes bases de datos de salud están hace tiempo en manos de procesado-

res y servidores privados, esa condición solo era evidente para los usuarios institucionales. Hasta ahora el Banco Central y el INE mantienen sus registros y los gestionan públicamente en sistemas que les pertenecen. ¿Es posible imaginar que debamos enterarnos del IPC a través de Tableau o de la tasa de encaje en Github? ¿Retornarán estos datos por una puerta trasera como novedosas lecciones acerca de nuestra red, procesadas por machine learning usando nuestros datos?

3. Sensibilidad y especificidad

El manejo del brote ha sido basado en un específico examen de biología molecular. La identificación del material genético mediante esta técnica es una cuestión estadística y probabilística, que entra de lleno de manera compactada en el mundo de la vida cotidiana y de la política. No sólo el espacio clínico se ha visto empequeñecido al mínimo en su capacidad decisora, sino las implicancias en cuanto a movilidad de las personas, acceso al trabajo, despliegue de la vida económica, han sido tomadas con escaso sustento clínico. La prueba misma sobre la que se ha basado la estrategia de abordaje de la pandemia, contiene irreductibilidades que no se someten a los esquemas. Repetidas pruebas no concluyentes, pruebas positivas que no remiten en semanas, en no pacientes. Casos con serología positiva cuyos antecedentes remiten a una PCR negativa. Pacientes con morbilidad severa de otra etiología suficientemente probada, cuya positividad es un hallazgo o a lo más, una presencia casi saprófita.

La sensibilidad y especificidad de las técnicas diagnósticas, más que una propiedad intrínseca de un kit de examen, son expresiones que resumen (promedian) las incertezas asociadas a su práctica. La especificación de sus valores es un indicador que alerta para un adecuado uso y para una serena apreciación de las decisiones que tomamos a partir de un test. No soslayan el debate público, sólo lo alientan.

4. q=(1−p)

Es sorprendente que la pregunta por el valor de p no sea una cuestión central. ¿Cuál es la proporción de seropositivos hoy en este lugar? ¿Cómo se ha comportado ese valor de p estos meses?

p ha circulado por el mundo con cifras cercanas al 5%, de modo que el tamaño de muestra para su inferencia esta vez no está asociado a la varianza sino al error aceptable. Si buscamos estimar una proporción tan baja, considerar un error de 2 puntos porcentuales o 4 no es trivial. Una muestra calculada con la máxima varianza (0,5 × 0,5) corre el riesgo de no ser útil para estimar con precisión o comparar con fiabilidad.

Pero mas allá de eso, esa cifra de 5% pone de bruces la utilidad de la inmunidad de rebaño para definir el fin de las medidas de restricción. La ausencia de censos serológicos es la contracara del uso de medidas de encierro. Si 5 o 10% es la proporción máxima de seropositividad encontrable, entonces la inmunidad de rebaño es un horizonte imposible.

La *herd immunity*, que ingresó al dominio público en estos meses, procede paradójicamente de un debate acerca de la cobertura de un programa de inmunización y la esperanza de erradicar alguna enfermedad. Su traslado a una enfermedad con pocas esperanzas de vacuna por lo pronto y sin esperanza de erradicación, contiene una desviación radical de su utilidad. Qué decir de la posibilidad de alterar una curva epidémica hasta lograr una proporción de seropositivos que nunca pasó de la especulación pura.

Resulta trágico que medidas tan radicales y perturbadoras como las cuarentenas se hayan tomado usando conceptos tan frágiles, en un uso tan disociado de su real origen. Un concepto acuñado para una intervención artificial sobre un proceso "natural" ha sido revertido como si fuera una cifra que expresa una verdad natural de un proceso libre de intervenciones humanas, al cual cabe esperar su cumplimiento. Sólo comparable al uso de la expresión selección natural por Darwin, cuando aludiendo a los procesos de selección de los creadores de razas en granjas, lo transformó en un principio evolutivo del mundo salvaje.

Menuda inversión que otorga un supuesto soporte numérico duro, objetivo, a la decisión de encerrarnos en nuestros corrales.

5. El divertículo de Meckel de las bases de datos

Dependencia de vía es la expresión usada por los analistas de las técnicas para mostrar como las trochas de los ferrocarriles, la tensión eléctrica de una red, el QWERTY de nuestros teclados, señalan la historia de nuestros objetos técnicos, como marcas de un camino evolutivo difícil de borrar. Los seres vivos, también vivimos de estas señas inscritas en nuestros cuerpos: allí está el ombligo, no sólo como cicatriz, sino como seña de una embriología placentada. O el divertículo de Meckel como huella de un desarrollo intestinal extraabdominal.

Los datos tampoco escapan a este tipo de marca. En los registros de defunciones, por ejemplo, la edad ha sido codificada en dos campos: uno que cuantifica la edad como cantidad y otro, que la registra en tipo. Sería más sencillo, exacto y entendible tener un registro en tiempo reloj, que combine el día y la hora, automatizado quizás, cumpliendo esta función de mejor modo (aunque existe la dificultad de los segundos intercalares para complicar un poco las cosas).

La procedencia y vigencia de este modo doble de registrar la edad es una marca de la historia de la base de datos, con un primordial interés por las defunciones en menores de 1 año. Eso llevó a distinguir las muertes ocurridas en las primeras horas, de los primeros 7 días, del primer mes o de los meses posteriores. Una distinción que ayudaba a orientar políticas y a comprender las cifras de mejor manera.

Porque los datos no son neutros o desprovistos de valores e hipótesis. Al contrario, la base de datos de defunciones, la consolidación de datos por quinquenios de datos y el usar 75 y más, o 85 y más, o 95 y más, tienen por supuesto señales de la importancia dada a ciertos problemas y además preguntas que se buscan responder mediante esos datos.

El paso de las bases de datos en formato csv, de la época Rajs del DEIS, al estilo actual, es también un cambio de hipótesis y valores. El dibujo de la curva en tiempo real, obviamente está construido sobre la base de una curva que debe volver a su comportamiento mediano de los 4 años previos. La tasa de mortalidad infantil ya no es una cifra relevante en este despliegue. Sus interrogantes parecen ya no ser pertinentes[12].

6. Gobernar por los números: las paralelas modernas

Aritmética política, álgebra moral no son textos meramente anecdóticos. Expresan un proyecto de la modernidad de occidente cuyo sentido primario es volver sencillo el arte de gobernar, una cuestión algorítmica, echando mano de los números[13,14]. La economía y la salud pública comparten de tal manera esta vocación que

cada una ha construido una disciplina estadística propia: econometría y bioestadística.

Ossandón ha dicho algo que converge con lo que aquí estamos diciendo[15]. Desde los trabajos de 1660/1670, de Graunt/Petty la mortalidad ha ocupado un lugar privilegiado en la gestión de estos proyectos[16]. El episodio actual pone un cuño del siglo XXI a esta combinación. En una figura trazada como juego de suma cero, hemos asistido a una colisión entre la economía y la salud pública, como formas de gobierno cuantitativo, alternativos y excluyentes.

El resultado neto es malo. No sólo para los dos campos o polaridades intelectuales involucradas, sino más lamentable aún, para la democracia como forma de construcción de lo público.

Ossandon tiene mucha razón al señalar que los mercados son organizaciones. Y que pueden y deben ser comprendidos desde la sociología. También la tiene al tomar distancia de Callon[17] respecto de la posibilidad de resolver los problemas colectivos a través de mercados. Las imperfecciones son a los mercados como lo real era a los socialismos. Son su forma de existencia, desafortunadamente funcionan con imperfecciones y funcionaron como reales.

Para salud esto significa que los mercados de salud siempre son sobrepasados, desbordan o excluyen. Por más regulación que se les meta. Lisa y llanamente no son una solución.

Pero tampoco una planificación centralizada tecnocrática es la respuesta. Porque el problema de fondo es político y requiere debate, tensiones y soluciones. Ningún automatismo ni ningún cerebro central puede resolverlo.

Tenemos una organización de salud disfuncional. Pero tenemos esa organización híbrida que sueña con manejarse a punta de balance score card, Compromisos de Gestión (COMGES), Indicadores de Actividad de Atención Primaria (IAAPS). Y tenemos en esa misma organización, meta de cobertura, de tiempos de espera, de reducción de tasas, propias del socialismo real.

Lo que no tenemos es una organización capaz de debatir democráticamente los complejos problemas técnicos de la salud hoy, es decir de producir públicos en salud, más que una salud pública.

Debemos a ese gran demócrata que fue John Dewey[18] una claridad mediana sobre los públicos y los debates colectivos. Con un poco de serenidad podemos llevar a la cuestión de las cifras sus argumentos respecto a constituir un público. Se trata de una operación epistemológica, de conocimiento colectivo, para arribar a una visión compartida de un problema. Eso es construir un público, desanudar un problema. Los números pueden ser de gran ayuda en ese desafío. Pero requieren una estabilidad y coherencia laboriosa. Más aún, los números involucrados en los problemas actuales requieren una contabilidad que incluya la incertidumbre en sus medidas.

Pero hay que adicionarles los vericuetos de sus dimensiones técnicas, que aportan con tanta o mayor complejidad que el cálculo mismo. Por ejemplo, analizar un censo serológico no implica las intrincadas matemáticas, logísticas y procesamiento de un muestreo complejo, además de los ejercicios de inferencia. Necesitamos además saberes inmunológicos, de laboratorio y sociologías mínimas sobre las formas que organizan la vida colectiva.

7. ¿Una epidemiología sin números?

El proyecto de Naomar ha sido lamentablemente poco apreciado por las Escuelas de Salud Públicas y los Ministerios. Pero eso no roza ni

apenas su verdadero valor. El pos accidente de salud pública y epidemiología puede aprender mucho de sus perspectivas.

Lo más próximo a una epidemiología sin números es Oulipo[19], un taller exploratorio de las posibilidades de escribir con restricciones, como no usar una letra (lipogramas), el S + 7, la literatura deficional, el logo-raylle o la contra-pèterie[20]. Sin números sería pues una forma de ejercicio, un lipograma genérico por adoptar. ¿Porqué hacerlo? ¿Para qué hacer difícil lo fácil?

Porque ya lo fácil no es muy útil, es desorientador, resignado y digamóslo, hoy termina siendo parte de la catástrofe. ¿Porqué necesitamos extrañeza?

> *Este mundo nuestro, contradictorio y desordenado, se mantiene más o menos unido gracias a las fuerzas de unas explicaciones muy indirectas, a un tiempo complejas e ingeniosas, las cuales parecen justificarlo y excusar a todos aquellos que prosperan terriblemente sobre él ...*
>
> *Esa experiencia pictórica, que pone a prueba el mundo real, me hace creer en las infinitas y todavía desconocidas posibilidades de la vida. Sé que no soy el único en afirmar que su conquista es el único objetivo y la única razón válida para la existencia del hombre.*
> *(R Magritte [1940] citado en[21])*

Sea entonces el lugar de la epidemiología ese taller, un lugar de experimentación, de producción de experiencias epidemiológicas. Sustitúyase en el siguiente párrafo la palabra artista por la de epidemiólogo y la de estética por epidemiología y se entenderá mejor lo que buscamos decir:

> *El ~~artista~~ epidemiólogo experimental actúa en la oscuridad, trazando mapas de territorio cuya existencia todavía no se ha certificado y que no se garantiza que vaya a emerger del mapa ahora trazado. La experimentación significa aceptar riesgos, y aceptar riesgos en soledad, bajo la propia responsabilidad, contando solamente con la fuerza de su visión como única oportunidad para que el ~~artista~~ epidemiólogo consiga alguna vez atrapar la realidad ~~estética~~ epidemiológica*[21, p. 138].

Anotemos en la agenda algunos de los actuales problemas para ese taller del porvenir.

7.1. Hiperobjetos

Estamos crecientemente conviviendo con hiperobjetos[22] como antropoceno y calentamiento global, que han entrado de lleno en las vidas de las personas. Es posible que tengamos una larga historia moderna de este tipo de objetos difusos, extensos, simultáneos: humos, miasmas, olores, POPs, CFC, radioisótopos. Sin embargo, COVID 19 nos dejó desnudos frente al destino, por muy arropados de computadores cuánticos, medicina de precisión y fuerzas espaciales armadas, nos mandaron a encerrar hasta que el lobo se fuera. ¿Dónde estaban nuestras herramientas conceptuales para entender ese desconocido? La condición actual en que COVID 19 se ha difundido hasta los intersticios de la vida colectiva más íntima, pone a los hiperobjetos en un especial lugar central de nuestro análisis. La salud pública se ha visto capturada por uno de ellos, sin ninguna capacidad de tomar reflexiva distancia.

La exploración de esos hiperobjetos toma elementos de las narrativas, de las artes y valora especialmente la historicidad de los problemas.

7.2. Interacciones simbólicas

Otra paradoja notable de este evento es el cubrimiento facial que, tras ser transformado en delito, hoy es una obligación aprobada por los concejales de las municipalidades respectivas.

Las máscarillas bloquean buena parte de la interacción colectiva, en pequeños recintos o en sitios públicos. La decisión de su uso, sin pertinencia respecto de la verdadera protección otorgada, arrasa los fundamentos de la convivencia humana a través de rostro. Agreguemos una reformulación de las distancias. El abuso de las videoconferencias, en que la pérdida de información crucial visual ha producido un sobreuso de expresiones estandarizadas y el autoritarismo como alternativa, son efectos no considerados en la masificación actual.

Los codos han sustituido a las manos. Pero no estamos seguros de que sean igual de eficaces en consistencia, temperatura, textura, humedad, firmeza, ritmo, tensión[23, p. 228–239].

7.3. Humor y sonrisas

Hemos perdido un signo crucial de resolución de líos. Si no nos damos cuenta de todo lo que hemos perdido al perder la sonrisa, es como si no mereceríamos tener a la mano sus "funciones importantes en el orden público ...las sonrisas también deben examinarse en función de su papel como marcas de transposición, esto es, como mecanismos para enmarcar un período de tiempo y de actividad como algo a lo que se debe dar una sola interpretación" [23, p. 168].

7.4. Espacio Público

Todos estos deterioros alteran las formas de coexistir de manera radical. No son sólo microsociologías. Expresan pérdidas que debemos comprender. Porque tienen implicancias. No podemos llamarnos Salud Pública sin reflexionar con lo que hoy sucede en el espacio público, con el grado de afectación que hemos introducido.

7.5. Señales de alarma

La incapacidad para hacer uso acertado de la alarma es uno de los mayores deterioros de nuestra vida colectiva. Incapaces de dar la alarma precozmente, tampoco hemos logrado darnos cuenta de que la alarma ha pasado o ponderar en su magnitud el riesgo.

También las alarmas son un gesto sociológico, una invitación a reflexionar sobre la vida colectiva.

8. Salir del accidente

Salimos del accidente cuando pasamos a un régimen epistemológico post accidente, cuando comprendemos qué zonas relevantes del mundo/realidad no percibíamos y cómo soslayamos hechos que estaban allí en frente. Cuando al menos intuimos la serie de resonancias en que entraron esas zonas no visibles para producir el acople que se tornó fuerza ordenadora primordial.

Habitar en el mundo pos accidente requiere que hayamos comprendido algo de lo ocurrido, de lo que implica el accidente como un irreversible, un momento de bifurcación, un tipping point.

En el mundo de las estadísticas, la lección no debería inclinarnos hacia la arbitrariedad, el abuso de las cifras, la apropiación privada de su gestión o una cruzada en pos de la tan convocada dureza. Por el contrario, tal como ya se ha masificado mediante la digitalización, en tanto el uso de números como parte del debate político se incremente, las cifras revelarán más y más que son acuerdos de paz, treguas con

la incertidumbre, y no piedras de una ley de la cual no somos agente.

En el mundo post accidente más nos vale esforzarnos por ser usuarios ilustrados de los números. De sus complejidades técnicas, de sus vericuetos algebraicos y estadísticos, pero también de sus usos como técnicas de gobierno: amantes de los buenos números como amantes del buen cine, o la buena literatura.

Ambas dimensiones nos obligan a salir de la dureza y adentrarnos en la indeterminación de las cifras, en su politicidad y en las buenas reglas para darles consistencia, coherencia, replicabilidad, trazabilidad. Más que en una dureza innata, necesitamos confiar en números cuya historia sea verificable. No es tan importante si rayan el vidrio, el acero o el talco. Quizás el aire de familia, que tan poca huella deja, sea de mayor utilidad.

Referencias bibliográficas

1. Bolaño R. 2666. Barcelona: Anagrama; 2004.
2. Fine P. Herd Inmunity: History, Theory, Practice. 2003;15(2):265–302. Epidemiologic Reviews.
3. Goffman E. Frame Analysis- Los marcos de la experiencia. España: CIS; 2006.
4. Carvajal Y, Yuing T. Las estadísticas de salud no nacen de un repollo: jesuitas, aritméticas políticas, estigmergias y oligópticos. Salud Colectiva. 2013;9(1):91–102.
5. Brant S. La nave de los necios. México: Akal/Básica de Bolsillo; 2011[1494].
6. Carvajal Y. Informe Amicus Curiae sobre el Plan de Descontaminación de Ventanas; 2019 [Internet] [citado en mayo de 2020]. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/07/amicus_c.pdf.
7. Figueroa C. Valoración del Estado Nutricional en Pacientes del servicio de Neurocirugía Adulto del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Sinapsis,2020:1.; 2020. https://hospitalvanburen.cl/valoracion-del-estado-nutricional-en-pacientes-del-servicio-de-neurocirugia-adulto-del-hospital-carlos-van-buren-valparaiso-constanza-leal-figueroa/.
8. ISP. Informe de Circulación de Virus Respiratorios; 2020 [Internet] [citado en mayo de 2020]. Disponible en http://www.ispch.cl/resultados_virus_respiratorios/Documentos/c68a93_Informe %20circulaci %C3%B3n %20 virus %20respiratorios %20SE24 %2016–06–2020.pdf.
9. MINSAL. Situación de Influenza y Virus Respiratorios Informe 2020 SE 1–27; 2020.
10. Gawande A. Complicaciones. Confesiones de un cirujano sobre una ciencia imperfecta. Barcelona: Antoni Bosch editor; 2010.
11. Almeida N. Epidemiología sin números. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
12. Behm H. Mortalidad infantil y nivel de vida. Santiago: Ediciones de la Universidad de Chile; 1962.
13. Desroisières A. L Argument statistique I Pour Une sociologie de la quantification. Paris: Mines. ParisTech Les Presses; 2008.
14. Desroisières A. L Argument statistique II Gouverner par les nombres. Paris: Mines. ParisTech Les Presses; 2008.
15. Ossandón J. ¿Cómo terminamos gobernados por mercados? Los mercados como políticas públicas y el experimento de la salud en Chile [Internet]. 11 julio de 2020 [citado en mayo de 2020]. Disponible en: https://ciperchile.cl/2020/07/11/como-terminamos-gobernados-por-mercados-los-mercados-como-politicas–publicas-y-el-experimento-de-la-salud-en-chile/.
16. Le Brass H. Naissance de la mortalité. L origine politique de la statistique et de la démographie. Paris: GALLIMARD LE SEUIL; 2000.
17. Frankel C, Ossandón J, Pallesen T. The organization of markets for collective concerns and their failures. Economy and Society. 2019;47(2):1–22.
18. Dewey J. Le public et ses problèmes. Paris ed. Madrid: Folio essais. Gallimard; 2010.
19. Queneau R, Perec G, Le Lionanais F, Calvino I, y Otros HM. OULIPO Ejercicios de literatura potencial. Buenos Aires: Caja Negra; 2016.
20. Queneau R. EJERCICIOS DE ESTILO. 15th ed. Madrid: Cátedra; 2012.
21. Bauman Z. La posmodernidad y sus descontentos. Madrid: AKAL; 2001.
22. Morton T. HUMANIDAD. Solidaridad con los no-humanos. Buenos Aires: Adriana Hidalgo editora; 2019[2017].
23. Goffman E. Relaciones en Público. Microestudios de Orden Público. Madrid: Alianza Universidad; 1979 [1971]

SEGUNDA PARTE

UNA MIRADA A LA VEJEZ EN TIEMPOS DE PANDEMIA

DESDE EL ENFOQUE DE CURSO DE VIDA Y DESIGUALDADES

Alejandra Fuentes-García
Escuela de Salud Pública,
"Dr. Salvador Allende G."
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.
Paulina Osorio-Parraguez
Departamento de Antropología
Facultad de Ciencias Sociales,
Universidad de Chile.

