

Los recortes y la corrupción matan. No es un lema, es una dramática realidad

LUIS OCAMPO :: 02/04/2020

El problema en el Estado español, en Italia y posiblemente en otros estados de Europa o del mundo, tal como es el caso de EEUU, se va alargar de forma considerable

La evolución de la Pandemia COVID-19 que hemos visto en China no se corresponde con lo que puede denominarse la "evolución natural" de una epidemia; en absoluto, allí las medidas tomadas de forma muy precoz por las autoridades sanitarias y políticas, así como las adoptadas por la sociedad civil consiguieron buenos resultados epidemiológicos y asistenciales. Para ello se combinaron por un lado medidas de control epidemiológico tradicionales, tal como son la cuarentena masiva como forma de prevención y el aislamiento estricto de enfermos o sospechosos en lugares habilitados para ello o en hospitales para evitar la extensión, y por otro, el uso intensivo de los recursos tecnológicos actuales.

Los test diagnósticos serológicos, se utilizaron de forma masiva y todas las confirmaciones diagnósticas incluían esa prueba, salvo los días 13 y 14 de febrero, en que por exceso de demanda y de forma circunstancial hubo un déficit de test, según la propia información de la **Comisión Nacional de Salud China**. Durante esos días, la confirmación de casos se hizo mediante la realización de TACs torácicos, en cuyas imágenes tenían que reflejarse las características radiológicas típicas de la neumonía COVID-19; una vez superado ese desajuste se volvió a tener como criterio definitorio de caso el test serológico positivo, además de los datos clínicos, radiológicos y epidemiológicos.

En el caso chino, pudimos asistir desde el inicio a una información detallada y transparente de la evolución de la epidemia, que era actualizada puntualmente cada 24 horas, incluyendo sábados y domingos.

Por otro lado, y en el plano puramente asistencial, las autoridades chinas fueron previsoras en la adaptación de sus recursos materiales y humanos, construyendo **nuevos hospitales** en Wuhan y reforzando la respuesta con miles de profesionales cualificados traídos de otras regiones de China.

Unos 6.000 médicos nuevos están ingresando a la zona de Wuhan para ayudar a controlar la epidemia y tratar a l@s afectad@s. Además, otros 450 médicos militares, expertos en enfermedades infecciosas y unidad de cuidados intensivos, provenientes de las escuelas médicas del Ejército, la Marina y la Fuerza Aérea del Ejército Popular de Liberación Chino han llegado a Wuhan. Simultáneamente se están construyendo dos nuevos hospitales en un tiempo récord de unas dos semanas, con una capacidad aproximada de 2.500 camas. - 26 de enero de 2020

Exactamente igual ocurrió en relación con la disponibilidad de fármacos utilizados para el tratamiento de los pacientes, entre los que la cloroquina/hidroxiclороquina jugó un papel importante. Por cierto, aprovecharon la situación para poner en marcha ensayos clínicos

sobre eficacia terapéutica de diversos fármacos, poniendo en práctica la filosofía más eficiente que se puede aplicar a la investigación, es decir, la de que esta ha de ser también un **subproducto** de la actividad asistencial cotidiana, planteamiento que permite optimizar recursos, pero que para hacerla posible precisa de una planificación y sistemas de registros de alta calidad. La planificación sistémica es una de las características que tiene la sociedad china, algo que le ha permitido abordar exitosamente la Pandemia.

La información cotidiana de calidad y sostenida en el tiempo es uno de los indicadores de mayor significación para evaluar el cómo se está desarrollando una actividad en general. Los sistemas de registro y la información de las actividades son expresiones muy elocuentes de cómo estas se están gestando e implementando en líneas generales, pero muy particularmente en lo referente a las cuestiones sanitarias.

Para desarrollar un plan como el chino hay que tener también las condiciones socio-sanitarias de China, y, desde luego, en el Estado español no las tenemos. Aquí, por tanto, aprendiendo todo lo posible de allí, habría que haber articulado un plan de trabajo propio partiendo de nuestra realidad sanitaria y social en general, de sus fortalezas y de sus debilidades. Las debilidades, además de las estructurales desde el punto de vista social, son en lo referente al Sistema Sanitario las derivadas de veinte años de recortes, brutalmente intensificados en los últimos diez. La política de recortes, privatizaciones y externalizaciones al servicio del capital privado, habitualmente internacional, vació en muy buena medida un Sistema Sanitario Público que había llegado a ser modélico y referencial en los años 90 del pasado siglo.

