

Las frágiles costuras: análisis de la respuesta a la pandemia en España

Por Javier Segura del Pozo, médico salubrista

[Artículo escrito el 30 de marzo, por encargo de Gavino Maciocco, director de la Revista "Salute Internazionale", editado en italiano el día 3 de abril con el título: ["Covid-19 in Spagna"](#)]

En estos momentos de finales de marzo, la situación en España es muy grave. Les dejo aquí un par de referencias¹² sobre la situación epidemiológica a día de hoy. Conozco obviamente mejor la de la Comunidad de Madrid, con todos los centros hospitalarios de la sanidad pública (y algunos de la privada) saturados, convertidos en Hospitales Covid19 y con la capacidad de las UCIs sobrepasada, que exige la selección de los beneficiarios de los ventiladores mecánicos (VM), y de la posibilidad de sobrevivir, por criterios clínicos y éticos, no suficientemente consensuados y explícitos.

Con un importante déficit de Equipos de Protección Individual (EPI) y VM, además de mascarillas y de test diagnósticos. A la espera que sean aliviados por las importantes compras realizadas (centralizadas en el Gobierno, y las complementadas por iniciativas de las CC.AA). Con un 14% del personal sanitario infectado y en proceso de reclutar personal extraordinario añadido. Con los servicios funerarios también sobrepasados y con el reto de apoyar y facilitar el proceso de duelo de miles de familias madrileñas que no han podido despedirse de sus seres queridos, muertos en aislamiento hospitalario o en soledad en residencias de ancianos.

En esta situación, me resulta difícil tomar distancia y hacer un análisis de situación, lo más sereno y objetivo posible, pero lo intentaré. Tal como temía (y compartí en dos textos anteriores^{3 4}), la crisis sanitaria de la pandemia ha tensado las frágiles costuras de nuestro sistema sanitario, socioeconómico y político y ha puesto al desnudo sus miserias y debilidades. Aunque también ha hecho brillar algunas de sus fortalezas y desarrollado algunos de sus potenciales. Repasémoslas:

El recorte del sistema sanitario público y el drenaje de recursos a la sanidad privada.

Aunque España puede enorgullecerse, como Italia, de un valioso sistema de sanidad pública y (casi) universal, llevamos casi dos décadas, especialmente desde 2010, sufriendo el recorte del número de camas y personal en nuestros centros hospitalarios. Además de reducir, de forma significativa, el presupuesto de la Atención Primaria (AP)

¹ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_59_COVID-19.pdf

² <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>

³ [¿Cómo sería una respuesta comunitaria al coronavirus?](#)

⁴ [¡No se despisten! ¡Actúen ya! \(Mensaje a las amistades de Latinoamérica desde un epicentro de la pandemia\)](#)

y precarizado las formas de contratación de sus sanitarios. Mientras, se drenaban recursos públicos a la sanidad privada, merced a diferentes formulas de concierto Publico-Privado (por si tienen interés por las estadísticas, les dejo uno de los múltiples artículos disponibles sobre este tema⁵). Aunque se haya también movilizado la sanidad privada, esta ha cerrado de forma insolidaria algunos centros y ha despedido trabajadores⁶.

La situación de las residencias de ancianos.

En epicentros de la pandemia, como la Comunidad de Madrid, las residencias han jugado un importante papel en la propagación de la infección, en la mortalidad y la letalidad en personas mayores. Este hecho ha dejado al descubierto las deficientes condiciones generales y sanitarias de muchos de estos centros, auténticos “morideros”, cuya mortalidad “habitual” había sido “normalizada”. Sin mencionar la notable insuficiencia de una cobertura sanitaria de cuidados paliativos y para la buena muerte (eutanasia).

La dominancia del modelo clínico frente al comunitario.