Introducción

Estamos ante un virus, el SARS-CoV–2, que desde diciembre de 2019 se ha expandido por el mundo de manera acelerada por su alta contagiosidad. Fue inicialmente llamado 2019–nCoV (del inglés 2019–novel coronavirus), descubierto y aislado por primera vez en la ciudad de Wuhan, China el 17 de noviembre de 2019. El virus, que parece tener un origen zoonótico (transmisión de huésped animal a uno humano) a casi nueve meses del primer caso, aún no tiene una vacuna que permita su prevención. El 11 de marzo de 2020, ocho días después del primer caso diagnosticado en Chile, la OMS declaró que la enfermedad causada por este virus –COVID–19– puede calificarse como una pandemia, es decir, como un virus nuevo que se propaga a través del mundo y ante el cual las personas no tienen inmunidad[1].

A diferencia de otras pandemias, por ejemplo la Gripe Española, que mató alrededor de 40 millones de personas en el mundo en 1918, el COVID-19 no solamente podría involucrar un aprendizaje del sistema inmune, sino también un aprendizaje de tipo social, con características completamente distintas al de epidemias vividas en el pasado por la humanidad. La oportunidad de este aprendizaje social se da en un mundo globalizado, pero en sociedades sociocultural y políticamente muy diversas.

Al igual que otras epidemias y situaciones de crisis sociales y políticas –como las Guerras Mundiales, por ejemplo–, esta pandemia refleja acentuadamente las formas en que nos organizamos como sociedad y las estructuras a través de las cuales nos relacionamos. Estas situaciones de crisis dejan de manifiesto la fragilidad de ciertas instituciones y la complejidad (oportunidad, suficiencia, cobertura, eficiencia) de las respuestas ante las necesidades urgentes de la población. La pandemia está generando cambios significativos en la vida cotidiana, como un evento que reorganiza, aunque de una manera desigual, las dinámicas de los distintos grupos sociales. Los grupos, en los cuales el efecto de la pandemia se ha visto más agudizado, son aquellos más vulnerables social y económicamente.

Más aún, las desigualdades materiales y simbólicas que caracterizan a Chile adquieren nuevas manifestaciones y se ven profundizadas ante la pandemia de COVID–19. Los efectos de la pandemia tienen implicaciones diferentes dependiendo de la posición en la estructura socioeconómica que ocupa una persona (por ejemplo, mujer, pobre), así como de la etapa del curso de la vida en que se encuentre (por ejemplo, niño, adulto, persona mayor). Vivir esta pandemia siendo persona mayor, adquiere especificidades que deben ser analizadas más en profundidad, surgiendo nuevas expresiones de la desigualdad en la vejez.

Las personas mayores son uno de los grupos más afectados por la pandemia. Han sido definidas como uno de los grupos de mayor riesgo de contagio y muerte por COVID–19: en Chile la tasa de hospitalización en este grupo casi se quintuplica respecto de los menores de 60 años (555,9 versus 107,77 por cada 100 mil habitantes)[2] y el 83,95% (12.095) de las 14.408 muertes en el país por causas de COVID 19 confirmada y sospechosa al 16 de agosto de 2020, corresponden a personas mayores de 60 años[3], aunque la tasa de incidencia de nuevos casos es menor para esta población que para aquellos entre 15 y 59 años (1.957,72 versus 2.067,75 por cada 100 mil habitantes, respectivamente) de acuerdo a datos oficiales al 13 de agosto de 2020. Asimismo, las personas mayores viven esta pandemia en condiciones estructurales y simbólicas más desfavorecidas. En el caso de Chile, esta pandemia nos encuentra como sociedad con un acelerado proceso de envejecimiento poblacional, y también con estructuras institucionales aún no preparadas y, sobre todo, regidas por principios lejanos a las características, demandas y necesidades de los individuos que envejecen. El sistema neoliberal que nos rige y condiciona nuestro arreglo de seguridad social, desprotege, descuida, olvida y, en ciertas circunstancias, abandona o sacrifica a aquellos sujetos no productivos, como son quienes transitan las etapas de la infancia o de la vejez.

El COVID–19 se nos presenta pocos meses después del estallido social del 18/O, que también ha tenido características de otro gran evento significativo experimentado por la sociedad chilena, que ha develado mucho más claramente la “desgracia” de ser viejo/a en nuestro país. Las pensiones y jubilaciones de miseria con que se vive la vejez en Chile, así como la atención indigna en el sistema de salud, producto de un sistema y un marco que así lo permite, lleva a que la vejez, como etapa de la vida, y las personas mayores, como colectivo, vean precarizadas sus condiciones de vida dignas, disminuido su valor social, e irrespetado el ejercicio de sus derechos.

El presente capítulo busca analizar la vejez en

el contexto de la pandemia de COVID–19, desde ejes conceptuales propuestos por el enfoque de curso de vida y las desigualdades. La vejez es comprendida como una etapa del curso de vida con particularidades biográficas y sociales y, la pandemia de COVID–19, como un turning point que afecta el devenir de las sociedades en su conjunto, las trayectorias biográficas de cada sujeto, así como la interconexión de las vidas. Se analizan las desigualdades sociales y simbólicas que afectan particularmente a la vejez y que se acumulan a lo largo de la vida, las cuales se ven profundizadas ante un hito tan determinante como la pandemia de COVID–19.

Vejez desde el enfoque de curso de vida

En las sociedades modernas cada vez más dinámicas, diversas y complejas en términos tanto de su composición como de su estructura, el envejecimiento poblacional se ha constituido en una realidad demográfica y poblacional que modifica y genera desafíos a las distintas instituciones sociales. En los próximos años en Chile la población mayor de 60 años superará a la población menor de 15 años. Se estima que para el año 2050 una de cada 4 personas será mayor de 60 años[4]. No solo ha aumentado la proporción de personas mayores en relación a las edades más jóvenes, sino que los mayores son cada vez más mayores; lo que se llama el envejecimiento de la vejez. Según Censo 2017, el 11,4% de la población es mayor de 65 años; para el caso de la Región Metropolitana, 10,8% de sus habitantes tienen más de 64 años[5]. Son las comunas del sector oriente de la capital las que presentan un mayor envejecimiento relativo (Vitacura 22,9%, Las Condes 21% y Providencia 20,4%)[6].

La vejez ya no es un periodo corto o sólo el previo a la muerte, sino que se va configurando como una verdadera etapa de la vida, prolongada y diversa. La vejez es un fenómeno social y cultural, que impacta todas las esferas e instituciones de nuestra sociedad y la vida cotidiana de la población. Aproximarse al estudio y análisis de la vejez desde el enfoque de curso de vida resulta necesario para comprender esta complejidad y su heterogeneidad. Esta perspectiva interdisciplinaria se caracteriza por el reconocimiento del carácter temporal de las vidas humanas –individuales y colectivas– y de la interrelación de estas con eventos históricos y los cambios demográficos, sociales y políticos que inciden en el nivel de diversificación y continuidad de las trayectorias de estas vidas. Las biografías de los sujetos están incrustadas y son moldeadas en un determinado tiempo histórico y espacio social. Este enfoque reconoce también la capacidad de agencia en los individuos a lo largo de sus vidas, las cuales siempre se viven en forma interconectadas con otras trayectorias biográficas[7].

Desde este enfoque se identifican ejes organizadores del análisis que resultan relevantes para nuestra discusión: trayectorias, transiciones y turning points. La trayectoria se refiere al camino a lo largo de toda la vida que puede variar en dirección, grado y proporción[8]. Estas trayectorias que abarcan una variedad de ámbitos o dominios interdependientes (trabajo, escolaridad, migración, familia, entre otros), no suponen secuencias predeterminadas y se estructuran en base a un conjunto de transiciones. Estas son las experiencias de cambios a lo largo de la vida que no son fijas y que pueden presentarse en diferentes momentos de la vida; es el itinerario sociocultural o personal, que guía el recorrido de la trayectoria y el proceso de envejecimiento de las personas[7]. Toda sociedad define transiciones, es decir acontecimientos decisivos, cambios que norman el

transcurso de la vida de los sujetos, generalmente a través de la edad o de una etapa específica del curso de vida, tales como la entrada/salida del sistema escolar, la maternidad, el inicio/término de la vida laboral (jubilación). Los turning points son los eventos que generan fuertes modificaciones, y que se traducen en virajes o discontinuidades en la dirección de las trayectorias vitales.

La pandemia y la crisis sociosanitaria que esta conlleva puede ser concebida a nivel estructural como una irrupción, un quiebre, un evento inesperado o discontinuidad para la vida de las naciones en el transcurso sociohistórico de las sociedades. A nivel individual, la pandemia se configura como un turning point transitorio, es decir, como una crisis que genera una bifurcación en las biografías o en el curso de las trayectorias vitales de las personas, que una vez superada la crisis pandémica, podría volver al vértice que seguía previo a la crisis. Esto último es posible de aprehender a través de procesos de investigación cualitativa que den respuesta a si esa experiencia fue efectivamente un turning point (cambio radical de la trayectoria vital más allá de la crisis), un turning point transitorio (cambio radical que permite volver a retomar la trayectoria vital) o, más bien una transición (cambio que no implicó modificar la trayectoria vital producto de la crisis). Se requiere de una distancia biográfica y retrospectiva para poder significarlo y reconstruirlo.

La población mayor es uno de los grupos más vulnerados por esta pandemia, así como por las condiciones estructurales en las que esta se vive. En efecto, según diversas entidades (CDC, OMS) las personas mayores son uno de los grupos de mayor riesgo de contagio por COVID–19 y en el cual se puede manifestar con mayor severidad esta enfermedad, teniendo una de las más altas tasas de mortalidad por esta causa, en comparación con otros grupos de edad, a nivel mundial. Este mayor riesgo ha hecho extremar las medidas de aislamiento por razón de edad, decretándose confinamientos obligatorios para ciertos grupos etarios en distintos países. En Chile, una de las primeras medidas para prevenir la propagación del virus en los inicios de la pandemia (23 marzo 2020), fue la cuarentena preventiva obligatoria para las personas mayores de 80 años (cuarta edad en Chile), la cual posteriormente (15 mayo 2020) fue modificada, definiendo los 75 años como la frontera etaria para permanecer obligatoriamente en sus domicilios y evitar el ingreso de visitas salvo por razones estrictamente necesarias (atención de salud, provisión de alimentos, cuidados y apoyos para aquellas personas que lo requieran). Así también, las medidas de aislamiento para personas mayores se extendieron a la restricción de visitas a las residencias o establecimientos de larga estadía, inicialmente por 30 días, la cual se ha ido prorrogando al continuar la crisis sanitaria (Ministerio de Salud Ord. B1 N°866). Por su parte, las actividades programáticas de centros de día y clubes de adulto mayor, permanecen suspendidas por el riesgo de contagio[9].

El confinamiento obligatorio por edad se traduce, por una parte, en una protección para la salud de las personas mayores, puesto que reduce el riesgo de exposición al contagio pero, por otra, conlleva riesgos al vivirse como aislamiento social. Se produce una situación paradojal[10], en que las condiciones de vida impuestas por el confinamiento ya sea en el domicilio o en otro tipo de residencias, están teniendo muchas consecuencias negativas para las personas mayores. Se puede producir un aumento del deterioro cognitivo por haber dejado de realizar actividades de estimulación

cognitiva y haber disminuido el contacto con otros. La reducción o inactividad física puede tener implicaciones en trastornos del sueño, que puede afectar el estado emocional y anímico produciendo un aumento de la sintomatología depresiva. La falta de contacto con otras personas y la consecuente soledad se ha mostrado que aumentan el riesgo de una alimentación inadecuada, sedentarismo, de enfermedad cardiovascular, e incluso de muerte[11].

Los efectos negativos del confinamiento se han agudizado en la vejez puesto que la mayor parte de sus relaciones sociales y de su vida cotidiana transcurre y se configura en la interacción cara a cara[11], no solo en espacios de relación comunitaria sino que incluso al interior de las residencias (o ELEAM). El confinamiento, entonces, se ha traducido en una reducción significativa de este tipo de interacciones tanto con otras personas de su edad como también con personas de otras generaciones (relaciones intergeneracionales).

Al ser la pandemia un evento que permea la vida cotidiana de todas las edades, las formas cotidianas de interconexión de las vidas de las personas mayores con otras vidas, se ven fuertemente alteradas e incluso suprimidas, generando la emergencia de nuevas formas de comunicación, de interdependencia. Las redes de relaciones compartidas, por ejemplo la familia y el barrio, se reconfiguran, para pasar de ser relaciones recíprocas e interdependientes a ser relaciones unidireccionales y dependientes, en las cuales las personas mayores son convertidas social y simbólicamente en meros receptores de la ayuda necesaria para cubrir sus actividades básicas de la vida diaria. Por ejemplo, esto se ve reflejado en la restricción de visitas a personas mayores solo para proveer insumos básicos o para atención médica.

En consecuencia, las trayectorias de vida configuradas en distintas etapas se van articulando a partir de transiciones más o menos organizadas y ritualizadas. Toda sociedad produce uno o varios modelos de trayectorias que estructuran la vida humana que transcurre en un contexto sociohistórico que puede verse estructuralmente transformado con hitos o situaciones de crisis como la pandemia. Las trayectorias de envejecimiento de las personas se moldean en la relación con determinadas instituciones sociales, como son, por ejemplo, familia, salud y trabajo. Y es, en dicha interacción, donde se van estructurando y acentuando ciertas desigualdades sociales que se acumulan a través de la trayectoria vital.

Vejez, curso de vida y desigualdades sociales

El enfoque de curso de vida propone una mirada de largo plazo, que permite observar la vida entera y la acumulación de ventajas y desventajas sociales, económicas y simbólicas que se producen a lo largo de esta[7]. Esto se traduce en desigualdades que se revelan más agudamente durante la vejez. En contextos de crisis y pandemias, las fisuras y vulnerabilidades sociales empeoran y dejan al descubierto condiciones de vida y de muerte injustas para muchos grupos sociales, entre ellos las generaciones mayores.

De acuerdo al PNUD[12] “las desigualdades sociales se definen como diferencias en dimensiones de la vida social que implican ventajas para unos y desventajas para otros, que se representan como condiciones estructurantes de la propia vida, y que se perciben como injustas en sus orígenes o moralmente ofensivas en sus consecuencias, o ambas” (página 62). Desde esta perspectiva, ni la igualdad ni la

desigualdad son conceptos inmutables ya que dependen de las definiciones sociales y del pacto individuo sociedad en distintos momentos históricos.

Más aún, las desigualdades sociales están configuradas desde la acción de las instituciones sociales (mercado de trabajo y pensiones, sistema de salud, migración, entre otras) y plasmadas en la experiencia de las propias personas mayores. De tal forma que las ventajas y desventajas acumuladas son el resultado de la diversidad de experiencias que se relacionan con condiciones en diversos dominios sociales (educación, alimentación, vivienda, condiciones laborales y familiares, estatus migratorio) a lo largo de la vida de una persona –primera infancia, niñez, adolescencia, juventud y adultez[13].

Las desigualdades en la trayectoria vital se configuran fundamentalmente desde los cambios institucionales y políticas de Estado como también de acuerdo con las relaciones con el entorno familiar (vidas interconectadas) y las propias decisiones (capacidad de agencia). Por ejemplo, las condiciones materiales de vida de una persona viviendo la pandemia a los 80 años están determinada principalmente por el ingreso percibido a través de las pensiones, que se relaciona con el tipo de sistema de seguridad social que rige al país, a lo cual podrían sumarse apoyos familiares o el propio patrimonio. Esta persona nació en 1940, período en que en Chile todavía había altas tasas de mortalidad materno-infantil; la educación primaria era obligatoria pero con una gran deserción escolar; en vivienda habían comenzado las tomas de terreno en sectores urbanos como consecuencia de la migración rural hacia la ciudad, emergiendo las primeras políticas de vivienda social; en seguridad social funcionaban las cajas de seguro obligatorio –segmentadas por categoría ocupacional y clase social– para asegurar pensión y salud de la población trabajadora y sus familias[12]. Esta persona, a sus 40 años, a principios de la década de los 80, durante el período de Dictadura Militar en el país, vivió el cambio radical del sistema de pensiones, seguramente cambiándose al sistema de capitalización individual instaurado a través del modelo de las Administradoras de Fondo de Pensiones (AFP). Actualmente, es probable que esté en el 50% de los 984 mil jubilados que reciben una pensión de vejez y obtienen menos de $202 mil mensuales, incluyendo el aporte previsional solidario del Estado que se incorporó al sistema el año 2007. Si esta persona es mujer, puede estar en la mitad de las 472.343 pensionadas por vejez que reciben menos de $137.870 como pensión autofinanciada[14]. La misma experiencia de la pandemia se presenta y se experimenta diferenciadamente de acuerdo con estas condiciones estructurales del sistema de seguridad chileno que moldean las situaciones reales en que se vive esta etapa de la vida.

Aunque la vejez es una etapa que se caracteriza por una serie de desigualdades respecto de otras edades, un análisis intra-generacional permite distinguir cómo ciertas condiciones estructurales y posiciones sociales configuran vejeces más o menos vulnerables, con ventajas y desventajas sociales acumuladas durante la trayectoria vital.

La vejez no es solo una realidad cronológica, sino que también una realidad configurada desde la intersección de diferentes dimensiones sociales como clase social, género, territorio u origen étnico. En la ciudad de Santiago, el territorio es una dimensión significativa que refleja una gran segmentación socioeconómica, de tal manera que dependiendo de la zona urbana que se habite, habrá diferencias socioe-

conómicas en cómo se está viviendo el confinamiento y los efectos del virus en las personas. Esto se manifiesta en las características de las viviendas que determinan las condiciones en que se puede vivir el confinamiento (hacinamiento, materialidad y tipo de construcción); la calidad de los barrios y entornos (por ejemplo, abastecimiento en forma segura), los recursos económicos disponibles y el acceso oportuno a atención de salud, entre otros. Se observan grandes desigualdades en las condiciones de hacinamiento según la comuna en que estos hogares se emplazan: los hogares de Vitacura tienen en promedio 18m^2 más por miembro que los de Puente Alto (30,2m^2 vs 12,5m^2 en promedio respectivamente) (15). Al observar las cifras de mortalidad por Covid–19 entre mayores de 70 años, destaca que la mayor cantidad de personas fallecidas eran residentes de las comunas más pobres de la región. En Vitacura, la comuna con mayor desarrollo humano del país, el porcentaje de población mayor de 70 que ha muerto por COVID–19 es 0,5%, y en comunas de sectores más vulnerables de la ciudad (Cerro Navia, San Ramón, Puente Alto, Huechuraba, La Pintana, Recoleta e Independencia), esta tasa de mortalidad es el triple y más[15].

