

El abordaje de la pandemia en Cataluña

Marta Carrera.
ACDSP Barcelona

Las primeras medidas que se tomaron en Cataluña fueron el distanciamiento social y el cierre de eventos con más de mil personas el 11 de marzo, seguidos del cierre y aislamiento del área de Igualada y cuatro poblaciones cercanas. A partir del viernes 13 se cerraron todos los centros de enseñanza.

Después de la declaración del estado de alarma el 14 de marzo, el eje principal de la actuación y de la información del Departamento de Salud (CatSalut) fue la reestructuración hospitalaria. Se realizaron cambios muy rápidos en la ampliación de camas y adaptación de espacios en todos los grandes centros hospitalarios, así como acondicionamiento de polideportivos y hoteles poco más tarde. El 80% de la hospitalización desde entonces, fue por COVID en todos los hospitales públicos y mucho más elevada en sus cuidados intensivos. El CatSalut en Barcelona estableció alianzas con trece centros privados para ampliar la capacidad de los cuatro grandes hospitales públicos de referencia. El día 4 de abril, se atendían ya 2.080 pacientes en los centros privados, 210 de los cuales en las UCI¹.

Los profesionales de Atención Primaria (AP) constataron en las primeras semanas la insuficiencia de la estrategia centrada en el hospital: con teléfonos y urgencias hospitalarias colapsadas y paralización de la atención especializada, con poquísimas excepciones. Algunos CAPS cerraron por bajas laborales y siguen cerrados. En Barcelona hubo una oposición al cierre de los CAPS gestionados en su gran mayoría por el Instituto Catalán de la Salud (ICS). La mayoría abrió de 8 a 20h de lunes a viernes y de 9 a 17 sábados y domingos. Junto al ICS y la Agencia de Salud Pública de Barcelona se realizó un trabajo de integración de todas las fuentes de información para facilitar a los profesionales de AP la identificación y seguimiento de las personas con cualquier tipo de presentación de COVID. El trabajo de la AP posiblemente contribuyó a que no llegara a abrirse un espacio

análogo al IFEMA en la Fira de Barcelona y a no llenar del todo los cuatro pabellones habilitados en espacios próximos a los grandes hospitales.

Al inicio los circuitos propuestos a los pacientes desorientaban; vaya al hospital, llame al 061, no se citaba la posibilidad de llamar a su médico de primaria. En AP se mantuvo la sobrecarga burocrática con la prescripción de las bajas laborales. Centralizar las pruebas de confirmación de los casos en los Servicios de Salud Pública o el Servicio de Emergencias Médicas produjo retrasos y generó incertidumbre. Los profesionales creen que no se valoró la importancia epidemiológica de la AP y se sigue así externalizando el rastreo del COVID a una filial de Ferrovial por un contrato millonario.

No disponemos de información completa sobre la coordinación e integración de los datos del 23% de centros de atención primaria no gestionados por la administración pública. Sin embargo, parece haber un consenso en valorar positivamente la actuación global y capacidad de respuesta de la Atención Primaria gestionada por la red pública ICS.

El confinamiento de la población ha tenido consecuencias muy graves en las Residencias Asistidas y especialmente en las casi de 300 de Barcelona y provincia. Las medidas de aislamiento y protección de la orden ministerial de 21 de marzo,

recayeron sobre unas ratios de personal mínimas, no actualizadas desde 2010; no se implementaron con suficiente rapidez recursos como EPIs y renovación del personal con numerosas bajas. La atención sanitaria en un grupo importante de estos centros de Barcelona y su área metropolitana había sido externalizada por el CatSalut en 2009 a un proveedor de equipos de atención residencial privado, MUTUAM, que no pudo afrontar la situación. A finales de marzo se reclamó en Barcelona, una unificación de la dirección sanitaria en la AP del ICS² a través de los consorcios de Servicios Sociales responsable de las Residencias y de Salud, en los que este Ayuntamiento tiene un 40% de representación. Finalmente, el 10 de abril se adscribió a Salud las competencias de dirección, coordinación e inspección,

Los profesionales de Atención Primaria constataron en las primeras semanas la insuficiencia de la estrategia centrada en el hospital

recayeron sobre unas ratios de personal mínimas, no actualizadas desde 2010; no se implementaron con suficiente rapidez recursos como EPIs y renovación del personal con numerosas bajas. La atención sanitaria en un grupo importante de estos centros de Barcelona y su área metropolitana había sido externalizada por el CatSalut en 2009 a un proveedor de equipos de atención residencial privado, MUTUAM, que no pudo afrontar la situación. A finales de marzo se reclamó en Barcelona, una unificación de la dirección sanitaria en la AP del ICS² a través de los consorcios de Servicios Sociales responsable de las Residencias y de Salud, en los que este Ayuntamiento tiene un 40% de representación. Finalmente, el 10 de abril se adscribió a Salud las competencias de dirección, coordinación e inspección, ▶

así como el suministro de información por parte de las Residencias con independencia de su titularidad pública o privada³.

Los centros **Sociosanitarios** son centros hospitalarios de cuidados intermedios entre los cuidados agudos y los domiciliarios. Algunos de los 14 centros de este tipo de la ciudad de Barcelona, han sido afectados por la pandemia y han sufrido un colapso por la dificultad de hacer frente a las bajas de personal, la escasa capacidad de respuesta a la nueva situación y la escasez de material y espacio para aislamiento. Se trata de instituciones gestionadas por fundaciones y empresas privadas⁴. Al igual que en la gestión de las residencias, privada en la gran mayoría, han salido a la luz privatizaciones en manos de fondos de inversión en alguno de los más afectados.