Como expresan magistralmente nuestros colegas de Bérgamo en la su ya famoso artículo aparecido la semana pasada en el NEJM⁷, estamos sufriendo un modelo de atención exclusivamente centrado en el paciente, en vez de centrado en la comunidad. En las ultimas décadas se ha desinvertido en la AP, además del débil desarrollo de la salud comunitaria, tanto en la propia AP, como en los servicios territoriales de Salud Pública (SP) y en la sanidad municipal (la experiencia del municipio de Madrid y su red de Centros Municipales de Salud Comunitaria-CMSc⁻⁸, en cuya diseño y gestión estuve implicado hasta mi cese en diciembre pasado, fue una excepción).

Este modelo es el que se ha aplicado con mayor devoción durante estas semanas de gestión de la pandemia. Todo el foco se ha puesto en la respuesta hospitalaria, sin darle suficiente valor a la red extrahospitalaria, como eficaz parapeto para frenar la demanda a los propios hospitales. En algunos sitios, como la Comunidad de Madrid, se ha aplicado un modelo que ha primado habilitar hospitales de campaña o edificios públicos medicalizados (hoteles, recintos feriales, polideportivos, etc.), drenando personal sanitario de AP para atenderlos. La consecuencia ha sido el cierre de muchos centros de

⁵ “Menos camas y plantillas al límite: la sanidad pública afronta su hora decisiva sin recuperarse del mazazo de los recortes” Angel Munarriz, Infolibre, 27 de marzo de 2020. https://www.infolibre.es/noticias/politica/2020/03/27/un_sistema_solido_pero_desgastado_radiografi_a_dato_dato_sanidad_espanola_hora_mas_dificil_105335_1012.html

⁶ “La sanidad privada recorta plantilla y cierra centros en plena pandemia” Sonia Vizoso, El Pais, 26 de marzo de 2020, <https://elpais.com/sociedad/2020-03-25/la-sanidad-privada-recorta-plantilla-y-cierra-centros-en-plena-pandemia.html>

⁷ Nacoti, M et cols “At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation” 21 March, NJEM Catalyst <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>

⁸ Ver: El video resumen “De las batas a las botas” (Proceso de reorientación comunitaria de los CMSc de Madrid, 2008-2019). Salud Pública y otras dudas, 7 de marzo 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/>

salud y la disminución de la capacidad de diagnosticar y tratar pacientes de Covid19 a domicilio, y de seguir atendiendo al resto de patologías en los centros de salud.

Desmovilización de los dispositivos socio-sanitarios comunitarios.

Por otra parte, este modelo clínico, no solo ha supuesto una desvaloración del papel de la AP, sino de otros recursos socio-comunitarios que han cerrado o se han quedado con retenes mínimos. Me refiero no solo a los CMSc, sino a los servicios sociales de base⁹ o a los servicios de salud mental de distrito, en un momento en que el impacto social y emocional de las medidas tomadas es especialmente terrible entre los más necesitados y, por lo tanto, en los barrios más populares.

Varias son las voces que han abogado por una movilización del “segundo escudo” y su consideración como “servicios esenciales”^{10 11}. La Vicepresidencia de Derechos Sociales y Agenda 2030 hizo el día 20 de marzo una esperanzadora declaración en este sentido¹², pero a día de hoy desconozco qué modelo se va a aplicar, pues parece que la principal preocupación era la medicalización de las residencias de personas mayores.

El adelgazamiento de la administración pública por no reposición de vacantes.

Independientemente del modelo elegido de administración pública, la realidad es que esta se ha adelgazado de forma muy importante en los últimos diez años, por la no reposición de vacantes por jubilación y la falta de convocatorias periódicas de ofertas públicas de empleo. Las plantillas de los empleados públicos de sanidad, educación o servicios sociales, están cada vez más envejecidas (en mi red municipal de salud comunitaria, la edad media alcanza ya los 60 años) y con la cabeza puesta en la jubilación, mientras escasea la incorporación de “savia nueva” o se contrata en unas condiciones de precariedad, que no facilitan su tarea y la sostenibilidad de los proyectos, especialmente de los comunitarios.

