

Elementos para el abordaje a la epidemia COVID-19 en Chile

*Preparado por académicas y académicos Escuela de Salud Pública Dr.
Salvador Allende de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.*

21 Marzo, 2020

El día 20 de marzo de 2020, el Gobierno convocó a conformar una Mesa Social por el coronavirus, invitando a diversos actores (alcaldes, Colegio Médico, Rectores de Universidad de Chile y Universidad Católica, ex ministros de salud). Desde la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile valoramos enormemente esta instancia.

Como una manera de contribuir a la discusión, y fruto de reflexiones realizadas al interior de nuestra comunidad, hemos preparado este documento que tiene la finalidad de entregar elementos relevantes para la toma de decisiones de abordaje en el contexto actual de la epidemia COVID-19 en Chile, considerando su evolución y elementos del contexto socio-sanitario del país.

A continuación se entrega información y recomendaciones en aspectos considerados clave para el abordaje de la epidemia de COVID-19 en Chile:

1. La evidencia internacional y evolución de la epidemia en Chile
2. Medidas para frenar la transmisión
3. Medidas para mejorar la respuesta del Sistema de Salud
4. Transparencia en la toma de decisiones y en la entrega de datos
5. Aspectos del contexto social a considerar
6. Salud Mental

1. La evidencia internacional y evolución de la epidemia en Chile

A finales del 2019 en la región de Wuhan, China surgieron casos de un cuadro respiratorio severo, causados por el coronavirus SARS-CoV-2. Análisis posteriores, revelaron que el paciente cero se habría registrado el 17 de noviembre de 2019, sin embargo, pasó casi un mes para que las autoridades chinas, hicieran el nexo entre el aumento inusitado de casos de este cuadro y el agente causal. Los casos fueron aumentando exponencialmente obligando a China a tomar medidas extremas para el control de esta enfermedad. Posteriormente, la epidemia se extendió al resto del mundo hasta que el 11 de marzo del 2020 la OMS declara Pandemia.

En nuestro país, el primer caso de COVID-19 fue diagnosticado el 3 de marzo, en un hombre proveniente de Sudeste Asiático, el cual ya fue dado de alta. Transcurridos 18 días desde esa fecha hay **537 casos totales acumulados y un fallecimiento notificado**, los casos están distribuidos en todas las regiones, excepto la región de Tarapacá. La **mayoría de casos se concentran en la Región de Ñuble** (11,3 casos por 100.000 habitantes), luego la Metropolitana (4,4 casos por 100.000 habitantes), Los Lagos (2,2 casos por 100.000 habitantes) y Bío-Bío (1,8 casos por 100.000 habitantes). Nuestra epidemia se inserta en la

pandemia global y su evolución, la cual es relevante conocer para analizar y proyectar nuestros datos.

A nivel internacional la letalidad de COVID-19 registra un progresivo incremento, lo que puede ser explicado por colapsos en servicios de salud de algunos países y también por la subnotificación de casos, ya que éstos son el denominador de la fórmula para el cálculo de la letalidad. Actualmente, se están diagnosticando mayoritariamente los casos que llegan a consultar a un centro asistencial, es decir, probablemente, los con mayor compromiso. La letalidad actual es de 4,2% (Figura 1).

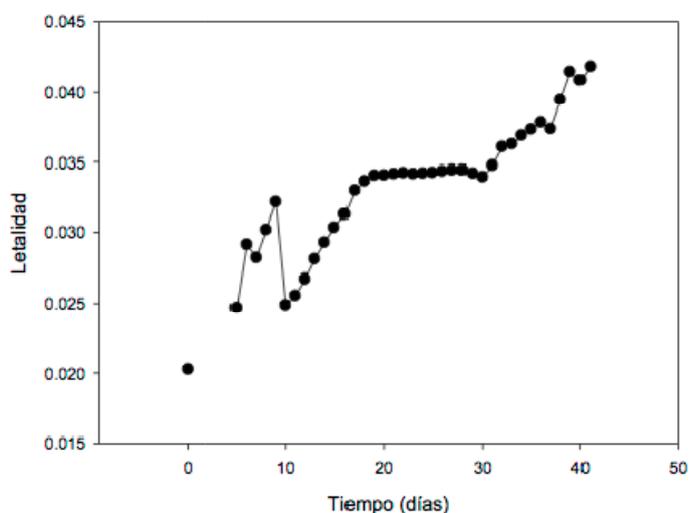


Figura 1. Evolución mundial de la letalidad desde el día 20

El R_0 de la pandemia (estimación del número de nuevas personas infectadas que genera un enfermo en el periodo de contagiosidad) a nivel mundial es 2,35 y el R_0 calculado hoy para Chile considerando un intervalo serial de 6,5 días es $R_0 = 3,00$ (IC95% 2,94 y 3,06) y un tiempo de duplicación: $T_2 = 2,25$ días.

