



INCIDENCIA DEL COVID-19 EN PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTE DE CHILE

Boletín N°4, julio 2021

Equipo responsable: Francisca de la Maza, Natalia Caniguan, Javiera Chambeaux, Pedro Mege, Luis Campos, Raúl Molina, Claudio Espinoza, Katherine Hermosilla, Francisco Reyes, Tania Robledo, Valentina Pérez, Sofía Roldán, Cristian Beroíza, Astrid Mandel, Katherine Meneses, Cristian Báez, Leyla Noriega, Aranza Fuenzalida, Lafquen Passalacqua, Paloma Gajardo, Emilia Astorga, Juana Cheuquepan y Jessica Pérez.

Proyecto ANID-COVID 0115



INTRODUCCIÓN

En este cuarto boletín abordamos en el primer punto el 4° Informe de la FILAC (Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe) que aborda en específico la situación de la vacunación contra el COVID-19 en los pueblos indígenas. En segundo punto, compartimos un texto que da cuenta de la situación de pueblos indígenas y la pandemia en Brasil, lo que nos permite continuar profundizando a nivel latinoamericano como lo vimos anteriormente con Argentina. En tercer punto incorporamos un breve texto que da cuenta de las desigualdades de la pandemia con relación a la situación de pobreza y tasas de incidencia del virus a partir de su despliegue gráfico en mapas que ilustran esta condición. Finalmente, incorporamos tres Relatos de Pandemia de territorios a lo largo de Chile, un testimonio de un dirigente aymara, quien comparte su experiencia con relación a la enfermedad de Covid-19. El segundo relato se refiere a ritos mortuorios andinos y pandemia, y el tercer relato da cuenta del trabajo realizado durante la pandemia en la comuna de La Florida.

Índice

1. Pueblos indígenas y vacunación contra Covid-19. Mirando el cuarto informe FILAC-FIAY desde Chile

2. Pueblos indígenas y pandemia: algunas notas desde Brasil

3. Mapas de la desigualdad

4. Relatos de Pandemia

- **Enfermar de Covid-19 en General Lagos.**
- **Ritos Mortuorios Andinos y Pandemia.**
- **Sobre el trabajo con Covid-19 a nivel territorial en La Florida.**

1. PUEBLOS INDÍGENAS Y VACUNACIÓN CONTRA COVID 19. MIRANDO EL CUARTO INFORME FILAC -FIAY DESDE CHILE

La FILAC, a través de su Observatorio Regional sobre Derechos de los Pueblos Indígenas ha conformado la *Plataforma Indígena Regional Frente a la COVID-19 "Por la Vida y los Pueblos"*, red donde participan 29 organizaciones indígenas de Latinoamérica y el Caribe que desde la llegada de la pandemia se ha abocado al *"intercambio de información, análisis y coordinación operativa para generar y potenciar capacidades [de sus miembros] para impulsar adecuadas respuestas y acciones de contención y mitigación ante la problemática causada por la pandemia COVID-19 en los Pueblos Indígenas del continente"* (FILAC, 2021,



p 9)¹ En su cuarto informe regional, dado a conocer en mayo del 2021, aborda la vacunación contra el COVID 19 en el continente, con énfasis en factores que inciden en el acceso de la población indígena a esta estrategia de prevención.

En los informes elaborados por FILAC-FIAY a propósito del COVID 19 en los pueblos originarios de América Latina y el Caribe, se deplora el escaso avance de los diversos estados en materia de información epidemiológica que considere a los pueblos indígenas como grupos con particularidades necesarias de considerar en su especificidad. La vacunación es una estrategia que peligra producto de la falta de acceso a las vacunas y la desconfianza de las poblaciones indígenas respecto del actuar de los estados, lo que incide en una baja adherencia a las campañas de vacunación en curso.

Así, el informe apuesta por la necesidad de una estrategia de inmunización intercultural pues *“La inmunización no comienza con la inoculación de una vacuna. Las pautas alimenticias, las formas de vida, el tratamiento de enfermedades previas, entre otros asuntos, forman parte del elenco de acciones y comportamientos que ayudan a prepararnos mejor ante una enfermedad o un virus”* (Ibid., p 45). La combinación de la medicina tradicional con estrategias biomédicas más una campaña de información consistente han sido experiencias exitosas que algunas comunidades han podido llevar adelante.