De esta manera, las desigualdades en la vejez se acentúan de acuerdo a diversas posiciones sociales y territoriales de las personas mayores moldeadas a través de su trayectoria de vida, que configuran el goce de privilegios y beneficios para alguno/as, mientras que para otro/as, la gran mayoría, estos están restringidos o ausentes[12]. Desde un análisis de curso de vida, las condiciones y posibilidades de afrontamiento ante la pandemia, no solo dependen de la posición actual como personas mayores, sino también de las ventajas y desventajas que se han ido acumulando a través de sus biografías y trayectorias vitales, que se expresan tanto a nivel estructural como a nivel individual.

Si bien es cierto que las personas transitando la etapa de la vejez son las generaciones más vulnerables ante la actual pandemia, también son la generación con trayectorias de vida más extensas y, por tanto, con mayores posibilidades de aprendizajes y experiencias acumuladas de discontinuidades y de vivencias de situaciones de crisis socio históricas. A lo largo del curso de vida se han socializado adquiriendo estrategias de afrontamiento de discontinuidades o quiebres en la vida, como es la pandemia actual, lo cual en sí mismo puede ser interpretado como una ventaja acumulada a nivel subjetivo.

Vejez, curso de vida y desigualdades simbólicas

La pandemia, en tanto turning point estructural ha involucrado cambios en la valoración social de la vida en la vejez y en el ejercicio de los derechos de las personas mayores. Se observan desigualdades a nivel simbólico expresadas en marcados prejuicios y estereotipos vinculados a transitar la etapa de la vejez.

La vejez se ha representado principalmente como la etapa del fin de la vida. Una zona sacrificable ante la situación de crisis sanitaria de la pandemia15, y el lugar de corte para definir las prioridades en los esfuerzos médicos. Social y simbólicamente la muerte de las personas mayores parece estar trazada para que las generaciones más jóvenes de la sociedad puedan vivir. Ante el colapso del sistema sanitario y la escasez de recursos debido a la gran demanda de asistencia hospitalaria crítica, aparece el principio de vidas interconectadas, arraigándose la idea de que se debe priorizar la utilización de estos recursos para las generaciones más jóvenes y limitarse para las mayores. Por ejemplo, la carta de Abraham Santibáñez

que manifestó públicamente su voluntad de no ser conectado a ventilador mecánico, basándose en el hecho de ser mayor de 80 años, y que invita directamente a aquellos en esas edades a hacer lo mismo, fue enmarcada en una idea de gesto solidario con otras generaciones. Se hace un llamado a la vejez como sacrificada ante la crisis y la pandemia, y se explicita su interconexión con la vida de los sobrevivientes: la biografía de las generaciones mayores parece quedar en suspensión para que continúe la de las generaciones más jóvenes por un bien superior. "Para ayudar a resolver ese dilema, aunque sea un pequeño aporte, renuncio desde ya a ser conectado a un respirador artificial si con ello se puede salvar otra vida", asegura Santibáñez... "Lo considero un deber de solidaridad y, junto con dar a conocer esta idea, invito a quienes piensen como yo a que se sumen a este esfuerzo"[16]. El sacrificio de las personas mayores por los jóvenes se naturaliza como una idea de justicia y solidaridad intergeneracional.

Tanto en la priorización de recursos médicos como en la carta mencionada, se manifiestan expresiones de viejismo, entendidas la primera como estructural y la segunda a nivel subjetivo. El viejismo se refiere a estereotipos (cogniciones) y prejuicios (actitudes o emociones) sistemáticos, representados en imágenes, atributos y características que se le asocian a las personas mayores solamente por razones de su edad y que se traducen en acciones de discriminación (60 años es la edad de inicio de la etapa de la vejez, de acuerdo a la definición de la Asamblea Mundial de Envejecimiento). En diferentes ámbitos de la vida social moderna, simbólicamente la vejez se ha construido como una carga, como un territorio indeseable, problemático, precario, vulnerable, enfermizo, solitario. Su existencia social se reduce al rol que tienen al interior de las familias, nombrándoles como los "abuelos" o "abuelitos". Nadie quiere ser viejo/a. A nivel estructural, el viejismo se manifiesta como un refuerzo sistemático del sesgo contra las personas mayores en las acciones, medidas y discursos de las instituciones sociales. A nivel subjetivo, por su parte, este se refiere a la interiorización de esos estereotipos (asimilación de visiones fijas, naturalizadas y generalmente negativas de la vejez) en las propias personas. Más aún, la transición hacia la vejez en el curso de la vida está permeada por el viejismo, que se convierte en autoestigma[17] para las personas que cruzan el umbral hacia la vejez. Es decir, estas desigualdades simbólicas sobre la vejez, se encarnan en los propios sujetos que viven esta etapa.

En contexto de pandemia o crisis sociosanitaria, ¿desde qué concepciones de la vejez se han tomado medidas? y ¿qué vejez están produciendo este tipo de medidas? Ante ciertas decisiones en esta crisis, el viejismo estructural y subjetivo han jugado un rol protagónico. Parece ser que el viejismo toma mayor fuerza como un argumento para trasladar a las personas mayores y la vejez a los márgenes, a un espacio reducido y heterotópico de la sociedad[18]. Por ejemplo, en el marco de las medidas de desconfinamiento, la autoridad sanitaria anunció que "se amplía el permiso para circular a los mayores de 75 años y a partir del 25 de julio [2020], aumentamos la posibilidad de salir una vez al día, por 60 minutos, en la mañana o en la tarde y [puede ser] con acompañamiento" (tweet Ministerio de Salud, 23/07/20). Este anuncio, por una parte, se traduce en una menor restricción al confinamiento obligatorio que han tenido las personas mayores de 75 años desde mayo 2020, y busca, al mismo tiempo, una mayor movilidad en el espacio público principalmente por razones de salud física y

mental. Sin embargo, esta medida es discriminatoria en cuanto connota una reducción de la ciudadanía en la vejez (ejercicio de derecho) y una homogeneización de las personas por su edad cronológica y determinadas características del envejecimiento fisiológico (pérdida de masa muscular y capacidad aeróbica). En palabras del Dr. Attila Csendes (78 años), en Carta al Director "ahora hemos conocido una pequeña limosna que nos han tirado con la salida de tres horas semanales hasta 200 metros de la casa, en circunstancias que la gran masa de los detractores de la cuarentena y del toque de queda puede salir libremente cinco días a la semana. Somos la gente con mayor experiencia y sabiduría de vida, y por lo tanto los más confiables. Creo que, en vez de este trato vergonzoso, debieran confiar más en nosotros" (El Mercurio, 29 julio 2020). Es sólo en razón del riesgo por edad que se desconfina, subsumiendo la diversidad de las personas mayores a una visión única de la vejez, lo que además de sostener la medida, (re)produce una vejez pasiva, frágil, que requiere ser sobreprotegida y tutoreada, sin capacidad de agencia, por lo que está subordinada a la acción de otros.

En países como España, Argentina o Francia, las medidas de confinamiento por edad han dado lugar a fuertes críticas que las catalogan como paternalistas, vulneradoras de derechos e incluso inconstitucionales (en el caso de Argentina), puesto que disminuyen la autonomía personal y la capacidad de decisión sólo en función de un criterio cronológico. En Chile, a diferencia de los países citados anteriormente en la cual las voces y demandas de las personas mayores están organizadas colectivamente, las reacciones a estas medidas se han visibilizado públicamente a través de voces independientes o de grupos académicos (ver, por ejemplo Declaración de Red Transdisciplinaria de Envejecimiento-UChile https://uchile.cl/u165695). De esta manera, la desigualdad simbólica trasciende a otras esferas sociales y pareciera influir en la incipiente configuración de las personas mayores como un actor social y político con demandas por sus derechos civiles y sociales.

Conclusiones

En el presente capítulo se ha analizado la vejez, el lugar de las personas mayores en el contexto de la pandemia de COVID–19, así como las medidas implementadas para este grupo poblacional, desde el enfoque de curso de vida y de las desigualdades. Este análisis ha permitido hacer una lectura para extraer aprendizajes y lecciones de la pandemia en torno a la vejez.

Desde el enfoque de curso de vida, la pandemia se configura como un turning point transitorio, que tiene implicaciones diferentes dependiendo de la posición en la estructura socioeconómica que ocupa una persona y que se manifiesta con mayor profundidad en la vejez, en un proceso de acumulación a lo largo de la vida de ventajas y desventajas sociales tanto a nivel estructural como individual.

Las vidas interconectadas, otro principio del enfoque de curso de vida, se ven reconfiguradas con la pandemia, tanto a nivel social como simbólico. Las formas cotidianas de interconexión de las vidas de las personas mayores se han transformado desde relaciones recíprocas e interdependientes, a relaciones unidireccionales y dependientes-, lo que simbólicamente les convierte en meros receptores. Simbólicamente hablando, el valor de la vida de los mayores está en riesgo y la balanza de la priorización de los recursos se inclina hacia las generaciones más jóvenes.

En contexto de pandemia, las personas mayores han sido reducidas al grupo de mayor riesgo y más vulnerable ante el contagio del virus SARS-CoV2. Tanto las medidas de confinamiento como las de desconfinamiento paulatino para esta población, se han diseñado e implementado solamente desde la premisa de su condición de vulnerabilidad biológica cronológica, dejando totalmente invisibilizada su condición de sujeto con una biografía vital y una capacidad de agencia y de autocuidado. Estas medidas de paradojal protección llegan a ser discriminatorias en cuanto se formulan excluyendo las voces heterogéneas de las propias personas mayores, no reconociendo su derecho ciudadano, capacidad de toma de decisiones ni el poder sobre sus propias vidas. Al mirar la larga trayectoria de vida de una persona mayor, emergen los aprendizajes y estrategias de afrontamiento social ante momentos de crisis y no solo un cuerpo de una determinada edad cronológica, que se asume fragilizado.

La crisis sociosanitaria que ha generado la pandemia por COVID–19 no solo ha profundizado aquellas desigualdades ya existentes en la vejez, sino que además ha mostrado en su real dimensión la precariedad de las condiciones de vida de las personas mayores, en una estructura socioeconómica basada en un Estado subsidiario bajo las reglas de un modelo económico neoliberal. En estas estructuras políticas y económicas, las desigualdades sociales y simbólicas que se van acumulando a lo largo de la vida de una persona, se visibilizan e instalan más agudamente en la etapa de la vejez ante un sistema de seguridad social y de salud que no asegura derechos económicos, sociales y culturales para una vida en dignidad, en una sociedad que ve a la vejez como una etapa sacrificable.

Una de las principales lecciones que la pandemia nos deja como sociedad en torno a la vejez, es la insostenibilidad del tipo de relacionamiento y trato hacia esta etapa de la vida y las personas mayores. Ya no es posible seguir pensando en las personas envejecientes solo como sujetos frágiles, que requieren protección, donde la respuesta institucional ante sus necesidades han mostrado ser insuficientes, reproduciendo a lo largo de la vida y perpetuando en la vejez, la indignidad en las condiciones de vida.

Reconociendo que las políticas y acciones de los Estados pueden influir en el curso de vida de los sujetos[19] y considerando que las desigualdades sociales y simbólicas se acumulan a lo largo de la trayectoria vital de las personas, es urgente y necesaria la incorporación de una mirada de curso de vida en las políticas y medidas relacionadas con la vejez. Esto implica, entre otros, generar acciones e implementar programas que conciban a la vejez como una etapa dinámica y diversa, situada social, política y territorialmente, y no solo como una condición fija, cuyo inicio está marcado por una edad cronológica universal e invariable para todos los sujetos. Además, implica reconocer a las personas mayores como sujetos sociales e históricos, es decir personas que han encarnado procesos sociohistóricos relevantes, que los hacen parte activa de las dinámicas de la sociedad en que viven y cuyas biografías están interconectadas con las de otros sujetos en las diversas esferas de la vida.

La pandemia y las injustas formas de vivir el confinamiento, así como la desvaloración social de las vidas según la edad cronológica de los sujetos, nos lleva a la urgencia de cambios estructurales en nuestro país, a una nueva forma de relacionarnos con la vejez y las personas mayores, asegurando el ejercicio pleno de

sus derechos y posicionándoles como actores con capacidad de agencia, con voz ante las diversas políticas y medidas que tengan que ver con su realidad. Reconocer social e institucionalmente su condición de ciudadanos/as para una participación activa y directa en la toma de decisiones y ejercicio de sus derechos.

El desafío que queda pendiente es un análisis profundo del impacto y consecuencias de la pandemia en personas mayores institucionalizadas, es decir, la realidad de las residencias de larga estadía. Esta realidad a nivel internacional ha sido destacada en diversas publicaciones; sin embargo, para el caso de Chile, esta información es aún incipiente.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Alerta y Respuesta Mundiales (GAR) [Internet]. 2009 [citado el 23 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/)
2. Chile. Ministerio de Salud. Departamento de Salud Epidemiología. Informe Epidemiológico N°42 Enfermedad por SARS-CoV–2 (COVID–19). 14–08–2020.
3. Chile. Ministerio de Salud. Estadísticas de defunciones por causa básica de muerte [Internet]. Chile: MINSAL; Departamento de Estadísticas e Información en Salud. División de Panificación Sanitaria. Subsecretaria Salud Pública; 2020 [citado el 20 de agosto de 2020]. Disponible en: https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/DefuncionesSemanales1_0/DEF?publish=yes
4. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992–2050 Total país [Internet]. Chile: INE; 2018 [citado el 20 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.censo2017.cl/descargas/proyecciones/sintesis-estimaciones-y-proyecciones-de-la-poblacion-chile-1992-2050.pdf
5. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Resultados Definitivos Censo 2017 [Internet]. Chile: INE; 2018 [citado el 20 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.censo2017.cl/wp-content/uploads/2017/12/Presentacion_Resultados_Definitivos_Censo2017.pdf
6. CIPEM C e I en PM. Contexto Demográfico Global y Chileno. Situación de la Población Adulta Mayor [Internet]. 2018 [citado el 20 de agosto de 2020]. Disponible en: http://www.cipem.cl/assets/img/estudios/CONTEXTO DEMOGRÁFICO GLOBAL Y CHILENO SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR.pdf
7. Blanco M. El enfoque del curso de vida orígenes y desarrollo. Rev Latinoam Población. 2011;5(8):5–31.
8. Elder GH, Johnson MK CR. The Emergence and Development of Life Course Theory. In: Mortimer JT SMJ, editor. Handbook of the Life Course Handbooks of Sociology and Social Research. Boston: Springer, Boston, MA.; 2003. p. 3–19.
9. Chile. Ministerio de Salud. Guia Práctica de Manejo de COVID–19 en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) [Internet]. Chile: MINSAL, MIDESO-SENAMA, Sociedad de Geriatría, Minsal: Subsecretaria de Salud Pública, División de Control y Prevención de Enfermedades D de CV; 2020 [citado el 20 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.socgeriatria.cl/site/wp-content/uploads/2020/03/Guia-ELEAM-COVID–19–MINSAL-SENAMA-ACHGG-Abril–2020.pdf
10. Smith ML, Steinman LE, Casey EA. Combatting Social Isolation Among Older Adults in a Time of Physical Distancing: The COVID–19 Social Connectivity Paradox. Front Public Health [Internet]. 2020 [citado el 23 de agosto de 2020]; 8: 403. Disponible en: https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2020.00403
11. Osorio-Parraguez, Paulina, Navarrete Luco, Ignacia, Briones Barrales S. Perspectivas socioculturales de la autoatención y provisión de cuidados hacia personas nonagenarias y centenarias en zonas rurales en Chile. Antipod Rev Antropol y Arqueol [Internet]. 2018 [citado el 24 de agosto de 2020];31:45–63. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81456145003
12. PNUD. Desiguales. Orígenes, Cambios y Desafíos de la Brecha Social en Chile. Santiago, Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2017. 411 p.
13. Madero-Cabib I, Azar A, Pérez-Cruz P. Advantages and disadvantages across the life course and health status in old age among women in Chile. Int J Public Health. 2019 Nov;64(8):1203–14.
14. Gálvez, R, Kremerman M. Pensiones bajo el mínimo. Resultados del sistema de capitalización individual en Chile. Ideas para el Buen Vivir. Santiago: Fundación Sol; 2019.

15. Fundación Sol. Aislamiento Social y Desigualdad [Internet]. 2020 [citado el 24 de agosto de 2020]. Disponible en: http://www.fundacionsol.cl/graficos/aislamiento-social-y-desigualdad/

16. Santibañez A. Invitación a un gesto solidario [Internet]. El Mercurio. 2020 Abril 20 [citado el 24 de agosto de 2020];A2. Disponible en: https://digital.elmercurio.com/2020/04/08/A/SK3P93J8

17. Goffman E. Estigma e identidad social. In: Estigma La identidad deteriorada. Primera ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2006.

18. Foucault M. El cuerpo utópico. En Topologias. Dos conferencias radiofónicas. Rev Fractal. 1988;48.

19. Madero-Cabib I, De-Amesti J, Herrera M-S. Chile. In: Ní Léime Á, Ogg J, Rašticová M, Street D, Krekula C, Bédiová M, et al., editors. Extended Working Life Policies: International Gender and Health Perspectives [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [citado el 24 de agosto de 2020]. p. 183–93. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-030-40985-2_12

LA NUEVA IRRUPCIÓN DE LAS VACUNAS:
A PROPÓSITO DE COVID-19

Mercedes López
Inmunología Clínica,
Universidad de Chile.

Una vacuna es un tipo de tecnología que simula una infección pero en condiciones en las cuales las personas vacunadas no enferman. Su objetivo es dar protección de largo plazo, es decir "inmunizar" a la población. El antecedente más antiguo de inducción de protección inmune es la variolización, una técnica en la cual se inoculaba el pus fresco o las costras desecadas de las pústulas de un enfermo de viruela a un individuo sano. Este procedimiento buscaba que el sujeto desarrollara una enfermedad menos agresiva y quedara protegido de padecer viruela posteriormente. La variolización se practicó en la India y en China desde el siglo X y su práctica se introdujo a occidente y a América en el siglo XVIII[1].

La inducción artificial de inmunidad fue desarrollada por Edward Jenner, un médico rural inglés, que en 1798 descubrió que si tomaba un extracto de una pústula de viruela bovina y se la inyectaba a un sujeto sano, esa persona quedaba protegida de por vida contra la viruela. A esta nueva tecnología se le llamo Vacuna[2]. A pesar del escepticismo inicial, los resultados fueron tan exitosos que rápidamente su uso se extendió. Hasta 1958 cada país realizaba sus propias campañas de vacunación, pero ese año Víktor Zhdánov, el viceministro de Salud de la Unión Soviética, propuso a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un esfuerzo único y colaborativo para erradicar la viruela.

La propuesta fue aprobada en 1959 bajo el nombre de "resolución WHA11.54"[3]. En ella la OMS declaraba la erradicación de la viruela, como su objetivo primordial. El último caso de viruela natural fue reportado en 1977 en Somalia. El 8 de mayo de 1980, esta infección fue la primera enfermedad en ser declarada erradicada del mundo por la vacunación[3]. Años antes, en 1957, la vacuna contra la poliomielitis oral comenzaba a administrase junto a un terrón de azúcar. Los creadores de las vacunas contra la poliomielitis, Albert Sabin y Jonas Salk como antes lo hiciera Jenner, declinaron beneficiarse económicamente de su descubrimiento.