La estancia media hospitalaria se ha calculado en 11,7 días y el coste medio total, en 5.600 €. Para la estancia de 22 días en UCI se calculan 40.000 €⁵. Según la legis-

lación habitual de indemnizaciones ya aprobada, se compensarán las estancias en UCI privadas a un precio global de 43.000€⁶. Estas cifras contrastan con la valoración de 1.300 € por día en UCI de grandes quemados en los hospitales de tercer nivel gestionados por la administración pública, es decir, el ICS⁷.

En estos días se ha divulgado información sobre la necesidad de reorientación de la atención a los mayores y del interés de fondos financieros nacionales como CLECE, HESTIA, o internacionales como ORPEA, DomusVi, en las Residencias Asistidas y en el mercado sanitario. Ha habido quejas de médicos por instrucciones que menospreciaban los derechos de seguridad en el trabajo, pero las quejas más graves y numerosas, son las de los ciudadanos a menudo desinformados sobre la situación de gravedad de muchos fallecidos en las Residencias, que no han podido acompañar la muerte a sus familias ni realizar un mínimo duelo. ♦

Madrid: El desastre de la pandemia del coronavirus

Marciano Sánchez-Bayle.
Portavoz de la FADSP

La pandemia por coronavirus covid19 ha tenido un especial impacto en la Comunidad de Madrid, que tiene el mayor número de muertes confirmadas del país, a pesar de tratarse de la 3ª región en cuanto a población y la 5ª con menor porcentaje de personas mayores de 65 años.

¿Porque la Comunidad de Madrid ha tenido esta situación tan mala que la coloca a la cabeza del mundo? De nuevo se trata de hipótesis que parecen en principio razonables. En Madrid se agrupaban muchos factores de riesgo que hicieron explosiva la situación y que resumidamente son:

► Una Comunidad con una **elevada densidad de población** y con una movilidad

muy grande y mal organizada lo que favorecía los contagios.

► **Elevados niveles de contaminación ambiental** que propiciaban el contagio y la gravedad de la enfermedad respiratoria.

► **Residencias de mayores en manos de empresas privadas**, muchas de ellas de capital riesgo, más interesadas por maximizar sus beneficios (a costa de reducir personal y su cualificación, así como del recorte en de medios e instalaciones). Y esta situación se ha producido a pesar de las numerosas denuncias de sindicatos y ayuntamientos sobre las malas condiciones de estas, a las que la Comunidad de Madrid no ha hecho caso, evitando las necesarias inspecciones y el control de sus condiciones, en aplicación de su política neoliberal de favorecer a sus amigos

empresarios, aunque sea a costa de la salud y la vida de las personas.

► **Unos presupuestos sanitarios insuficientes** mantenidos desde las transferencias, que sitúan a la Comunidad de Madrid siempre por debajo de la media de las CCAA (entre 2010 y 2019 la Comunidad de Madrid ha destinado 10.822 millones € menos a la Sanidad Pública de lo que le correspondería para tener unos presupuestos *per capita* en la media de las CCAA, y en 2020 son 1.600 millones € menos). Claro está mientras dejaba de recaudar en ese periodo 39.516 millones € perdonando impuestos a los más ricos y poderosos.

► **Disminución camas en los hospitales públicos**, que comenzó durante los mandatos de Esperanza Aguirre, cuando la apertura de nuevos

hospitales privados o semiprivados se acompañó de cierres de camas en los centros de gestión tradicional, y que fue continuada en los años siguientes, así entre 2014 y 2018 se cerraron 1.007 camas en los hospitales de gestión pública. La situación es aún más preocupante en el caso de las camas de media y larga estancia en las que el déficit de la región es espectacular (0,15 camas/1000 habitantes frente a 0,31 del conjunto del país y 1,5 de la UE) mientras hospitales como el antiguo Puerta de Hierro permanecen cerrados y en constante deterioro.

► **Deterioro Atención Primaria.** Dentro de los recortes de la Sanidad Pública, la AP ha sido la más castigada en la región, de hecho tiene el menor presupuesto en % sobre el total (10,4% en el último aprobado), y una situación de escasez de personal que es terrible (es la primera de las CCAA en cuanto a TSI por profesional de enfermería y pediatra, la segunda en el caso de medicina de familia y la 4ª en personal administrativo), lo que ha provocado grandes demoras en las citas, baja capacidad de resolución de la primaria, desatención de la atención comunitaria, y un aumento importante de las urgencias hospitalarias.

► **Recortes de personal sanitario.** Entre 2010 y 2018 se redujo la plantilla del sistema sanitario público en 3.000 personas, a pesar del aumento de población, lo que dificulta una asistencia sanitaria de calidad y supone un aumento de la presión asistencial sobre los trabajadores del sistema sanitario.

► **Privatizaciones.** Aparte de lo ya señalado el proceso privatizador había deteriorado de manera muy importan-

te la Sanidad Pública, porque los escasos recursos económicos se derivaban preferentemente hacia el sector privado.

► **Disminución de stock de material en los centros sanitarios.** Durante la segunda década de este siglo la Comunidad de Madrid sometió a los centros sanitarios públicos a una reducción drástica de los stocks de material sanitario con un objetivo de ahorro solo guiado por criterios economicistas, de manera que estos se consumieron rápidamente al inicio de la pandemia, y los centros y profesionales sanitarios se quedaron sin ellos.