Las predicciones hasta ahora para la semana 4 sería: número de casos entre 1242 y 1320 (Figura 2) y la necesidad de 30 camas UCI aproximadamente. Las proyecciones de posible saturación del sistema de salud según nuestros modelos, basados en un requerimiento de 500 UCI para pacientes COVID-19, proponen que ésta puede producirse con alta probabilidad en la semana 7, si la curva de casos sigue como hasta ahora con un crecimiento exponencial.

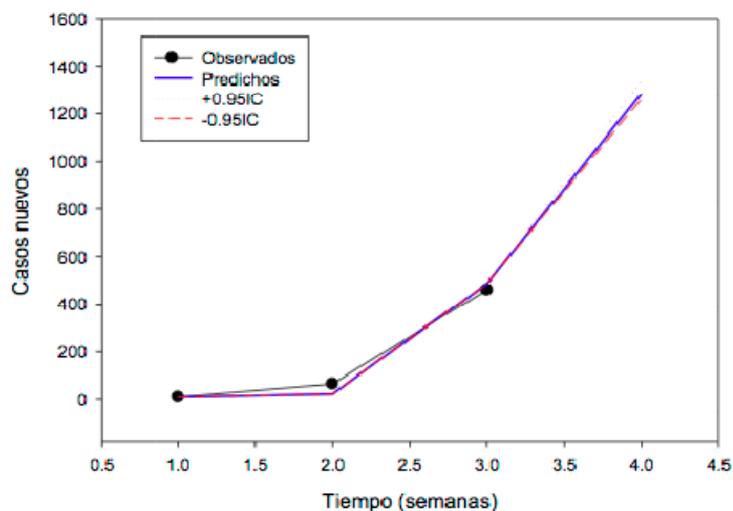


Figura 2.- Predicciones para la semana 4, con sus intervalos de confianza 95%

Estrategias que pueden ser complementarias son: **1) Mitigación**, cuyo objetivo es reducir la tasa de incidencia de nuevos casos, sin suprimir la epidemia. Es decir disminuir el R_0 ; y la segunda **2) Supresión**, que consiste en lograr “quebrar la curva epidémica”, logrando un $R_0 < 1$ (Ferguson et al., 2000).

Ambas medidas tienen consecuencias, beneficios y costos. La mitigación combinando los efectos de cuarentena en casa de casos sospechosos y de sus contactos y distanciamiento social podría reducir el peak de demanda hospitalaria a 2/3 y la mortalidad a la mitad. Sin embargo, la epidemia resultante aún produciría cientos y miles de muertos y colapso del sistema de salud. En el escenario más óptimo podría resultar en un aumento a 8 veces la demanda de camas críticas en el peak de la epidemia, de acuerdo a lo observado en el Reino Unido y en Estados Unidos (Ferguson et al., 2020).

La segunda estrategia es la supresión que requiere combinación de distanciamiento social de toda la población aislamiento de casas, combinada con cierre de colegios y universidades y medidas duras de cuarentena. Este tipo de medidas debe ser mantenida por tiempo necesario para que se desarrolle inmunidad poblacional o se genere una vacuna. Esto solo es posible si **las medidas “duras” tienen “espacios de relajación de ellas** que permitan la recuperación de las libertades personales el acceso laboral y la recuperación del personal de salud.