En qué consiste una vacuna

Las vacunas se componen de dos elementos: antígenos y adyuvantes. Los antígenos son las moléculas que son reconocidas y generan una respuesta inmune específica. Los adyuvantes son una mezcla de moléculas que potencian la respuesta inmune generada. Tradicionalmente se utilizan microorganismos atenuados, inactivados, muertos o subunidades de ellos. En los últimos años se han desarrollado nuevas vacunas, que aún no han sido utilizadas masivamente en poblaciones humanas, que utilizan microorganismos modificados como vectores o vacunas de DNA y de RNA.

La eficacia de una vacuna es evaluada por la capacidad de generar protección a largo plazo contra una determinada enfermedad infecciosa. Para lograr este objetivo las vacunas pueden ser inoculadas una vez o varias veces. La vacuna contra la viruela fue inoculada una vez y dio protección de por vida, pero otras como la vacuna contra la poliomielitis requiere de varias dosis para lograr este objetivo. Las vacunas en general se ponen durante la niñez, pero muchas se utilizan para fines específicos como la vacuna contra la fiebre amarilla, en viajeros o las vacunas anuales contra el neumococo en personas susceptibles como ancianos. Las vacunas también han contribuido al control de enfermedades no infecciosas como el cáncer, es el caso de la vacuna contra el virus papiloma humano y el cáncer cervicouterino[4].

Sin embargo, no siempre es posible tener una vacuna. Para muchos microrganismos que causan enfermedad y muerte, hasta ahora no se han desarrollado vacunas efectivas, algunas veces porque no es posible hacerlo, otras porque afectan a poblaciones pobres cuyos países no son de interés de las grandes farmacéuticas que hoy producen las vacunas.

¿Cómo se produce una vacuna?

La producción de una vacuna es compleja y al final del proceso esta debe cumplir dos requisitos fundamentales: que no produzca daño y que induzca protección a escala poblacional. Para esto primero se desarrolla un prototipo cuya eficacia y tolerancia se prueba en animales. Una vez encontrada la mejor formulación, se inician pruebas en humanos que contemplan tres fases[5]:

Fase I: Es la primera introducción de una vacuna en etapa experimental en una población humana. Está orientada a probar la seguridad de la vacuna y se lleva a cabo con pocos individuos (del orden de 20 a 100).

Fase II: En esta fase se eleva el número de voluntarios que participan (generalmente entre 200 y 500). Se sigue evaluando la aparición de efectos adversos y se define el tipo de respuesta inmune generada. Además, se adecúan dosis y se define un programa de vacunación.

Fase III: En los ensayos de esta fase participan varios centros (usualmente a nivel mundial,

esto es, con diferentes tipos de población). Las metas de la fase III son dos. Por una parte evaluar la eficacia de la vacuna, es decir, el porcentaje de reducción de los casos nuevos –de la enfermedad o de la infección– en la población vacunada. Por otra, asegurar su seguridad en un grupo grande de personas, ya que efectos secundarios poco usuales podrían no ser evidentes en grupos más pequeños. Esta fase es larga (un año o más) puesto que debe contrastarse lo observado entre personas vacunadas y no vacunadas (población control) y tener un tiempo suficiente para que ambos grupos hayan tenido oportunidad de contacto con el agente infeccioso natural.

Las fases clínicas de prueba para vacunas y medicamentos son desarrolladas actualmente por grandes corporaciones farmacéuticas que compiten entre sí y que son reguladas por dos agencias: la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) y la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Hace ya mucho tiempo se ha denunciado que la especulación de estas empresas encarece y disminuye el acceso a vacunas especialmente en las poblaciones pobres y en los países del tercer mundo[6].

Inmunidad de grupo

Este concepto corresponde a la protección que tiene ante una infección una determinada población, debido a la presencia de un elevado porcentaje de personas inmunes en la misma, lo que a lo largo del tiempo produce que el virus desaparezca de la comunidad o disminuya su presencia, por lo tanto la probabilidad de que un sujeto infectado se encuentre con un sujeto susceptible es prácticamente nula. El porcentaje de la población que debe estar protegida para que la inmunidad de grupo sea efectiva fluctúa entre un 60% a un 80 %. En términos generales cuando nos referimos a inmunidad de grupo en poblaciones humanas, nos referimos a un fenómeno que se produce en una población vacunada.

Cuando inoculamos una vacuna en una población susceptible, esta no produce una protección homogénea en las personas. Siempre existirá un porcentaje de individuos, que por condiciones biológicas propias o por condiciones de la vacuna misma, no queda protegido. Esa aparente debilidad es superada porque la inmunidad que se desarrolla en las personas en las cuales la vacuna sí funciona, impide la multiplicación del virus y por lo tanto bloquea la diseminación viral en la población.

La diferencia más importante entre la inmunidad de grupo en presencia de una vacuna y la inmunidad de grupo en ausencia de ella es que en esta última situación, un porcentaje muy grande de la población debe contagiarse y obviamente muchos individuos enfermarán gravemente y/o morirán. En este sentido, en la situación sin vacuna se “privilegia” a la población con más condiciones biológicas, sociales, culturales y económicas para enfrentar la infección y desplaza la mayor letalidad hacia poblaciones que, ya sea por su falta de recursos o por otras condiciones, están más expuestas a enfermar y a morir.

Dejar a una sociedad librada solo a la capacidad que tenga de generar inmunidad efectiva ante un virus desconocido es claramente una visión aberrante en lo ético, en lo científico y en lo médico. Es retroceder históricamente hasta antes de que se implementaran las cuarentenas en el siglo XIV, antes de que el progreso médico aprendiera cuál es nuestra relación con los patógenos. Es lanzar a la población a una especie de darwinismo social. Utilizar la inmu-

nidad de grupo como una política de salud pública válida, es aceptar que aquellos que tienen menos recursos médicos, alimenticios y de vivienda, quienes viven de su trabajo y deben exponerse al virus al salir de sus casas a buscar su sustento, tendrán más posibilidades de enfermar gravemente y morir. Es el retorno de una eugenesia que creíamos desaparecida hace décadas. Las cifras en la Región Metropolitana son elocuentes: las tasas de mortalidad por 100 000 habitantes por COVID–19 en las comunas de Pedro Aguirre Cerda y Lo Espejo son de 193.9 y 182.0 y en las comunas de Vitacura y Lo Barnechea son de 63.0 y 59.6[7].

La vacuna para COVID–19

En abril de este año, el director de la OMS presentaba una propuesta colaborativa para enfrentar el desafío de una vacuna para prevenir el COVID19: "El mundo necesita estas herramientas y las necesita rápido. Experiencias pasadas nos han enseñado que incluso cuando existen, no han estado disponibles igualmente para todos. No podemos permitir que eso ocurra". En esta misma conferencia el Secretario General de la ONU, Antonio Guterres, decía "Un mundo libre de COVID–19 requiere el esfuerzo de salud pública más masivo en la historia mundial" y agregaba "Los datos deben ser compartidos, la capacidad de producción preparada, los recursos movilizados, las comunidades involucradas y la política reservada. Sé que podemos hacerlo. Sé que podemos poner a las personas primero", agregó[8].

Tal iniciativa colaborativa nunca llego a puerto. Lo que realmente tenemos hoy es a diversos centros científicos, a laboratorios y a grandes compañías farmacéuticas en una feroz competencia por desarrollar primero la vacuna contra COVID–19. Sin duda esto traerá enorme prestigio y beneficios económicos a las corporaciones que lleguen primero a la meta. Esta lógica de competencia ha desplazado la lógica de coordinación y colaboración que hubiera permitido, probablemente, desarrollar una mejor vacuna. La vertiginosa carrera desatada ha dejado muchos cuestionamientos y puntos ciegos en el camino.

Desde el comienzo de la pandemia distintas voces del mundo de la ciencia se han levantado para pedir que los datos y la información estén disponibles para toda la comunidad de investigadores. El análisis independiente y crítico de estas investigaciones juega un papel fundamental, ya que la presión de la emergencia puede hacer que Estados, instituciones o individuos relajen los controles y precauciones establecidos para estudios de este tipo.

Por otro lado, no cabe duda de que esta vacuna puede llegar a ser un gran negocio. Hoy, la industria farmacéutica parece imprescindible en la fabricación y distribución de vacunas. Lo que no debemos olvidar es un hecho primero: Esta industria está regida por intereses de mercado que no son los de la salud ni el bien común. Varias organizaciones no gubernamentales han exigido a las grandes corporaciones farmacéuticas que se comprometan a vender cualquier posible vacuna a precio de costo, sin agregarle los costos de investigación o producción que han sido financiados con dinero público o filantrópico. A pesar de estos llamados, al menos tres de estas empresas (Pfizer, Moderna Inc. y Merck), han declarado oficialmente que no las venderán a precio de costo[9].

Otro punto que ha preocupado a distintos sectores es asegurar un acceso oportuno de la vacuna a toda la población. No solo por equidad sino también porque es la manera más rápida de terminar con la pandemia. Para esto se

requiere de acuerdos globales de producción y distribución, como lo han enfatizado organizaciones tan diferentes como Médicos sin Fronteras y el Consejo de Relaciones Exteriores. Estos advierten que, sin una coordinación global, el suministro de vacunas será limitado, por el aumento de los precios y por la especulación y escasez de los materiales necesarios para su producción, lo que afectará a los países ricos y que tendrá un impacto devastador en los pobres.

Se necesitan de forma urgente vacunas eficaces para controlar COVID–19, pero estas vacunas deben ser seguras, ya que la confianza y adherencia de la población a la vacunación depende de ello. Debido a la urgencia impuesta por la pandemia, las fases clínicas I y II se han desarrollado muy rápido, incluso para vacunas cuya formulación para su uso humano no ha sido hasta la fecha licenciada. Los ensayos clínicos en fase III no se aceleran porque se cuente con tecnología más avanzada, requieren de tiempos de seguimiento adecuados para ser analizados. Forzar los tiempos de desarrollo de esta fase o apurar la comercialización, sacrificando parcialmente la seguridad o simplificando la evaluación de la eficacia, puede llevar a un desastre que comprometa la confianza global en las vacunaciones[10].

La situación chilena

El Instituto Bacteriológico (hoy Instituto de Salud Pública) fue un instituto de investigación y desarrollo biotecnológico estatal que producía medicamentos, sueros y vacunas para nuestro país y otros países latinoamericanos. A partir de 1980, con la imposición de un modelo privatizador y mercantil, se desmantela su capacidad para desarrollar biotecnología y se debilita su capacidad para realizar investigación[11]. Finalmente el año 2002 cesa absolutamente la producción de vacunas en Chile. Lo que perdimos fue una plataforma pública de conocimiento inmunológico, con experiencia académica y logística para el desarrollo de vacunas y el seguimiento y vigilancia de pandemias.

En vez de eso, hoy nos apuramos para tener un lugar privilegiado en la fila para conseguir una vacuna, incluso invirtiendo recursos del estado para favorecer estas pruebas. Y justificamos cambios de leyes que protegen a los pacientes, diciendo que seremos poco atractivos para que las corporaciones farmacéuticas realicen ensayos clínicos de sus vacunas en nuestra población. La aplicación de los principios básicos de la ética médica a los ensayos clínicos está dirigida a proteger la integridad y la dignidad de las personas. En particular dar protección a las poblaciones particularmente susceptibles a ser vulneradas. La discusión o modificación de estos principios, no puede realizarse en medio de una pandemia o justificarse porque así se facilita que empresas farmacéuticas u otras instituciones realicen estas pruebas en nuestra población a cambio de asegurarse dosis de vacuna.

Hasta la fecha existen al menos tres propuestas de ensayos clínicos en fase III. El primero una colaboración entre la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), a través del Instituto Milenio de Inmunología e Inmunoterapia (IMII), con la empresa china Sinovac BioTech, para probar su vacuna producida a partir del virus SARS-CoV–2 inactivado[12]. El segundo un convenio entre el Gobierno y un consorcio formado entre Merck y AstraZeneca que comercializa la vacuna AZD1222, un vector adenoviral no replicativo, creada en la Universidad de Oxford[13]. Esta empresa acaba de firmar

un acuerdo con Argentina para la fabricación entre 50 y 100 millones de dosis que se distribuirán en Latinoamérica[14]. La tercera iniciativa menos conocida es comercializada por CanSino Biologics/Beijing, una vacuna en cuya formulación también se utiliza un vector adenoviral no replicativo[15].

Además, el Gobierno ha confirmado que se encuentra "en conversaciones" con la empresa Moderna. Por otra parte, se ha anunciado además, la creación del centro "Atacama Desert Vaccine Laboratory", una iniciativa publico-privada que involucra a la Universidad de Antofagasta, la PUC y el IMII y que implica crear capacidades para el envasado, etiquetamiento y distribución de vacunas en el país. La Universidad de Chile también ha manifestado su intención de formar una alianza público-privada para generar un centro nacional de desarrollo y producción de vacunas.

Lo que aún no sabemos de estas iniciativas es cómo se coordinan, cuáles son sus alcances y qué intereses están detrás de ellas. Lo claro es que lo que se propone realmente para nuestra población este año (los acuerdos que se negocian hoy), es nuestra participación en ensayos clínicos de Fase III que prueben si las propuestas presentadas más arriba son eficaces y seguras, a cambio de un número de dosis que se podrán comprar preferencialmente. Si bien los resultados a los que tenemos acceso son alentadores en algunas de ellas, hay que enfatizar que todavía es demasiado pronto para saber si esto es suficiente para garantizar que las vacunas son seguras y que brindan protección de largo plazo contra COVID–19. Por otro lado, resulta incompresible que se instale la idea de que conseguiremos más rápido una vacuna si establecemos las mejores "condiciones" para que estos ensayos se realicen en Chile.

Conclusión

Por todo lo anterior, consideramos que la incorporación de nuestro país (de nuestra población) a la experimentación de la vacuna del COVID-19 debe seguir algunos lineamientos mínimos:

1. El Ministerio de Salud y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación deben explicar clara y objetivamente la estrategia de estos estudios al público antes de incluir a pacientes chilenos en un protocolo en fase III. Asimismo, deben hacerse públicos los resultados de los ensayos preclínicos, en fase I y en Fase II y asegurar que los resultados del ensayo clínico en fase III estén a disposición de toda la comunidad de manera oportuna y clara, para su análisis crítico.

2. Junto a esto, se deben detallar los estándares que se aplicarán para determinar la eficacia, la seguridad, y la protección de los voluntarios que van a participar en estos estudios. El Estado debe asegurar respaldo legal a sus ciudadanos en caso de disputas por efectos adversos en los ensayos clínicos durante el tiempo que indica la actual legislación.

3. Los acuerdos que se lleven a cabo con las farmacéuticas involucradas, en sus facetas políticas, técnicas y económicas, deben ser conocidos con total transparencia por todos los ciudadanos y ciudadanas. Estos acuerdos no pueden ser un trato entre privados, es un deber del Estado hacerse responsable de los protocolos. Introducir pruebas de vacunas en medio de una pandemia exige evaluar y excluir la existencia de "conflictos de interés" de cualquier tipo, sean estos económicos, políticos o de prestigio. El único interés posible es la salud de toda la población.

4. El Estado debe asegurar el acceso equitativo y oportuno a toda la población a una probable vacuna. Es inaceptable cualquier discriminación en este terreno por razones económicas. El principio rector es que las vacunas son parte de los bienes comunes de la sociedad.

Como hemos explicado, la eficacia de las vacunas es una tarea de toda la comunidad y es el Estado quien es el responsable de dirigir las estrategias de desarrollo tecnológico, asegurar el acceso equitativo, impulsar la participación de la comunidad y garantizar las regulaciones éticas en la administración de las vacunas con resguardo a los derechos de la salud y dignidad de las personas.

La experiencia con el COVID–19 y el desarrollo y aplicación de vacunas nos han venido a mostrar, por un lado, cómo los bienes comunes no pueden quedar al arbitrio del mercado y sus presiones, ni en manos privadas y sus intereses, y por otro las enormes debilidades y la gran dependencia externa que como país tenemos para la producción de conocimiento y la generación de tecnologías. Por todo ello, es imprescindible repensar la manera en que convivimos y el modo de producción y de apropiación del conocimiento en nuestra sociedad. En los próximos meses deberemos poner sobre la mesa el valor público del conocimiento y la tecnología.

Referencias bibliográficas

1. Caffarena P. Viruela y vacuna. 1ª ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2016.
2. rcpe.ac.uk [Internet]. Edinburgh: Royal College of Physicians of Edinburgh [citado el 10 de agosto de 2020]. Disponible en: www.rcpe.ac.uk
3. 11a Asamblea Mundial de la Salud. Erradicación de la viruela. [en línea]. [consultado el 10 de agosto de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95908/WHA11.54_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
4. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Washington, D.C.: NIH; [citado el 08 de agosto de 2020]. Vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH). Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vacuna-vph
5. The history of vaccines [Internet]. Philadelphia: The College of physicians of Philadelphia; [citado el 10 de agosto de 2020]. Desarrollo, pruebas y reglamentos para las vacunas. Disponible en https://www.historyofvaccines.org/es/contenido/articulos/desarrollo-pruebas-y-reglamentos-para-las-vacunas.
6. Vacuna contra la COVID–19: "O estamos todos protegidos, o nadie lo está realmente" [Internet]. Médicos Sin Fronteras. 2020 [citado el 10 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.msf.es/actualidad/vacuna-la-covid–19–o-estamos-todos-protegidos-o-nadie-lo-realmente
7. Chile. Ministerio de Salud. Informe Epidemiológico No 43, Enfermedad por SARS-CoV–2 (COVID–19); 2020.
8. El despliegue de vacunas más rápido de la historia, la meta de una nueva alianza mundial contra el coronavirus. Noticias ONU [Internet]. 24 de abril de 2020 [citado el 10 de agosto de 2020]; Disponible en: https://news.un.org/es/story/2020/04/1473442
9. Mishra M. Moderna, Merck say they will not limit price of coronavirus vaccines to company cost. Healthcare & pharma [Internet]. 2020 Julio [citado el 10 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-usa-vaccines-price/moderna-merck-say-they-will-not-limit-price-of-coronavirus-vaccines-to-company-cost-idUSKCN24M2PP
10. Cutler DM, Nikpay S, Huckman RS. The Business of Medicine in the Era of COVID–19. JAMA. 2020;323(20):2003–2004.
11. Mirtha Parada y Cecilia Ibarra. Fabricación de vacunas en Chile, una historia de producción local poco (re)conocida. Rev. Inst. Salud Pública Chile. 2020; 4(1):34–38.
12. Q Gao. Development of an inactivated vaccine candidate for SARS-CoV–2. Science.2020; 369(6499):77–81.
13. Graham S. Evaluation of the immunogenicity of prime-boost vaccination with the replication-deficient viral vectored COVID–19 vaccine candidate ChAdOx1nCoV–19. bioRxiv [Internet]. 2020 Junio 20 [citado el 10 de agosto de 2020]. Disponible en: https://doi.org/10.1101/2020.06.20.159715.
14. Página 12 [Internet]. Buenos Aires: La Página S.A. [citado el 20 de agosto de 2020]. Vacuna de Oxford: ¿cómo se fabricará en Argentina?. Disponible en: https://www.pagina12.com.ar/285000–vacuna-de-oxford-como-se-fabricara-en-argentina
15. Zhu F. Safety, tolerability, and immunogenicity of a recombinant adenovirus type–5 vectored COVID–19 vaccine: a dose-escalation, open-label, non-randomised, first-in-human trial. Lancet. 2020;6736(20):31208–3.

