

CRÓNICA DE LA EPIDEMIA POR COVID-19: PERPLEJIDAD, REVELACIÓN Y CRISIS

CHRONICLE OF THE EPIDEMIC OF COVID-19:
PERPLEXITY, REVELATION, AND CRISIS

Miedo, muerte, visibilidad, velocidad elevada de instalación y temporalidad acotada, parecen ser algunos de los elementos diferenciadores de una epidemia real respecto de un uso utilitario, grandilocuente o político del término, siendo además posible sólo en la interpretación colectiva que hacemos de ella y por la respuesta que organizamos. Siguiendo estas ideas desarrolladas por Charles Rosenberg respecto de las epidemias¹, escribo esta editorial en el momento en que nuestra sociedad ya ha superado la perplejidad inicial, ha aceptado su existencia y pareciera estar en el momento dramático de la máxima tensión reveladora de la enfermedad y de empezar a caer en la crisis individual y colectiva.

Las epidemias, en virtud de su capacidad de producción de muerte y miedo en las poblaciones, traen consigo al menos dos características adicionales, por una parte, entregan gran poder a quienes gobiernan, desatando –con evidente menor resistencia y disenso– todos los dispositivos y estrategias disciplinarias y de vigilancia de la sociedad², por otra, ponen en tensión y cuestión los sistemas terapéuticos y de cuidado de la salud y enfermedad, en especial respecto de sus posibilidades de sostener la vida del colectivo³. Esto es particularmente así, cuando la enfermedad afecta con aparente azar a sus integrantes, es decir cuando el miedo al contagio se propaga con fuerza y suficiente velocidad en los grupos que habitualmente están o se perciben con evidentes grados mayores de inmunidad o impunidad y que son dominantes en las jerarquías y distinciones sociales⁴.

La epidemia nos encontró con un sistema de servicios de salud caracterizado por la presencia de un pilar público significativo –a pesar de todos sus detractores y amenazas– con experiencia y aprendizajes organizacionales en el enfrentamiento de aumentos estacionales de consultas y atenciones por cuadros respiratorios y con una red de atención –particularmente de atención primaria– de alta cobertura y calidad de sus equipos. A la vez, es evidente la fragmentación del sistema en su conjunto con desigualdades en el proceso de atención de salud por ingresos, déficit relativo de camas y camas críticas, distribución inequitativa de recursos financieros y humanos entre el sector público y privado, estos últimos con lógicas y criterios de actuación no completamente alineados con la salud y la seguridad social^{5,6}. Todo lo cual se encuentra en el contexto de la presencia distorsionadora de reglas del mercado en la atención de salud, que ha permeado los mecanismos de articulación pública, lógicas que simplemente no tienen cabida cuando la afectación y prioridad de lo colectivo no tiene discusión⁷.

Hoy la “peste” ha penetrado con fuerza en los sectores populares, transportada principalmente por trabajadores informales y precarios a sus hogares, donde el hacinamiento, que comenzamos a redescubrir como determinante de la salud, hace su parte en expandir las probabilidades de contagio. La desconfianza en las instituciones, las diferencias en los modelos explicativos de salud/enfermedad, la pérdida de vínculos con la alteridad nacional, lo masculino entendido como exponerse al

Alvaro Lefio Celedón

Editor

Revista Chilena de Salud Pública
Escuela de Salud Pública
“Dr. Salvador Allende G.”
de la Universidad de Chile

riesgo, el ocultamiento de la enfermedad por miedo al estigma y a los hostigamientos, y la necesidad de alimentarse, parecen ser algunas de las formas de comprender la falta de apego y aceptabilidad de las medidas preventivas en parte relevante de nuestra población⁸.

Paralelamente comienza el rebalse y saturación de los servicios de salud, a pesar del significativo esfuerzo de sus equipos de trabajo y su objetivable crecimiento, habiéndose ya prácticamente doblado su capacidad de atención de enfermos críticos. Los centros de atención primaria han reorganizado sus flujos y procesos de atención, creado sistemas de vigilancia y coordinación con el intersector, implementado procedimientos de testeo, seguimiento y apoyo a las familias afectadas e incluso instalado dispositivos de corta estadía y hospitalización domiciliaria, previendo el “rechazo” de pacientes o las largas esperas para el ingreso a atención cerrada. Todo esto a pesar de la invisibilización del primer nivel de atención en la estrategia sectorial inicial, con los consecuentes déficit de conducción y recursos disponibles, así como brechas e inequidades en la implementación de las estrategias y acciones de salud.