En Madrid la mala utilización y la descoordinación de los recursos públicos ha sido la norma

► **Salud Pública bajo mínimos.** La Dirección General de Salud Pública fue suprimida por Esperanza Aguirre en 2008 y recuperada posteriormente en 2015, pero con una dotación y unos medios profesionales extremadamente precarios. Precisamente esta debilidad de la Salud Pública se ha hecho notar durante la pandemia, y el último ríffrafe con la dimisión de la directora por la petición de desescalada ha puesto en evidencia que se trataba de un organismo más de bien de carácter decorativo de quien se esperaba la sumisión y no el conocimiento.

► **Desaparición de las Áreas de Salud.** En 2010 se creó en la Comunidad de Madrid el área única

haciendo desaparecer las 11 áreas sanitarias preexistentes. La intención de esta normativa era facilitar las derivaciones hacia el sector privado, que luego se complementó con la puesta en funcionamiento del centro de llamadas, pero otro efecto fue la desintegración de la colaboración territorial entre Primaria y Especializada, favorecer la movilidad de pacientes en todo el territorio de la región y a la vez dificultar políticas de seguimiento y detección de casos, lo que ha resultado especialmente negativo en esta pandemia.

UNA GESTIÓN DESASTROSA

Nada más iniciarse la pandemia se produjo una cadena infernal de eventos: AP y urgencias saturadas, falta de camas hospitalarias, enfermos aparcados en urgencias (muchas horas y días), y se desencadenó el desastre: profesionales desprotegidos, centros sanitarios masificados y saturados como foco de contagio, a lo que hay que sumar la situación de las residencias de mayores, donde el virus logró otro de sus focos de contagio, situación que se agravó con los protocolos que prohibían las derivaciones de los internados a los hospitales. La mala utilización y la descoordinación de los recursos públicos ha sido la norma, la apertura del hospital de IFEMA (por cierto, instalado por la UME) se aprovechó para deteriorar aún más a la Atención Primaria y para favorecer los negocios privados, etc.

El gobierno de la Comunidad de Madrid ha seguido aprovechando la oportunidad, como decía el ave carroñera en la viñeta de El Roto, "los tiempos de crisis son tiempos de grandes oportunidades", la pandemia ha sido utilizada por la Comunidad de Madrid para seguir favoreciendo a sus amigos y a los intereses empresariales: fomento de la red priva-

da, hoteles, cadenas de comida rápida, nombramientos de incompetentes, nepotismo, etc. A pesar de la evidencia del fracaso de las políticas desreguladoras y privatizadoras, continuaron en ello, y no han reforzado la Sanidad Pública que ahora está exhausta, continúa con medios insuficientes y sin un horizonte claro de reactivación, a la vez que las demoras en las listas de espera se han incrementado de manera exponencial y la asistencia a pacientes sin covid19 se ha demorado y deteriorado de manera importante (en su momento habrá que analizar su potencial impacto sobre la morbilidad y la mortalidad).

Todo ello se ha agravado con la actitud irresponsable de la Sra. Ayuso, ejemplo de ausencia de conocimiento, de desparpajo de “community manager”, y de opinar pontificando sobre lo que desconoce de manera palmaria, preocupada en el “marketing”, aunque sea falseando la realidad sin ningún pudor, solo preocupada por lucir un luto que probablemente no siente, hacer posados dramáticos y enfrentarse al gobierno central, y nunca por dar solución a los problemas de salud, convirtiéndose en la principal responsable por ejemplo de que la Comunidad de Madrid tardara tanto en pasar de la fase 0, y final-

mente lo haya hecho en condiciones bastante precarias (por ejemplo solo se han contratado algo menos de 600 de los 800 prometidos como refuerzo, y eso que serían necesarios unos 1900 contratos para seguir las recomendaciones de la OMS).

En fin, un desastre provocado por la ideología neoliberal, el descarado interés por favorecer ante todo los intereses privados y por la incompetencia de los responsables. Deberíamos de cambiar de rumbo y de políticas en Madrid, y reforzar la Sanidad Pública, ahora es el momento. ◆

La pandemia en Canarias

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Canarias

Canarias ha sido de las CCAA que mejor está soportando la pandemia, pero no por su estructura sanitaria o por su desarrollo de la Salud Pública, los resultados deben mucho a nuestro aislamiento Insular y además a un desempeño profesional que se ha saldado con una de las tasas de contagio más elevadas en el conjunto del Estado. Sin dudas se cometieron errores, como en todas partes, empezando por la poca importancia que se le dio en un principio a esta epidemia lo que ha puesto de manifiesto la necesidad de un fortalecimiento general de la prevención y de la vigilancia epidemiológica ante la actual y las futuras pandemias. Así mismo, como un auténtico despropósito, se produjo la irrupción en este escenario de los intereses bastardos de las empresas del sector sanitario privado a través de la imposición como coordinador del Consejo Asesor para la emergencia sanitaria de un personaje no sanitario absolutamente comprometido con dichos intereses. Aún así, con los buenos índices en cuanto a contagios y fallecimientos, no quita para que haya en el propio desarrollo de la epidemia en Canarias muchos factores de incertidumbre aún.

Desde la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Canarias hemos insistido en el pasado sobre la precariedad de los dispositivos de Salud Pública en nuestra comu-

nidad a la que se le ha venido destinando tan solo un 0,98 %, incluidas las vacunas, del presupuesto de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Tal cosa la hemos relacionado a su vez con los malos indicadores de salud de la población canaria que derivados de las desigualdades sociales en salud por el desempleo, la pobreza, marginación social, etc., se traducen en la esperanza de vida más baja, menos la de Andalucía, por la mortalidad por diabetes, por enfermedades cardiovasculares, por cáncer, por enfermedad pulmonar obstructiva crónica...y que ahora también debemos relacionar con el desarrollo pandémico en Canarias.