2. Medidas para frenar la transmisión

Los pilares para frenar la transmisión de la infección se pueden agrupar en dos:

- 2.1 Detección y aislamiento de casos y contactos
- 2.2 Distanciamiento social

2.1 Detección y aislamiento de casos y contactos

En términos de la detección y aislamiento de casos y contactos, sabemos que es una estrategia clave en todas las fases de una epidemia. No es posible controlar un brote epidémico sin una adecuada detección y aislamiento. Esto requiere condiciones que hasta hoy no han sido implementadas de manera adecuada a lo largo del país:

- **Toma de muestra, procesamiento y diagnóstico instalados en capacidad suficiente**, lo cual debe estar disponible en todo el país, fuera de los servicios de urgencia e incorporando modalidades que permitan testear en domicilio y/o la realización de exámenes de manera planificada en centros de salud fuera de las urgencias.
- **Aislamiento efectivo de los casos**, para lo cuál resulta idóneo poder contar con residencias sanitarias, que no impliquen la utilización de la capacidad hospitalaria instalada, donde se puedan supervisar los aislamientos de casos confirmados leves de manera segura, reduciendo el riesgo de contagio intra-domiciliario y la circulación viral. Las residencias sanitarias han sido planteadas por el Comité Asesor y la autoridad, no obstante, a la fecha se encuentran en fase de implementación, pero se desconoce su real capacidad.
- **Estudio de contactos y vigilancia epidemiológica** para supervisar las cuarentenas. Esto ha tenido deficiencias de implementación y requiere fortalecer los recursos humanos, además de sumar herramientas digitales (las cuales ya se habían comprometido) para facilitar la trazabilidad y supervisión de contactos.
- **Detección activa de casos en la comunidad** mediante el testeo de fiebre al ingreso de instituciones y edificios, centros educacionales, transporte público y controles en cordones sanitarios, esto es particularmente relevante para las fases en las que el distanciamiento social se ha atenuado.

Las experiencias de los países asiáticos tales como Singapur, Corea del Sur y Hong Kong se han basado en una gran capacidad de detección y aislamiento de casos y contactos, lo que se ha visto beneficiado por una preparación previa de sus sistemas de respuesta y la ciudadanía dada por las epidemias de SARS y MERS durante los últimos años.

2.1.1 Recomendaciones:

- **Incremento de la capacidad de detección de SARS-CoV-2 en la red a lo largo del país**
- **Desarrollo de protocolos y estrategias que permiten el testeo no sólo vía urgencias hospitalarias, si no que también ambulatoria programada (tanto en hospitales, CESFAM y centros privados ambulatorios) y domiciliaria.**
- **Implementación acelerada de residencias sanitarias para el aislamiento de casos leves**
- **Incrementar la dotación en el Departamento de Epidemiología y las SEREMI del país para el estudio de contactos y vigilancia epidemiológica mediante cometidos funcionarios desde otras unidades (ej. Universidades, FONASA, Superintendencia, etc) y contratación de nuevo personal para fortalecer la dotación**
- **Implementación de estrategia detección activa de casos en la comunidad.**
- **Implementar de manera efectiva protocolos de manejo en caso de personas fallecidas.**

2.2 Distanciamiento social

Las medidas de distanciamiento social buscan disminuir la circulación del virus y la probabilidad de aumentar el número de casos positivos. Se pueden intensificar progresivamente medidas de distanciamiento social según cuanto pueden disminuir la circulación de la población y el contacto entre ellas. De esta manera, se pueden implementar cierres de centros educativos, eventos deportivos, culturales y de entretenimiento, cierre del transporte público, entre otras medidas.

En la actualidad Chile ha implementado el cierre de centros educativos por 14 días (efectivo desde el lunes 16 de marzo) y eventos con más de 50 personas (desde el lunes 16 de marzo), prohibición de visitas a centros de adultos mayores por los próximos 30 días y la cuarentena de dos territorios (Caleta Tortel e Isla de Pascua). El miércoles 18 de enero, se hizo efectivo el cierre de las fronteras. A partir del 21 de marzo se decreta el cierre de cines; teatros, restaurantes, pubs, discotecas, eventos deportivos independientes que congreguen público. Fuera de estos sectores, las actividades laborales se mantienen activas sujetas a recomendaciones de teletrabajo por parte de la autoridad en todas aquellas áreas que sean posible.