LA ALIMENTACIÓN
EN TIEMPOS DE PANDEMIA POR COVID-19

Daniel Egaña Rojas
Dpto. Atención Primaria
y Salud Familiar,
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.
Patricia Gálvez Espinoza
Dpto. Nutrición,
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.
Lorena Rodríguez Osiac
Escuela de Salud Pública,
"Dr. Salvador Allende G."
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Introducción

La pandemia por COVID–19 encuentra a nuestro país en una condición de alta prevalencia de malnutrición por exceso, así como de mala calidad de la alimentación; más del 70% de las personas mayores de 15 años presentan obesidad o sobrepeso[1] y más de 90% requiere cambios en su dieta[2]. Por otra parte, la desnutrición está en niveles muy bajos en todos los grupos etarios y sólo un 3,4% presenta inseguridad alimentaria severa[3].

La alimentación y nutrición de los individuos y de la población, independiente de su condición alimentario nutricional previa, se ha visto directa e indirectamente afectada por la pandemia. Esto se debe tanto al impacto económico, como a las medidas sanitarias de confinamiento, que han determinado cambios en términos de disponibilidad y acceso a los alimentos, así como a la organización familiar cotidiana, lo cual puede estar contribuyendo a aumentar la inseguridad alimentaria y la mala alimentación.

De lo anteriormente descrito, se pueden desprender dos conceptos importantes: el de seguridad alimentaria y el de ambientes alimentarios. La seguridad alimentaria surge en la década del 70, referida principalmente a la producción y disponibilidad de alimentos. Posteriormente se añadió el acceso tanto

económico como físico a los alimentos, y más recientemente, la inocuidad y calidad alimentaria, las preferencias culturales y la alimentación como un derecho humano[4]. Muy relacionado a este concepto, está el de ambientes alimentarios, el cual posee diversas definiciones que convergen en concederle centralidad al acceso y disponibilidad de alimentos, destacando los complejos aspectos sociales y culturales que influencian la conducta alimentaria de las personas[5].

En el marco descrito, reflexionamos sobre la forma en que podría verse afectada la seguridad alimentaria de la población, mediante los cambios sufridos en los distintos ambientes alimentarios en Chile producto de la pandemia por COVID–19. Así también haremos algunas propuestas para prevenir y manejar estos riesgos alimentario-nutricionales en situación de crisis.

La seguridad alimentaria: un poco de historia y definiciones

Aunque el hambre se remonta a los inicios de la humanidad, la noción de seguridad alimentaria comenzó a configurarse globalmente hace unos 50 años a partir de la crisis alimentaria de 1972, producida por la caída mundial en la producción de cereales. La crisis dio origen a la primera Conferencia Mundial de la Alimentación, donde se problematizó la disponibilidad de alimentos a escala planetaria. En sus primeras definiciones, la seguridad alimentaria se limitaba a intentar garantizar el abastecimiento mundial de alimentos, desde la óptica de un sistema alimentario global[6]. Fue en la década de los ochenta, a partir de las críticas del economista indio Amartya Sen, que el concepto adquirió nuevas dimensiones. Para Amartya Sen, preocupado de la economía familiar, no bastaba que el alimento estuviese disponible en una región o país, si no había un acceso por parte de los grupos domésticos[7]. De este modo, el concepto fue redefinido, indicando que, en todo momento, todas las personas tengan acceso a alimentos suficientes para una vida activa y saludable; para ello se consideraba esencial la disponibilidad de un estándar mínimo calórico de alimentos y la capacidad de adquirirlos, siendo la inseguridad entendida como la falta de acceso[8].

Fue en la Cumbre Mundial de la Alimentación, donde se relevó la importancia de la estabilidad y se amplió la dimensión meramente calórica, incorporando la inocuidad y la dimensión nutritiva de los alimentos, poniendo acento tanto en las necesidades alimenticias, y las preferencia para llevar una vida activa y sana[9]. Así, actualmente se acepta internacionalmente que "Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico, social y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana. Los cuatro pilares de la seguridad alimentaria son la disponibilidad, el acceso, la utilización y la estabilidad. La dimensión nutricional es parte integrante del concepto de seguridad alimentaria" (p.1)[10].

La propia historia de la noción de seguridad alimentaria pone en juego dos tensiones que nos gustaría relevar. En primer lugar, dado su origen mundial, privilegia un sistema alimentario global (dominado por grandes corporaciones transnacionales) como una de las fuentes de la disponibilidad de alimentos, a veces incluso sobre las articulaciones locales. Aun cuando en sus últimas definiciones esta noción incorpora, junto a las necesidades, las preferen-

cias de la población, sigue minimizando el lugar de las culturas alimentarias en la nutrición de la población, entendiéndola principalmente como un intercambio de energía y nutrientes. En este sentido, se escinde de visiones más críticas como las plateadas por la Vía Campesina con la noción de soberanía alimentaria[11]. Sin una problematización del origen de los alimentos ni de la calidad de estos, se deja de lado el derecho de los pueblos a fijar sus propias políticas agrarias y alimentarias, que permita priorizar la producción local y restituya a las comunidades la decisión sobre qué quieren consumir y quién lo produce, protegiéndolas de un intercambio comercial internacional injusto[11].

La segunda tensión es de orden más simbólico y se refiere a cierta centralidad que posee el problema de la desnutrición y la subalimentación para pensar la seguridad alimentaria frente al problema de la obesidad. Si bien, en las últimas décadas se ha problematizado la malnutrición por exceso como un efecto posible de la inseguridad alimentaria[12], no suele incorporarse en los esquemas teóricos. Por ejemplo, en el marco conceptual elaborado por el Programa Especial para la Seguridad Alimentaria (PESA) de Centroamérica, hambre y hambruna son nociones centrales, quedando excluida cualquier alusión a la obesidad[4]. Hasta antes de la década del 2000, la obesidad estaba asociada a los grupos de población con mayor acceso económico; sin embargo, a medida que los países del tercer mundo se desarrollan, el sobrepeso y la obesidad se va concentrando en población de nivel socioeconómico y educacional más bajo, con mayor énfasis en las mujeres, y se vincula a alimentos de baja calidad disponibles y accesibles[13,14].

El problema de la inseguridad alimentaria en Chile

La seguridad alimentaria ha sido pensada principalmente desde la óptica de la subalimentación. Al iniciar el siglo XXI, el problema de la desnutrición en Chile parecía marginal, alcanzando en 2000–2002 sólo un 4% (600.000 personas aprox.), mientras que en el período previo de 1990–1992 aún se mantenía en el 8%, equivalente a 1,1 millones de personas15. En 2016–2018 nuevamente las cifras bajan a un 2,7% (equivalente a 500.000 personas aprox.)[16]. Las Encuestas Nacionales de Salud 2003 y 2017, muestran que la población (mayor de 15 años) presenta porcentajes de enflaquecimiento que fluctúan entre 0,8% y 1,8%, y sin embargo la malnutrición por exceso ha ido en marcado aumento, pasando en el mismo periodo, del 37,8% a un 39,8% de población con sobrepeso, y de un 24,5% a un 31,2% con obesidad[1,17].

Al ser la subalimentación y el enflaquecimiento el referente clásico para medir la seguridad alimentaria, el discurso de la inseguridad –frente a otros problemas nutricionales– ha pasado a un segundo plano en la realidad chilena. Esto es apreciable en la propia historia de las políticas públicas vinculadas a la alimentación en Chile, las que históricamente se habían centrado en la desnutrición, y sólo en las últimas décadas se han enfocado a problemas de obesidad y enfermedades socialmente transmitidas[18]. Como afirma Isabel Pemjean[19], desde el inicio del siglo XX hasta la década de 1990, los problemas nutricionales fueron problematizados casi exclusivamente en términos del combate a la mortalidad infantil y la desnutrición. Desde las Gotas de Leche (1906), pasando por la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (1924), el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (1954), y la campaña del medio litro de

leche (1970), hasta la ampliación de las atribuciones, en 1980, de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), "para que se distribuyeran, siempre en forma gratuita, desayunos y almuerzos a los niños que iban a las escuelas y liceos" (p. 57)[20], el horizonte se centró en la desnutrición infantil y en la entrega de alimentos, orientándose a combatir la inseguridad alimentaria.

En la década de 1990 se inicia una fase de transición, en la cual coexisten problemas de malnutrición por déficit con malnutrición por exceso, adquiriendo la obesidad cada vez más protagonismo en las políticas públicas desde 2000 en adelante[21]. Esta transición se corresponde con la ampliación, en los años 90, de la jornada escolar obligatoria, lo que implicó aumento en la cobertura del Programa de Alimentación Escolar (PAE), y la creación en 2006 de la Beca de Alimentación Educación Superior (BAES), correspondiente a un subsidio de alimentación "que se hace efectivo a través de una tarjeta electrónica de canje que puede ser utilizada en una red de locales y supermercados autorizados" (p. 15)[21]. Asimismo, se comienzan a implementar diversas y sucesivas políticas y programas sectoriales e intersectoriales, orientados a prevenir y controlar esta nueva situación, como el Programas Vida Chile, EGO Chile, el Sistema Elige Vivir Sano, el Programa Vida Sana, la Ley sobre la Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad, y la Política de Alimentación y Nutrición. Sólo esta última incluye y retoma conceptos como la seguridad alimentaria, el derecho a la alimentación y los ambientes alimentarios[20].

En esta línea, en 2017, siguiendo las recomendaciones de la FAO, la encuesta CASEN incorporó la Escala de Experiencia de Inseguridad Alimentaria, consistente en ocho preguntas destinadas a evaluar la percepción de inseguridad alimentaria[3]. Según esta medición, el 3,4% de las personas se encuentra en un estado de inseguridad alimentaria severa y un 13,6% posee inseguridad alimentaria moderada o severa[3,16]. Aunque estas cifras no son satisfactorias, es importante indicar que son las más bajas entre los países de América Latina y el Caribe que han aplicado la encuesta.

La pandemia por COVID–19 sin duda ha impactado en lo económico, social y también en la seguridad alimentaria de los hogares en Chile. Datos preliminares de la Encuesta Social Covid–19 del Ministerio de Desarrollo Social, realizada durante julio de 2020, muestran que casi 60% de los hogares declara haber disminuido sus ingresos, siendo más compleja la situación de los hogares liderados por mujeres y con presencia de niños, niñas y adolescentes: 54% dice haber disminuido sus gastos en alimentos y 19,4% está enfrentando problemas de inseguridad alimentaria moderada/grave (Encuesta Social COVID–19, Ministerio de Desarrollo Social Septiembre 2020. Descargable en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/covid/RESUMEN_Encuesta_Social_Covid–19_03.09.2020.pdf).[23]

Los ambientes alimentarios: definiciones en Chile

Una noción clave para pensar y problematizar la idea de seguridad alimentaria y por ende, el de inseguridad alimentaria, es el concepto de ambiente alimentario. Aunque ampliamente difundido en la literatura, no existen definiciones conceptualmente unívocas de qué constituye un ambiente alimentario. Glanz y col. plantean que estos se caracterizan por su complejidad y la diversidad de niveles involucrados en la determinación potencial del consumo y prefe-

rencias alimentarias de la gente, más allá de los factores individuales como la cognición, las aptitudes, las creencias y las habilidades[22].

En 2015, Cerda y cols. realizaron una conceptualización de los ambientes alimentarios en Chile, entendiéndolos como "aquel contexto que ejerce una influencia en los comportamientos alimentarios de los individuos [... Estos son] espacios altamente complejos que concentran una amplia gama de factores que influyen sobre los comportamientos alimentarios de los individuos" (p. 16)[23]. Movidos por un principio espacial, se identificaron cinco ambientes alimentarios en los que los individuos transitan, el ambiente doméstico, el ambiente vía pública, el ambiente restauración, el ambiente organizacional y el ambiente de abastecimiento[23]. Aunque cada uno posee determinaciones particulares y operan con grados diversos de autonomía, todos se encuentran fuertemente influenciados por el ambiente de abastecimiento, el cual modula las posibilidades de los demás.

El ambiente alimentario doméstico se entiende como el espacio primario donde las conductas alimentarias son aprendidas y compartidas; corresponde a todo lo que sucede al interior del hogar en relación a la alimentación, influenciado por los aspectos materiales, sociales y culturales de ese hogar[23]. El ingreso familiar, las preferencias y los instrumentos para cocinar y refrigerar, inciden en la selección de ciertos alimentos y preparaciones.

Por ambiente organizacional se entiende aquellos lugares en los que se dispensan alimentos o comidas preparadas a los trabajadores, estudiantes u otro sujeto que, en el marco de una institución u organización, accede a dichos lugares en los tiempos socialmente asignados para la alimentación (desayuno, almuerzo, once, comida, colaciones). Este ambiente incluye escuelas, universidades, empresas, servicios públicos, hospitales, cárceles y otras asociaciones de la sociedad civil; y suele encarnarse en dispositivos específicos como casinos, centros de alimentación, cafeterías, quioscos e, inclusive, máquinas automatizadas expendedoras de alimentos que se encuentran al interior de estas instituciones y organizaciones[23].

El ambiente alimentario vía pública, corresponde a aquel que se construye en el espacio públicos e incluye todo tipo de alimentos que se venden o consumen en calles, plazas, transporte público u otro medio de desplazamiento[23]. Es un ambiente muy dinámico en el cual cotidianamente miles de trabajadores, universitarios, escolares y ciudadanos que por el transitan, consumen lo que encuentran disponible[24].

De forma similar, el ambiente de restauración también tiene lugar en cierto espacio público, pero se restringe específicamente a los alimentos que se venden o consumen en lugares establecidos como restaurantes y cafeterías, incluye "comer en restaurantes, locales de comida rápida, bares, hoteles y medios de transporte (como los aviones y buses interurbanos)" (p. 30)[23].

Finalmente, el ambiente de abastecimiento comprende un espectro diverso de lugares que incluye centrales de abasto, mercados, ferias locales, ferias libres, supermercados, minimarkets, almacenes, verdulerías y panaderías, entre otros. Todos estos son espacios en los que se puede adquirir alimentos para la ingesta inmediata, pero también para su futuro procesamientos en los otros ambientes. En este sentido, también son ambientes de abastecimiento aquellos lugares "agroganaderos y acuíferos (ríos y mar), ya sea por la existencia de huertos y granjas, o porque en ellos se practica la caza, la pesca y la recolección" (p. 33)[23].

Dado que los ambientes alimentarios previamente descritos definen el acceso y disponibilidad de alimentos, sean estos saludables o no, se relacionan de manera directa con la seguridad alimentaria de una población.

Cambios en los ambientes alimentarios frente al Covid–19

La pandemia del Covid–19 y sus respuestas sociosanitarias han modificado en diversos grados cada uno de los ambientes alimentarios, obligando con ello a repensar la seguridad alimentaria de la población.

En este contexto las características que organizan el ambiente alimentario doméstico muy probablemente han cambiado de forma significativa, siendo especialmente determinantes la disminución del ingreso familiar por la pérdida de empleo, y la restructuración de la organización al interior de la familia por las medidas de confinamiento sanitario. Las consecuencias esperadas de estos cambios se relacionan con la selección y compra de alimentos más baratos y probablemente de peor calidad nutricional (con mayor densidad energética, de azucares, sodio y grasas saturadas), produciendo mayor propensión a la ganancia de peso. Estos alimentos de menor precio permiten una compra más abundante, logrando que la familia quede satisfecha por más tiempo.

En este ambiente se observa además, un aumento de la carga de trabajo para las mujeres, que estando en casa con toda la familia, deben cumplir labores de cocina, aseo, limpieza, cuidados de niños/as y adultos mayores, y horarios laborales presenciales o a distancia, postergando sus necesidades personales, entre las que destaca su alimentación; lo que ha sido descrito previamente en condiciones de vulnerabilidad y pobreza[25,26].

El cierre de lugares de trabajo, universidades e institutos, escuelas, jardines infantiles, y otros organizaciones públicas y privadas, ha provocado la suspensión del ambiente alimentario organizacional[24]. Muchas personas que recibían alimentación en sus lugares de trabajo o estudios, ya no lo están recibiendo de la misma manera que lo hacían habitualmente. Esto nuevamente entrega una carga al ambiente alimentario doméstico, donde se debe tratar de sustentar las comidas de todos los miembros de la familia, durante todo el día. Como una medida de mitigación de la carga del hogar por la alimentación de los escolares, la JUNAEB ha estado entregando canastas de alimentos, cuyos beneficiarios corresponden a aquellos estudiantes que pertenecen a los Programas de Alimentación Escolar y el Programa de Alimentación de Párvulos[27]. Así mismo, los universitarios que poseían el beneficio BAES, lo han mantenido, permitiéndoles comprar alimentos en ferias, supermercados o locales similares.

No hay mucha evidencia de cómo se ha modificado el ambiente vía pública, pero es posible que este ambiente haya disminuido hasta su mínimo posible. Con las medidas gubernamentales para evitar la propagación del virus, una parte importante de la población ha sido confinada en sus hogares, se han cerrado trabajos no esenciales, universidades y escuelas, con lo que ha disminuido el tránsito de las personas en las calles y otros lugares públicos, por lo que la probabilidad de comercio de alimentos en la vía pública es muy escasa. Si bien, esta venta de alimentos no siempre está normada por la ley, el hecho de verse disminuido podría estar afectando directamente a las familias que ven en este comercio el sustento del hogar, impactando también el ambiente alimentario doméstico de manera indirecta.

Algo similar ocurre en el ambiente de restauración, que se ha visto modificado por la pandemia actual. Muchos de estos espacios han debido cerrar en el marco de las medidas establecidas por el gobierno. Además, la gente ya no puede salir de la misma manera que antes, y de salir, se debe mantener un distanciamiento físico mínimo, lo que hace inviable el acceder a estos lugares de venta de alimentos y preparaciones culinarias. Una parte importante de estos espacios ya venían teniendo problemas económicos desde el estallido social en el país en el mes de octubre de 2019, por lo tanto, el nuevo escenario les complejizó aún más la subsistencia.

La clausura del ambiente de restauración nuevamente repercute en el ambiente alimentario doméstico. De forma positiva, porque la imposibilidad de comer fuera del hogar ha implicado un aumento en el consumo de comida casera, probablemente con un mejor contenido nutricional a la que se puede adquirir en otros ambientes. Pero también de forma negativa, en tanto que muchos trabajadores del ambiente de restauración han perdido sus empleos, poniendo en riesgo la seguridad alimentaria de sus hogares. Algunos restaurantes, probablemente los con mayor infraestructura y solvencia, han cambiado su modalidad de atención presencial por la modalidad delivery, tratando de mantener un sistema de atención a domicilio. Sin embargo, esto se encuentra restringido a aquellos hogares que tienen el acceso económico y tecnológico para poder adquirir sus alimentos bajo esta modalidad. Dada la importancia de este sector en la reactivación económica del país, el Ministerio de Economía ha dado a conocer que prepara protocolos para reabrir restaurantes y cafeterías, asegurando el distanciamiento social al interior de estos recintos, el uso de mascarillas, el cierre de zonas de juegos, capacitación de personal, entre otros[28]. Si bien, el documento ya es de libre acceso, aún está pendiente un análisis sobre las posibilidades reales que tiene este ambiente de adaptarse completamente a este nuevo contexto.