Se describen experiencias gubernamentales y de pueblos indígenas frente a la vacunación contra el COVID-19:

a) EXPERIENCIAS ESTATALES: Sólo 8 países de América latina y el Caribe consideran expresamente a los pueblos indígenas o parte de sus miembros como grupos priorizados en sus respectivas campañas de vacunación, y de éstos, solamente Bolivia considera a los indígenas en su conjunto como población vulnerable, mientras Brasil restringe la priorización a los indígenas no urbanos. Colombia, Guatemala, México, Panamá, Paraguay y Perú priorizan a curanderos y terapeutas (en el caso colombiano, se incorporan también las “guardias” indígena y cimarrona respectivamente).

c) EXPERIENCIAS INDÍGENAS: en el marco de las incipientes campañas de vacunación, destacan las iniciativas autogestionadas tendientes a informar a la población indígena, incorporando elementos de pertinencia cultural como la traducción a lengua indígena y campañas comunicacionales a través de cápsulas, gráficas y cuñas en radios locales.

El informe concluye haciendo un llamado a “consolidar políticas públicas interculturales sobre información y estadísticas, no solo desagregando data sino preparando variables, indicadores y análisis específicos sobre los principales problemas que enfrentan los Pueblos Indígenas ante la pandemia” (Ibid., p 107), la atención a los factores

¹ <https://www.filac.org/cuarto-informe-regional-pueblos-indigenas-y-vacunacion-contra-el-covid-19>



estructurales que incrementan el riesgo en salud de la población indígena ante esta sindemia (entendida como la interacción de factores biológicos y sociales que aumentan la susceptibilidad de una persona, o grupos históricamente vulnerados a sufrir daño), el apoyo de acciones e iniciativas de los pueblos indígenas, particularmente en temas de salud y el estímulo del intercambio de prácticas médicas.

Desde la mirada de Chile, podemos señalar dos ámbitos respecto a las vacunas y los pueblos indígenas. Por un lado, la inexistencia de un sistema confiable de contabilizar la población indígena vacunada y, por otro lado, las diferentes formas de recepción de la vacuna.

Respecto al primer punto, a pesar de que en el Registro Nacional de Inmunización (RNI) existe la pregunta sobre la pertenencia a un pueblo indígena, se ha constatado en terreno y en las entrevistas realizadas que esta pregunta no se realiza de forma adecuada: se omite como parte de las preguntas al momento del registro de la vacuna o la responde el funcionario según su criterio. Esto condiciona cualquier estadística que se presente respecto a las vacunas en población indígena en Chile. Pero también nos remite a la falta de relevancia política y pública sobre la importancia y necesidad de contar con estadísticas confiables sobre la salud de

los pueblos indígenas, que también afecta a la población afrodescendiente.

Sobre el segundo aspecto, en lo que refiere a las formas de recepción de la vacuna, no existe una forma generalizada por parte de los pueblos indígenas y afrodescendiente de situarse ante esta, existiendo sectores de la población que ha participado y promovido el proceso de vacunación, así como también se han visualizado grupos o personas que poseen cierto recelo y desconfianza de la inoculación, debido a un desconocimiento de eventuales efectos a futuro que pueda tener la vacuna en las personas. Sin embargo, se ha observado un interés particular sobre los adultos mayores y su autocuidado, propendiendo a incentivar su vacunación al interior de las familias.

2. PUEBLOS INDÍGENAS Y PANDEMIA: ALGUNAS NOTAS DESDE BRASIL

La primera muerte oficial por COVID-19 en Brasil se registró el 12 de marzo de 2020. Pocos días después, a principios de abril, se registró la primera muerte de un indígena, Alvanei Xirixana, un joven yanomami de 15 años².

Desde abril de 2020 hasta la redacción de este texto, ya se habían reportado más de 56.000 casos entre indígenas y al menos 1.126 de estos habían sido víctimas fatales, totalizando 163 pueblos diferentes afectados por la pandemia. Según las iniciativas de monitoreo de los datos de COVID-19 entre pueblos indígenas en Brasil³, los casos de

² Ampliamente divulgado en los medios de comunicación

³ Instituto socioambiental (ISA), que recopila datos del Comité Nacional de Vida y Memoria

Indígena, de la Asociación de los Pueblos Indígenas de Brasil (APIB), de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEIS), del Ministério de Salud y la Iniciativa Brasil.io.



coronavirus en estos pueblos han aumentado permanentemente desde el inicio de la pandemia, a diferencia del cuadro general de muertes en el país que ha ido variando en diferentes momentos durante el mismo período.