Cierre total

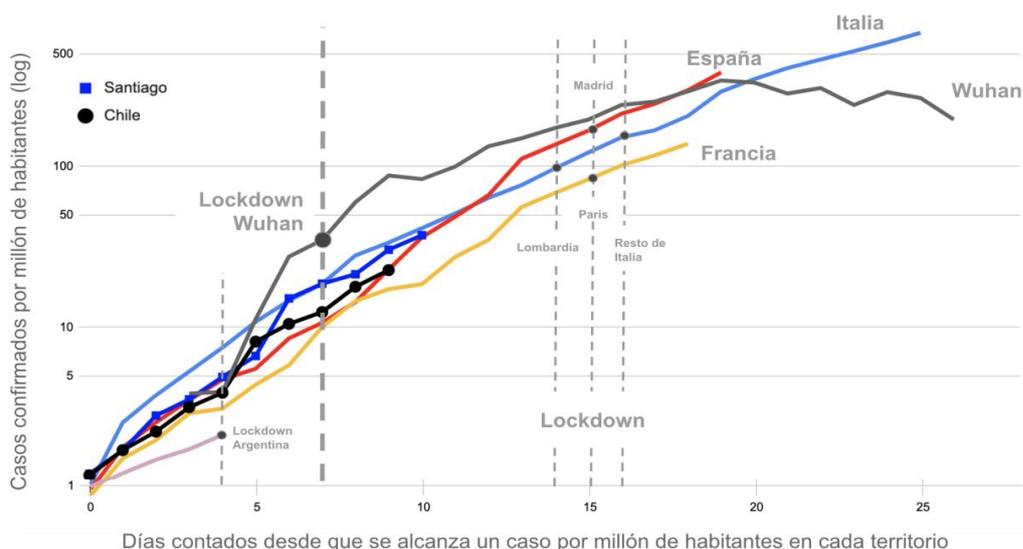
El lockdown o cierre total preventivo es una medida extrema de distanciamiento social en la que se limita toda la actividad que no es estrictamente esencial para el funcionamiento de un territorio. Se limita la movilidad desde y hacia la ciudad, provincia o región afectada. Implica el cierre de empresas, centros educativos y deportivos, comercios, lugares de

entretenimiento, instituciones públicas y de espacios públicos tales como parques. El objetivo es reducir al mínimo las interacciones sociales y las aglomeraciones, buscando minimizar la circulación del virus y reducir el riesgo de contagio.

En el cierre total preventivo se debe asegurar que las actividades esenciales se mantengan en funcionamiento. Estas incluyen los servicios de salud, bomberos, fuerzas armadas y del orden, farmacias y gasolineras de turno, comercio de abarrotes y alimentos, servicios de recolección de basura y otros servicios esenciales para mantener funcionamiento de red de agua, gas, electricidad y telecomunicaciones. Las cadenas de producción y distribución de insumos y alimentos deben ser especialmente resguardadas.

La circulación de la población está limitada a actividades básicas tales como abastecimiento de bienes de primera necesidad y consultas por atención médica, así como aquellos trabajadores que deben seguir manteniendo las actividades críticas para la ciudad. No es posible la salida o entrada a la ciudad, provincia o región a menos que se deba a razones bien justificadas (tales como abastecimiento, traslado de pacientes, etc).

La experiencia de China, en particular en la ciudad de Wuhan, indica que un cierre implementado precozmente tiene el potencial de reducir la curva epidémica aproximadamente 2 semanas posterior a su implementación. Países Europeos como España, Italia y Francia han tomado la decisión de cierres totales de ciudades o regiones de manera más tardía, sin verse hasta la fecha un quiebre en las curvas de casos (Ver Figura). La ciudad de Santiago que concentra cerca del 70% del total de casos del país ya tiene una tasa por millón de habitantes mayor a la que tenía Wuhan al momento de decidir el cierre.



Fuente: J. Perez & C. Cuadrado a partir de datos OMS, MINSAL, Zunyou & McGoogan 2020.

2.2.1 Recomendaciones:

- **Implementar un cierre total de la Región Metropolitana por 2 semanas con el objetivo de reducir la curva de casos, completar la implementación de otras medidas y reducir el tránsito de pacientes infectados hacia otras zonas del país.**
- **Desarrollo de planes de contingencia y criterios conocidos para el cierre de zonas geográficas del país en lo sucesivo.**
- **Implementar un plan económico que impida despidos y asegure mantener ingresos durante los períodos de cierre para trabajadores/as formales e informales.**
- **Constituir coordinaciones regionales apoyadas y articuladas con el nivel central para monitorear y participar en la definición de las decisiones estratégicas pertinentes de acuerdo con la evolución de la epidemia y los criterios.**

3. Medidas para mejorar la respuesta del Sistema de Salud

La organización de la respuesta del sistema de salud a la epidemia debe hacerse desde una perspectiva de red que incluya a todos los niveles de atención, dicho esto, un elemento crítico es la capacidad de atender a quienes desarrollan las formas más severas de la enfermedad, es decir a quienes requieren hospitalización y, entre éstos, a quienes requerirán cuidados intensivos.

