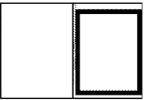




A CINCO AÑOS DEL INICIO DE LA PANDEMIA EN CHILE:

Mujeres de la primera línea del covid-19

Jeannette Dabanch, Dominique Osses, Carolina Ruiz y Claudia Cortés.



CUATRO ESPECIALISTAS DE LA SALUD RECUERDAN CÓMO SE VIVIÓ LA LLEGADA DEL VIRUS, CÓMO LO ENFRENTARON Y REFLEXIONAN SOBRE LAS LECCIONES APRENDIDAS. ASEGURAN QUE LA LUCHA CONTRA LA PANDEMIA FUE PROTAGONIZADA MAYORITARIAMENTE POR “MUJERES INVISIBLES”, QUE FUERON FUNDAMENTALES DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE LA PANDEMIA.

POR Claudia Ávila B. y Juan Luis Salinas T.
FOTOGRAFÍAS: Carla Pinilla.

El documento se llamaba “Recomendaciones manejo clínico de infección respiratoria por nuevo coronavirus 2019 (2019 n-COV)”, contenía una serie de recomendaciones frente a la posible llegada de esta nueva y desconocida patología a Chile y fue redactado por el Comité de Infecciones Emergentes de la Sociedad Chilena de Infectología. El jueves 23 de enero de 2020 lo enviaron al Ministerio de Salud, entonces encabezado por Jaime Mañalich. Tres semanas antes, a mediados de diciembre de 2019, la médica internista e infectóloga del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y en ese momento presidenta del Comité Asesor en Vacunas y Estrategias de Inmunización (Cavei), Jeannette Dabanch, ya había recibido una alerta sobre un brote de neumonías en Wuhan, una ciudad de la provincia de Hubei, en el corazón de China.

Dabanch, que además integraba este comité científico-técnico de la Sociedad Chilena de Infectología, se dijo: “Ojalá no sea Sars”. Recordó la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Grave, Sars-Cov que se infiltró en el mundo entre 2003 y 2004 y dejó más de 700 muertos en el mundo.

Las alarmas se encendieron el 31 de diciembre cuando las autoridades chinas informaron a la Organización Mundial de la Salud sobre 27 casos detectados de esta “neumonía atípica”. En cosa de días la cifra se duplicó y el primer muerto fue reportado el 9 de enero de 2020 en Wuhan y tres días después China hizo pública la secuencia genética del virus causante de esta neumonía.

—Entonces nos pusimos a estudiar todo lo que estaba publicándose y a trabajar en un primer documento de recomendaciones desde el punto de vista clínico —recuerda Dabanch.

Una semana antes de que la OMS declarara una alerta sanitaria internacional, el documento de los profesionales chilenos fue recibido por la Subsecretaría de Salud Pública y comenzó una serie de reuniones informativas en las que también participó la Sociedad Chilena de Infectología.

Dabanch y los integrantes del equipo investigador entregaron un segundo documento al Minsal el viernes 7 de febrero y el martes siguiente la OMS anunció que el nombre de esta nueva enfermedad sería covid-19.

Por ese entonces, recuerda Dabanch, en Chile existía la confianza de que había un buen entrenamiento para responder a

virus respiratorios, fundamentalmente por los planes internos de influenza. Pero los casos del nuevo coronavirus aumentaron rápidamente en China y el colapso de países europeos, especialmente Italia, que tuvo más de dos mil contagios los primeros días de marzo y comenzó la cuarentena con restricción de movilidad en todo el país, alertó a Dabanch. Unos días antes, el 3 de marzo, se detectó el primer caso en Chile.

Esa noticia fue un punto de quiebre para Dabanch. “Sentí que estábamos en una situación compleja”, recuerda la infectóloga, quien ya estaba trabajando en coordinación con el Ministerio de Salud. Ya se habían elaborado documentos de colaboración para que los hospitales capacitaran a los equipos de salud. En la mayoría de los hospitales del país se empezaron a organizar de una forma diferente.

—Sabíamos que era fundamental el trabajo colaborativo... Ya entendíamos que todos eran importantes, desde los doctores hasta los guardias de la entrada. Y así fue —asegura Dabanch, quien por esos días recibió al primer paciente con coronavirus que llegó al Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

—Fue un joven que venía de una comuna cercana a Santiago y que había participado de un encuentro religioso con otras personas. Cuando se le dio de alta, después de 10 días de tratamiento, supo que su papá y su mamá estaban en la unidad de emergencia del hospital.

Para Jeannette Dabanch los primeros meses fueron muy complejos, porque además de su labor en el hospital, trabajó en los protocolos para el funcionamiento del Congreso Nacional, de la cárcel de Puente Alto y el Banco Central.