L@s responsables de esas políticas deberían de tener un tratamiento penal, porque como estamos comprobando los recortes y la corrupción matan; este no era simplemente un lema propagandístico, tal como estamos comprobando de forma dramática en la actualidad. Pero aun partiendo de esas debilidades del Sistema Sanitario, inducidas por las políticas llevadas a cabo en los últimos años, se tendría que haber hecho una planificación poniendo en valor las fortalezas aún existentes del Sistema Sanitario Público, tal como es el caso de la Atención Primaria. Pero no, en general --y muy especialmente en Madrid-- no solo no se ha puesto en valor la Atención Primaria para afrontar la crisis de la COVID-19, sino que se está aprovechando la coyuntura para liquidar definitivamente esta. Esto no es solamente un error táctico, también es un error que genera más sufrimiento a la población y una mayor mortalidad.

En diversos países europeos, especialmente en los nórdicos, que en principio parece que están afrontando la pandemia de la COVID-19 con resultados esperanzadores, el papel de la Atención Primaria es fundamental. También en el caso de Cuba, donde según los datos se está combatiendo con eficacia, la Atención Primaria es protagonista. Parece necesario que recurramos a China como proveedor de recursos en estos momentos, e incluso sería positivo que solicitáramos la colaboración de algun@s de sus expert@s, pero seguramente nuestra mirada debería dirigirse más a Cuba, país con el que tenemos estrechísimos lazos culturales y una lengua en común. La experiencia y colaboración cubana para afrontar sólidamente la crisis sanitaria seguramente nos será de gran utilidad para, sobre la base de un plan propio, salir con los menores costes humanos posibles de esta situación.

Si a nivel general la gestión de la crisis socio-sanitaria es claramente deficiente en los diversos aspectos que hemos señalado, la gestión que se está haciendo desde la Comunidad de Madrid es sencillamente criminal. Están aprovechando la coyuntura, tal como hemos dicho, para profundizar en la privatización. No es casualidad que a la cabeza de la gestión de esta crisis humanitaria se [haya colocado a reconocidos privatizadores-liquidadores del Sistema Sanitario Público, como Antonio Burgueño](#).

Desde diferentes ámbitos se levantan voces críticas, a veces muy críticas, pero con un matiz: que habrá que esperar para hacer más explícitas estas y exigir responsabilidades cuando esto se acabe. Ese planteamiento no nos parece acertado, porque esto no se acabará pronto; el "cuando esto se acabe" expresa que desde el punto de vista conceptual se sigue instalados en el error inicial, que hace unos meses se reflejaba en minimizar la importancia de lo que se venía encima, sosteniendo que la COVID-19 era más o menos como una gripe estacional.

El problema en el Estado español, en Italia y posiblemente en otros estados de Europa Occidental o del mundo, tal como es el caso de EEUU, se va alargar de forma considerable, porque en esos escenarios sí que vamos a asistir --estamos asistiendo de hecho-- a la "evolución natural de la pandemia" de la que hablábamos al principio. Cuando el señor Fernando Simón desde hace muchos días está hablando de que estamos a punto de llegar al pico de la epidemia, no solo está reiterando un error de apreciación en cuanto a sus previsiones, sino que está cometiendo un error conceptual muy grave, tal como ya le ocurrió anteriormente con el uso de mascarillas o el de los test diagnósticos, además confundiendo a la sociedad. La Pandemia COVID-19 en el Estado español o en Italia (por cierto, allí ya lo han reconocido) no va de "picos", sino de "meseta", que es otro modelo de curva epidemiológica muy diferente.

Casos diarios confirmados de COVID-19 por fecha de notificación en Madrid, según el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias

Esto quiere decir que durante un tiempo prolongado, tal como está ocurriendo, estaremos en una situación de casos nuevos y decesos mantenido. Como es obvio, lo más deseable es que ese tiempo sea lo más corto posible, pero para ello hay que tener clara conceptualmente esta cuestión, es decir, que se ha ascendido en morbilidad pero que nos encontramos en una situación de sostenibilidad de estas dos cuestiones (morbilidad y mortalidad), que en todo caso puede ser en diente de sierra, con algunas elevaciones y descensos diarios menores, pero que se mantiene en ese nivel mesetario alto. Para conseguir bajarlo de forma significativa hay que adoptar medidas urgentes y bien planificadas, y en estas ha de jugar un papel protagónico la incorporación de la Atención Primaria a la lucha contra la pandemia de la COVID-19, justo lo contrario de lo que se está haciendo hasta ahora. Por cierto, y hablando de "mesetas", nos encontramos con que la afectación de la pandemia de la COVID-19 en los territorios castellanos, incluyendo ambas mesetas, incluyendo Madrid, es especialmente dramática. En el futuro haremos un editorial sobre esta cuestión.

