

## *¿Cómo sería una respuesta comunitaria al coronavirus?*

- "¿Cómo nos organizamos para que estos dos objetivos se alcancen: no saturar los hospitales y evitar que enfermen y mueran nuestros octogenarios?"
- "Esta crisis también va a desvelar la esencia inequitativa de nuestro sistema social y económico"
- "No acudir a eventos o reuniones multitudinarios a puerta cerrada, no tiene que ser incompatible con ayudar a nuestros vecinos más necesitados"

[IdeasOpinión](#)

[Firma invitada](#) El jueves, 12 de marzo de 2020

[Compartir](#)

Javier Segura del Pozo, médico salubrista

Me pregunta un amigo, que me atribuye la condición de “experto en Comunitaria”, cómo sería una respuesta comunitaria al coronavirus. Y la pregunta es todo un reto, pues en la fase de la epidemia en la que estamos (en la Comunidad de Madrid), **la principal medida que dictan los protocolos epidemiológicos para la mitigación del impacto de la epidemia es “la distancia social”**. Puñetero neologismo que parece ser lo opuesto de la esencia comunitaria: el vínculo social, y, concretamente, el vínculo social solidario.

Se nos pide distancia social, es decir evitar la probabilidad de contacto, no tanto para evitar la difusión de la infección (se estima que un 60% acabaremos infectados), sino su **ralentización para facilitar que los dispositivos sanitarios, especialmente los hospitalarios, no se colapsen**. Para que puedan atender a las personas más graves, de esta enfermedad y de otras que siguen existiendo, a pesar de que el impresionante foco informativo en el coronavirus los haya eclipsado.

El elemento central en este momento no es pues si la enfermedad (Covid-19) es más o menos grave que una gripe estacional o si la podemos o no contener, sino el nivel de respuesta que tiene nuestro sistema sanitario ante picos de demanda o necesidad como este. Si van a ser suficientes el número de camas de UCI, de equipos de oxigenoterapia o respiración asistida, de EPT's (equipos de protección personal) o de sanitarios (los de plantilla y los que podrían sustituirlos si los otros enferman) disponibles. Parecería que ahora **el bien a proteger (y evitar su colapso) es la sanidad hospitalaria**.

Por otra parte, **cada vez más, la población entiende y asume que los miembros de la comunidad a proteger son las personas mayores, especialmente mayores de 75 años**, y aquellas que además padecen enfermedades crónicas (con “comorbilidades”, es decir, con otras enfermedades). ¿Cómo nos organizamos para que estos dos objetivos se alcancen: no saturar los hospitales y evitar que enfermen y mueran nuestros octogenarios?

No nos lo han puesto fácil para alcanzar el primero de los objetivos. Aunque las autoridades, con un ánimo tranquilizador, sacan pecho diciendo que tenemos “la mejor sanidad del mundo”, la realidad es que, aunque en estas circunstancias está muy bien que la población le dé valor a que **tengamos una sanidad pública y universal, ésta ha sufrido unos continuados recortes a lo largo de las últimas décadas**, que la han dejado con una capacidad muy limitada para responder a contingencias como las de la Covid-19. Algo que ya viene advirtiéndose cuando aparece la gripe estacional y se llenan de camas ocupadas los pasillos de nuestras urgencias hospitalarias. Pero hemos naturalizado estas imágenes o hemos considerado estas denuncias propias de las peleas políticas entre oposición y gobierno, y entre representantes sindicales y direcciones hospitalarias.

La triste verdad es que, según estadísticas oficiales, entre 2010 y 2018, la Comunidad de Madrid aumentó su población en medio millón de habitantes, a la vez que se reducían 3.300 efectivos profesionales en la sanidad pública. **La debilitación extrema de nuestro sistema sanitario le ha hecho muy vulnerable a cualquier pico de demanda**. Recordarán que empezó con aquella justificación de los que aprovecharon la crisis económica para recortar lo público (y transferir a lo privado), con el argumento de que se puede “ajustar”, y a la vez ser más eficiente, “quitando grasa del musculo”[1]. Con el tiempo, se ha visto meridianamente claro que más que “quitar grasa”[2], se redujo el músculo, e incluso, se quebraron algunos huesos del esqueleto de nuestro sistema sanitario. El debilitamiento no solo ha sido de la sanidad hospitalaria, sino que ha alcanzado (sobre todo) a la red de atención primaria (que juega un papel muy importante en la respuesta a esta crisis) y a la salud pública. Ésta última, generalmente invisible, es ahora valorada por la necesaria respuesta epidemiológica a la crisis del coronavirus.

Sin embargo, los sistemas de vigilancia epidemiológica, tanto los de esta comunidad, como de otras y del nivel estatal, están expoliados por la política sostenida de falta de reposición de vacantes por jubilación[3]. Tenemos unidades sostenidas precariamente por veteranos y veteranas a punto de jubilarse, y donde no hay apenas incorporación de savia nueva. Además, en este contexto de escasez silenciada, consentida o naturalizada, **cualquier desarrollo de dispositivos o proyectos más innovadores de prevención, promoción de la salud o salud comunitaria tienen una prioridad marginal** y son considerados un lujo, a pesar de la reconocida eficacia de las intervenciones preventivas[4]. Podría seguir con la situación de la red de salud mental o la de rehabilitación o atención a la discapacidad, pero creo que no hace falta, pues los lectores ya han captado la idea que quiero transmitir.