Esto en un contexto en que el número total de muertos por COVID-19 en Brasil ha alcanzado la escandalosa cifra de 518.066 personas, colocando al país entre aquellos con mayor número de fallecidos en el mundo. Brasil, que cuenta con 2,7% de la población mundial, tiene según datos de la OMS⁴, aproximadamente el 13% del total de pérdidas de vidas humanas en el mundo.

Las circunstancias que marcaron la muerte del joven yanomami son indicativas del panorama general que rodea la relación entre los pueblos indígenas y la pandemia en Brasil. Según se informó⁵, Alvaneí había sido atendido antes de su hospitalización definitiva por repetidos casos de malaria, anemia y desnutrición, lo que muestra una situación de vulnerabilidad en salud que ha sido parte de las reivindicaciones en la agenda histórica de los movimientos indígenas e indigenistas en Brasil.

Según datos recopilados de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI), los distritos de *Mato Grosso do Sul*, *Este de Roraima*, *Alto Solimões* e *Interior Sur* tienen los mayores números de muertes en el país, coincidiendo los datos con regiones que enfrentan, también, algunos de los mayores desafíos desde la

perspectiva indígena en Brasil: principalmente relacionados con las regiones fronterizas, conflictos territoriales, falta de atención del Estado, conflictos históricos con la sociedad circundante, entre otros.

Los Distritos de Salud, parte de una importante política de salud para los pueblos indígenas en Brasil, atraviesan un momento de complejidad, así como toda la atención de salud pública del país⁶. Los pueblos indígenas fueron los últimos en ingresar al Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, a través de la creación del Subsistema de Salud Indígena (SASI) en 1999. Pero sólo fue hasta 2010, a través de un decreto específico, que las reglas de acceso diferenciadas, compatibles con especificidades y necesidades culturales, se integran al SASI.

Las dificultades para brindar una atención diferenciada han coexistido, por lo tanto, con problemas específicos que dificultan la interpretación y el acceso a datos confiables. Durante la lucha contra el coronavirus, las poblaciones indígenas han dependido en gran medida de sus propias organizaciones para mapear casos y entre otras alternativas, crear barreras sanitarias. La situación particular de los diferentes pueblos frente a misiones religiosas, acciones estatales y el panorama general de la relación entre pueblos indígenas y no indígenas, se agrava aún más cuando consideramos el intenso contexto de bajo registro de

(<https://covid19.socioambiental.org/>, consultado el 30/06/2021).

⁴ <https://covid19.who.int/>, consultado em 30/06/2021.

⁵ <https://cimi.org.br/2020/04/morre-jovem-yanomami-por-covid-19-em-roraima-diz-sesai/>

⁶ <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/tag/ana-lucia-pontes/>.



notificaciones de COVID-19 que afecta principalmente a grupos marginados por el Estado brasileño.

Como ha sido ampliamente registrado por diferentes investigadores, la gravedad de la pandemia de coronavirus entre los pueblos indígenas brasileños es un testimonio frío de la marginalidad en que estas poblaciones viven frente al Estado, situación que se agrava, al mismo tiempo, por la reanudación de la vieja discusión sobre la creación de un período temporal para el reconocimiento territorial, que implica reducir el reconocimiento de tierras indígenas a la ocupación efectiva a 1988, año de promulgación de la Constitución Federal, no considerando el largo proceso colonial/nacional de apropiación indebida de territorios indígenas y de exterminio físico y cultural.

Todo esto en medio de la Pandemia de coronavirus/COVID-19 y de escandalosos registros de tentativas de soborno por la compra de vacunas, que aparecen en medio de una investigación parlamentaria en el Senado Federal, iniciada al investigar por qué el gobierno no había tomado las medidas necesarias para contener a tiempo la pandemia y que se perfila hacia el destape de un esquema billonario de corrupción y de deliberada incompetencia, recibiendo así el actual gobierno contundentes acusaciones por genocidio contra el pueblo brasileño y, en especial, contra los pueblos indígenas.