La disponibilidad de UCIs es muy importante desde el punto de vista asistencial, aunque las estadísticas hasta ahora arrojan cerca de un 50% de mortalidad entre los pacientes que son ingresados en esas unidades. Se trata de hacer una intervención ya para que el menor

número de pacientes llegue a ese extremo de gravedad.

No se puede tener a toda la población confinada en sus domicilios mientras la Atención Primaria está casi totalmente desaprovechada; eso es una auténtica barbaridad. Es necesario y urgente esa incorporación de la intervención de la Atención Primaria en esta crisis socio-sanitaria; que se una a la atención, además de a través de servicios telefónicos o telemáticos en general, la actividad presencial en los propios centros de salud y la atención domiciliaria. Eso sí, con garantías de seguridad suficiente. Esta última es una cuestión que por cierto hay que garantizar: el porcentaje de afectados del personal sanitario por la COVID-19 es dramáticamente alto tanto en la atención hospitalaria como en la Atención Primaria; los tres compañeros fallecidos en Cuenca, León y Salamanca por esta causa son un ejemplo de ello.

En las reuniones de París de 1988 y de Oxford en 1989 sobre Historia de la Medicina, para profundizar en la reflexión sobre la historia social de las enfermedades epidémicas, se centró la atención en una triple vertiente: el discurso médico, el discurso político y el análisis de las reacciones de la población. En el caso de esta Pandemia y en lo referente al Estado español, habrá que incorporar también el análisis del discurso mediático y el análisis del papel del Ejército y las Fuerzas de Orden Público por el gran protagonismo que están teniendo en ella. Para analizar el discurso médico, al menos hasta ahora, pocos elementos de análisis vamos a tener. Curiosamente ha sido el Colegio de Médicos de Madrid el que ha tenido un mayor nivel de intervención dentro del sector. Tendremos, sin embargo, elementos abundantísimos para hacer un análisis del discurso político y mediático.

Hay una cuestión que merece una reflexión específica, y es lo que podríamos llamar la "militarización de la crisis de la Pandemia de la COVID-19", que en el Estado español adquiere una especial significación. Hasta la fecha y desde el inicio de esta crisis 2.136 personas han sido detenidas y a 252.159 se les ha abierto un expediente sancionador. Desde el siglo XIX una reivindicación de una parte muy significativa de los profesionales de la Sanidad Pública y de los sectores progresistas de la sociedad fue la de la constitución de un Ministerio de Sanidad. Esta demanda se intensificó durante la pandemia de gripe de 1918-1920. Las competencias sanitarias estaban incorporadas en el Ministerio de la Gobernación, que tenía la responsabilidad sobre las Fuerzas de Orden Público y por tanto sobre el orden público en general. Fue durante la II República, con el Gobierno del Frente Popular de 1936, cuando se creó el Ministerio de Sanidad. Su primera titular fue Federica Montseny. Una vez instaurado el Régimen franquista se volvió al viejo sistema de incorporar las tareas sanitarias en el Ministerio de Gobernación. Hubo que esperar a 1977 para que se volviese a crear el Ministerio de Sanidad en el Estado español. Las medidas tomadas por el actual Gobierno, y muy particularmente la escenificación de las ruedas de prensa sobre la evolución de la crisis socio-sanitaria a la que asistimos, parece que nos retrotraen de nuevo al espíritu del Ministerio de Gobernación con las tareas sanitarias subsumidas en este.

No podemos esperar a que esta crisis pase para exigir responsabilidades y/o corrección del rumbo equivocado, porque probablemente entonces será demasiado tarde. Es ya el momento --quizás debiera de haber sido antes-- de ocupar este espacio desde una perspectiva progresista. Si no lo hacemos, este papel será desempeñado por los sectores más reaccionarios de la sociedad.

Cuando estábamos finalizando este artículo se han publicado los datos sobre algunas de las repercusiones socio-laborales de esta crisis. Según el diario El País el mercado laboral sufre el peor mes de su historia, con 834.000 empleos destruidos; y esto es solo el comienzo.

Hacemos un llamamiento a todas las autoridades sanitarias y políticas, a todos los medios y a todas las organizaciones sociales para que urgentemente se haga una reevaluación rigurosa de lo que se está haciendo, en qué se está fallando y también, de forma urgente, se pongan los medios para resolver esos errores. Nuestra sociedad se lo merece.

Luis Ocampo, Médico y Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria, a 2 de abril de 2020.

https://www.lahaine.org/est_espanol.php/los-recortes-y-la-corrupcion