

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA ANTE LA PANDEMIA Y MULTIMORBILIDAD CRÓNICA EN LA POBLACIÓN CHILENA

Dra. Paula Margozzini M. División de Salud Pública y Medicina Familiar. Facultad de Medicina UC.

Mucho se discute sobre la sobrecarga inmanejable que esta epidemia ocasionará a nuestro sistema de atención en salud, especialmente lo referente a camas críticas. Si mucha gente se infecta, nuestro sistema no puede hacerse cargo de atender cara a cara –en UCI si fuera necesario– a dos grupos bien evidentes: la población de bajo riesgo que enferma grave por Covid-19 (jóvenes también pueden hacer cuadros graves), más toda la población de alto riesgo (mayormente enfermos crónicos) que evolucionan con un Covid-19 grave. Sin embargo, solemos obviar la estimación de un tercer grupo de cuadros graves que requieren UCI, aquellos enfermos con eventos cardiovasculares, EPOC, traumatismos, cáncer, insuficiencia renal y cirrosis descompensadas que ya utilizaban la mayor parte de nuestras camas críticas.

Mucha gente puede no comprender que las personas de alto riesgo no son exclusivamente los que tienen mayor edad. El 17% de los adultos de 15 o más años vive con cinco o más enfermedades crónicas simultáneas, lo que llamaremos “gran multimorbilidad crónica” (GMC). El 80% de ellos son menores de 65 años y tienen menos de 12 años de educación. La población con GMC en Chile se estima en 2,5 millones de personas (Margozzini P., Passi A. comunicación personal en base a ENS 2017).

Proteger del virus que causa el Covid-19 a esta población de alto riesgo implicaría aplicar en ellos una estrategia integrada caracterizada por: cuarentena obligatoria individual con derecho a licencia médica y con asistencia permanente a cadenas especiales de abastecimiento de víveres y fármacos de uso crónico, junto con acceso expedito a telemedicina, exámenes de laboratorio y cuidadores no infectados para aquellos con discapacidad o dependencia, junto con apoyos en línea para cuidar su salud mental y mantenerlos físicamente activos. Un tremendo desafío, sin embargo, el efecto en disminución de ocupación de camas críticas podría ser notable, ya que no solo disminuiría las utilizadas por Covid-19, sino también el tercer grupo de camas críticas ocupadas habitualmente en tiempos tranquilos.

En tiempos tranquilos los GMC no caben en el sistema de salud y la idea de modelos de atención integrados estratificados por multimorbilidad, como los mencionados en el párrafo anterior, enfrentan importantes problemas de implementación. En tiempos sin pandemia, la cobertura de tratamiento continuo de enfermos crónicos de mayor multimorbilidad es menor a 60% y la cobertura efectiva de tratamiento mucho menor (Margozzini P, Passi A, comunicación personal en base a ENS 2017). Si algo bueno pudiera traer esta pandemia, es reforzar la necesidad de este tipo de modelos de atención, por otro lado, la flexibilidad administrativa en tiempos de excepción constitucional, más la motivación simultánea y altruista de muchos actores en tiempos de pandemia, podría lograr que la APS pudiera dar un salto innovador que le permita superar restricciones de personal, dificultades tecnológicas y logísticas que en tiempos tranquilos le impiden avanzar.

La mejor combinación de medidas de salud pública ante una crisis sanitaria como la impuesta por esta pandemia es una combinación de dos estrategias simultáneas y complementarias (Margozzini P, Bambs C, 2018): "medidas poblacionales o *population-wide*" que afectan al 100% de la población –educación sobre higiene, medidas regulatorias y restrictivas del contacto social, entre otras–, más las "acciones específicas dirigidas a la población de alto riesgo o *high risk strategies*". Esta última población, incluye a los sintomáticos Covid-19 (diagnóstico, tratamiento, aislamiento, seguimiento de contactos), pero también debería incluir la vigilancia estrecha de población con alto riesgo de complicarse por Covid-19 (enfermos con multimorbilidad crónica). Las medidas dirigidas a población de alto riesgo, van a estar siempre limitadas por los recursos disponibles en el sector salud (cantidad de exámenes que podemos hacer, cantidad de contactos que podemos identificar, aislar y seguir, cantidad de personas de riesgo que podemos vigilar).

Pocos dimensionan los números absolutos de necesidad de camas críticas a los que nos enfrentamos en esta pandemia. Hemos escuchado de modelamientos que predicen utilización peak de ventilación mecánica entre 1000 y 14 mil. El sistema de atención hospitalario chileno tiene 10 veces menos camas que Japón, somos uno de los más bajos de la OECD.

Se requiere hacer todos los esfuerzos por aplanar la curva, es inevitable tener que aplicar intensas medidas poblacionales restrictivas justamente para evitar contagiar a esos 2,5 millones de enfermos crónicos de más riesgo que no podemos esconder –ellos están viviendo en la comunidad con jóvenes y niños, con trabajadores esenciales y no esenciales y con trabajadores de la salud. Ellos entran y salen todos los días de los hogares, muchos de los cuales son hogares hacinados y precarios–. Esto permitirá de alguna manera retrasar y disminuir el peak de necesidad de camas UCI, sin embargo, de no mediar una alta cobertura de diagnóstico Covid-19 y aislamiento de contactos, el impacto sanitario sólo se retrasa en el tiempo.