⁹ Según las informaciones que dispongo en estos momentos, en muchos territorios se han dejado en servicio activo (en modalidad presencial) solo a los servicios sociales de emergencia (tipo Samur Social de Madrid), o de atención a dispositivos especiales o residenciales (pisos protegidos, residencias, etc), además de la gestión de los valiosos servicios de teleasistencia y asistencia a domicilio, cerrándose sin embargo, los centros sociales de barrio. Muchas de sus profesionales siguen haciendo o recibiendo llamadas desde sus domicilios, atendiendo demanda de informaciones y gestión de prestaciones, pero tienen obviamente una capacidad de acción muy limitada.

¹⁰ [El Colegio de Trabajo Social de Madrid presenta un conjunto de propuestas para fortalecer la respuesta de los Servicios Sociales a las consecuencias sociales de la Emergencia Sanitaria del COVID 19](#)

¹¹ “Los servicios sociales ante la emergencia general” Blog de Fernando Fantova. <http://fantova.net/?p=2894>

¹² “Gobierno y CCAA acuerdan que los trabajadores de Servicios Sociales se consideren “servicios esenciales”” Europapress 20 de marzo de 2020. <https://www.europapress.es/epsocial/derechos-humanos/noticia-coronavirus-gobierno-ccaa-acuerdan-trabajadores-servicios-sociales-consideren-servicios-esenciales-20200320184351.html>

El debilitamiento de la estructura de Salud Pública (SP) y de Vigilancia Epidemiológica (VE).

En este proceso de *jibarización* de la sanidad pública, ha llamado especialmente la atención la reducción del músculo de los recursos de la SP. No solo los de protección o promoción de la salud, sino los de VE y de respuesta a alertas y emergencias epidemiológicas. Llevábamos años advirtiendo de lo vulnerables que estábamos a cualquier amenaza epidémica.

Creo que la limitada capacidad que tuvimos, en la fase de contención, de identificar los casos importados y rastrear sus contactos, con equipos de epidemiólogos y administrativos (en vez de dejarlo, en muchas ocasiones, en manos de la sobrecargada AP), ha jugado un papel en la extensión comunitaria de la infección.

Insuficiente consolidación de la arquitectura territorial

El clima de enfrentamiento entre algunos territorios con el gobierno central, ha dificultado la asunción de su autoridad. Se ha visto tanto por parte del President de la Generalitat (coalición independentista), como por parte de la Presidenta de la Comunidad de Madrid (Partido Popular), que no parecen haber evitado suficientemente la tentación de “externalizar” en el Gobierno de España la causa de las limitaciones (por ejemplo, el retraso en la compra centralizada de EPIs, VM, etc., o en las decisiones de cierres de fronteras interiores) y atribuirse (internalizar) los posibles éxitos. Sin asumir la responsabilidad que ambas CC.AA. tienen, a pesar de sus diferencias ideológicas, en la debilidad de su sanidad pública y el favorecimiento de la privada.

Por otra parte, los municipios a los que se ha despojado de competencias y recursos en la última década, podrían haber jugado un papel muy importante en la respuesta comunitaria a esta crisis.

Dificultad de acordar políticas de estado entre los partidos (transversalidad política).

España sufre una creciente incapacidad de acordar políticas de Estado. Hay un feroz enfrentamiento entre los dos bloques políticos, que favorece un uso demagógico de la comunicación y una deformación intencionada de la información.

La derecha política y mediática no ha perdonado que se haya podido formar un gobierno de izquierdas y que este pueda tomar decisiones (leyes) trascendentes para cambiar el statu quo político y social. A pesar de que se pretende estar apoyando al gobierno, la realidad es que se está produciendo un furibundo ataque y deslegitimación de su autoridad en la gestión de esta crisis, por parte del bloque de las derechas (PP, Cs y Vox, con matices diferenciales), y sus poderosos instrumentos mediáticos (incluido, el uso intensivo de RRSS), que mina la necesaria confianza pública en las recomendaciones e informaciones oficiales de Salud Pública

Debilidad de la UE como ente colectivo y solidario.