Echando mano a su tradición y cultura de ejercicio del poder, el gobierno de turno opta por una gobernanza autoritaria y centralizadora, que se vanagloria del orden y los éxitos iniciales y se desarma ahora en el fracaso social y sanitario. En su minimalismo permite la incorporación en las decisiones a expertos de universidades ideológicamente cercanas e ignora a los actores sociales y a los adversarios, salvo a aquellos que se imponen por su propio peso histórico como el Colegio Médico, o por su mayor cercanía a los territorios como son los alcaldes. Se ha decretado una cuarentena más amplia en la Región Metropolitana y la estrategia de vigilancia policial y militar –en el amplio sentido– de contención del movimiento de los ciudadanos/as se ha intensificado. Las comunidades de los sectores periféricos de la capital han reiniciado las protestas y esta vez es por falta de alimentos y por la imposibilidad de moverse y trabajar para mantener a sus familias. Sin las condiciones básicas de sostén de la vida y la dignidad, ninguna medida restrictiva del movimiento puede funcionar y si lo hacen no parecen ser socialmente aceptables.

Esta epidemia que desnuda, tanto al autoritarismo de su elite gobernante como su negación sistemática de la miseria y la pobreza de parte significativa

de su población, nos encuentra en el medio de la movilización social más importante de los últimos cuarenta años, donde la desconfianza institucional, la corrupción y marginalidad crónica son parte importante de sus causas profundas⁹. La gravedad de la crisis institucional, la movilización de millones de personas por las calles y el disenso manifestado de las formas más creativas y masivas posibles, no parecen haber sido suficientes para que quienes gobiernan comprendiesen, que la conducción de la crisis no era el plan de unos pocos que dictan el deber ser, sino más bien se trataba de desatar procesos de deliberación y acción colectiva que, sobre bases compartidas de actuación, permitiesen el enfrentamiento articulado de la enfermedad y sus consecuencias. Ahora parece evidente que las posibilidades de detener la propagación de la epidemia con las denominadas cuarentenas estratégicas, que no toman en consideración la realidad territorial de las personas, sus subjetividades y prioridades, y sin considerar el adecuado soporte económico y social al aislamiento, sólo era posible en el imaginario de un país sin precariedad laboral, sin pobreza, sin hacinamiento, sin miseria ni marginalidad. Ese país no existe, más que en la imaginación de una parte muy pequeña y triste de nuestra colectividad, pero predominante en su institucionalidad.

La salud pública reemerge en esta crisis, retoma el lenguaje y las prácticas de antaño, vuelve en forma de epidemiología, vigilancia y respuesta estatal en estos días de perplejidad y tensión. Vuelve como salud de la población, como estrategia esencial de gobierno del cuerpo colectivo. Retoma su fuerza simbólica de la mano de la autoridad, dejando atrás a la medicina social, olvidando de esta forma, que el compromiso con la salud del colectivo necesita preguntarse con sistematicidad, por la complejidad de las realidades socio-sanitarias en las que transcurre la vida de las comunidades y requiere con premura involucrar a sus protagonistas en la respuesta organizada, a los protagonistas de la incertidumbre, del miedo, del hambre, el sufrimiento y la muerte. Así, la crisis en la que entramos parece revelar no sólo las consecuencias actuales de las desigualdades sociales, de nuestras fragilidades institucionales e inequidades en salud, sino también aquellos aspectos esenciales de nuestra identidad, también en el campo de la salud colectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosenberg C. What is an epidemic? AIDS in historical perspective. *Daedalus*. 1989; 188: 1-17.
2. Foucault M. *Vigilar y Castigar: el nacimiento de la prisión*. 1a ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2009.
3. Illanes M. *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*. 2ª ed. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2010.
4. Petruccelli A. La política del terror. En: Amadeo, P. editor. *La Fiebre: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemias*. ASPO (Aislamiento Social Preventivo Obligatorio); 2020. p. 119-130.
5. Arteaga, O. El desafío del financiamiento del sistema de salud chileno. *Rev Chil Salud Pública*. 2019; 23(2): 161-165.
6. ESP-COLMED. *Propuestas para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile*. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Colegio Médico de Chile. Santiago de Chile; 2018.
7. Teitelboin, C. Tendencias y contratendencias en el sistema de salud de Chile en el marco de la situación regional. En: Teitelboin, C y Laurell, C. ed. *Por el derecho universal a la salud: una agenda latinoamericana de análisis y lucha*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2015. p. 75-98.
8. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. *Actualización COVID-19 en Chile Análisis y recomendaciones ante la fase actual de la epidemia*. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile; 2020. Disponible en <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/163736/analisis-y-recomendaciones-ante-la-fase-actual-de-la-epidemia>
9. Salazar, G. *El «Reventón Social» en Chile Una mirada histórica*. Nueva Sociedad| Democracia y política en América Latina 2019.