3.1 Enfrentar la demanda de atención por COVID-19

El modelamiento que han hecho Ferguson et. al (2020) del Imperial College de Londres, sobre la base de reportes de China, Italia y el propio Reino Unido, estima que quienes requieren hospitalización entre los pacientes sintomáticos oscila entre 0,1% para los menores de 10 años y 27,3% para las personas de 80 y más años (50-59 años: 10,2%; 60-69 años: 16,6%; 70-79 años: 24,3%). Si concentramos el análisis en el grupo de 60 y más años, entre los hospitalizados de este grupo, aquellos que requerirán atención en unidades críticas oscila entre 27,3% para el grupo de 60-69 años y 79,9% para las personas de 80 años y más.

Con la información disponible hasta ahora, entre quienes han sido confirmados como positivos para el virus (sintomáticos), el porcentaje que ha requerido hospitalización ha sido más bajo (alrededor del 6%). Sin embargo, entre los hospitalizados, el porcentaje que ha requerido ventilador (24%) es similar al reportado por Ferguson et al. para el grupo de mayor edad.

En Chile, la dotación de camas en relación con la población es de 2,2 camas por cada mil habitantes, lo que corresponde a 38.571 camas, incluyendo camas de prestadores públicos y privados. En ese total, las camas que son estrictamente privadas (de las clínicas de la Asociación de Clínicas de Chile) son 6.914 (17,9%), de las cuales un 60% se encuentra en la Región Metropolitana. Las camas del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) son 25.991. Hay también camas de las mutuales de seguridad (698) y de hospitales universitarios y hospitales de las Fuerzas Armadas (2.403). Si se consideran las camas del SNSS y de los hospitales de las Fuerzas Armadas, el sistema de salud chileno es claramente público.

A nivel de camas críticas, la situación es un poco distinta. El Sistema Nacional de Servicios de Salud, a nivel nacional tiene una dotación de 1.698 camas críticas de hospitalización, entre las cuales 640 corresponden a UCI (268 en la Región Metropolitana) y 1.058 a UTI (425 en la Región Metropolitana). La estimaciones respecto de camas del sector privado es que estas serían de alrededor de 800.

El modelamiento realizado por Canals para efectos de determinar el punto de colapso del sistema (Canals, 2020), plantea una ocupación de 75% de la dotación de 640 camas UCI del SNSS, considerando que estas camas estén dedicadas de manera exclusiva a pacientes de coronavirus (tasa de ocupación de estas camas, sin coronavirus, supera el 80%). Sobre esta base, el colapso del sistema se produciría entre la semana 7 (que termina el domingo 19 de abril), si es que la curva se sigue comportando como hasta ahora, y la semana 10 (que termina el domingo 10 de mayo), si es que la curva se aplanan hacia el escenario más optimista producto de las medidas que se han implementado.

3.1.1 Recomendaciones:

- **Concentrar las camas críticas (recursos especializados) en algunas zonas del país (3 o 4), una de las cuales debe ser la Región Metropolitana (esta fue la estrategia usada en Wuhan).**
- **Incrementar el número de camas críticas y que este incremento sea consistente con esta concentración en las zonas que se establezcan.**
- **Incorporar las camas de todos los prestadores (públicos y privados) en la gestión de red liderada por la autoridad sanitaria bajo las atribuciones que otorga el Estado de excepción.**
- **Asegurar equipamientos, capacidades humanas y técnicas para el adecuado funcionamiento y gestión de camas críticas, ya sea mediante conversión de camas al interior de los hospitales, instalación de hospitales especializados, de campaña y de descarga, asegurando a la población su debida atención, hasta en el peor escenario de aumento de casos.**

3.2 Organización de la respuesta en la red

La pandemia nos encuentra como país con un sistema de servicios de salud caracterizado por la presencia de un pilar público significativo, con experiencia organizacional y comunitaria de enfrentamiento de aumentos estacionales de consultas y atenciones de cuadros respiratorios y con una red de atención de alta cobertura. Al mismo tiempo enfrentamos un sistema con varios ejes de fragmentación (APS municipal y atención secundaria dependiente del servicio de salud; institucionalidad público/ privada) con importantes desigualdades en el proceso de atención de salud, por ingresos, por territorio. Se suma a ello el déficit relativo de camas y camas críticas, y la distribución inequitativa de recursos financieros y humanos entre el sector público/privado. El sector público presenta una arrastrada crisis de financiamiento, con dificultades para hacer frente a la demanda asistencial antes de enfrentar esta epidemia. Finalmente, la presencia distorsionadora de reglas del mercado en la atención de salud, que ha permeado los mecanismos de articulación de ambas institucionalidades y la globalidad del sector.