Fernando José Ciello

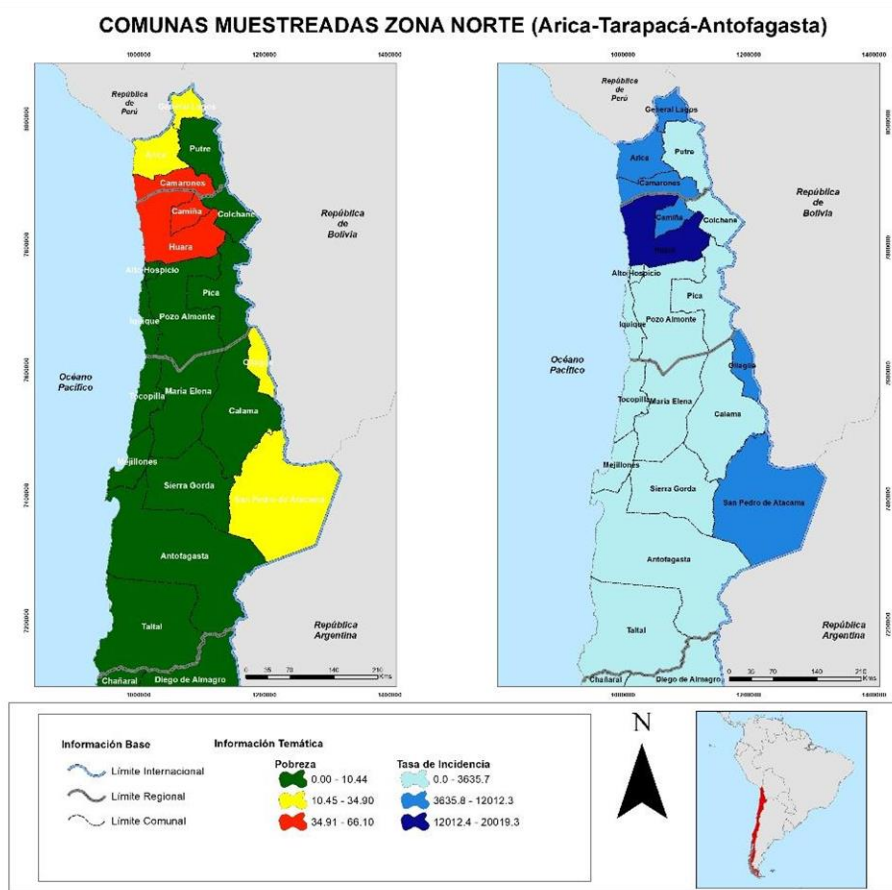
Maxim Repetto

01/07/2021.

3. MAPAS DE DESIGUALDAD EN CHILE: POBREZA E INCIDENCIA DE COVID-19 EN REGIONES EXTREMAS

A medida que ha sido posible acceder a más información, resulta preciso estimar si los impactos de la pandemia COVID-19 están relacionados con los niveles de pobreza existente en las comunas

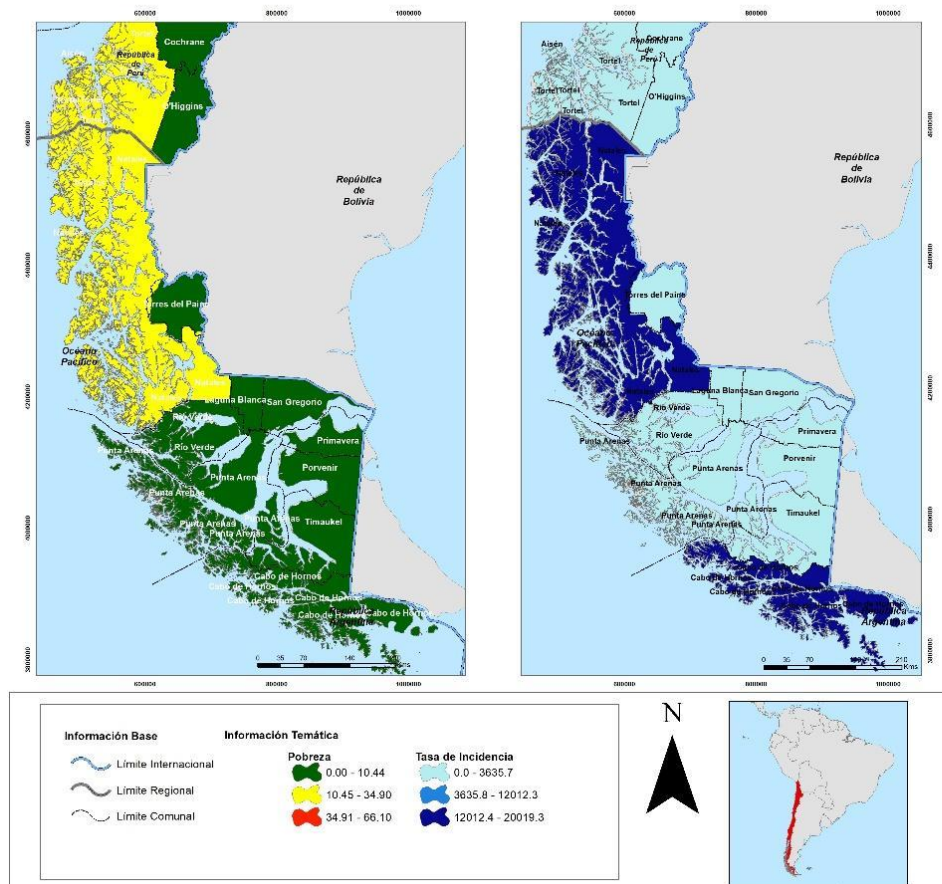
muestreadas por el estudio. Por tal motivo, queremos reflejar esta relación en el extremo norte y sur de Chile, en el cuál hemos focalizado parte del estudio.



