

Notas sobre epidemia por COVID-19. Aspectos de la gestión socio-sanitaria y repercusiones en salud

LUIS OCAMPO :: 27/03/2020

No es ninguna insensatez plantearse de cara a un futuro cercano la exigencia de responsabilidades a las instituciones del Estado

ANTECEDENTES:

Es de justicia partir de la base de que el Sistema Sanitario Público, víctima de años de saqueo, se encuentra raquítico tanto en lo material como en lo humano, con unos recursos habitualmente ya colapsados o al borde del colapso. Y es de justicia por lo tanto reconocer a los gestores y beneficiarios del desmantelamiento de nuestro Sistema Sanitario como primeros responsables de la trágica situación actual.

Las externalizaciones de servicios como laboratorios, limpieza o celadores de hospitales están pasando también factura, con la limitación de respuesta en situación de crisis sanitaria que implica el estar al servicio de intereses privados y no del conjunto de la población.

Como principal maltratada dentro de la sanidad pública, tenemos a la Atención Primaria, base de cualquier Sistema Sanitario Público que se quiera justo y eficaz, que no ha visto más que menguar en los últimos años su personal, sus posibilidades de formación e investigación, sus recursos y su tiempo para dedicar a los pacientes, perdiendo así calidad y confianza por parte de la población. Afrontar una gran crisis sanitaria sin una primaria fuerte nos hace estar ahora mismo frente a algo parecido a la medicina de guerra, cuando no tendría por qué ser así.

Bastante de la mano de lo anterior, y como marca particular de la casa, tenemos una total usurpación de los puestos de gestión, que lejos de ocuparse por los profesionales más cualificados, con mayor experiencia y formación, se asignan a dedo, según enchufismos y a aquellos dispuestos a cumplir órdenes sin cuestionarse si son las mejores para el bien del sistema sanitario y de la salud pública. Por desgracia a este saco se suman cada vez más jefes/as de servicio y supervisores/as de enfermería, cuyos nombramientos responden en más ocasiones de las deseables a criterios de consonancia con las directrices generales.

La gravedad de la epidemia en el Estado español, en comparación con otros estados europeos, puede estar en relación con estos puntos de partida, pero no se limita a ellos.

HISTORIA ACTUAL:

Francia detecta los primeros casos de infección por COVID-19 a finales de enero, con 3 casos positivos el 25 de enero. Alemania cuenta con 5 casos positivos el 31 de enero.

El primer caso positivo en la Península es diagnosticado el 26 de febrero, es decir, un mes más tarde, parece más probable que fruto de una ausencia de búsqueda activa que del

hecho de que no existieran previamente. Si bien es cierto que se había diagnosticado en Canarias a un ciudadano alemán que había tenido contacto con un caso positivo detectado en Alemania, el 31 de enero. En esta línea cabe destacar que los primeros fallecidos en el Estado español por coronavirus fueron personas no diagnosticadas en vida, lo que nos hace pensar que el virus llevaba semanas circulando sin ser detectado.

El primer caso declarado en la Península es en Barcelona: las autoridades sanitarias catalanas realizan estudio de contactos estrechos y dictan aislamiento estricto para 25 personas. Cuando se declara el primer caso en Madrid, pocas horas más tarde no se toman las mismas medidas (o no se hacen públicas al menos). Otra diferencia en cuanto a gestión inicial entre los dos principales focos son por ejemplo el aislamiento inicial en Cataluña de los sanitarios, aun estando asintomáticos, que habían tenido contacto estrecho con casos positivos sin las medidas adecuadas, cosa que tampoco se hizo en Madrid. Otra medida interesante fue el confinamiento estricto y precoz de poblaciones enteras que constituían focos principales, como Igualada con 40.000 habitantes aproximadamente desde el 13 de marzo.

La primera gran medida adoptada en la Comunidad de Madrid, aparentemente drástica, de cierre de guarderías y escuelas, aislada de un plan general de contención que la hiciese realmente efectiva, supuso en muchas familias el cuidado de los/as niños/as por parte de los/as abuelos/as, y aunque no se han recogido datos al respecto, es muy probable que esto contribuyese en ese momento al contagio, puesto que los niños, aunque con sintomatología leve, son igualmente transmisores del virus.