Frente a la fragmentación estructural del sistema, construir acciones coordinadas requiere de una alta participación de los equipos de salud de los distintos niveles de atención en la toma de decisiones y desarrollo de estrategias conjuntas. La disposición y compromiso colectivo para un trabajo articulado debe partir del reconocimiento de las realidades y necesidades locales, como de su capacidad de innovación para enfrentar los desafíos territoriales y nacionales. No es razonable definir como expertos sólo a médicos, académicos y autoridades nacionales e internacionales, sino que es necesario atender a los aprendizajes de los equipos de salud y de las comunidades. Una conducción integrada del sector no implica un modelo autoritario de gestión, pues este último sólo pondrá en riesgo las voluntades y limitará severamente las capacidades de actuación efectiva ante la crisis.

3.1.2 Recomendaciones:

- **Estrategia nacional que maneje los recursos para su distribución con equidad a nivel territorial y no reproduzca y profundice desigualdades. Las diferencias de recursos financieros entre comunas no debe diferenciar las estrategias preventivas y asistenciales a las que la población tendrá acceso.**
- **Conducción estratégica integrada del sistema con igualdad de criterios al sector público y privado. Dispositivos y sus capacidades deben ponerse al servicio de las necesidades de la población en esta contingencia nacional, independientemente de la capacidad de pago de quienes requerirán la atención.**
- **Involucrar a equipos de los diversos niveles asistenciales para la articulación y coordinación de la respuesta progresiva de las redes asistenciales a nivel local (SS), para recoger conocimientos, preocupaciones y generar iniciativas de enfrentamiento de la red en su conjunto.**

- **Promover participación de APS en el diseño e implementación de formatos de soporte respiratorio de emergencia, llámese hospitalización domiciliar y camas de corta estadía, entre otras posibilidades.**
- **De forma primordial resguardar de manera efectiva al personal de salud cuyo trabajo es el que sostiene la respuesta concreta en el contexto de esta epidemia, para ello prever e implementar estrategias y protocolos de rotación y reposición de personal crítico y garantizar con calidad y suficiencia los insumos para su efectiva protección.**

4. Transparencia en la toma de decisiones y en la entrega de datos

La ciudadanía se encuentra viviendo una crisis de salud global, pero no se puede desconocer que esto ocurre en un escenario de tensión político-social a nivel nacional, donde la confianza y la credibilidad de las autoridades han sido cuestionadas más de una vez. En ese marco, la estrategia comunicacional debe considerar que las vocerías y la transparencia en la información, como el acceso público oportuno a datos epidemiológicos, son importantes para construir confianza. La claridad en los procesos de toma de decisiones es vital para la implementación efectiva de las medidas que se pide sean seguidas por toda la población.

Por otra parte uno de los valores de la producción científica y de los datos abiertos es la posibilidad de cerrar brechas de conocimiento de forma colaborativa y oportuna, esto es lo que ha permitido a investigadores alrededor del mundo volcar sus esfuerzos al estudio del comportamiento de esta pandemia, desde los análisis virológicos, epidemiológicos, sociológicos, éticos y de tantas otras disciplinas, que han aportado así a la comprensión que hoy tenemos del fenómeno y de las estrategias de control adaptadas a cada contexto. Para ello se requieren reportes de información epidemiológica oportunos, completos y también con niveles importantes de desagregación, para hacer posibles los análisis que hoy se necesitan (edad, sexo, historial de transmisión, ciudad, comuna, estado clínico, entre otras).