Como se puede apreciar en el mapa, según los antecedentes de junio del 2021, las comunas en donde existe mayor porcentaje de pobreza son en donde existe mayor tasa de incidencia con relación al virus. De acuerdo con Bilal et al 2020, existe una fuerte asociación entre el nivel socioeconómico

y la mortalidad en períodos pre pandémicos y pandémicos. La población con más inequidades sociales (menos años de escolaridad y hacinamiento) siempre presentan una mortalidad mayor en comparación a quienes tienen menos de esas inequidades (más años de escolaridad y sin hacinamiento).

COMUNAS MUESTREADAS ZONA AUSTRAL (MAGALLANES)



En la región de Magallanes se observa una dinámica similar. Como se puede apreciar, en la comuna de Natales, coincide el nivel de pobreza con la mayor tasa de incidencia del virus.

El virus no reconoce clases, géneros, pertenencia a pueblos indígenas o afrodescendientes, ni nacionalidades. Sin embargo, las desigualdades de clase, de género, pertenencia indígena y nacionales generan recursos y capitales diferentes y desiguales tanto para prevenir, como para enfrentar las consecuencias del virus. G. Therborn (2016), señala que la desigualdad social mata, y en estos tiempos de epidemia, todo indica que el COVID-19 se ha convertido en su medio más eficaz. Dicho de otra manera, así como la preexistencia de morbilidades y enfermedades de base constituye un factor de riesgo que

potencia la mortalidad a causa del COVID-19, la desigualdad social y de clases que existe en Chile constituye un factor social que incrementa los riesgos de la población y potencia los impactos negativos del COVID-19 sobre la salud y la vida de las personas (Barcená et al 2020).

Esta relación es coherente con lo que se ha observado en los boletines anteriores y en los avances de este estudio. La pandemia ha profundizado la desigualdad en la población que históricamente ha estado en condiciones de mayor vulnerabilidad y exclusión. La falta de datos estadísticos impide hacer un cruce específico sobre la incidencia de la pandemia en la población indígena, pero a partir de los datos cualitativos y de los “relatos de pandemia” es posible señalar que todas las condiciones de



exclusión y desigualdad se han visto acentuadas, tal como se ha abordado en caso de Argentina (Boletín N°3) y en Brasil (en este boletín), en la población indígena.

4. RELATOS DE PANDEMIA

ENFERMAR DE COVID-19 EN GENERAL LAGOS

Este relato lo comparte don Angelino Huanca Maita, consejero Nacional Aymara, desde la Provincia de Parinacota, cerca del hito fronterizo tripartito entre Chile, Perú y Bolivia, a más de 4.000 metros de altura, a 270 km. de Arica y a solo 2 km. del poblado boliviano de Charaña.

Comienzo

El día 3 yo estaba en el campo y me dio como un resfrío, después hice una fuerza, me dio una puntada en los pulmones, yo dije: “¿qué me está pasando?” Después tenía un dolor como que me hubiera caído de espalda, y el pecho me dolía nada más y solo tosía, no me dio fiebre, nada. Estuve como dos semanas con eso y después, el 14 yo me acerqué a la posta. Son cuatro horas caminando, unos 20 minutos en vehículo desde mi casa a la posta, pero me tuvieron parado una hora fuera de la posta, en la puerta, no me tomaron en cuenta, me molesté y me fui, quizás si me hubieran atendido no habría llegado a tanto.