Por mucho que la Consejería de Sanidad se haya esforzado en presentar su actuación ante el brote surgido en un hotel con un millar largo de huéspedes en Adeje, localidad del sur de Tenerife, como un ejemplo de capacidad sanitaria, lo cierto es que retrataba la debilidad de la Vigilancia Epidemiológica y de la Salud Pública canaria manifestada con la presencia en dicho hotel de un médico italiano enfermo, junto a un grupo que viajaba con él, procedentes del mismísimo epicentro de la epidemia en la Lombardía y que empezaron a diagnosticarse mediante PCR a partir del 24 de febrero. Otra señal manifiesta de la falta de recursos epidemiológicos se da en cuanto a la carencia de evidencia científica sobre la enorme diferencia con la que se ha manifestado la epidemia en la isla de Tenerife respecto del resto de islas, particularmente de la otra isla con mayor población que es Gran Canaria, y la posible influencia de la

celebración de los Carnavales el pasado 22 de febrero en situación de alerta por viento y calima. Otra cosa es que la condición insular favoreciera el aislamiento y las autoridades finalmente se rindieran a la evidencia de que en ese hecho, junto con el confinamiento domiciliario, estaba la clave para que se pudiera evitar la explosividad de la epidemia en Canarias.

No obstante en la gestión de la emergencia por Covid-19 en Canarias se han manifestado las perniciosas y conocidas tendencias del seguidismo gubernamental de los intereses de las empresas privadas del sector sanitario. Y así, tras culminar el desgaste a la titular de la Consejería de Sanidad que venía de antes, consiguieron su destitución aún en plena crisis de salud pública procediendo el Gobierno de Canarias, en vez de a dotar de solidez al equipo directivo de la Sanidad Pública, a nombrar para dirigirla a personajes de la cuerda de la directiva de la patronal sanitaria privada cuyos portavoces además desde el principio de la pandemia afirmaban que “la estrategia es concentrar los casos de coronavirus en la pública.” Empresas como el Grupo San Roque o el Grupo Hospiten se aprestaron rápidamente a presentar los correspondientes ERTES que les fueron autorizados, grupos que se han beneficiado durante décadas de los conciertos con la sanidad pública para engrosar su cuenta de resultados y que efectivamente el Gobierno de Canarias no procedió a intervenir los recursos necesarios tal y como le facultaba el Estado de Alarma.

Por otro lado, la baja prevalencia de Covid-19 en Canarias implica la mayor amenaza de rebrote, ya que la proporción de susceptibles a infectarse es muy alta y ha tenido que enfrentar el riesgo impulsado por la patronal turística que impuso al Gobierno de Canarias un “Plan canario de desconfinamiento” que afortunadamente se vio ralentizado desde el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias estatal a la espera de la adquisición de la capacidad de detección precoz y de diagnóstico, aislamiento de casos y seguimiento de contactos. Por cierto, mientras tanto en su obsesión de seguir “desescalando” a toda costa hemos tenido que soportar, no sin denunciarlo públicamente, que en esos momentos el actual Director del Servicio Canario de la Salud dijera la barbaridad de que “el coronavirus ya no está en las calles de Canarias”.

También que por parte del Gobierno de Canarias en el llamado Pacto para la Reactivación Social y Económica de

Canarias, en lo que se refiere a los aspectos sanitarios, se continúe hablando de la llamada “colaboración público-privada” para “desarrollar las capacidades sanitarias”. Falacia evidente dada la divergencia de intereses de ambos sectores puesta de manifiesto en que las empresas sanitarias privadas y los seguros “de salud” en Canarias han crecido y crecen a expensas del deterioro y desmantelamiento de la Sanidad Pública.

Llevamos luchando muchos años y dando alternativas que van desde la derogación estatal de la Ley 15/97 de “Nuevas Formas de Gestión” a la presentación de una **Iniciativa Legislativa Popular** en el Parlamento de Canarias que ya está en la **cuarta legislatura de espera** para ser útil en la elaboración de la necesaria **Ley Canaria de Salud y Sanidad** que establezca la prioridad de blindar el carácter público, universal y gratuito de la atención sanitaria y concrete en nuestro archipiélago la organización y funcionalidad de la Salud Pública conforme a la **Ley General de Salud Pública** estatal aprobada en 2011 y posteriormente congelada por el gobierno del PP. De momento se impone “el mercado” y se ha autorizado a 33 laboratorios y clínicas privadas ajenas al Servicio Canario de la Salud a realizar pruebas para la detección de la Covid-19, con un “nicho de negocio” basado en los requerimientos de las empresas para facilitar la progresiva incorporación de sus trabajadores y en las solicitudes de particulares asintomáticos que se pueden costear las pruebas. Precisamente ahora, tanto el Grupo Hospiten como el San Roque, con buena parte de su plantilla en ERTES, llega a facturar hasta 200 euros por cada diagnóstico del coronavirus.

En cuanto a la **Atención Primaria**, en la primera fase de la epidemia fue ninguneada derivando los posibles casos al teléfono específico y al 112 en lugar de informar que se debía contactar con el EAP, llegando los pacientes a pensar que los Centros de Salud estaban cerrados aunque en ellos se trabajaba sin protocolo, improvisando por intuición y sentido común. Se creó un grupo centralizado sin información a los EAP que se sentían fiscalizados y sin participación en las decisiones. Se pasó luego a darle a la Atención Primaria un “papel fundamental” pero también sin protocolos, ni refuerzos, ni formación específica, además sin coordinación con personal de enfermería contratado para intervención comunitaria que trabaja al margen de direcciones de zona y de EAP. ◆

La pandemia ha puesto en evidencia la debilidad de la Vigilancia Epidemiológica y de la Salud Pública

Propuestas de futuro en atención primaria. Replanteando nuestra organización y forma de trabajar

ADSP de Salamanca

A nivel estructural, hacer una **re-modelación en la distribución de espacios**; aumentar la seguridad del paciente y de los profesionales. Habilitar salas de esperas amplias y bien ventiladas, reservar espacio para la atención de pacientes contagiosos (por COVID y por otras infecciones respiratorias).