4.1 Recomendaciones:

- **Comunicación oportuna, transparente y efectiva hacia la comunidad**
- **Brindar acceso completo a la data disponible de registro de casos diagnosticados, exámenes realizados, confirmaciones, ubicación en el territorio de los casos a la comunidad científica.**
- **Compartir con la comunidad científica los modelos predictivos utilizados por los grupos de expertos para guiar las acciones implementadas por las autoridades.**
- **Publicar las actas de reuniones del grupo de expertos**

5. Aspectos del contexto social a considerar

Es un hecho que esta epidemia golpeará a ciertos grupos sociales más que a otros, y esto debe estar presente en el análisis y abordajes para una respuesta equitativa, tanto en la prevención como en la atención de la enfermedad. Las personas de todos los estratos están expuestas a adquirir el SARS-CoV-2, pero la carga de enfermedad previa sin duda pondrá en mayor riesgo a grupos más vulnerados. También otros ejes de desigualdad social, como género, deben ser considerados y analizados en su influencia. Las mujeres, junto con estar más representadas en hogares de escasos recursos y en el trabajo informal, haciendo difícil realizar aislamiento social, participan mayoritariamente en el cuidado formal e informal de la salud, cuidando en esta epidemia a personas enfermas, y estando a cargo de niños/as y personas mayores en su hogar, muchas veces en simultáneo. Junto con ello por su mayor esperanza de vida predominan también en el grupo que enfrenta mayor riesgo de condiciones críticas por la infección. La migración como otro eje de desigualdad, determina para una población importante menor acceso a recursos sociales y en muchos casos condiciones de hacinamiento, hoy de alto riesgo para la adquisición y propagación del virus.

Junto con los problemas de precariedad laboral y trabajo informal que dificultan el cumplimiento de medidas de aislamiento social, se han denunciado pobres condiciones sanitarias de trabajadoras/es en distintos sectores del trabajo remunerado, entre otros, el caso de los conductores de transantiago. En este momento es crítico asegurar condiciones en falta o evitar la exposición de estos/as trabajadores/as cerrando aquellas empresas que no brindan condiciones mínimas para implementar las medidas de higiene y prevención recomendadas, garantizando la seguridad de sus trabajadores/as y que no se transformen en fuentes de propagación sistemática.

Todas estas cuestiones ponen sobre la mesa la necesidad de agregar complejidad al tratamiento de medidas preventivas, las formas y los mensajes para llegar de manera efectiva hacia toda la población como también en las estrategias de detección, manejo de casos a nivel comunitario y garantías de acceso a la atención de mayor complejidad si así se requiere.

5.1 Recomendaciones:

- **Incluir a científicos sociales en comisiones asesoras y de organización de la respuesta frente a la epidemia para realizar análisis con perspectiva de género e incorporar elementos socioculturales propios de nuestra realidad, mejorando así la pertinencia y efectividad de las medidas propuestas.**
- **Incorporar en comisiones a distintos niveles la participación de dirigentes sociales, representantes de organizaciones de trabajadores/as, de mujeres,**

población indígena y migrante, que pueden aportar su conocimiento sobre necesidades en los territorios que de otro modo no son visibles ni consideradas.

6. Salud Mental

La salud mental de la población es sensible a la exposición de factores estresores, tales como la contingencia que esta epidemia ha creado, y los diversos miedos y temores que se generan (miedo al contagio, miedo a no recibir una atención oportuna y de calidad, miedo a la muerte, etc.). En esta situación, las personas con síntomas pre-existentes pueden agudizar sus problemas o aparecen cuadros en el corto, mediano o largo plazo.

Los estudios realizados en nuestro país muestran una elevada prevalencia de los trastornos ansiosos, tanto en la población adulta como en la infanto-juvenil. Este tipo de cuadros pueden acentuarse a medida que la epidemia vaya creciendo y se tomen medidas cada vez más restrictivas de aislamiento social.

Por otra parte, algunas personas pueden experimentar cuadros de Estrés Agudo durante el desarrollo del brote epidémico, así como el Trastorno de Estrés post-traumático en los meses siguientes, y en especial en quienes hayan sufrido situaciones más complicadas, o una experiencia de cuarentena.

Una consideración muy especial debe ser hecha para los trabajadores de la salud, quienes combinan una fuerte vocación de ayuda a otros, pero en una situación donde ellos pueden enfermar y sufrir las consecuencias, a propósito de su trabajo. En especial, si tienen la sensación de no estar siendo bien protegidos en este desempeño laboral. Este grupo es donde se han descrito con mayor frecuencia los Trastornos por Estrés post-traumático en situaciones de epidemia.