Bueno el 14, 15, 16, en la noche ya no pude dormir, tuve que amanecer sentado, el 17 tuve que llamar, y me mandaron una camioneta a la casa para llevarme a la posta de Visviri donde subí a la ambulancia que me llevó hasta Putre, ahí hice otro trasbordo a una ambulancia

que me llevó a Arica, en la ruta 11-CH y desde ahí otro trasbordo que me llevó al hospital de Arica.

En Urgencias me diagnosticaron con Covid-19, la doctora me dijo: “usted va a quedar hospitalizado”, bien dije yo, sabía que estaba enfermo, de ahí me llevan hacer una radiografía para ver en qué condición estaban mis pulmones. Me dijeron que tenía un daño entre el 20 y 30%. Me pidieron que me desvistiera, que me recostara en la camilla, me pusieron algunas inyecciones y perdí la conciencia.

No entiendo, por qué hicieron eso, si no me costaba respirar, estaba respirando normal, más con oxígeno, estaba bien, pero no sé por qué me sedaron, no me avisaron.

Desperté en el hospital. En ese momento uno necesita comunicarse directamente con un familiar muy cercano, con el que uno tenga confianza, para fortalecer psicológica y espiritualmente. Entiendo que no permitan las visitas porque el virus es contagioso, pero cuando uno despierta después de 5 días de coma, uno necesita comunicarse con un familiar, saber cómo están todos, como está el ganado. Cuando desperté todos tenían sus teléfonos menos yo, pero como no permiten que los familiares ingresen nada, ni comida, ni teléfonos, ni visitas. Después de 5 días inconsciente yo no recordaba los números, el personal del hospital me ayudó.

Pero más encima la nutricionista y me dice que estaba muy gordo, yo estoy pasando por una enfermedad, yo pedía comida, pero ella la negaba, ni galletas de soda, ni agua. Las personas en el campo estamos acostumbrados a otra



alimentación, y la alimentación fortalece la salud.

Además, mientras me tenían sedado les dijeron a mis hijas que estaba grave, que tenía un 80% de daño en los pulmones y una infección en la sangre. Le pregunté a mi médico tratante, pero dijo que eso no era así. Entonces, ¿por qué les dieron mal la información?

Lo otro que no se explica es que el médico me dijo que yo me contagie el día 3, pero esos días yo estaba solo en el campo.

Mejoré. Yo mejoré rápido porque aquí mis familiares actuaron con nuestras costumbres ancestrales, le agradezco a mi primo, y también a mi tío, ellos hicieron ceremonias, rogativas a la madre tierra, a seres queridos y por eso yo mejoré.

Gracias a Dios estoy recuperado, estoy mejor ya, en estos momentos.

Quiero finalizar haciendo algunas recomendaciones.

Con esta enfermedad no hay que asustarse, no desesperarse, y así mismo los familiares tienen que ser fuertes, y esa es la fortaleza, el valor con que uno puede vencer al SARS CoV- 2.

También quiero hacer una recomendación al Servicio de Salud, tienen que cambiar la metodología, los protocolos, sobre todo con los personas de Pueblos Originarios, no solamente aymara, acá en la región hay varias etnias. Tienen que conocer y adecuarse a las realidades de las personas. Saber qué come y qué vive.

La atención del hospital fue muy buena, los profesionales muy pendientes y le agradezco le felicito, pero hay mucho por

mejorar. Hay que inyectar recursos desde el Servicio de Salud tanto a las comunas rurales, como a todo el sistema.

RITOS MORTUORIOS ANDINOS Y PANDEMIA.

Caspana es una comunidad atacameña tradicional que se encuentra en el Alto Loa. Su población tiene doble residencia. Una parte vive todo el año en el pueblo, y la otra en la ciudad de Calama, pero acuden al pueblo los fines de semana y para las fiestas de los santos y patronos. Desde el inicio de la pandemia y hasta mayo de 2021, tres personas de la comunidad residentes en Calama habrían fallecido con diagnóstico de COVID 19 según autoridades de salud.