Cartelería informativa sobre medidas para prevención de contagios (lavado de manos, cubrirse la boca al toser, etc.), **señalización** de las diversas estancias del centro para evitar el vagabundeo de pacientes por los diferentes espacios.

Facilitar sistemas de **higiene de manos** como dispensadores de solución hidro-alcohólica repartidos antes de entrar en las consultas, dispensadores de jabón y papel en lavabos y extremar

la **limpieza del centro** con la periodicidad que se requiera.

Optimizar la gestión de la consulta telemática, seguir con el uso de receta electrónica, renovación de IT y de toda la papelería siempre que se pueda.

Potenciar la **consulta a demanda telefónica** que nos permite solucionar problemas banales o administrativos sin la presencia del paciente, priorizar la **consulta presencial concertada** para problemas complejos, y de esa manera, disponer más tiempo para valorar a estos pacientes.

Intensificar la **interconsulta no presencial con el hospital**, para evitar demoras y consultas inútiles; de esa manera se disminuirían las listas de espera, y las consultas serían más resolutivas.

Hacer el **seguimiento de los pacientes crónicos potenciando la atención por personal de enfermería**, con

actos que aporten un valor añadido, dando más presencia a la educación y el adiestramiento del paciente para que se haga responsable de su salud.

Solicitar sólo las **pruebas diagnósticas** necesarias enfocadas al problema del paciente, y no de forma indiscriminada.

Potenciar la **educación sanitaria de la población en medidas preventivas y hábitos saludables**. Actuar más sobre la comunidad, en especial **sobre la población anciana**, para que se mantengan autónomos el mayor tiempo posible, evitando o retrasando el ingreso en **residencias de ancianos**, donde no deberían perder su derecho a una Atención Primaria de calidad. El tema de la coordinación de estos servicios socio-sanitarios precisa una regulación estricta, sin despreciar la ayuda de voluntariado y aprovechando los recursos que puedan aportar ayuntamientos y otros servicios públicos. ◆

La pandemia en las residencias de mayores

Manuel Martín García.
Presidente FADSP

La mortalidad por COVID 19 ha sido muy importante en España, el día 6 de junio se habían contabilizado 242.000 casos confirmados con 27.136 fallecidos, ocupando el tercer lugar en

muerdes por 100.000 habitantes con 56,02, tras Bélgica (83,79) y Reino Unido con 56,02.

► **Ser mayor y estar en una residencia el principal riesgo para la salud en la epidemia.**

Estar alojado en una residencia de mayores es el mayor riesgo de mortalidad en esta pandemia concentrando aproxima-

damente el 60% de las muertes.

Este riesgo se asocia fundamentalmente con el modelo de gestión de la residencia. Las de gestión privada han registrado el 93% de mayores fallecidos frente a tan solo el 7% en las de gestión pública. La privatización de los servicios asistenciales mata.

► Principales determinantes de esta situación.

a) Un elevado envejecimiento de la población y estructura familiar.

-Los mayores 80 años tienen importantes problemas de salud y necesidades de asistencia. La esperanza de vida en España es de las más altas del mundo (83 años), sólo superada por Suiza y Japón. El 96% del aumento de la mortalidad durante la epidemia son de mayores de 65 años.

-Los cambios en la estructura familiar con la incorporación mujer al trabajo y un número bajo de hijos, limita la capacidad de las familias para cuidar a las personas mayores con limitaciones para realizar sus actividades básicas.

b) Debilidad de las redes de servicios sociales.

-El llamado Estado del Bienestar y los servicios públicos han tenido un escaso desarrollo en España. Los países europeos han desarrollado desde hace años redes de residencias de tamaño adecuado, apartamentos compartidos o atención domiciliaria (por personal profesional con formación

adecuada) por lo que muchas personas mayores no tienen que abandonar su residencia habitual ni su entorno.

-Un desarrollo inadecuado de la Ley de Dependencia, paralizada por el Gobierno de Rajoy que incumplió el compromiso de que el Estado corriera con la mitad de la financiación, lo que dejó sin fondos el Sistema y favoreció la creación de macro-residencias (pagadas en parte por los propios usuarios), atendiendo las demandas del lobby de las multinacionales y fondos de inversión. En el 2019 habían alrededor de 370.000 plazas residenciales de las que 270.000 eran privadas (72% del total) y habían experimentado un crecimiento de alrededor de 42.000 en diez años. En los años 90 las residencias solían ser eran pequeños apartamentos pero el deficiente desarrollo de la Ley de Dependencia y la presión de los lobbies incrementaron el tamaño de las mismas y que las personas atendidas estuvieran más enfermas, dado que cuanto peor sea su estado más fácil es obtener la ayuda pública para conseguir una plaza. La ley de Dependencia pretendía garantizar el derecho a un envejecimiento digno, pero

la situación en algunas residencias las han convertido en una trampa mortal en la epidemia.