Es inexplicable el retraso o ausencia de medidas como la anulación de eventos masivos (partidos de fútbol y otros espectáculos), el cierre de grandes superficies, y el confinamiento de los primeros focos (como podría haber sido el caso de Torrejón de Ardoz), medidas que fueron adoptadas precozmente en los países cercanos que mejor lograron limitar los contagios. Dentro de un plan precoz general de contención de la epidemia probablemente la suspensión de la manifestación del 8M hubiese tenido sentido, pero centrar el problema en la realización de esta movilización es desviarse del verdadero problema, que es la ausencia de dicha estrategia general.

Otra cuestión de mucha importancia, inversamente proporcional al conocimiento de la población no sanitaria sobre el asunto, es cómo se gestionó en los primeros momentos la realización de PCR y cómo se ha ido limitando su utilización (al menos en Madrid y Cataluña, principales focos), contradiciendo las recomendaciones de la OMS y en contra de lo que la experiencia en China, Corea del Sur y Alemania nos podía enseñar.

Hasta el 6 de marzo, en los hospitales de Madrid, para solicitar la prueba, los/as facultativos/as tenían que descartar el resto de infecciones virales mediante las pruebas disponibles y hacer una llamada telefónica a Salud Pública (con dos horas de espera en muchos casos) que la autorizaba o no (por encima del criterio del médico), haciendo difícil el acceso a ella y limitando por motivos prácticos su realización. Entre el día 6 y el 8 de marzo se suspendió ese requisito, pasando la decisión a criterio único del médico/a que atendía al paciente; en esas pocas más de 24 horas se multiplicaron por dos los casos detectados en Madrid, superando los 1.000, probablemente a

consecuencia de la deslimitación de la prueba. A partir del 8 de marzo se limita la realización de PCR a los casos más graves, con factores de riesgo o que precisan ingreso (excepto en los casos de políticos o borbones, como ya sabemos), es decir a una minoría, con lo que los datos de nuevos contagios empiezan a estar alejados de la realidad, al menos en Madrid y Barcelona. La idea que se transmite a los pacientes a partir de ese momento es que cualquier persona con síntomas compatibles debe aislarse. Pero el no tener una prueba diagnóstica contribuye a que estos aislamientos no sean todo lo estrictos que deberían de ser y a no llevar a cabo los estudios de contactos.

Será interesante en el futuro hacer un trabajo de investigación comparando las diferentes gestiones y sus consecuencias en la propagación del virus.

En este apartado habría que destacar la nula voluntad de educación en medidas higiénicas y pautas de seguridad a la población general por parte de las instituciones. En pocos días se pasó (con la colaboración inestimable de los medios de comunicación) de transmitir una idea de absoluta lejanía e inmunidad a la epidemia a declarar el estado de alarma, en un clima de catástrofe y descontrol, con la puesta en práctica de la doctrina del shock, cultivando en una buena parte de la población una sensación de inseguridad y desprotección que solo se ve calmada a través de medidas represivas y deshumanizadas.

Por último y como buen ejemplo de la insensatez e irresponsabilidad del Gobierno, parece bastante revelador el hecho de que no solo no se dedicó ningún esfuerzo a desmentir el extendido bulo de la ineffectividad de las mascarillas, sino que se contribuyó a su propagación.

EXPLORACIÓN:

En el análisis de la situación sanitaria actual parece fundamental hacer en primer lugar un reconocimiento y homenaje al personal del Sistema Sanitario Público que está demostrando cada día su capacidad de autoorganización, su solidaridad, su versatilidad, su voluntad de formación para brindar la mejor atención posible (cuando el tipo de atención que deben proporcionar en este momento dista en muchos casos de la habitual, esto cobra gran importancia) y, en definitiva, su profunda humanidad. Todo esto está sirviendo como contrapeso a la pésima, en muchos casos por ausente, gestión de la epidemia por parte de las autoridades competentes.