Pero volvamos a la pregunta del título. Nos han puesto difícil aquello de evitar el colapso de la sanidad, pero ¿qué podemos hacer en nuestra vida cotidiana, en nuestra comunidad, en nuestros barrios para responder lo mejor posible a esta crisis? **Responder “de forma comunitaria” es priorizar el bien común, asegurar la**

**sostenibilidad de la vida, el cuidado de la comunidad.** Es lo contrario del “sálvese quien pueda”, “yo me lo guiso, yo me lo como” o “que cada uno se apañe con lo que tiene”.

Sin embargo, esto de “**la distancia social**” puede entenderse como el mandato de nuestras autoridades de salud pública de encerrarse en casa, aprovisionarse de **mercancías compradas compulsivamente** en el supermercado, no dejar entrar a nadie que no sea el “pringado” trabajador de “Uber Eats” o “Glovo” (o de otros distribuidores de la telecompra o del encargo al supermercado), y ponerse a “teletrabajar”.

Bueno,.. ¡ah, sí!.. también podemos dejar entrar a nuestra trabajadora doméstica o cuidadora contratada, siempre y cuando nos aseguremos que no nos infecte. Es decir, con este modelo de conducta, las necesidades que yo no pueda cubrir personalmente, son las que puedo comprar en el mercado. Pero aquí llegamos a la realidad de que el acceso al mercado es desigual e injusto, es decir, **esta crisis también va a desvelar la esencia inequitativa de nuestro sistema social y económico.** Y como ocurrió con la crisis que se inició en 2008 (y las precedentes), los que no puedan tirar del mercado, deben resolver sus necesidades con la familia: llamar a los abuelos para que se hagan cargo de las criaturas desescolarizadas, aunque sean a los que debemos cuidar especialmente por ser más vulnerables ante una infección grave, como dijimos antes.

Sin embargo, precisamente la famosa **crisis del 2008** nos enseñó que allí donde no llegaban los servicios del Estado, allí donde no había poder de compra a través del mercado y donde las familias ya habían claudicado (las pensiones de los y las abuelas fueron o son un tampón ante el desempleo y la precariedad), surgió el cuidado comunitario. Brilló el valor de la Comunidad con mayúsculas. Ejemplo de cuidados comunitarios fueron la plataforma anti-desahucios, los comedores comunitarios, los bancos del tiempo, los bancos de alimentos, etc. El 15M fue el movimiento social que permitió visibilizar este anhelo de solidaridad colectiva, que impugnó los sistemas de representación política y sociabilidad imperantes, y que fraguó la extensión de estas iniciativas comunitarias. **¿Cómo podemos incorporar esta experiencia del valor del cuidado comunitario ante la crisis que estamos afrontando?** ¿Podemos encontrar una forma de hacer compatible la necesidad de “distancia social” que nos dicta la epidemiología, con el cuidado comunitario? Yo creo que sí.

En los primeros momentos de cierre de centros educativos en la Comunidad de Madrid, se ha comprobado la **necesidad de organizarnos para dar cobertura a los más vulnerables y necesitados de nuestros barrios.** Tal vez, la crisis no solo nos aleje de nuestros centros de trabajo y nos fuerce a tener una vida más doméstica, sino que pasaremos más horas en nuestros lugares de residencia. En nuestras comunidades, en nuestros barrios o vecindarios. Es una oportunidad de practicar el arte del buen vecino o la buena vecina. Y ocasiones no faltan.

Organizarse para quedarse a cuidar a las criaturas de quienes no pueden hacerlo por miedo de perder su precario trabajo. Ofrecerse para apoyar su enseñanza a domicilio (igual que se hace con las clases de refuerzo a los más vulnerables en muchas asociaciones de vecinos y ONGs). Para ver quién tiene necesidad que le hagan la compra o le lleven la comida. **Nos debemos ingeniar para identificar a una persona que está enferma y sola en casa,** y a la que una simple llamada le puede aliviar la angustia.

Desde hace un par de años, el fenómeno de la **soledad no deseada** (SND) se ha “puesto de moda” (en los discursos institucionales y en los medios). Para algunos de los que hemos trabajado en proyectos de prevención y abordaje de la SND, esta otra epidemia tiene su origen en la debilitación de los vínculos comunitarios, es decir, de las relaciones de buena vecindad y de ayuda mutua. No es un fenómeno que se reduzca a las personas mayores, sino que afecta a todas las franjas de edad[5] y, especialmente, a los más desfavorecidos (clases sociales bajas, familias monomarentales, inmigrantes, personas con enfermedad mental o discapacidades, etc.).