-El neoliberalismo y la globalización ha conducido que los grandes grupos en manos de fondos de inversión internacional (aseguradoras, constructoras, empresas sanitarias y grandes fortunas) se hayan instalado en nuestro país atraídos por los recursos que el Estado destina a la dependencia. Estas empresas apuestan por construir grandes complejos residenciales que basan sus beneficios en la economía de escala con plantillas reducidas (4,5 por cien mayores de 65 años cuando la OMS los fija en 5) con deficiente formación y condiciones laborales muy precarizadas, escasos recursos y muchos residentes, la media en enfermería es de 1 por cada 347 residentes. El capital internacional ha invertido intensamente en nuevas residencias donde los 7 grupos con más plazas suponen el 17% del mercado con un crecimiento superior al 50% en los últimos seis años.

c) Descoordinación de las redes asistenciales de salud y de la dependencia

-La falta de desarrollado de las Áreas Sanitarias y del modelo de Atención Comunitario de Salud impide ofertar una atención de salud integral (promoción, prevención, asistencia y rehabilitación) a todos los grupos y colectivos sociales y sociales de las zonas y demarcaciones donde están instalados

los Centros de Salud, en colaboración con los recursos de su entorno y con la implicación de la comunidad.

-El tratamiento de las enfermedades en las Residencia de Mayores se basan en actuaciones puntuales y limitadas y no en la integración de actividades asistenciales.

d) Falta de personal, recortes de recursos e las Residencias:

Las plazas apenas alcanzan la mitad de las cinco por cada cien mayores de 65 años que recomienda la OMS, sometidas a contratos precarios, bajos salarios, e instalaciones y recursos claramente insuficientes para evitar la propagación del nuevo coronavirus entre residentes y personal.

e) Abandono y deterioro del nivel de Atención Primaria, con equipos profesionales mal dimensionados en los que falta personal de enfermería, fisioterapia, psicología clínica, asistencia social, etc. Esta situación ha condicionado la medicalización de la atención, la masificación de las consultas, falta de tiempo e imposibilidad de atender las necesidades

Las residencias se han convertido en grandes aparcamientos que segregan a personas

y demandas de atención de las personas en las residencias.

► **Consecuencias para la salud de la privatización de las residencias**

-Favorece la diseminación de los contagios y la mortalidad entre las personas mayores:

El hacinamiento de los centros donde los residentes comparten habitaciones o abarrotan los espacios comunes como salas de estar o comedores, con un gran trasiego y contacto con visitantes han favorecido los contagios. La proporción de profesionales sanitarios y cuidadores cualificados por paciente es muy reducida y en su mayor parte trabajan con contratos precarios, bajos salarios, sin sistemas de protección, lo que unido a que no se les realiza test diagnósticos, favorecieron la propagación del coronavirus en los residentes y personal. Este personal se ve obligado a cuidar a los residentes sin el equipo de protección adecuado, sustituido, durante mucho tiempo por material confeccionado con bolsas de basura o utilizando la misma máscara quirúrgica durante toda una semana. Se ha demostrado una asociación entre los recortes de gasto en salud y la privatización de los servicios

asistenciales, con una mayor mortalidad en las residencias, como muestran las cifras de las comunidades autónomas de Madrid y Cataluña. En algunas residencias hubo denuncias, protestas y manifestaciones del personal cuidador y de los familiares, que fueron desoídas por las administraciones (con en las Residencias Domus Vi en Galicia).

-Segrega a la población por edades: Las residencias se han convertido en grandes aparcamientos que segregan a personas que necesitan mayor atención. El 78% de las personas residentes superan los 80 años, lo que lleva asociado una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y dependencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria como asearse, vestirse, comer o desplazarse. Estas no tienen satisfechas sus necesidades de cuidados y de atención sanitaria y carecen de capacidad para exigir mejoras en su situación. La opacidad de la gestión de estos centros ha impedido a los familiares conocer la situación en los mismos y su intervención.

-Implica la pérdida del derecho a la salud y a la asistencia sanitaria de las personas residentes: El actual modelo hace que las personas mayores pierdan el derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que el resto de la población al entrar en las residencias. La Atención Pri-

maria no se hace cargo en la mayoría de las ocasiones (por falta de personal o por problemas de coordinación con los servicios sociales) de proporcionar actividades de prevención, promoción de salud, ni de la atención de enfermedades agudas, actividades programadas de enfermedades crónicas, la rehabilitación, la atención psicológica de las personas internadas. En algunas Comunidades Autónomas, como es el caso de Madrid, la administración ha dado órdenes y establecido protocolos para restringir los ingresos de las personas contagiadas en los hospitales. Como consecuencia muchas personas mayores afectadas han fallecido sin ningún tipo de tratamiento curativo o paliativo. Esto supone una segregación por edad y residencia absolutamente inaceptable y contraria a los principios de la Constitución o la Ley General de Sanidad.

La proporción de profesionales sanitarios y cuidadores cualificados por paciente es muy reducida

► **El modelo de gestión privado en las residencias de mayores mata**

Las residencias de mayores son un enorme negocio para las multinacionales. Los objetivos de estas empresas es conseguir el mayor beneficio para sus inversores: a costa de la salud de las personas alojadas.

-Las ganancias del sector son brutales superando los 5.000 millones, que en gran medida están en manos de fondos de inversión y capital inmobiliario que se benefician de los fondos públicos destinados a la dependencia. Más del 40% de su facturación procede de las administraciones públicas, con un crecimiento anual entorno al 3,5%.

-El grupo más importante es DomusVi, con 140 residencias y 20.000 camas controlado por capital francés y el fondo británico ICG; en segundo lugar esta otro grupo francés Orpea con 53 residencias y 10.000 plazas; en tercero Amavir (del grupo de Leroy-Merlyn, Alcampo o Decathlon, también capital francés con 42 residencias y 6.223 plazas; en quinto Vitalia del grupo de capital riesgo británico CVC con 40 residencias y 6.600 plazas.