Recuerda que una tarde de mayo, durante los primeros meses de la pandemia, caminó por un pasillo del hospital y se encontró con un grupo de enfermeras en círculo, conversando, estaban muy superadas por la situación que estaban viviendo.

—Ver a estos compañeros que habitualmente tienen una actitud alegre, que te dan ánimo para el trabajo, tomados de las manos y con lágrimas, me afectó tremendamente.

En junio de 2021, uno de los meses más críticos de la segunda ola de coronavirus en Chile, Dabanch habló con Revista Ya: “El año 2020 fue terrible. Vi compañeros de trabajo que fueron enfermando: médicos, enfermeras, kinesiólogos, técnicos superiores en enfermería, personal de aseo, los guardias a la entrada del hospital, la gente que está en el laboratorio y las que reciben las muestras de los pacientes, que tienen alto riesgo para que ellos se enfermen también. Una gran cantidad de personas que tienen una carga de trabajo enorme, que se tienen que trasladar muchos de ellos desde lugares de su comuna en micro, en metro, muchas veces hacinados, y así todo no se ausentan de su trabajo.

Cinco años después del inicio de pandemia en Chile, la infectóloga reflexiona:

—Las mujeres fueron fundamentales en el período más álgido de la pandemia. Porque en primer lugar el personal de salud es fundamentalmente femenino. En segundo lugar, la gran mayoría de las cuidadoras en los domicilios son las

Enero 2020

El 9 de enero se reportó el primer muerto por covid-19 en Wuhan, China.



Jeannette Dabanch, médico internista e infectóloga del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.



Carolina Ruiz, médico intensivista y jefa técnica de la UCI del Hospital Sótero del Río

mujeres, creo que tienen un rol fundamental.

En 2020 el nuevo coronavirus detuvo el mundo. Vinieron los confinamientos y las restricciones de viaje. Las ciudades se paralizaron, en muchos lugares los hospitales colapsaron, el virus desconcentra a los investigadores con sus mutaciones y el teletrabajo se instaló en la cotidianidad, en mayo la OIT advirtió que más de uno de cada seis jóvenes había dejado de trabajar desde el inicio la pandemia y habló de la “generación del confinamiento”. La economía mundial tambaleó: en mayo, la ONU publicó su pronóstico de la peor recesión mundial desde la crisis de 1929.

En Chile, el 18 de marzo, el Presidente Piñera decretó estado de catástrofe en todo país a través de una cadena nacional en televisión.

Pero, por sobre todo, estaban las muertes.

El director general de la OMS informó que, desde principios de abril, se habían notificado en el mundo un promedio de 80 mil casos diariamente. En Chile en mayo se detectaron más de mil casos nuevos de coronavirus al día y la situación sanitaria fue crítica hasta julio. La primera ola de coronavirus en Chile, que alcanzó su *peak* de contagios en junio de 2020, dejó 18.680 muertes. En la segunda ola, que comprende desde febrero de 2021 hasta agosto, según cifras del Ministerio de Salud, los contagios aumentaron a 4.956 por día. Fue el año más mortífero: en el país se contabilizaron 12.877 hombres y 10.069 mujeres fallecidas.

Marzo 2020

El 18 de marzo se decreta estado de catástrofe y se anuncia cierre de fronteras en Chile.

A comienzos de marzo de 2020, la infectóloga Claudia Cortés estaba en un congreso de Boston, uno de las más grandes reuniones de infectología del mundo, que se canceló por el aumento de entonces neumonía atípica en Europa, principalmente en Italia.

Dos semanas después a Claudia Cortés, jefa de la unidad infectológica de la Clínica Santa María, la llamaron del servicio de urgencias: Estaban ingresando a una mujer de 40 años diagnosticada con covid-19. Ocurrió el miércoles 18 de marzo. En Chile ya se contabilizaban más de 250 casos del nuevo coronavirus, pero para la infectóloga fue la primera vez que se enfrentaba a la pandemia. Entonces, tal como lo habían ensayado en el hospital, se enfundó en un traje especial y se protegió con una máscara que describe como de “astronauta”.

—Después de eso comenzaron a aparecer más casos. Luego llegaron pacientes todas las semanas. Primero quince pacientes, a la semana siguiente quince más y así. Fue un crecimiento exponencial —dice Cortés, quien luego de ese primer caso decidió confinarse en una habitación que está en la parte trasera de su patio. Era la única opción para no contagiar a su marido y a sus dos hijas con un virus que sabía sería complicado de manejar. Ahí se instalaba luego de sus extensas jornadas de trabajo y solo saludaba a su familia desde el otro lado de un ventanal.