La crisis del coronavirus y la asociada medida de distancia social puede empeorar la situación de SND de estos colectivos, sobre todo si la respuesta colectiva es el “sálvese quien pueda”. **Dentro de unos meses, descubriremos cadáveres de personas mayores que murieron solos hace tiempo en sus casas, sin advertirlo los vecinos**, y que dan positivo a la prueba de PCR del coronavirus[6]. Serán aquellos que no han podido “comprar compañía” o que carecen de una red familiar de cuidados. Es importante, por ello, reforzar la capacidad mermada (recuérdese lo de la grasa y el músculo) de atención domiciliaria de los servicios sociales y de salud, pero estos tienen un límite y deben ser complementados con el cuidado de la comunidad.

No quiero con esto decir que el Estado debe delegar sus responsabilidades (de dar servicios públicos de cuidados) en las comunidades y en la capacidad de auto-organización de los vecindarios. No, todo lo contrario. Creo que también tienen que poner los medios para promocionar y sostener estas iniciativas de cuidado comunitario. Que los equipos de atención primaria de salud y de atención social primaria, deben entrelazarse y apoyarse en estas redes ciudadanas empoderadas.

Tenemos que encontrar la manera de compatibilizar la “distancia social” con la solidaridad comunitaria. **No acudir a eventos o reuniones multitudinarios a puerta cerrada, no tiene que ser incompatible con ayudar a nuestros vecinos más necesitados o hacerles saber que estamos allí cuando lo necesiten**. Ayudémonos si hace falta con la mascarilla, la distancia mínima, el teléfono o el WhatsApp. Reuniones de pequeños grupos en el domicilio o el vecindario, manteniendo las adecuadas precauciones, no suponen el mismo riesgo que compartir transportes públicos, lugares de trabajo o centros de ocio con cientos de personas.

**Seremos más fuertes frente al virus**. Podemos ayudarnos mejor para no enfermar o para poder pasar la enfermedad en casa y evitar acudir a hospitales, que no solo son recursos muy valiosos en caso de necesidad, sino peligrosos focos de “infección nosocomial” (pillar el virus en el hospital, al acudir por otra causa). Podemos proteger mejor a nuestras abuelas o vecinos mayores. Podemos compartir información sobre las medidas más eficientes (incluido el sentido de las de higiene personal) o sobre la evolución de la crisis.

También sobre las formas de usar el espacio público sin apenas riesgo (pasear, conversar, comprar, saludarse), o sobre nuestros derechos sociales o laborales, en el caso que alguien quiera aprovecharse de esta crisis para despedirnos o desahuciarlos. Podemos socializar nuestros miedos. Entender mejor el riesgo, alejar el miedo, rechazar bulos y organizarnos mejor. Podemos minimizar el daño del coronavirus practicando la corresponsabilidad en los cuidados en nuestros barrios: entre géneros[7], entre generaciones y entre vecinos y vecinas.

Cuando pase la crisis, habremos entendido mejor por qué pasan estas pandemias y cómo podemos evitarlas en el futuro. Seremos más conscientes no solo del valor de una sólida sanidad pública y universal, sino de la necesidad de considerar **los determinantes sociales de la salud y, por ello, de disminuir la brecha de las desigualdades sociales en salud**. También cómo podemos aplicar estas formas de organización colectiva o comunitaria que hayamos experimentado y vivido durante la crisis, a otros retos de salud diferentes al coronavirus, pero no menos importantes. Es decir, habremos hecho Salud Comunitaria.

[1] Ver Javier Segura. “Lo llaman eficiencia y no lo es (sobre los recortes sanitarios)” . Blog Salud Pública y algo más”. 4 de mayo de 2012. [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2012/05/04/133262](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/05/04/133262)

[2] *Los gastos añadidos por la vampirización de la sanidad privada en el modelo IPP de iniciativa público-privadas, han sido una auténtica sobrecarga de “michelines” para el sistema.*

[3] *Valga como ejemplo, que en un lugar tan estratégico como el Centro Nacional de Epidemiología, antes había un/a epidemiólogo/a para vigilar una única enfermedad (las prioritizadas para la vigilancia) y ahora un mismo profesional tiene que hacerse cargo de vigilar 3 ó 4 enfermedades, es decir, lo que antes hacían 3 ó 4 compañeras.*

[4] “El video resumen “De las batas a las botas” (Proceso de reorientación comunitaria de los CMSc de Madrid, 2008-2019)” Blog “Salud Pública y otras dudas”. 7 de marzo de 2020. <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2020/03/07/el-video-resumen-de-las-batas-a-las-botas-proceso-de-reorientacion-comunitaria-de-los-cmsc-de-madrid-2008-2019/>

[5] *Según una reciente encuesta municipal, en Madrid es incluso más prevalente en las edades jóvenes y medias.*

[6] *En el caso que nos tomemos la molestia de practicar la autopsia y hacerle la prueba.*

[7] *Ojo con que este retraimiento del mundo productivo al ámbito doméstico, reproductivo o de los cuidados, no suponga una mayor carga para las mujeres, que sean las que, de nuevo, tengan que hacerse cargo de las criaturas, de los abuelos en riesgo y, a la vez, del “teletrabajo.”*