El ambiente alimentario de abastecimiento es aquel que ha tenido mayor notoriedad en estos últimos meses. Uno de los principales temores que surgieron cuando la pandemia comenzó a hacerse más presente en el país, fue el desabastecimiento de alimentos y no poder acceder a los alimentos que usualmente consumíamos. A esto se agregaban informes técnicos internacionales que indicaban que la hambruna comenzaba a reaparecer masivamente en los países previamente afectados[29–31]. Esto provocó que, en algunas zonas del país, fuera más difícil encontrar ciertos alimentos y que hubiera una sobredemanda de otros, lo que secundariamente incidió en un aumento de precios injustificado[32]. Se produjeron lo que se denominan “compras de pánico” y cambios de patrones de compra, obligando a una readaptación del ambiente de abastecimiento[33,34]. En algunos supermercados incluso se restringió la compra de productos lácteos y harina (entre otros) a un máximo de 5 unidades por cliente para evitar la escasez. Recientemente, dado que la situación sanitaria del país no ha mejorado, algunas comunas han anunciado el cierre por un periodo de tiempo acotado de sus ferias libres, lo que dificultara aún más el acceso de la población a alimentos saludables.

Un determinante mayor del ambiente alimentario es el sistema alimentario, el cual se ha visto estresado en términos de producción, distribución e importación de alimentos, para poder suplir la demanda creciente y mantener la suficiencia del ambiente de abastecimiento[33,35]. Por ejemplo, en algunos países, se ha descrito

que al haber trabajadores contagiados por COVID–19, las cosechas se podrían ver disminuidas, por ende, mayor probabilidad de que estos alimentos lleguen al ambiente alimentario de abastecimiento[34]. Por otro lado, la decisión de qué cultivar a continuación, se podría ver marcada en gran medida por la demanda de la población, lo que podría cambiar rotundamente la disponibilidad alimentaria[34]. Finalmente, para Wise, la pandemia actual solo vino a exponer la "debilidad y vulnerabilidad de un sistema alimentario que ya era frágil" (p. 1)[36].

Consecuencias en la (in)seguridad alimentaria

Junto a la modificación de los ambientes alimentarios, producto del confinamiento en el contexto de la pandemia, uno de los impactos inmediatos ha sido la precarización económica de la población, que, si bien afectará a gran parte de ella, probablemente será peor sobre el 13,6% que en 2017 afirmaba experimentar inseguridad alimentaria moderada o severa3.

Una respuesta del Estado a este escenario social fue la entrega de un subsidio denominado Ingreso Familiar de Emergencia (IFE). Éste es una subvención pública entregada a "familias que reciben ingresos informales, y que han visto disminuidos estos recursos debido a que no pueden trabajar a causa de la emergencia producida por el virus Covid–19"[37]. Originalmente se planteó que se este ingreso se entregaría al 60% de la población más pobre, durante los meses de junio-agosto, en tres pagos de 65.000, 55.000 y 45.000 pesos per cápita. Durante junio hubo una modificación legislativa, aumentando su cobertura al 80% más pobre y fijando el monto en 100.000 pesos per cápita (con un tope de 4 integrantes por hogar y descontándose los ingresos formales).

Complementariamente, se comprometió la entrega de 2,5 millones de canastas de mercadería, las cuales contenían cereales (harina, tallarines, arroz), legumbres (poroto, lenteja, garbanzo), tun, jurel, azúcar, aceite, leche y té, entre otras cosas. Estas cajas han sido de más lenta entrega que la esperada y se ha generado polémica respecto a su contenido y criterio de entrega[38].

Aunque necesarias, estas medidas han sido evidentemente insuficientes para garantizar la seguridad alimentaria de la población y la respuesta social organizada no se ha hecho esperar, reapareciendo las ollas comunes y los comedores comunitarios. Estas iniciativas son articuladas por organizaciones comunitarias, o incluso los mismos vecinos y vecinas de un territorio, y por lo general se sostienen en base a donaciones[39]. La pandemia abre el espacio para que elementos de nuestra cultura alimentaria que parecían desaparecidas, reluzcan para cubrir necesidades y abastecer a sus miembros frente a la adversidad y el abandono. Esta resiliencia comunitaria se levanta, se organiza, y autosatisface a la población vulnerada.

La carencia de ingresos para acceder a alimentos saludables significará un aumento de la inseguridad alimentaria. Como ha afirmado Eve Crowley, representante de FAO en Chile "hasta un millón de personas podrán verse privados de alimentos nutritivos por varios días"[40], es decir, casi el doble de las 600.000 personas que en 2017 afirmaban experimentar inseguridad alimentaria severa. Sin embargo, en el actual escenario de nuestro sistema alimentario, este aumento de la inseguridad no traerá necesariamente aparejado un enflaquecimiento de la población. Por el contrario, incluso es posible que aumenten los indicadores de malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), al

incrementarse el consumo de alimentos poco nutritivos, pero altamente energéticos, que el mercado dispone a bajo costo; además, de un contexto donde hay limitada actividad física debido al confinamiento.

Lo anterior nos obliga a profundizar en el concepto de inseguridad alimentaria, más allá de la disponibilidad y acceso a alimentos, incorporando una reflexión en torno a la calidad nutricional de los mismos. La dimensión de inocuidad alimentaria ya no debe limitarse sólo a que los alimentos no transmitan infecciones o toxinas, sino también a la inocuidad nutricional para evitar el alto contenido de azúcares, sodio y grasas saturadas, de aquellos alimentos llamados ultra procesados, cuyo consumo acarrea –a mediano y largo plazo– consecuencias negativas a la condición nutricional y de salud[41]. En este sentido, el hambre como significante de la inseguridad alimentaria, también produce obesidad.

Enfrentando la crisis alimentaria

Previo a la pandemia, FAO en su "Marco estratégico revisado y esquema del plan a plazo medio para 2018–2021"[42], planteaba la necesidad de contribuir a la erradicación del hambre, la inseguridad alimentaria y la malnutrición, en base a cinco ejes: aumentar y mejorar el suministro de bienes y servicios procedentes de la agricultura, la actividad forestal, la pesca, de una manera sostenible; reducir la pobreza rural; potenciar sistemas agrícolas y alimentarios más inclusivos y eficientes; e incrementar la resiliencia de los medios de vida antes las amenazas y crisis. Estos desafíos cobran más fuerza en el contexto actual, generando una oportunidad de remirar los sistemas económicos, políticos, sociales y también, los alimentarios.

El abordaje del problema alimentario nutricional emergente, producto de la pandemia por COVID–19, es complejo, multisectorial y de fondo. Posiblemente debe incluir medidas de muy corto plazo para evitar el hambre, y medidas de más largo plazo, con una nueva mirada al sistema alimentario, para prepararnos mejor frente a la situación post pandemia y futuras crisis. En relación con esto han surgido diversas propuestas de intervención, que ponen el foco en los ambientes alimentarios y en la mantención de la cadena de suministro de alimentos. FAO y CEPAL, por ejemplo, han hecho una revisión de los sistemas alimentarios en América Latina y El Caribe indicando que hay al menos tres aspectos que potencialmente se podrían ver afectados: la oferta por interrupción parcial de las cadenas productivas y comerciales, la demanda por la baja de ingresos familiares, y el comercio internacional por interrupción parcial del transporte[43]. Recordemos que quienes trabajan en la cadena de producción y transporte en un sistema alimentario, están en riesgo también de contraer la enfermedad y, por ende, disminuir su capacidad de trabajo. Hasta ahora no se ha producido desabastecimiento, pero el aumento de la pobreza y la precarización está poniendo en grave riesgo el acceso de la población a alimentos y, en especial, a alimentos de buena calidad.

Por otra parte en el informe "Cómo evitar que la crisis del COVID–19 se transforme en una crisis alimentaria", nuevamente FAO y CEPAL profundizan el tema y proponen a los países diez medidas de intervención que incluyen: reforzar el ingreso familiar, reforzar los programas de alimentación estatal, asistencia alimentaria, subsidios productivos, protocolos sanitarios para los trabajadores de la cadena alimentaria, apoyo a la producción para autoconsumo, asegurar insumos a pequeños productores, coordinación público-privada, impedir el cierre

de mercados y mantener abierto el comercio internacional[43]. Sin duda que la aplicación de estas medidas requiere de una organización interna y global y de definir este ámbito de las políticas como de alta criticidad.

En la misma dirección de lo anterior, previamente, hemos propuesto un conjunto de intervenciones que incluían entre otras, retomar la discusión sobre el derecho constitucional a la alimentación inocua y saludable; vigilar precios de los alimentos; entregar un subsidio a alimentos saludables y esenciales como frutas, verduras y legumbres; distribuir tareas de alimentación y cuidado en las familias para evitar la sobrecarga de las mujeres; reforzar los programas de entrega estatal de alimentos; facilitar los circuitos cortos de comercialización de alimentos; apoyar económicamente, pero también con elementos de salud, a feriantes y pequeños productores agrícolas y pesqueros; y garantizar la operación de puntos de venta de alimentos saludables[44].

Kanter y Boza por su parte han llamado al fortalecimiento de los sistemas alimentarios locales en tiempos de crisis planteando un enfoque de interrelaciones entre cambio climático, crisis y resiliencia, en base a acciones colectivas como compras en línea, despacho a domicilio, horarios restringidos y preferenciales en almacenes, ferias y retail, y esfuerzos público-privados para mantener la fluidez de la cadena alimentaria, entre otros. Lo cual debe ser logrado con la participación de distintos actores/sectores tales como supermercados, agricultura familiar, consumidores, exportadores y mercados locales; concluyendo que las crisis sociales o sanitarias, constituyen una oportunidad para tomar medidas que permitan un sistema alimentario más sustentables[45].

Nos preocupa la inseguridad alimentaria en su amplio concepto y consecuencias, el hambre, la desnutrición, la mala calidad de la alimentación, la obesidad, el respecto por las prácticas culturales y familiares, la urgencia y el largo plazo. Por lo que, recogiendo las propuestas de organismos internacionales y de diversos grupos de estudio, proponemos que debiesen fortalecerse los programas de alimentación estatal de salud y de educación. Adicionalmente, vemos necesario instaurar un bono de alimentación que asegure a todas las personas el acceso a alimentos de calidad, durante todo el periodo de crisis, y que complementariamente favorezca los circuitos cortos de comercialización, contribuyendo a prevenir la pobreza. Esta estrategia debe incluir la organización y protección del comercio de alimentos para prevenir la diseminación del COVID–19, con énfasis en los ambientes de abastecimiento como ferias libres, mercados y almacenes de barrio, pero también en espacios más grandes de venta.

En situaciones de crisis como la que representa la pandemia por COVID–19, el derecho a la alimentación saludable e inocua se convierte en un asunto crítico. Los circuitos cortos de producción, distribución y comercialización de alimentos se transforman en un tema de Estado para prevenir la inseguridad alimentaria, promover, apoyar y fortalecer estrategias de resiliencia y evitar el hambre en su sentido amplio (cantidad suficiente y calidad adecuada de los alimentos). Esto implica un fortalecimiento y protección del canal agroalimentario tradicional. La responsabilidad ineludible es del poder ejecutivo, en colaboración con legisladores, academia, organismos internacionales y sociedad civil. El gobierno debe tomar un rol conductor y el mundo privado vinculado al circuito alimentario, debe estar a su disposición, así como en otras áreas críticas.

Conclusiones

Durante la pandemia por COVID–19, cambios en los ambientes alimentarios han producido cambios en los hábitos alimentarios de la población que pueden relacionarse a un mayor nivel de inseguridad alimentaria. Esta inseguridad alimentaria está vinculada no solo al hambre, sino también al hecho de consumir alimentos de menor calidad nutricional, que podrían favorecer un aumento de la prevalencia de obesidad, especialmente en aquellos sectores social y económicamente más vulnerables.

Es necesario tomar medidas a corto, mediano y largo plazo para revertir lo que ocurre actualmente con miles de familias en términos de acceso y disponibilidad de alimentos, como el poder prevenir las consecuencias de una posible recesión económica que enfrentara el país, posterior al control de la pandemia. Se requiere entonces, el trabajo intersectorial conjunto para enfrentar una posible crisis alimentaria peor de la que ya se está observando.

Referencias bibliográficas

1. Chile.Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2016– 2017. Primeros resultados [Internet]. 2017 [citado en julio de 2020]. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS–2016–17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
2. Universidad de Chile. Encuesta Nacional de Consumo Alimentario. Informe final. Santiago, Chile [Internet]. 2012 [citado en junio de 2020]. Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf.
3. Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Inseguridad alimentaria. Síntesis de Resultados [Internet]. 2017 [citado en agosto de 2020]. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2017_Inseguridad_alimentaria.pdf
4. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentacion y la Agricultura. Seguridad alimentaria y nutricional. Conceptos básicos. [Internet]. 2011[citado en julio de 2020]. Disponible en: http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf
5. Story M, Kaphingst KM, Robinson-O'Brien R, Glanz K. Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches. Annu Rev Public Health. 2008;29:253–272.
6. Organizacion de las Naciones Unidas para la Alimentacion y la Agricultura. The state of food and agricultura 1975 [Internet]. 1975 [citado en agosto de 2020]. Disponible en: http://www.fao.org/3/h3100e/h3100e.pdf
7. González Chávez H. La gobernanza mundial y los debates sobre la seguridad alimentaria. Desacatos. 2007;25:7–20.
8. World Bank. Poverty and hunger. A World Bank policy study [Internet]. 1986 [citado en agosto de 2020]. Disponible en: http://documents1.worldbank.org/curated/en/166331467990005748/pdf/multi-page.pdf
9. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentacion y la Agricultura. Plan de acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación [Internet]. 1996 [citado en agosto de 2020]. Disponible en: http://www.fao.org/3/w3613s/w3613s00.htm#PoA
10. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentacion y la Agricultura. Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Seguridad Alimentaria [Internet]. 2009 [citado en septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.fao.org/tempref/docrep/fao/Meeting/018/k6050s.pdf
11. Via Campesina. Que es la soberania alimentaria [Internet]. 2003 [citado en mayo de 2020]. Disponible en: https://viacampesina.org/es/que-es-la-soberania-alimentaria/
12. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentacion y la Agricultura. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional 2012 en América Latina y el Caribe. 2012 [citado en junio de 2020]. Disponible en: www.fao.org/3/i3068s/i3068s.pdf
13. Peña M, Bacallao J. La obesidad en la pobreza: Un problema emergente en las Américas. Un reto para la salud pública [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2000. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/4006
14. Fonseca C. ZY, Patiño B. GA, Herrán F. OF. Malnutrición y seguridad alimentaria: Un estudio multinivel. Rev Chil Nutr. 2013;40(3):206–15.

15. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentacion y la Agricultura. The state of food insecurity in the world [Internet]. 2004 [citado en agosto de 2020]. Disponible en: http://www.fao.org/3/y5650e/y5650e00.pdf

16. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentacion y la Agricultura, Organización Panamericana de la Salud, Panorama Mundial de Alimentos, UNICEF. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. 2019.

17. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Resultados I Encuesta de Salud, Chile 2003 [Internet]. 2003 [citado en julio de 2020]. Disponible en: http://www.medicinadefamiliares.cl/Protocolos/encnacsalres.pdf

18. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Política Nacional de Alimentación y Nutrición. Santiago, Chile [Internet]. 2017 [citado en julio de 2020]. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/BVS_POLÍTICA-DE-ALIMENTACIÓN-Y-NUTRICIÓN.pdf

19. Pemjean I. Una historia con olor a leche: de la desnutrición a la obesidad, políticas públicas e ideologías de género. Rev Punto Género. 2010;103 – 124. Disponible en: https://core.ac.uk/download/pdf/46552252.pdf

20. Chile. Ministerio de Salud. Nutrición para el Desarrollo, claves del éxito del modelo Chile. Ministerio de Salud [Internet]. 2010 [citado en julio de 2020]. Disponible en: www.minsal.cl/sites/default/files/files/Nutrición para el Desarrollo_ El modelo chileno_ MINSAL 2010.pdf

21. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. 50 años apoyando la inclusión [Internet]. 2014 [citado en junio de 2020]. Disponible en: www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2015/06/informe-de-gestión–2014–junaeb_mac.pdf

22. Glanz K. Measuring food environments: A historical perspective. Am J Prev Med. 2009 May;36(Suppl. 4):S93–8.

23. Cerda R, Egaña D, Galvez E P, Masferrer D. Marco conceptual sobre los factores condicionantes de los ambientes alimentarios en Chile [Internet]. Santiago, Chile; 2016 [citado en agosto de 2020]. Disponible en: http://codemachile.cl/wp-content/uploads/2016/08/Factores-condicionantes-de-los-ambientes-alimentarios-en-Chile.pdf

24. Akinbode SO, Dipeolu AO, Kuneye PA. Willingness topay for street food safety in Ogun State, Nigeria. J Agric Food Inf. 2011;(12):154–166.

25. Galvez Espinoza P, Iglesias-Vejar L, Vizcarra M, Palomino AM, Valencia A, Schwingel A. "Comemos así porque...". Entendiendo las conductas alimentarias de mujeres chilenas de bajos recursos. Rev Med Chil. 2018;146:882–9.

26. Franch C, Hernandez P, Weisstaub G, Ivanovic C. Consideraciones para identificar barreras y potencialidades culturales para el control y prevención del sobrepeso y obesidad en mujeres de bajos recursos. Santiago, Chile; 2012.

27. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. Contenido de las canastas individuales Junaeb por región – JUNAEB [Internet]. 2020 [citado en septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.junaeb.cl/archivos/46171

28. Subsecretaria de Turismo. Gobierno de Chile, Ministerio de Economia, Fomento y Turismo. Protocolo de manejo y prevención ante covid–19 en restaurantes, cafés y otros establecimientos [Internet]. 2020 [citado en septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.subturismo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/03/restaurantes-v3.pdf

29. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Es crucial mantener las cadenas alimentarias mundiales en la crisis COVID–19 [Internet]. 2020 [citado en septiembre de 2020]. Disponible en: http://www.fao.org/nicaragua/noticias/detail-events/en/c/1268844/

30. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentacion y la Agricultura. Análisis y respuestas de América Latina y el Caribe ante los efectos de COVID–19 en los sistemas alimentarios [Internet]. 2020 [citado en agosto de 2020]. Disponible en: http://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/covid19–y-sistemas-alimentarios/es/

31. Frente Parlamentario Contra El Hambre de America Latina y el Caribe. El hambre y la malnutrición, la otra cara del coronavirus [Internet]. 2020 [citado en mayo de 2020] Disponible en: http://parlamentarioscontraelhambre.org/noticias/carta-abierta-el-hambre-y-la-malnutricion-la-otra-cara-del-coronavirus/

32. Egaña D, Rodriguez Osiac L, Baginsky Guerrero C, GTOP. Escasez de legumbres: un problema de seguridad y soberanía alimentaria [Internet]. 2020 [citado en junio de 2020]. Disponible en: https://www.uchile.cl/noticias/163902/escasez-de-legumbres-un-problema-de-seguridad-y-soberania-alimentaria

33. Hobbs JE. Food supply chains during the COVID–19 pandemic. Can J Agric Econ. 2020;(April):1–6.

34. Benton TG. COVID–19 and disruptions to food systems. Agric Human Values. 2010. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10460–020–10081–1

35. Poudel PB, Poudel MR, Gautam A, Phuyal S, Tiwari CK. COVID–19 and its Global Impact on Food and Agriculture. J Biol Today's World. 2020;9(5):7–10.