El rito mortuario caspaneño, es un rito andino, que dura más de un año, así lo cuenta Ximena Anza. *"...el paso de la vida a la muerte es un ceremonial completo, que...comienza cuando la persona fallece... tu despidas el cuerpo haciendo todo lo que él deseaba, lo que él quiere, o sea despidas al alma. El entierro es parte del ceremonial, luego vienen las ofrendas que duran de siete a quince días. Ese es el tiempo para darle todo lo que necesitaba para el paso a la otra vida. Después de los quince días se realizan los demás ritos. El lavatorio que es limpiar los bienes personales, herramientas y vestuario. Todo se guarda en una pieza, todas sus cosas, sus herramientas, sus mantas, donde comía, su plato, su olla, o sea su cuchara, su vaso, todo lo que usaba. Se guarda un año y no puedes abrir nada de eso. Y ahí comienza el duelo.*

Posteriormente se vuelve a velar el alma y el cuerpo, pero sin su presencia. Se simula un cuerpo y se le hace la ofrenda como para los días de los difuntos, y también se vuelve a rezar, se vuelve a encomendar que el alma descanse, y se vuelve a pedir que su partida de este mundo sea en tranquilidad, para él y para la familia que va a quedar. Entonces igual se vuelven a hacer los waki, se vuelven a hacer los encargos, todas las cosas, es un ritual más o menos igual. Después del año, cuando te quitas el luto vuelves a velar sus cosas, pero ahí velan su ropa, y esa ropa después se quema, no puede quedar contigo.

La gente de la comunidad ante la muerte de un ser querido muchas veces recurre al Yacho para saber de qué murió, pues...nosotros hacemos ver esas cosas, o sea cuando uno muere, nosotros buscamos por qué muere la persona. La familia de uno de fallecidos diagnosticados con COVID 19, pidió al Yacho ver en las hojas de coca de que había muerto; Entonces lo hicieron ver, y él falleció de pena, aunque el diagnóstico era que él había fallecido de un ataque cardiaco, pero que ahora se cuenta como muerte de COVID. Entonces los familiares y amigos no pudieron realizar las primeras ceremonias de despedida del alma y del cuerpo. Estuvieron obligados a cumplir un estricto protocolo del Ministerio de Salud.

Al cuerpo y alma del difunto, cuenta Ximena Anza, se le realizan varios ritos; cuando uno fallece, lo primero que hay que hacer es limpiar el cuerpo de una forma especial y no lo limpia la familia, lo

tiene que limpiar otra persona. Porque la familia ya tiene que empezar a despegarse del cuerpo mortal. Después se debe vestir a los difuntos con la ropa que más le gustaba, y que ellos se sientan más cómodos. No es como en la ciudad que todo el mundo lo ponen de terno. No pues, tú te vas con lo que tú siempre fuiste. Muy importante es tejer un lazo para el viaje del alma. Es un lazo como un rosario hecho de lana que tiene que llevar el difunto, pero que se tiene que hacer en el instante, y lo haces para el alma. La lana se tuerce toda a la izquierda porque va a la muerte. Agrega que después viene el velatorio, donde se reza, se cantan cantos típicos de Caspana a la muerte, que tienen que ver con la historia de la resurrección de Cristo principalmente. Durante toda la ceremonia se hacen los waki, porque tienes que ofrecer, todas las comidas, porque el alma tiene que irse con comida, el alma tiene que irse con su waki con su tinka. A lo largo de toda la despedida del alma, uno tiene que estar pendiente de todos esos detalles, todos, todos esos detalles.

A los comuneros fallecidos con diagnóstico COVID, no le pudieron realizar los rituales iniciales para despedir el alma y el cuerpo, entre ellos, la ablución o limpieza del cuerpo, vestirlos con las ropas más cómodas y queridas por el difunto, estuvieron impedidos de ponerle el lazo de lana torcido a la izquierda para el viaje del alma. No hubo velatorio y no se les pudo realizar la costumbre de ofrendar el waki y la tinca. Del hospital los llevaron al cementerio. Allá, mientras un grupo pequeño acompañaba el féretro, pronto



les pidieron abandonar el lugar porque venía otro cortejo y no podía quedar más gente que los cinco sepultureros vestidos de buzos blancos, tapados con guantes, protectores faciales, y de cabeza y cabello. Ellos *trataban el cuerpo, lo echaban adentro del hoyo de tierra, lo tapaban y tenían que partir*. Por ello, a los fallecidos de la comunidad de Caspana no se le pudieron realizar *todos los ritos de despedida comunitarios que uno está acostumbrado hacer*.

SOBRE EL TRABAJO EN CONTEXTO DE COVID-19 A NIVEL TERRITORIAL EN LA FLORIDA.