Dominique Osses, enfermera de continuidad de la Unidad Coronaria del Hospital Clínico de la U. de Chile.

Cortés reconoce que los primeros meses los vivió en una nebulosa de incertidumbre, extenuantes turnos de trabajo, impacto por pacientes que morían en la soledad del aislamiento y el dolor de observar a enfermeras “que trabajaban conmigo, que habían hecho el turno anterior, que caían enfermas a la UCI con ventilación mecánica”.

En junio del 2020, durante la etapa más cruda de la primera ola de la pandemia, la infectóloga dijo a Revista Ya: “Es fuerte estar ante una enfermedad en que tienes poco que ofrecerles a los pacientes: no hay una cura, no hay un tratamiento específico. Uno se hace el leso, hasta que se enferma algún colega y comprendes que podrías haber sido tú”.

Hoy recuerda que otro de los golpes fuertes de esa etapa inicial fue observar cómo bloquearon uno de los subterráneos del estacionamiento de la clínica para convertirlo en morgue. Cortés también rescata la unidad que surgió entre médicos de distintas especialidades ante la emergencia:

—La unidad de cuidado intensivo pediátrica, que se reconvirtió completamente para atender adultos. Era emocionante ver a los pediatras, a los neonatólogos, que ven guaguaitas de 5 kilos, manejando pacientes mayores de 100 kilos... recuerdo a un otorrino que se encargaba de llamar a las familias de los ingresados para darles un reporte. Si uno quisiera sacar algo bueno de todo el horror de los primeros años de pandemia, es ese espíritu de equipo. Todos estábamos comprometidos. Desde el equipo médico hasta la señora que hacía el aseo que tenía el mismo riesgo de enfermar.

Claudia Cortés resalta el trabajo de las que denomina “mujeres invisibles”, pero que asegura fueron fundamentales durante los primeros años.

—Por ejemplo las mujeres del aseo que recogían las sábanas contaminadas, las que limpiaban los baños, mujeres que estaban agónicas y nadie las ve. Hacen un trabajo sin el que las personas no podríamos funcionar.

Según el artículo “Mujeres en primera línea: exploración de la experiencia de género de los trabajadores de la salud del Pacífico durante la pandemia de COVID-19”, publicado en The Lancet en enero de 2024, las mujeres trabajadoras de la salud representan más del 70% de la fuerza laboral de esa área en el mundo.

El estudio “La desigualdad en primera línea” de la revista Cambridge Prisms: Global Mental Health, producido por académicos chilenos y publicado en marzo de 2024, evidenció que las mujeres trabajadoras de la salud experimentaron mayor angustia psicológica y síntomas depresivos durante la pandemia.

El informe también resalta la importancia de garantizar la preparación del sistema de salud para futuras crisis de salud pública y salvaguardar el bienestar de las mujeres, porque en mayor medida están expuestas al estrés.

Dominique Osses, enfermera de la Unidad Coronaria del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, durante la segunda ola de coronavirus estuvo a cargo de los pacientes que requerían ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea por sus siglas en inglés), para respirar y estaban en estado más grave.

—Los pacientes requieren apoyo de la ECMO para que cumpla la función de un pulmón y de un corazón, es decir, oxigena la sangre —explica Osses, quien cuando la pandemia llegó a Chile inevitablemente la comparó con una guerra y reconoce que tuvo temor.

—Pero pensé que debía ayudar de alguna forma y estar presente en la primera línea.

Para la enfermera, estar en la unidad con los pacientes que necesitaban apoyo de oxigenación fueron meses difíciles.

—Lo más difícil es que eran pacientes en extrema gravedad. En el personal de salud eso genera una gran incertidumbre, porque no se sabe en qué momento podrían mejorar —recuerda y luego comenta:

—Fueron muchos los pacientes que no sobrevivieron.

Dominique Osses relata que en febrero y marzo de 2020, al inicio de la pandemia en Chile, la capacitaron para implementar todo el vestuario de protección en el personal de salud. Comprendió que el proceso podría ser complicado para los funcionarios y grabó videos explicativos que fueron compartidos por grupos de chat de médicos.

Hoy dice que sin la protección adecuada del personal de salud y de todas las personas que trabajaban en el hospital la situación hubiera empeorado considerablemente.

—No nos podíamos enfermar porque nosotros estábamos para atender a las personas. Para salvar las vidas.

Febrero 2022

El 11 de ese mes el Minsal reportó la cifra más alta de casos nuevos en 24 horas.



Claudia Cortés,
infectóloga y jefa
de la unidad
infectológica de
la Clínica Santa
María.