Los últimos datos son de en torno a 64.059 infectados (con un aumento de hasta un 20% por día), ocupando España el segundo puesto en número de fallecidos con 4.858 (769 en un día). Pero la validez de estos datos, que no incluyen los casos probables no confirmados, con la restricción que existe para la realización de la prueba (al menos en Madrid y Cataluña), es muy escasa, como lo es su utilidad para cálculos de mortalidad y otros. Tampoco tenemos datos descriptivos sobre los casos ingresados, mortalidad por edades ni en definitiva un estudio serio de la situación actual de la epidemia.

Según estas cifras, la mortalidad se situaría entorno al 7.4% (frente a 0.6% en Alemania o 1.4% en Corea del sur, que realizan test de forma masiva). Las diferencias con otros países podrían en cierta medida explicarse por esa ausencia de contabilización de buena parte de los casos leves en el total de los casos. Para hacernos una idea, la mortalidad de la gripe

común es de entorno al 0.1% y la de la neumonía adquirida en la comunidad de entre un 10 y 14% según factores de riesgo asociados.

Se suma por otra parte la dramática y cruel opacidad sobre lo que está ocurriendo en las residencias de ancianos, sin datos oficiales en varias comunidades entre las que se encuentra Madrid.

Hay tres cuestiones que parecen ahora mismo de vital importancia en lo que a la salud de las personas del conjunto del Estado y en particular de Madrid se refiere:

El cierre de los Centros de Atención Primaria que se pretende llevar a cabo (con un secretismo total, necesario para su aplicación por otra parte). Lo que supone acabar con las labores fundamentales de atención y seguimiento de casos leves de COVID-19, con la detección de complicaciones para su derivación y sobre todo seguimiento de todo el resto de patología crónica que requiere atención continuada particularmente relevante en la población mayor, sin la que la morbilidad general se verá aumentada. La ausencia de un plan de cuidados paliativos proporcionados por personal sanitario formado, en domicilios y en residencias de mayores, por lo que no se está garantizando actualmente una muerte con el menor sufrimiento posible a todas las personas que lo necesitan. La limitación progresiva del acceso a cuidados intensivos, denegándose este en ocasiones con criterios discutibles. Sería muy importante que el personal sanitario de las UCIS reflexionase sobre la necesidad de ampliar los recursos que evitarían el tener que aplicar criterios excluyentes.

Por último, tenemos una población bajo medidas de aislamiento estricto (excepto para ir a trabajar), fruto en buena medida de una mala y tardía gestión de la epidemia, así como del reconocido carácter represivo del Estado español.

Mientras, en Francia se permite a los ciudadanos salir una hora al día y hasta a un kilómetro de su domicilio para pasear, hacer deporte, etc. En Alemania se permite también pasear y hacer deporte al aire libre, como máximo a dos personas juntas excepto que sean de la misma familia (en este caso no hay límite), guardando una distancia de 1.5 m de seguridad entre viandantes. Realizan, eso sí, un aislamiento estricto de los casos y una vigilancia estrecha de los contactos de estos. Estas medidas, teniendo en cuenta las posibles formas de contagio, parecen bastante ajustadas y concebidas desde un pensamiento racional.

La dimensión de las consecuencias en salud del aislamiento está por ver, pero será importante, a destacar sobre todo en las personas con patología psiquiátrica y en las personas mayores para las que la falta de movimiento constituye un riesgo de salud muy alto, agravándose además por el cierre de los Centros de Atención Primaria.

A esto se añade la ausencia total de medidas sociales y de infraestructura para hacer el aislamiento sostenible, como por ejemplo en el caso de los niños que recibían su principal comida en los centros escolares (comidas que la CAM ha sustituido por Telepizza), mujeres maltratadas, personas con necesidades especiales, personas que recibían terapia y ayuda en general en los centros de día, drogodependientes, etc.

PLAN Y TRATAMIENTO:

Ante esta situación, tenemos la responsabilidad de exigir un conjunto de medidas, así como de plantear las movilizaciones que sean necesarias para su puesta en práctica.