Al inicio si fue difícil, porque todo este aparato administrativo claro aparece un par de meses después, yo diría más menos como mayo, junio, la pandemia ya empezó a dar los brotes los últimos días de febrero, los primeros días de marzo, ya apareció en algunos casos. Nosotros tuvimos la fortuna que el primer caso nos llegó como el día 13 de abril, yo me acuerdo mucho de eso, fue como la primera persona que marcamos ahí, y empezamos a hacer el seguimiento y la trazabilidad del caso. Entonces la verdad es que igual es una experiencia digamos que nos permitió en ese mes, generar una serie de estrategias de participación, y de cómo íbamos a manejar la territorialidad de la pandemia, y entre esos elementos que empezamos a desarrollar. Trabajamos mapa epidemiológico, primero en una gigantografía y luego lo pudimos traspasar a un formato on line, que nos permitió ir haciendo seguimiento en los casos, e ir categorizando los focos donde

habíamos tenido hospitalizados, y que asumíamos que eran cepas más agresivas.

Bueno el tiempo después dio la razón de que no era una sola cepa, sino que había mutaciones y que había muchas otras cepas que empezaron a aparecer, bueno y ese manejo que era desde lo teórico, que lo pudimos aplicar como equipo, nos permitió tener una visualización de la territorialidad desde cómo se expandió la pandemia, y de intentar el control de ella, tratando de optimizar los recursos pocos que teníamos. Hacia los focos que descubrimos había más agresividad en el virus, y tomar un mayor control de seguimiento a través de llamados telefónicos, y a través de visitas en terreno cuando era necesario hacer el rescate de algún paciente y determinar si había una descompensación importante para un traslado.

Entonces ahí se generaron una serie de mecanismos de interacción tanto de nuestro Centro, como de otros equipos de apoyo de la comuna. Nosotros acá en La Florida tenemos un sistema de apoyo de médicos a domicilio, que funciona las 24 horas, un programa comunal, lo diseñó la Municipalidad, en este caso la alcaldía, y se transformó en un Programa bastante importante para los Centros de Salud que trabajábamos hasta las 5, 6 de la tarde, dependiendo del horario. Ellos como continuaban haciendo prestaciones en la noche nos permitían hacer recorridos y pedir evaluaciones de usuarios que nos llamaban y nos pedían apoyo por dificultad respiratoria.

Entonces desplegamos todo lo que estuvo a mano en nosotros, muchos de nosotros teníamos números con grupos de WhatsApp con dirigentes de las Juntas



de Vecinos, personalmente tenía muchos grupos de WhatsApp con adulto mayor, con distintos grupos de la comunidad. Siempre me ha gustado mucho la participación social, y fue muy, muy pesada la tarea, incluso muy agobiante en un minuto en lo humano, porque uno quería ayudar, y de pronto en una noche me estaban llamando 7 personas, y tenía que ayudar a coordinar ambulancias, y teníamos solo 8 ambulancias operativas para toda la comuna, no para solo un Centro, y en la noche también bajaba la afluencia de ambulancias operativas también, otras veces las retenciones de las ambulancias mientras hospitalizaban a la persona y volvía a la base la ambulancia.

Entonces sí yo podría decir que la experiencia de nosotros fue muy bonita desde el punto de vista de que con el equipo desplegamos toda la teoría que teníamos a mano, y todas las iniciativas que pudo salir de las reuniones que

armábamos estratégicas, y nos permitió de alguna manera combatir la pandemia. Bueno menciono la estadística que para nosotros era compleja pero sí después haciendo el análisis a nivel nacional fue un número importante, en el periodo que yo estuve, alcancé a estar hasta diciembre como Dirección, lamentamos fallecimientos de 24, 23 personas de nuestra comunidad, de un universo de 44.300 pacientes. O sea, en realidad fue un trabajo exhaustivo, dejamos los pies en la calle, mojamos la camiseta realmente, hubo grupos que de los chiquillos tuvieron turno sobre turno, porque nosotros teníamos además un SAPU de 24 x 7, y en la comuna hay dos con ese formato, entonces en algún minuto nos transformamos forzosamente en una de las pocas opciones que teníamos en la noche, o los fines de semana, para dar atención a nuestros usuarios.

Acerca del CIIR

El **Centro de Estudios Interculturales e Indígenas** es un centro de investigación que busca aportar al país con estudios de alto nivel a la problemática de las relaciones interculturales, con una perspectiva interdisciplinaria, integral y orientada al diálogo y el respeto por la diversidad cultural.

CIIR

Av. Vicuña Mackenna 4860, Campus San Joaquín, Antropología UC, 2do piso
Macul, Santiago 7820436

[+562 2354 7200](tel:+56223547200)

ciir@uc.cl

@CentroCIIR