36. Wise J. Covid–19: Pandemic exposes inequalities in global food systems. BMJ. 2020;369(May):m1915. Disponible en: http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1915

37. Chile Atiende. Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) [Internet]. 2020 [citado en octubre de 2020] . Disponible en: https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/78385–ingreso-familiar-de-emergencia

38. Romero MC. Los errores comunicaciones del Ejecutivo en las semanas mas duras de la pandemia. El Mercurio. [Internet]. 2020 [citado en octubre de 2020]. Disponible en: https://www.emol.com/noticias/Nacional/2020/06/10/988736/Errores-comunicacionales-Gobierno.html

39. Guzman H. La irrupción de las Ollas Comunes. El Siglo [Internet]. 2020 [citado en junio de 2020]. Disponible en: https://www.elsiglo.cl/2020/05/22/reportaje-la-irrupcion-de-las-ollas-comunes/

40. Tapia M. La pandemia del coronavirus. La Segunda [Internet].2020 [citado en junio de 2020]. Disponible en: http://cache-elastic.emol.com/2020/06/21/C/SM-3Q9F2D

41. Srour B, Fezeu LK, Kesse-Guyot E, Allès B, Méjean C, Andrianasolo RM, et al. Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: Prospective cohort study (NutriNet-Santé). BMJ. 2019;365.

42. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Marco estratégico revisado y esquema del Plan a plazo medio para 2018–2021 [Internet]. 2016 [citado en mayo de 2020] . Disponible en: http://www.fao.org/3/a-mr830s.pdf

43. Comisión Económica para America Latina y el Caribe, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Cómo evitar que la crisis del COVID–19 se transforme en una crisis alimentaria. Acciones urgentes contra el hambre en América Latina y el Caribe [Internet]. 2020 [citado en julio de 2020]. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45702/4/S2000393_es.pdf

44. Rodriguez Osiac L, Egaña Rojas D, Galvez Espinoza P, Navarro-Rosenblatt D, Araya B. M, Carroza MB, et al. Evitemos la inseguridad alimentaria en tiempos de COVID–19 en Chile. Rev Chil Neuropsiquiatr. 2020;47:347–9.

45. Kanter R, Boza S. Strengthening Local Food Systems in Times of Concomitant Global Crises: Reflections From Chile. Am J Public Health. 2020;(May):e1–3.

MULTILATERALISMO Y COVID-19 EN AMÉRICA LATINA

Paulo M. Buss. MD, MPH, DSc. Director del Centro de Relaciones Internacionales en Salud/CRIS. Fundación Oswaldo Cruz.
Sebastián Tobar. BS, MPH. Investigador del Centro de Relaciones Internacionales en Salud/CRIS. Fundación Oswaldo Cruz.

Dedicatoria

A aquellos que perdieron la vida por Covid–19 y a sus familias

A los millones de ciudadanos latino-americanos invisibles para el Estado

A los bravos equipos de salud que diariamente arriesgan sus vidas para salvar los enfermos

Introducción

Habiendo transcurrido seis meses desde que la OMS recibió la primera comunicación de casos de COVID–19, el mundo alcanzó el hito impensable de más de 16 millones de casos registrados y más de 600 mil muertes. Sin duda, se trata de la mayor crisis de salud pública en los últimos 100 años producida por una enfermedad infecciosa y que continua con un crecimiento acelerado a nivel global. La OMS ha informado que, alrededor de doscientos días después de empezada la pandemia, la región de las Américas se ha convertido en el epicentro de la misma, registrando más de la mitad de casos positivos y muertes reportados a nivel global.

El presente artículo analiza la pérdida de fuerza del multilateralismo y el vacío en la cooperación internacional en una región que se ha convertido en el epicentro de la pandemia, postulando algunas razones que pueden explicar el mismo. Además de la profunda desigualdad social que

es la marca registrada tanto en EUA, como en nuestra región, otra razón para la gravedad de la pandemia en AL puede estar en la forma como aquel país y Latinoamérica se relacionan y cooperan: el actual gobierno de EUA tiene una política externa aislacionista y xenofóbica, teniendo una posición declaradamente contra el multilateralismo, en cuanto en Latinoamérica, el multilateralismo ha sufrido reveses importantes, que lo han debilitado, como la extinción de la UNASUR.

El Centro de Relaciones Internacionales de Salud de la Fundación Oswaldo Cruz-CRIS/FIOCRUZ ha estado desarrollando un proceso de análisis sistemático del escenario internacional y de la diplomacia de salud sobre la respuesta global a Covid–19 durante las últimas quince semanas consecutivas, desde los principios de abril de 2020, produciendo informes semanales que buscan apoyar la toma de decisiones institucionales estratégicas en cooperación internacional. Este artículo se basa parcialmente en los reportes de esta iniciativa y en la conferencia presentada por uno de los autores (Buss) en la Conversatória del Programa de Salud Global de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, en Julio de 2020.

Multilateralismo global en tiempos de pandemia

A diferencia de la muchas epidemias que acontecieron a nivel mundial a finales del siglo XIX y XX y que dieron origen a la gobernanza global en salud, una primera observación es reconocer la fragilización de todo el proceso así como el de las organizaciones multilaterales. Aun así, nunca antes, en los 75 años de existencia de las Naciones Unidas, conmemorado hace pocos días, el sistema multilateral se había movilizado tanto en torno a un problema de salud como lo ha sido en estos últimos seis meses, el período que dura la pandemia.

En el sistema de Naciones Unidas se han movilizado la Asamblea General de las Naciones Unidas (AGNU), la Asamblea Mundial de la Salud y OMS y otras agencias del sistema, así como las organizaciones financieras globales (FMI y el Banco Mundial) y también el Consejo Económico y Social (ECOSOC) y el Consejo de Derechos Humanos.

Muchos actores políticos globales esperaban la realización de una reunión del Consejo de Seguridad, que no se realizó, entre otras razones, por la disputa entre los Estados Unidos y China por la hegemonía política y económica global. La tensión entre estos dos países, en plena pandemia, ha perjudicado y restado efectividad a la respuesta del sistema de las Naciones Unidas frente a la enfermedad.

La AGNU se reunió virtualmente en abril y adoptó dos resoluciones. En la primera, "Solidaridad mundial para luchar contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (Covid–19)"[1], los Estados-miembros reafirman su adhesión a la cooperación internacional y al multilateralismo y su apoyo al papel central del sistema ONU en la respuesta mundial a la pandemia. En la segunda, sobre *"Cooperación internacional para garantizar el acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo médico con los que hacer frente a la Covid–19"*[2], reconocen el papel rector crucial de la OMS y piden que el Secretario-General (SG) adopte las medidas necesarias para coordinar (...) los esfuerzos del sistema de las Naciones Unidas por promover y garantizar el acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo médico necesarios para hacer frente a la Covid–19. Además, exhortan a los Estados-miembros a colaborar en la producción de vacunas, medicamentos, prue-

bas de diagnósticos, equipamientos de protección personal y otros insumos necesarios, y a fortalecer la cooperación internacional para lidiar con la pandemia.

También en abril, la ONU lanzó el documento *United Nations Comprehensive Response to Covid–19*, actualizado en junio[3], en el cual se relata lo que vienen realizando las agencias e instancias del sistema y los mecanismos que han sido implementados para que se coordinen entre sí en el enfrentamiento de la pandemia, en los planes global, regional y nacional.

Al inicio de julio, el Movimiento de los No Alineados, bajo la presidencia de Azerbaiyán, solicitó al presidente de la AGNU la convocatoria de una sesión especial sobre la Covid–19, lo que fue apoyado por la mayoría de los Estados miembros. La convocatoria quedó asegurada por la expresiva demanda política de tantos países, pero hasta el 31 de julio no estaba todavía definida la agenda ni la fecha de la sesión especial de la AGNU.

Este mecanismo podrá ser una oportunidad para retomar los compromisos más efectivos del multilateralismo global respecto la coordinación de la cooperación internacional y promover un abordaje equitativo sobre los recursos necesarios para el enfrentamiento de la pandemia.

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), instancia responsable por el debate sobre el desarrollo sostenible en sus dimensiones económico, social y ambiental, tuvo como tema central, en 2020, *"Acción acelerada y vías de transformación: realización de la década de acción y entrega para el desarrollo sostenible"*[4]. Diversos documentos sobre la actual situación animaron los debates. Entre ellos, el informe del SG Antônio Guterres[5] sobre medidas rápidas que deben ser implementadas como respuesta a la pandemia de la Covid–19, así como post pandemia: i) la reducción de las desigualdades de renta y la erradicación de la pobreza extrema; y ii) la reducción de las emisiones de CO^2 para limitar el calentamiento global. El segundo informe[6] formula escenarios futuros de largo plazo, así como alerta sobre los posibles efectos de las actuales tendencias en el alcance (o no) de los ODS.

La tradicional Declaración Ministerial, principal resultado del segmento de alto nivel del ECOSOC, enviada como contribución a la AGNU, no fue adoptada por falta de consenso, teniendo el presidente que accionar el "silente procedure", que permite la adopción si no hay objeción. La versión avanzada de la Declaración (Advance version)[7], circulada el 17 de julio, fue entonces adoptada, pero dejó claro las dificultades políticas vigentes entre las actuales grandes potencias en pugna en prácticamente todos los espacios del multilateralismo.

Al mismo tiempo en que se realizaba el ECOSOC, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas se reunía en Ginebra, en su 44ª Sesión. El Consejo realizó innumerables reuniones, debates y diálogos interactivos, inclusive apreciando los informes anuales de los 22 Special Rapporteurs, lo que permitió cubrir mas de 50 temas de derechos humanos y 40 situaciones de los países.

En la apertura de la reunión del Consejo, la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Michelle Bachelet, abordó las implicaciones de la pandemia de la Covid-19 en los derechos humanos, que continuaban creciendo, dejando claro las amenazas de la pandemia a la paz y al desarrollo. Datos desagregados indican que miembros de minorías étnicas y raciales, particularmente personas de ascendencia africana y pueblos indígenas,

eran más propensos a morir debido a las enfermedades y, asimismo, fueron los más afectados por sus consecuencias socio-económicas, que también afectan desproporcionalmente niños y niñas, mujeres, ancianos y discapacitados.

Al concluir su 44° período ordinario de sesiones, el Consejo adoptó 23 resoluciones. Entre ellas, la resolución[8], sobre *"el papel central del Estado en la respuesta a la pandemia y otras emergencias sanitarias, y sus consecuencias socioeconómicas en la promoción del desarrollo sostenible y en la efectividad de todos los derechos humanos"*, adoptada sin votación, pidiendo que sea considerado prioridad global el acceso universal, oportuno e equitativo a una distribución justa de todas las tecnologías y productos esenciales de calidad, seguros, eficaces y accesibles a la salud, incluyendo sus componentes y precursores necesarios, en la respuesta a la pandemia de la Covid–19.

En el campo específico de la salud global, entendemos que la respuesta de la OMS a la pandemia ha sido de alto nivel y transparente, como se puede fácilmente comprobar en las ruedas de prensa realizadas diariamente desde Ginebra y accesible a quien las desee consultar. Ello a pesar de las críticas y la ruptura y salida de los Estados Unidos de la OMS, por acusarla de estar influenciada por China, transfiriendo la disputa económica y política al ámbito de la salud mundial, en plena crisis, cuando el entendimiento, la cooperación y la solidaridad debería ser la norma global. La actitud del gobierno Trump ha sido ampliamente criticada por las entidades de ciencia y de salud pública en todos los Estados Unidos. El resto del mundo y bloques como la Unión Europea y la Unión Africana continúan apoyando a la OMS e incluso han ampliado sus fondos voluntarios a dicha organización.

En la Asamblea Mundial de Salud, realizada virtualmente en mayo de 2020, fue adoptada una única Resolución[9] *"Respuesta a la Covid-19"*, de la cual uno de los puntos mas importantes y, ciertamente, lo mas polémico fue reconocer *"la función de la inmunización extensiva contra la COVID–19 como bien de salud pública mundial en la prevención, la contención y la detención de la transmisión con miras a poner fin a la pandemia una vez que se disponga de vacunas seguras, de calidad, eficaces, efectivas, accesibles y asequibles"*. Fue este punto de la resolución, y más la referencia a la salud sexual y reproductiva, que sufrieran críticas de los Estados Unidos, lo que contribuyó para llevar a la ruptura del gobierno Trump con la OMS.

Existen tres iniciativas globales de la OMS, que resulta oportuno mencionar: 1) Solidaridad[10], un proyecto de estudio clínico multicéntrico sobre la efectividad de los tratamientos en Covid-19; 2) Acceso al Acelerador de herramientas Covid–19[11], o Acelerador ACT, que tiene como objetivo hacer que las tecnologías contra la enfermedad sean *"accesibles para todos los que las necesitan, en todo el mundo"*; y 3) la plataforma analítica de vacunas en desarrollo. A estas tres iniciativas súmanse muchas otras, sumariamente descriptas en la línea del tiempo de las medidas tomadas por la OMS, accesible en https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus–2019/interactive-timeline

Multilateralismo latino-americano en tiempos de pandemia

Estructuras o iniciativas multilaterales, como Unión Europea, Unión Africana, Organización de los Estados Americanos (OEA), bloques subregionales de África, Oriente Medio y de Asia-Pacífico y Oceanía han realizado reuniones de alto nivel, manteniendo en casi asam-

bleas permanentes, publicitando declaraciones y compromisos de Jefes de Estados y ministros de salud, así como impartiendo acciones conjuntas en relación con la pandemia en las respectivas áreas geo-políticas.

Mientras tanto, la pandemia encontró a Latino América con un fuerte debilitamiento de algunos de sus procesos de integración regional. Con la inaceptable extinción de UNASUR, patrocinada por los gobiernos de Brasil, Chile, Argentina (entonces bajo el gobierno Macri), Colombia y otros, se ha perdido un importante espacio político y sanitario regional de América del Sur, en un momento de extrema necesidad, para coordinar esfuerzos e implementar la cooperación[12]. ¿Quién sería capaz de sustituirla? Sigamos el comportamiento de algunas de las estructuras regionales existentes.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha mostrado una intensificación de sus actividades, alertando a las autoridades sobre las tendencias epidemiológicas futuras, la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y enfatizando algunos aspectos de gran relevancia en la región, como el tema de enorme desigualdades e inequidades, la importancia de establecer criterios científicos en la constitución de protocolos de atención, en el monitoreo del problema de salud mental y en el monitoreo de la salud del trabajador de la salud, entre otros. En el gráfico a continuación, se resume la cooperación de la OPS en la región.

Fuente: OPS (2020) Covid–19: Respuesta de la OPS. 27 de Julio. Informe N0 18. Disponible en: https://www.paho.org/es/tag/informes-situacion-covid–19. Acceso 30 de julio de 2020.

Aún cuando la OPS ha tenido un importante desempeño vinculado a la Covid–19, el mismo se ha visto influenciado de fuertes riesgos vinculados a los recursos provenientes de las contribuciones de sus Estados miembros[13]. Al 31 de mayo del corriente año, la Organización registraba USD 162,2 millones en deudas de las contribuciones regulares, de los cuales el 67% era de Estados Unidos, 15% de Brasil y 5% de Argentina. Los gobiernos de Brasil y Argentina (a la época) se alinearon a la no contribución a la OPS por parte de la administración Trump, generando una de las mayores crisis económica en los 118 años de su existencia.

Por otro lado, un organismo regional que tiene un importante desempeño en el marco de la pandemia es la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Atendiendo a la solicitud de la Comunidad de Estados Latino Americanos y Caribeños (CELAC), la CEPAL ha desarrollado un Observatorio[14] que recopila las políticas públicas que los 33 países de la región latinoamericana y caribeña están impulsando para mitigar los impactos económico y social de la pandemia. Recientemente, la CEPAL y la OPS han preparado un informe conjunto sobre salud y economía, señalando que solo después de aplanada la curva de contagio y muertes se podrán reactivar las economías de la región. En tal sentido, propone un enfoque con tres fases que incluyen la adopción de políticas de salud, económicas, sociales y productivas dirigidas a controlar y mitigar los efectos de la pandemia, reactivar con protección y reconstruir de manera sostenible e inclusiva[15].

La Organización de los Estados Americanos (OEA) ha estado activa en el desarrollo de una respuesta a la pandemia a través de sus diversos organismos, como la Secretaría General, el Consejo Permanente, el Consejo Interamericano de Desarrollo Integral, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Comisión Interamericana de Mujeres, la Fundación Panamericana de Desarrollo, además, por supuesto, de la Organización Panamericana de la Salud, que es la organización regional de salud especializada en el Sistema Interamericano

La CELAC celebró dos reuniones de expertos para monitorear la Covid–19 (30 de enero y 13 de febrero) y, posteriormente, una Reunión Ministerial sobre Asuntos de Salud (26 de marzo), con la participación de la CEPAL, SEGIB, CARICOM y la OPS; sin embargo, no han logrado estructurar una agenda regional efectiva, con acciones comunes específicas frente a la pandemia. Solo recientemente (23 de julio), se realizó una reunión virtual entre los Ministros de Relaciones Exteriores de la CELAC con China para analizar la cooperación internacional en tiempos de pandemia. Como resultado de la misma, China anunció que este dispondría de un crédito por valor de un billón de dólares para el acceso a vacunas y medicamentos de los países de la CELAC[16].

Asimismo, el Foro para el Progreso de América del Sur (PROSUR), sustituto de UNASUR, aun cuando propició reuniones virtuales discutiendo la idea de compras conjuntas de medicamentos o armonización de normas para las fronteras, no se ha mostrado como un mecanismo eficaz para un accionar colectivo y una cooperación regional.

El Sistema Centroamericano de Integración Regional (SICA) y la Comunidad del Caribe (CARICOM) son dos iniciativas multilaterales subregionales que tienen una gran experiencia de trabajar en forma cohesionada entre sus miembros para enfrentar contingencias comunes, como los huracanes u otras amenazas climáticas, ahora aprovechada en el caso de la pandemia.

El SICA ha desarrollado diversas iniciativas, a través de su Comisión de Ministros de Salud (COMISCA), como el Plan de Contingencia Regional de Centro América y República Dominicana frente a la Covid–19, el Observatorio Regional para el Covid–19 con sus informes semanales[17] y otras estrategias regionales, movilizando fondos para los mismos.

La Agencia Caribeña de Salud Pública (CARPHA), organización de salud de CARICOM, ha desplegado importantes acciones para el fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico laboratorial, el acceso a los insumos estratégicos y el desarrollo de normas para dar respuesta a la pandemia en estos países.

En la Comunidad Andina de Naciones (CAN), luego de algunas turbulencias entre sus Estados miembros con Venezuela y las gestiones para que regrese al bloque, el Organismo Andino de Salud[18] ha conseguido una importante articulación entre los países andinos, por medio de un substantivo intercambio de informaciones epidemiológicas, y lecciones aprendidas sobre manejo de la pandemia, diagnóstico laboratorial, impacto socio económico, en la salud mental y otros aspectos vinculados a la Covid–19.

El MERCOSUR atravesaba algunas tensiones entre sus dos principales socios Argentina y Brasil. Frente a la pandemia, Paraguay convocó a una reunión virtual extraordinaria, en la cual, considerando que la pandemia de la Covid–19 no respeta fronteras y por la necesidad de una coordinación regional eficiente y permanente, sustentadas en las buenas prácticas, los Presidentes del MERCOSUR suscribieron el 19 de marzo del 2020 una "Declaración sobre Coordinación Regional para la Contención y Mitigación del Coronavirus y su Impacto"[19]. El principal desdoblamiento que tuvo esta Declaración, es que en el marco de un proyecto ya existente de "Investigación, Educación y Biotecnologías aplicadas a la Salud", el Fondo para la Convergencia Estructural del MERCOSUR (FOCEM) aprobó un aporte de USD 16 millones adicionales destinados en su totalidad al combate coordinado contra la Covid–19. La iniciativa del MERCOSUR tiene como objetivo colaborar de manera coordinada con las autoridades nacionales de los cuatro Estado Partes (Argentina-Brasil-Paraguay y Uruguay) en el combate al Covid–19, en particular para mejorar las capacidades nacionales de realización de tests de detección del virus. La ejecución de este proyecto no ha estado libre de algunas trabas burocráticas, quedándose sin la necesaria celeridad para los tiempos de pandemia.