Lo que no parece ser bueno son los bruscos "*lock down* totales" realizados tempranamente por algunos países menos desarrollados al ver que sus capacidades de diagnóstico y vigilancia son muy escasas. Estas medidas bruscas e intensas, sobre todo si afectan a comunidades socioeconómicamente vulnerables que tienen menor capacidad de adaptación, pueden ser contraproducentes. Las medidas restrictivas intensas (ej. cordones sanitarios y cuarentenas comunitarias totales), requieren tomar los resguardos y preparativos que permitan asegurar la continuidad de servicios básicos y cadenas de abastecimiento, especialmente lo que se refiere a mantener los tratamientos crónicos de población de alto riesgo. Por otro lado, las medidas económicas y laborales dirigidas a población más vulnerable son extraordinariamente importantes para que las medidas restrictivas logren adherencia poblacional. La forma en que se comuniquen los riesgos e implementen las medidas impactarán su adherencia y resultados.

Es muy importante que el sistema de salud, prestadores públicos y privados, gobiernos locales y universidades puedan invertir enormes cantidades de recursos en diagnosticar y aislar a los que hacen síntomas al menos, independiente de si son población de bajo o alto riesgo. Además, hay que hacer todos los esfuerzos por aislarlos e identificar a sus contactos, aislarlos y seguirlos. Los sistemas de vigilancia epidemiológica de los Ministerios de salud en todo el mundo, se ven sobrepasados ante una pandemia y enfrentan demoras entre el diagnóstico, notificación y llamado a los contactos, por lo cual es muy importante que los prestadores de salud públicos y privados que están en la primera línea e identifican a los casos, colaboren en la tarea de indicar aislamientos a pacientes y sus

contactos y dar seguimiento a lo que está ocurriendo con los pacientes en los domicilios. La atención primaria y el gobierno local pueden ayudar proactivamente en esto complementando la acción del sistema de vigilancia epidemiológica se las SEREMI. A diferencia de grandes naciones de América del Norte y Europa, en Chile aproximadamente 56% de los casos Covid-19 notificados todavía son claramente trazables –fueron casos viajeros o contactos de casos positivos. Todos ellos tienen derecho a recibir una licencia antes de tener ningún síntoma y tienen derecho a realizarse el examen si desarrollan cualquier síntoma, aunque este sea leve–. Esto implica que con buena vigilancia epidemiológica y control deberíamos ser capaces de modificar el curso de la epidemia. Talca, por ejemplo, logró contener el brote con estas medidas, distinto ha sido el caso de otras localidades.

La comunidad empoderada también puede colaborar, ya que cualquier sintomático respiratorio hoy debería comportarse responsablemente como si fuera un “caso Covid positivo” hasta que no se demuestre lo contrario. No todos ellos podrán realizarse el examen, es cierto, ya que usamos un punto de corte llamado definición de “caso sospechoso” que nos restringe, permitiendo hacer uso racional y focalizado (focaliza en los más contagiosos) de un recurso que es escaso, el test diagnóstico. La población sintomática entonces, sepa o no si su caso está confirmado, requiere contribuir tomando las precauciones para no contagiar a otros (aislarse, extremar medidas de higiene, usar mascarilla si tiene que acudir forzosamente a alguna parte, no acercarse a personas de alto riesgo).

Existen diversos modelamientos matemáticos circulando en estos días, tratando de predecir el impacto que tendrá la epidemia en la necesidad de camas de UCI. No es nada de fácil hacer esta predicción ya que hay muchos supuestos y datos que son estimados con incerteza. Los resultados serán muy diferentes si logramos reducir el contacto social comunitario en 30% o 70% (disminuyendo número de personas que en promedio son contagiadas por un caso Covid-19), también lo serán si logramos diagnosticar al 20 o al 60% de los casos y aislarlos. Por otro lado, la estimación certera del tiempo de duplicación inicial de la epidemia (antes de tomar medidas) cambia mucho las predicciones, son miles de camas UCI adicionales las que se estiman modificando este tipo de supuestos, con lo que el rango de las predicciones puede oscilar entre una necesidad de 500 ventiladores mecánicos o 15.000 en una fecha determinada. En el escenario optimista logramos superar la crisis, pero en el escenario pesimista habrá miles de personas debatiéndose entre la vida y la muerte sin ninguna posibilidad de tener la oportunidad de ser conectado a un ventilador mecánico.

¿Cuán largo deben durar las medidas poblacionales restrictivas? Es necesario y probable que sean muchos meses, pero podrían ser aplicadas en forma intermitente. Esperamos que la llegada de una vacuna segura se demore al menos 1 año, esto ayudará mucho para los rebrotes que vendrán. Esperamos también que protocolos más específicos de tratamiento de casos graves estén disponibles en menos plazo, meses y esto permita mitigar la necesidad de ventiladores mecánicos.

El esfuerzo colaborativo mundial que se ha desplegado por lograr estos dos últimos objetivos no tiene precedentes por lo cual confío en que se lograrán.

La enseñanza es clara, ya lo advertía Bill Gates con gran visión y lo refuerza el director de la OECD, no hay que escatimar gastos para estar preparados para nuevas epidemias que vendrán. Es estratégico para un país invertir en formación de capacidades en Salud Pública (salud colectiva) y Epidemiología. También lo es invertir en fortalecer la inmunidad de la población y para ello hay

diversos caminos complementarios. Por un lado, está el desarrollo de vacunas, pero, por otro lado, es imperativo disminuir la enorme proporción de población de alto riesgo con enfermedades crónicas en nuestra población. Esto es parte importante de la planificación de un país "sustentable" que estará cada vez más expuesto a pandemias. Finalmente, no olvidar también que la inmunidad es regulada por el cerebro. Hoy sabemos que el bienestar psicosocial y la salud mental pueden proteger de las enfermedades y esto también se puede potenciar individual y comunitariamente.

Esta pandemia nos enfrenta a un gran desafío, sin embargo, también genera oportunidades de innovación que podrían beneficiar enormemente a la población con gran multimorbilidad crónica en Chile.