-La situación económica personal determina una enorme desigualdad: El 41% del negocio se lo llevan las plazas concertadas, el 10,5% las de pública y el 59% son pagadas íntegramente por los usuarios que disponen de una gran capacidad adquisitiva.

-Existen diferencias en la privatización del sector que avanza de manera imparable. Las Comunidades Autónomas más privatizadas son Madrid con 23,5% de titularidad pública, Galicia con el 22,9%, Andalucía con el 22,4%, Cataluña

con el 20,3%, Comunidad Valenciana con el 19,9% y Cantabria con el 14,1% en Cantabria, siendo la media estatal del 27,2%. El 72,8% de las 50.412 plazas residenciales para mayores creadas en los últimos diez años corresponden al sector privado.

-La aplicación de este modelo en diferentes países como Estados Unidos, Canadá, Italia o Francia, reproduce los mismos problemas: Falta de protección para residentes y personal, dificultades para identificar o aislar a quienes enferman, o escasez de personal capacitado para frenar la transmisión, por lo que presentan resultados muy parecidos en las elevadas tasa de fallecimientos y contagios.

PROPUESTAS PARA AFRONTAR LA SITUACIÓN EN LAS RESIDENCIAS

- ▶ Intervención inmediata de las residencias donde se hayan concentrado los problemas de contagio y mortalidad.
- ▶ Apertura inmediata de investigaciones sanitarias y judiciales para conocer y depurar responsabilidades sobre:
 - Los procesos de concesiones a empresas privadas de la privatización de las residencias.
 - Las condiciones de las mismas: Ratios de personal, condiciones de las instalaciones, equipamiento de las mismas, y grado de cumplimiento de los protocolos.
 - Las ratios de personal, condiciones laborales, equipamiento de seguridad y grado de afectación del mismo.

▶ Retirada de las concesiones en aquellas que se haya demostrado un aumento de los contagios y la mortalidad, en residentes y personal. Estas deberían pasar a ser de propiedad y gestión pública, para garantizar la salud y seguridad de las personas residentes en las mismas y del personal que les atiende.

▶ Desarrollar y aplicar la Ley de Dependencia para que el mayor número posible de personas mayores que lo deseen puedan recibir ayuda para seguir viviendo en sus domicilios.

▶ Potenciación de la Atención Primaria en prepuesto, personal y equipamiento para que se haga cargo de satisfacer las necesidades asistenciales de las personas alojadas.

▶ Garantizar la Atención Hospitalaria a toda la población sin discriminaciones por edad. Apertura investigaciones judiciales en aquellas Comunidades Autónomas donde se haya impedido el ingreso hospitalario de las personas mayores.

▶ Desarrollar las Áreas Sanitarias como espacios para la coordinación de planes y actuaciones integrales de los servicios sanitarios, sociosanitarios, de atención a la dependencia, trabajo social y Servicios de Salud Pública, dirigidos a la salud de las personas mayores. ◆

Propuestas urgentes para la Sanidad Pública tras la pandemia

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

La actual pandemia pasara, pero no sabemos si quizás para siempre, o vuelva todos los años en forma de epidemia estacional, o se quede en situación endémica, en todo el mundo o solo en algunos países, en todo caso habrá que prepararse para nuevas situaciones más o menos parecidas, porque los cambios

que nuestro sistema económico y social ha producido en el ecosistema y la globalización neoliberal tienen unos costes que aunque con frecuencia los olvidamos, la realidad nos los recuerda, a veces como ahora de manera trágica.

LAS EVIDENTES DEFICIENCIAS

La pandemia ha puesto en evidencia algunos problemas que nuestro sistema sanitario arrastraba hacía tiempo. El primero una baja financiación que viene de

antiguo y que ha disminuido por los recortes, el gasto sanitario público se situaba en torno a 0,5-1 punto por debajo del promedio sobre el PIB de la UE y ha disminuido desde 2009 entre 0,7 y 1 punto en nuestro país. Luego un número muy bajo de camas hospitalarias por 1000 habitantes que disminuyeron en más de 12.000 entre 2010 y 2018, poco personal del sistema sanitario, especialmente de enfermería, una atención primaria debilitada, escasez de material de ▶

reserva y una importante privatización, a lo que hay que sumar unas residencias con poco personal y de baja cualificación y en manos mayoritariamente del sector privado, de fondos de capital riesgo, con un mínimo control, lo que ha sido propiciado por los gobiernos del PP.

Nuestro sistema ha estado orientado esencialmente al tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas que tienen su origen en determinantes medioambientales (contaminación, alimentación, estilos de vida) económicos (pobreza, paro, marginación, viviendas inadecuadas) y sociales. Pero los cambios introducidos por el neoliberalismo (cambio climático, contaminación, recortes los servicios de salud pública y una globalización incontrolada con un incremento exponencial de desplazamientos de personas y mercancías) ha reintroducido las epidemias infecciosas que parecían superadas para siempre y reducidas a países pobres, para las que nuestro sistema no está adaptado para enfrentarlas.