Para Osses lo más complejo fue ver cómo las personas morían solas. Cómo los familiares no podían entrar a las áreas restringidas, las enfermeras o cualquier trabajador de la salud buscaba la forma de entrar un teléfono y organizar una videollamada cuando algún paciente colapsaba. Con el tiempo un equipo de personas comenzó a coordinar las llamadas, los nombraron “equipo de humanización”.

—Muchas veces nosotras mismas les acompañamos y les dábamos la mano.

Sebastián Piñera anunció en diciembre de 2020 por cadena nacional la llegada de las primeras vacunas contra el covid-19. El gobierno gestionó durante meses su compra para asegurar las dosis suficientes para toda la población. En marzo de 2021 más de cinco millones de personas fueron inoculadas con la primera dosis.

En abril de ese año Chile se transformó en el segundo país del mundo con la mayor cantidad de personas con dos dosis. Los cuatro meses siguientes se logró vacunar al 80% de la población.

El 31 de agosto del 2023 el Ministerio de Salud informó el fin de la Alerta Sanitaria implementada por la emergencia de salud pública de coronavirus. Hasta la quincena de febrero de este año se registra un total de 58.524 personas muertas por covid-19 en los últimos cinco años. Al cierre de esta edición, las cifras del Minsal de la 7ª semana epidemiológica del 2025 informaban 514 contagios semanales en el país.

La médica intensivista Carolina Ruiz asumió al inicio de la pandemia la jefatura técnica de la Unidad de Cuidados Intensivos del

Hospital Sótero del Río, ubicado en Puente Alto, unas de las comunas donde el nuevo coronavirus afectó con más fuerza. En el informe epidemiológico del Minsal del 11 de junio de 2020, el primero que incluyó el detalle de las muertes por covid-19, Puente Alto fue la segunda comuna más afectada de la Región Metropolitana con 156 decesos. Un año después, el 18 de julio de 2021, el mismo informe aseguraba que era la comuna con más casos a nivel nacional.

Para Carolina Ruiz, quien además es presidenta de la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, este período fue desgastante.

—La mortalidad fue un tema, pero lo más desgastante era decir: “Tengo la UCI llena y sé que hoy día van a llegar más pacientes”. Ese fue un estrés para los intensivistas, porque estás en una situación de *statu quo*, en una pandemia es terrible, entonces porque te decías: “¿Dónde más voy a poner a otra persona?” —Dice Ruiz.

Para la especialista todo comenzó a cambiar con el progresivo aumento de la vacunación, ya que gradualmente disminuyeron los pacientes que tenían que ser conectados a ventilación mecánica porque no llegaban a un estado grave.

Carolina Ruiz recuerda que en el período más intenso de la pandemia, debido a los turnos y el trabajo en el hospital, sus cuatro hijos quedaron en casa solos.

—El trabajo fue arduo y agotador. Y creo que tuvo un impacto en nuestras vidas como personal de salud.

Luego de las dos olas de coronavirus en 2020 y 2021, Ruiz regresó a la normalidad en su trabajo.

Pero reconoce que muchos aprendizajes que debieron quedar tras la pandemia se han diluido.

—No ha pasado tanto tiempo y que no fue una raya en el agua, sino algo tremendo (...). Creo que la vuelta a la normalidad es preocupante. Nos faltó la reflexión y conversar de lo que pasó y cómo lo vivimos en los hospitales.

Para Carolina Ruiz los aprendizajes son relativos. Reconoce que Chile estaba bien preparado (“Ya que la capacidad de respuesta fue

muy rápida ante una tremenda contingencia”), pero está convencida de que si ocurriera algo así de nuevo, habría que aprender de cero.

—Si bien el personal de salud ganó experiencia, no quedaron protocolos establecidos... Aun así, el personal de salud debe sentirse orgulloso de su trabajo.

La infectóloga Claudia Cortés es crítica ante el comportamiento de algunas personas.

—Me acuerdo haber visto un X (ex-Twitter) de alguien que puso algo así como “qué ganas de que hubiera pandemia para quedarme en mi casa” y me dejó con mucha ira. Pensé: “Bueno, murieron millones de personas, trabajamos como locos en la salud y hay gente con secuelas graves. Eso me dio rabia, hay personas que no aprendieron nada”.

La médica internista Jeannette Dabanch reflexiona y dice que tiene opiniones “de dulce y agraz”:

—En situaciones críticas como fue la pandemia, la sociedad respondió y las autoridades estuvieron a la altura de lo necesario.

Pero a Dabanch le sorprende que actualmente, tras el impacto de covid-19, hay un bajo nivel de vacunación:

—La memoria es frágil. Las vacunas fueron lo que nos permitió retomar la vida como la conocemos y como nos gusta. ■

Agosto
2023
El 31 de agosto el
Ministerio de Salud
informó el fin de la
Alerta Sanitaria.