Información actualizada y transparente. Descripción detallada de casos confirmados, casos probables, distribución por edades, etc. Datos sobre la ocupación de recursos a nivel estatal, tanto públicos como privados. Información centralizada y pública sobre la situación en las residencias, en número de casos y mortalidad. Se podría contar con la ayuda de voluntarios con formación en recogida de datos y estadística dada la sobrecarga asistencial. Gestión rápida de infraestructura y personal para aumentar la capacidad de proporcionar cuidados intensivos. Sería necesaria la utilización de recursos que permanecen cerrados como la UCI del Hospital Infanta Sofía y el nuevo Hospital de Toledo, la compra de respiradores y la formación de personal de enfermería. Así como la creación de un corredor de UCIs periféricas a Madrid que permita trasladar pacientes críticos desde la capital a hospitales cercanos mientras haya plazas. Oposición frontal al cierre de los Centros de Atención Primaria. Asegurar que mantengan su labor asistencial pese a la “reorganización del personal”. Creación de equipos de cuidados paliativos, que puedan proporcionar atención a domicilio evitando ingresos innecesarios, así como en residencias de mayores (a las que por cierto, se deniega el traslado a hospitales). Dada la incorporación a los servicios de medicina interna de los hospitales de médicos sin experiencia en cuidados paliativos sería importante garantizar también una supervisión por personal formado en este sentido para asegurar condiciones de muerte digna. Gestión pública de las residencias de ancianos, así como que se doten de personal y material necesario para hacer frente a la epidemia. Asegurar material de protección homologado para el personal que realiza labores con riesgo de contagio. Implementación de medidas para hacer sostenible el aislamiento para las personas más vulnerables o con riesgos de salud agravados por la situación. Estrategia a corto-medio plazo de detección de todos los casos mediante PCR (no únicamente los graves), con aislamiento estricto de estos y estudio de contactos eficaz, como una de las medidas fundamentales de cara a levantar el aislamiento generalizado. Divulgación a través de los medios de comunicación de información útil y de calidad a la población: formas de contagio, actuación según sintomatología, medidas para evitar contagios (lavado de manos, distancia de seguridad, uso de mascarilla, etc.), dándole especial importancia a mantener la serenidad. Del compromiso que se consiga de la población en estos aspectos en los próximos meses dependerá en buena medida la evolución de la epidemia.

Tenemos que recordar que las medidas que se han tomado por parte de la CAM (como la puesta en marcha de hoteles medicalizados y el IFEMA o la derivación a centros privados), algunas de ellas relativamente rápidas y oportunas, vienen a suplir en muy buena medida las carencias que en la sanidad pública ha generado la política de recortes llevada a cabo por el mismo partido corrupto en los últimos años. Hay que exigir toda la información sobre los beneficios que obtendrán las empresas implicadas en estas medidas fruto de la epidemia, así como una repartición de las pérdidas entre el sector sanitario público y el privado.

Por último, no nos olvidemos de combatir el discurso de “la guerra contra el virus”; esto no es una guerra, no está justificada la medicina de guerra, no está justificado el control social ni las medidas represivas de época de guerra, no tiene razón de ser el sufrimiento generalizado de la población. Las guerras son guerras, entre colectivos humanos

conscientes, a los que se les puede exigir responsabilidades, juzgar y condenar. Las pandemias son pandemias, problemas de salud que pueden además desembocar en crisis socioeconómicas, ante ellas los estados tienen la responsabilidad de garantizar el acceso a la atención sanitaria y los derechos fundamentales. De su incapacidad en estos momentos de poner en práctica estas garantías nace el interés de inculcar “la guerra contra el virus” en lugar de la lucha por la vida.

No es ninguna insensatez plantearse de cara a un futuro cercano la exigencia de responsabilidades a las instituciones del Estado y del Sistema Nacional de Salud por su potencial negligencia en la gestión de esta crisis.

Mucho ánimo y fuerza para lo que viene por delante. Las crisis también son oportunidades para transformar la realidad, y en eso estamos.

Luis Ocampo, Médico y Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria, 27 de marzo de 2020.

https://www.lahaine.org/est_espanol.php/notas-sobre-epidemia-por-covid