Hemos asistido indignados, no solo a la falta de solidaridad de los países del centro y norte de Europa ante la situación en Italia y España (emisión de *Coronabonos*, plan Marshall), sino a la vuelta de los clichés xenófobos del norte *laborioso, organizado, disciplinado y previsor*, frente al sur *derrochador, chapucero, juerguista, indisciplinado e inconsciente*, en el relato de la justificación de las diferencias en incidencia y letalidad

entre países. Sobran palabras para analizar esto, y solo me limitare a decir que la propia existencia de la UE está ahora en peligro.

La formación de la opinión pública sobre riesgos epidemiológicos y de SP.

Años de desinformación y falta de pedagogía pública sobre el concepto de riesgo epidemiológico, sobre las enseñanzas de amenazas pandémicas anteriores o sobre los determinantes sociales de la salud, nos pasan ahora factura a la hora de que haya una adecuada comprensión ciudadana de la situación, de la dificultad de tomar decisiones en escenarios de incertidumbre de información y de la inexistencia tanto del riesgo “0”, como de la protección 100%.

Eso ha llevado a que la población asustada este buscando chivos expiatorios en las autoridades de SP o los gobernantes que “no han sabido ver lo que veía encima y reaccionar a tiempo”, a la vez que se lavan las manos de su responsabilidad (por ejemplo, al votar a partidos políticos que no han apostado por la sanidad pública, ni la SP). Hay ahora una amnesia colectiva de cómo vivíamos las noticias de China o Italia en enero y febrero, y que entonces había una gran dificultad (sino imposibilidad) de que la población hubiera admitido medidas drásticas de confinamiento o cese de actividad económica, cuando había pocos casos en España.

Ahora se hacen fáciles “análisis a posteriori” que reprochan no haber evitado entonces concentraciones públicas en la primera semana de marzo. Con la información ahora disponible, probablemente deberían haberse evitado. Sin embargo, estas culpabilizaciones se focalizan en las feministas por la manifestación del 8M, olvidando que en esas mismas fechas había 900.000 personas usando diariamente los transportes públicos en Madrid, se seguían organizando eventos políticos (ejemplo, el mitin de Vox) y deportivos masivos, las terrazas de los bares estaban a rebosar y se ponía en cuestión la suspensión de las Fallas, la Semana Santa o de cualquier actividad económica.

Afortunadamente, no todos son debilidades. Entre las fortalezas destacamos:

- **La respuesta de la sanidad pública**, como sólido pilar de atención y contención de la pandemia, y otros sectores públicos aun no suficientemente movilizados. No nos olvidemos tampoco el papel que esta jugando la educación pública haciendo una meritoria teledocencia y manteniendo, en lo posible, los programas docentes
- **Un gobierno del Estado** con mas sensibilidad social que los anteriores y que ha sacado un “Plan de Choque Social” importante y ambicioso, aunque susceptible de ser ampliado, que intenta articular una respuesta diferente a la que se aplicó en la crisis de 2008, en que se debilitó aun más nuestro frágil sistema de bienestar social, priorizando el rescato a los bancos sobre el rescato de la ciudadanía más vulnerable.
- **Una dirección de la gestión de la crisis** con importante protagonismo de la *inteligencia epidemiológica y salubrista*, frente a otros modelos de respuesta en algunas CC.AA., en que las estructuras de salud pública juegan un papel más marginal en la toma de decisiones, frente a especialistas clínicos o de gestión hospitalaria.

- **Las iniciativas de solidaridad comunitaria** y vecinal, especialmente en los barrios populares de las grandes capitales y sus áreas metropolitana, aunque con evidentes limitaciones de desarrollo por la falta de reconocimiento institucional de su potencial papel como servicios (también) esenciales.

Tres Cantos (Madrid), 30 de marzo de 2020