Por lo anterior es fundamental considerar estrategias que permitan enfrentar:

- a) los efectos en la salud mental de la emergencia y medidas tomadas en relación con ésta, en el corto, mediano y largo plazo, para la población general y para trabajadores de la salud.
- b) las necesidades de cuidado de las personas con enfermedad mental durante la emergencia.
- c) cautelar la continuidad de los tratamientos especializados en curso en personas que presentan trastornos psiquiátricos mayores y orientación a sus familias.

El foco es contribuir efectivamente a mitigar síntomas ansiosos o angustiosos de personas con o sin condiciones de salud mental preexistentes, reconociendo el contexto de incertidumbre, restricción de libertades y emergencia de nuevos estresores (financieros, políticos, familiares), pero también los recursos institucionales y comunitarios disponibles.

6.1 Recomendaciones:

- **Mantener una estrategia comunicacional que sea realista y evite la generación de miedo en la población. Se deben combinar mensajes que sean claros y precisos sobre los riesgos, las conductas de prevención y las necesidades de aislamiento, junto con mensajes que señalen que se trata de una situación transitoria, con un tono de esperanza, poniendo énfasis en que con el apoyo y la responsabilidad de todos podemos lograr que esta epidemia produzca los menos daños posibles.**
- **Disponer y centralizar recursos digitales sobre prácticas de vida más saludables (alimentación, deporte, sueño, meditación, trabajo en casa, relaciones familiares, uso de las redes sociales virtuales).**
- **Disponer y centralizar material escrito y audiovisual con estrategias innovadoras de afrontamiento del estrés en períodos de aislamiento, basado en evidencia de guías de recomendaciones de primera ayuda en salud mental.**
- **Diseñar, coordinar y proveer medios para la continuidad de la atención de salud mental por Médico/as, Psiquiatras, Psicólogo/as, Trabajadores sociales, Terapeutas ocupacionales, entre otros, ya sea para la atención de psicoterapia, farmacológica, social y ocupacional por parte de las redes de salud mental públicas existentes, en modalidad a distancia, y excepcionalmente en domicilio, tanto de la APS, Centros Comunitarios de Salud Mental y otros dispositivos de atención de la red. La evidencia sobre intervención en modalidad a distancia en salud mental es favorable.**
- **Diseñar y proveer estrategias especializadas para la atención de salud mental de funcionarios de salud, ya sea a distancia o in situ, permitiendo espacios permanentes de descompresión emocional luego de turnos laborales.**
- **Diseñar y coordinar voluntariado de profesionales o agentes de salud mental para la atención de la población general, proveyendo los medios digitales necesarios, permitiendo con ello subsanar las limitaciones de los recursos institucionales disponibles y catalizando el apoyo social recíproco de la comunidad.**
- **Garantizar la continuidad de atención de personas en actual tratamiento en salud mental, por la vía mencionada en el punto anterior como a través de estrategias de dispensación de fármacos si es el caso, en contextos no hospitalarios (domiciliarios, establecimientos educacionales, juntas de vecinos, etc.) para prevenir contagios. Esto incluye a quienes son atendidos en los Centros Comunitarios de Salud Mental que dependen de los municipios.**
- **Pesquisa de efectos nocivos del estrés laboral en los equipos de salud mental, con atención especial a señales precoces de Burnout, lo que implica una preocupación por la distribución equitativa de las tareas (lo que incluye tanto a los profesionales como los técnicos y administrativos de cada equipo), organización de turnos que permitan una jornada laboral de menor exigencia, atención permanente a signos o síntomas de contagio, etc.**

- **Fomentar, al igual que en el resto de la población, los cuidados en el hogar y la aplicación de todas las medidas caseras de tipo preventivo e higiénico señaladas por la autoridad de salud, limitando las consultas presenciales innecesarias, evitando las hospitalizaciones psiquiátricas cuando sea posible y/o el desarrollo protocolos de hospitalización domiciliaria cuando sea posible.**

Referencias

Canals M. Es difícil hacer predicciones a largo plazo, las medidas mundiales han hecho muy poco efecto sobre la capacidad de dispersión del virus [en línea]. Entrevista realizada 18 Marzo de 2020. Comunicaciones Escuela de Salud Pública. Disponible en: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/161936/es-dificil-hacer-predicciones-a-largo-plazo>

Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand [en línea] 2020 Mar 16 [consultado el 17 mar 2020]. Disponible en: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf> doi: <https://doi.org/10.25561/77482>