Frente al avance de la epidemia y el importante impacto sobre las poblaciones indígenas, la OTCA y la OPS hicieron el "Plan de Contingencia para la Protección de la Población Indígena altamente vulnerable y en estado inicial" que abarca a Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Perú y Suriname, habiéndose aprobado un fondo de casi un millón de dólares por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que abre una ventana de oportunidades para trabajar en las áreas de fronteras.

Impactos de la pandemia en América Latina

En América Latina, la pandemia ha afectado muchos campos de la vida social y la economía. Ya se está denominando este proceso como el "gran bloqueo" (Great Lockdown), constituyendo la peor crisis económica mundial desde la caída de la Bolsa de Nueva York en 1929 y el período de "gran depresión" que siguió. Asimismo, está crisis económica afectará profundamente a los países periféricos, que dependen de

la exportación de productos básicos, productos primarios, y el turismo, para garantizar el equilibrio de su balanza comercial, situación en que se encuentran muchos de los países de la región. El FMI prevé un decrecimiento mundial de menos 4,9% en 2020. La pandemia ha tenido un impacto económico más negativo que lo previsto en sus inicios y la recuperación será más lenta de lo que había sido pronosticada.

La región enfrenta la pandemia desde una posición más débil que la del resto del mundo. Antes de la pandemia, la CEPAL preveía que la misma crecería un máximo del 1,3% en 2020. Una vez revisados los pronósticos de desempeño económico para 2020, se estima un decrecimiento del 9,1% y se reconoce que los impactos económicos serán más adversos en los hogares de bajo ingreso. La variación anual del PBI entre el 2019 y el 2020 por país se encuentra en la tabla. Las economías más grandes son las que van a tener el mayor impacto: Brasil, México, Argentina y Perú.

Impacto del virus en América Latina: Variación anual del PBI (en porcentaje)

Región/País	2019	2020
América Latina	0,0	–9,1
Brasil	1,1	–9,2
Argentina	–2,1	–10,5
Colombia	3,3	–5,6
Uruguay	0,2	–5,0
México	–0,3	–9,0
Bolivia	2,2	–5,2
Ecuador	0,1	–9,0
Chile	1,1	–7,9
Perú	2,2	–13,0
Paraguay	0,0	–2,3
Venezuela	–25,5	–26,0

Fuente: IBGE e CEPAL. Elaboración Valor Data Projeção

Observemos a continuación algunas consecuencias sociales de la pandemia.

La educación fue una de las áreas más afectadas por la pandemia en todos los países de la región. Las escuelas públicas y privadas, desde las guarderías infantiles y las escuelas primarias y secundarias, hasta las universidades, tuvieron que cerrarse debido a la distancia social necesaria para contener el contagio por la enfermedad. Muchos niños de familias pobres perdieron la oportunidad de estudiar y comer, ya que las comidas en las escuelas eran su principal fuente proteico-calórica. Los efectos que esto puede tener sobre el estado nutricional de estos niños todavía es una pregunta que se debe responder.

Por otro lado, el cierre de escuelas expone brutalmente la brecha y la exclusión digital

vigentes en nuestras sociedades. Miles de niños de familias más pobres o que viven en zonas rurales no tienen acceso a computadoras o teléfonos celulares, impidiendo su acceso a la educación a distancia. Tampoco los maestros de escuelas de las comunidades más pobres están adecuadamente preparados para llevar a cabo prácticas de aprendizaje a distancia.

Con las medidas de aislamiento social para enfrentar la pandemia, miles de empleos formales se han perdido en las economías latinoamericanas. Miles de personas y familias se sumarán a las filas del trabajo informal, sin protección social y/o volvieron a caer en la pobreza y la pobreza extrema de las que habían emergido recientemente, con los programas sociales de los gobiernos progresistas de la primera década del siglo XXI en la región. En los empleos mantenidos, los sueldos fueran reducidos.

Las mujeres se ven doblemente afectadas porque son las que pierden más rápidamente sus empleos e ingresos, acumulan la doble carga de actividades (trabajo y hogar) y son, con los niños y los ancianos, las víctimas principales de la violencia doméstica que ha estado creciendo en todos los países del continente en estos tiempos de pandemia.

Otro problema preocupante es el nutricional, especialmente de los niños de la región. Con la reducción de los ingresos para las familias y la población más pobre, la capacidad de comprar alimentos adecuados se ha reducido considerablemente. Esto puede significar que saldremos de la epidemia con una población aún más desnutrida, principalmente nuestros niños, incluso privados de comidas escolares.

La regulación de la movilidad urbana ha sido otro factor adicional muy discutido en la pandemia. En casi todos los países de la región, el transporte urbano es un servicio público otorgado al sector privado. A pesar de los intentos de regulación, con el mantenimiento obligatorio de la oferta de transporte público en el mismo número que en tiempos normales, la ganancia de las compañías privadas de transporte redujo el número de vehículos y el hacinamiento en buses, trenes y otros medios, lo que ha sido una fuente muy importante de contagio en las clases populares.

La crisis por la Covid–19 acelerará algunos cambios estructurales, en curso desde la última década. Por ejemplo, las cuarentenas forzosas aumentarán la virtualización de las relaciones económicas y sociales; el teletrabajo prevalecerá en más industrias y regiones, y la digitalización avanzará aún más rápido. En este marco, las empresas más avanzadas tecnológicamente, en general grandes empresas y multinacionales, aumentarían sus ventajas en relación con las medianas y pequeñas. Además, los largos períodos de cuarentena de los trabajadores fomentarían la inversión en automatización y robótica, con pérdidas adicionales de empleos, particularmente los más sencillos, que emplean las personas más pobres.

También es importante no olvidarse de la cuestión ambiental. Sabemos históricamente, lo que se ha confirmado a través del nuevo enfoque de One Health[20], que la salud humana, la salud animal y los ecosistemas están profundamente entrelazados. La trayectoria epidémica del Sars-CoV–2 puede explicarse por profundos desequilibrios ambientales, prácticas de producción y consumo de proteínas animales y hacinamiento poblacional.

Sin duda, por su condición de pulmón del mundo, pero también por ser el hábitat natural de miles de virus, preocupa mucho la situación de la Amazonía, que ocupa un área de aproximadamente 40% de América del Sur. La región,

de densa selva tropical, se extiende por nueve países. Existe una lógica económica y social en la devastación del bosque salvaje. Es una lógica perversa, pero poderosa. Para que sea derrotada, se necesita un modelo alternativo consistente, capaz de brindar desarrollo sostenible, seguridad humana y apoyo a la ciudadanía. La ignorancia, la necesidad y la omisión del Estado son los enemigos de la Amazonía. La bio-economía es un modelo económico que prioriza la sostenibilidad, con su propuesta de transformar los recursos naturales en productos con mayor valor agregado, generados y consumidos de manera sostenible. La bio-economía, como tal, basada en la rica biodiversidad de la Amazonía, incluida la obtención de nuevos medicamentos, puede ayudar a salvar nuestro bosque común.

Respuestas generales a la pandemia en América Latina

Los gobiernos de los países latinoamericanos han respondido de diferentes maneras a la pandemia pero se puede destacar su rápida capacidad de aprendizaje. Los gobiernos centrales de Brasil, México y Nicaragua descuidaron e incluso negaron la epidemia desde su inicio, en una copia grotesca del presidente estadounidense, negando e incluso chocando con las recomendaciones internacionales de la OMS. Como resultado, ha habido explosiones de casos y graves amenazas incluso de colapsos en el sistema de salud en varios países de la región.

Por otro lado, gobiernos de países como Argentina y Cuba han hecho su tarea y la evolución de la epidemia ha sido más favorable, incluso a veces retrocediendo a medidas más restrictivas, lo que representa una valiente medida, aún que impopular.

Esta es una lección aprendida de esta pandemia: los gobiernos que actúan de manera cohesionada en sus diversas esferas, con medidas y pautas basadas en el conocimiento científico y en las buenas prácticas de salud pública, logran mejores resultados que aquellos que, por razones políticas e ideológicas, deciden negar la ciencia.

En otras palabras, como para la situación de salud en general, los determinantes políticos, socio-económicos de la salud son decisivos para el surgimiento y el desarrollo de la epidemia, bien como para gobernanza de la respuesta a la pandemia.

Consideraciones finales

El panorama global pos pandemia tendrá en cuenta el siguiente cuadro: 1) con “América en primer lugar”, el gobierno Trump renunció al papel tradicional de los EUA de heraldo del orden liberal internacional y se retiró de la Convención del Cambio Climático de París, del acuerdo nuclear con Irán y de la Alianza Trans Pacífico; 2) China, su mayor rival comercial, con el objetivo de influenciar el sistema multilateral a su favor, ha creado estructuras de gobernanza paralelas, como la Organización de Cooperación de Xangai, la Nueva Ruta de la Seda, el Banco de los BRICS, el Banco de Desarrollo de China, y rivalizando con la CPLP, el Foro de Macau; 3) la UE, tradicional defensora del multilateralismo, realineó fuerzas en las ultimas semanas y debe ganar influencias en el escenario internacional; 4) el G20, que todavía no se constituye en un foro mas proactivo, y el G77, que incluye China, son grupos cuyo apoyo al multilateralismo tienen fuerza retórica y un espacio todavía a posicionarse en el conjunto de naciones, donde el G8 eligió para el G7; y 5) una guerra comercial (y política) entre los EUA y China esta en plena expansión.

En la reflexión que hace Celso Amorim sobre la geopolítica después de la pandemia[21], en cuanto al lugar de América Latina y del Caribe (ALC) en la construcción de esta 'Nueva Orden' global, una opción para los países de la región sería la actuación aislada, cada uno buscando obtener el máximo de ventajas individuales de alianzas preferenciales con algunos de los grandes polos estratégicos.

Parecería más lógico, en una nueva "multipolaridad" (todavía con trazos de bipolaridad) que se avecina, que las naciones de ALC actúen de forma tan unida como sea posible, países en desarrollo que son y que necesitan todavía capacitarse para los grandes desafíos económicos y tecnológicos del futuro. Todavía, es difícil imaginar, argumenta Amorin, que con gobiernos tan dispares en la región, y con el mayor de ellos abrazando una política de sometimiento explícita, un escenario de mayor independencia pueda producirse, pero debe permanecer en el horizonte en cuanto las condiciones políticas lo permitan.

Para finalizar, presentamos algunas ideas que mezclan análisis y propuestas de micro y macro envergadura:

Todos los países deben asegurar de que los sistemas sanitarios públicos cuenten con recursos adecuados y sostenibles, porque nuevas amenazas se van materializar en el futuro.

Para garantizar el confinamiento necesario, la política económica debería continuar amortiguando las pérdidas de ingreso de los hogares a través de medidas sustanciales y bien focalizadas, además de brindar apoyo a las empresas que sufren las consecuencias de restricciones obligatorias a sus actividades.

Se han implementado varios modelos de ayuda para las poblaciones más vulnerables, en la mayoría de los países de América Latina, con resultados variables. Ahora se está discutiendo el mantenimiento de esta ayuda y, en sociedades más "atrevidas", con gobiernos más progresistas, a través de la implementación de programas de ingreso mínimo universal o parcial (por ejemplo, para familias con niños pequeños).

Los movimientos sociales y comunitarios de la región tienen demostrado su valentía y son actores fundamentales en la defensa de la vida y de la democracia, así como por encontrar soluciones que ni de cerca son capaces las estructuras pesadas y burocráticas de muchos gobiernos.

Los Estados nacionales y los organismos multilaterales de variadas naturalezas deben comprometerse con el financiamiento hacia la producción de insumos sanitarios necesarios, de modo que todos los países tengan acceso equitativo a vacunas, medicamentos y otros bienes, que sean reconocidos como 'bien público' regional y global.

El desarrollo a nivel nacional y regional del complejo económico-industrial de la salud dando respuesta a las necesidades podría tener un papel sustantivo en la retomada el crecimiento económico a nivel nacional y regional.

La comunidad internacional debe brindar a las iniciativas nacionales un respaldo muchísimo mayor, entre otras formas ofreciendo asistencia financiera a países con una capacidad económica y sanitaria limitada.

Los elementos económicos, sociales, ambientales y sanitarios reseñados se dan en un contexto de inestabilidad política generalizada. La confianza en las instituciones políticas

(Congreso, Poder Ejecutivo, Poder Judicial y partidos políticos) se encuentra en el nivel más bajo en décadas, configurando una situación de casi quiebre del pacto social. La pérdida de confianza en democracia y sus instituciones será aún más grave si los gobiernos no dan una respuesta apropiada a la Covid–19.

En el plano nacional, el resurgimiento de los partidos de extrema derecha y aislacionistas es el parcialmente resultado de la fragilización de las instituciones multilaterales y los proyectos estratégicos de integración, como la CELAC, UNASUR o los acuerdos comerciales multi-regionales.

El racismo y la xenofobia son otra expresión de este proceso. Los gobiernos, tanto a nivel nacional como local, están restringiendo los movimientos de personas a través de las fronteras. Y los migrantes son vistos como amenazas, tanto en plan sanitario, cuanto en el planes económico y social.

Todo eso configura desafíos inescapables para nuestras sociedades que en muchos casos son gobernadas por políticos electos en coyunturas diferentes y que no tienen la estatura moral, el liderazgo y la capacidad necesarios para estos momentos desafiadores que vivimos en la región.

La defensa de la vida, de la equidad y de la democracia debe prevalecer y, para esto, las mujeres y los hombres de bien de nuestra América Latina debemos dedicar toda nuestra energía y capacidad de lucha.

Referencias bibliográficas

1. Naciones Unidas. Resolución A/RES/74/270 “Solidaridad mundial para luchar contra la enfermedad por coronavirus de 2019 (Covid–19)” [Internet]. New York: Asamblea General, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://undocs.org/es/A/RES/74/270.
2. Naciones Unidas. Resolución A/RES/74/274 “Cooperación internacional para garantizar el acceso mundial a los medicamentos, las vacunas y el equipo medico con los que hacer frente a la Covid–19” [Internet]. New York: Asamblea General, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://undocs.org/es/A/RES/74/274.
3. Naciones Unidas. United Nations Comprehensive Response to Covid–19 [Internet]. New York: Asamblea General, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_comprehensive_response_to_covid–19_june_2020.pdf
4. ECOSOC. Acción acelerada y vías de transformación: realización de la década de acción y entrega para el desarrollo sostenible [Internet]. New York: ONU,2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.un.org/ecosoc/en
5. Naciones Unidas. Consejo Económico Social (ECOSOC). Acciones rápidas y vías transformativas: hacer realidad el decenio de acción y resultados en favor del desarrollo sostenible- Informe del Secretario General [Internet]. New York: ONU, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://undocs.org/es/e/2020/59
6. Naciones Unidas. Consejo Económico Social-ECOSOC. Escenarios futuros a largo plazo y efectos de las tendencias actuales en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. New York: ONU, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://undocs.org/es/e/2020/60
7. Naciones Unidas. Consejo Económico Social (ECOSOC) . Declaración ministerial [Internet]. New York: ONU, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26780MD_2020_HLPF_HLS.pdf
8. Naciones Unidas. Consejo de Derechos Humanos. Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General [Internet]. Ginebra: ONU, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://undocs.org/es/A/HRC/44/L.23/Rev.1.
9. OMS. 73a Asamblea Mundial de la Salud. Respuesta a la Covid–19. Punto 3 del Orden del Día [Internet]. Ginebra: OMS, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1–sp.pdf.
10. OMS. Ensayo clínico “Solidaridad” sobre tratamien-

tos contra la COVID–19 [Internet]. Ginebra: OMS, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus–2019/global-research-on-novel-coronavirus–2019–ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid–19–treatments .

11. OMS. Access to Covid–19 Tools (Act) Accelerator [Internet]. Ginebra: OMS, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en:: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/access-to-covid–19–tools-(act)-accelerator-call-to-action–24april2020.pdf?sfvrsn=5f721eaf_6&download=true.

12. Buss P, Tobar S. La Covid–19 y las oportunidades de cooperación internacional en salud. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2020 [citado el 30 de julio de 2020]; 36(4):e00066920. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n4/1678–4464–csp–36–04–e00066920.pdf . Acceso julio 2020.

13. OPS. 166 Sesión del Comité Ejecutivo. Informe sobre la Recaudación de las Contribuciones Señaladas [Internet]. Washington, D.C.: OPS, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=52024–ce166–7–s-informe-contribuciones&category_slug=ce166–es&Itemid=270&lang=es . Acceso: 30 de Julio de 2020.

14. CEPAL. Observatorio Covid–19 en América Latina y el Caribe: Impacto económico y social [Internet]. Santiago: CEPAL, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.cepal.org/pt-br/taxonomy/term/8342

15. OPS-CEPAL. Salud y economía: Una convergencia necesaria para enfrentar la Covid–19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y Caribe [Internet]. Santiago: CEPAL, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/pr/files/hoja_informativa_-ops-cepal._final._spa.pdf . Acceso 30 de Julio de 2020.

16. Agencia TELAM. China ofrece un multimillonario crédito a Latinoamérica para acceder a la vacuna contra el coronavirus [Internet]. Buenos Aires: TELAM, 2020 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.telam.com.ar/notas/202007/493371–china-credito-latinoamerica-vacuna-coronavirus.html

17. Sistema de la integración centroamericana [Internet]. El Salvador: Sica; [citado el 30 de julio de 2020]. Informes Centroamérica y República Dominicana unidos contra el Coronavirus (COVID–19). Disponible en: https://www.sica.int/consulta/documentos_1615_12_1.html.

18. Organismo Andino de Salud [Internet]. Lima: orasconhu; [citado el 30 de julio de 2020]. Covid–19. Disponible en : http://orasconhu.org/portal/node/596 .

19. Mercado Común del Sur [Internet]. Montevideo: Mercosur; [citado el 30 de julio de 2020]. "Declaración de los Presidentes del Mercosur sobre la Coordinación Regional para la Contención y Mitigación del Coronavirus y su impacto". Disponible en: https://www.mercosur.int/documento/declaracion-de-los-presidentes-del-mercosur-covid19/ .

20. Schneider C, Munoz-Zanzi C, Min K, Aldighieri, S. "One Health" From Concept to Application in the Global World. Oxford Research Encyclopedia Global Public Health [Internet]. 2019 Abril [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore–9780190632366–e–29?rskey=vQNSon&result=1

21. Amorim C. Reflexões sobre a geopolítica depois da pandemia [Internet]. Carta Capital. 2020 Junio15 [citado el 30 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.cartacapital.com.br/opiniao/reflexoes-sobre-a-geopolitica-depois-da-pandemia/. Acceso 30 de Julio de 2020.

RC SP REVISTA CHILENA DE SALUD PÚBLICA

Escuela de Salud Pública
DR. SALVADOR ALLENDE
UNIVERSIDAD DE CHILE

www.revistasaludpublica.uchile.cl
www.saludpublica.uchile.cl/publicaciones