Pese a la evidencia de grandes problemas de equidad en salud en todo el mundo (y no sólo en los países de rentas bajas), los avances y descubrimientos científicos de la medicina en las últimas décadas hicieron suponer que el desarrollo tecnológico y científico, eran por sí mismos capaces de resolver los problemas de enfermedad a los que se enfrentaba la humanidad. La pandemia del covid19 nos ha venido a sacar del error, a mostrar que no vivimos en la "edad de oro", sino que hemos construido un modelo biomédico, en estrecha relación con la globalización neoliberal, que promueve la investigación y las tecnologías sanitarias como fuentes de negocio y que entiende la atención sanitaria como "medicina comercializada", incluso en el marco de equidad

que representan los sistemas sanitarios públicos. Pero existe otro enfoque que debe tenerse en cuenta, desde "la determinación social de la salud": los microorganismos son sólo agentes y la verdadera razón del rebrote de las infecciones reside en el subdesarrollo, en el cambio climático, las prácticas de la industria agro-alimentaria, el comercio y el turismo globalizados, los insecticidas, los plaguicidas... Si no solucionamos estos problemas lo más probable es que se repitan situaciones parecidas en un futuro no lejano.

La población se ha dado cuenta de la importancia crucial de una buena Sanidad Pública

EL APOYO A LA SANIDAD PÚBLICA

La pandemia ha demostrado la importancia de tener un sistema sanitario público de calidad con acceso universal, ¿Qué habría sucedido si se mantuviera la exclusión de cientos de miles de personas implantada por Rajoy & Mato en el RDL 16/2012? ¿Cómo hubieran evolucionado las cosas con un importante sector de la población sin acceso a la atención sanitaria? ¿Como si las previsiones de los gobiernos del PP de una financiación para la Sanidad Pública del 5,13% del PIB se hubieran cumplido? ¿Como si las privatizaciones previstas por el PP en Madrid, Valencia, etc, se hubieran convertido en realidad? Por supuesto no puede saberse con exactitud, pero es evidente que todo habría ido mucho peor, no debe ser casualidad que las dos CCAA con mayores problemas por el Covid19 sean las 2 más privatizadas y las que menos presupuesto per cápita tienen, las que han

recortado y deteriorado más salvajemente sus sistemas sanitarios públicos.

La población se ha dado cuenta de la importancia crucial de una buena Sanidad Pública que es la garantía de acceso para todos/as de una atención sanitaria de calidad, y también del importante compromiso de los trabajadores de la misma en los momentos críticos.

El apoyo ciudadano a la Sanidad Pública es muy importante, porque como dice el Roto en uno de sus geniales viñetas "cuando llego la pandemia los privatizadores se ocultaron", porque entonces sus vergüenzas quedaron a la vista, y se comprobó lo que ya se conocía, y algunos repetíamos hace tiempo, el sector privado se preocupa por obtener beneficios empresariales, no por asegurar los derechos de las personas y la calidad de los servicios públicos.

Ahora bien, hay que conseguir que esta hegemonía de lo público cristalice después de la pandemia, y lo haga en avances sustanciales en el reforzamiento de los servicios públicos esenciales como la Sanidad y los servicios sociales (el papel de las residencias privatizadas en la extensión y elevada mortalidad en España del Covid19 ha sido un ejemplo paradigmático de los riesgos de las privatizaciones). Conviene estar vigilantes porque los "lobbies" del neoliberalismo están ahí y continuarán su erosión de los servicios públicos, en parte aprovechando los errores del gobierno, y por supuesto los de todos los demás.

LO QUE NECESITAMOS HACER

Por eso tenemos que plantearnos las medidas a adoptar y hacerlo con urgencia antes de que la experiencia se diluya en la conciencia colectiva. Estas medidas deberían de pasar por:

► Financiación suficiente de la Sanidad Pública.

Hay que incrementar de manera importante la financiación sanitaria, pero hay que asegurarse de un aumento significativo en € por habitante y año para situarnos en el promedio de la UE (en 2018 en España fueron 1.617€ frente a por ej. 3.879 de Alemania, 3.278 de Francia o 2.275 del promedio de la UE), porque relacionarlo al PIB, como hace el compromiso entre PSOE y UP de superar el 7% sobre el PIB, puede suponer incluso una disminución de las cantidades totales, con la prevista disminución del PIB, debido a la crisis económica provocada por la pandemia. Lo lógico sería en el medio plazo elaborar el Plan Integrado de Salud que establezca las necesidades de salud de la población y cuantifique las exigencias presupuestarias para hacerlas frente. Por otro lado, es importante avalar una financiación finalista, podría ser un fondo específico para rescatar la Sanidad Pública gestionado por el Consejo Interterritorial, que complemente los presupuestos autonómicos y disminuya de forma significativa las diferencias en los presupuestos por habitante que existen actualmente entre las CCAA (y que en 2020 superaban los 500€). En este orden de cosas convendría garantizar la inclusión de los funcionarios en el Sistema Nacional de Salud, integrando las prestaciones sanitarias de las Mutualidades de Funcionarios en la Sanidad Pública. También es importante evitar que los posibles incrementos presupuestarios acaben en manos de laboratorios farmacéuticos (como vienen siendo habitual gracias a su poder de influencia sobre las administraciones y sobre los prescriptores. En todo caso conviene recordar que según el Observatorio Social de la Caixa (abril 2020): *El gasto sanitario en España tiene un alto efecto redistributivo, siendo el mayor de las prestaciones sociales en especie. En la última década, los recortes introducidos en algunas partidas han disminuido su progresividad en partidas como el gasto farmacéutico.*

► Mejorar la coordinación Inter-autonómica.

La pandemia ha puesto de relieve las debilidades de la coordinación entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad a la hora de proponer y hacer operativas políticas sanitarias comunes. Hay que establecer un nuevo marco de cooperación Inter-autonómico para avanzar de manera coordinada en el futuro reforzando el Consejo Interterritorial como coordinador de las estrategias de salud de los 17 Servicios de Salud promueva un Plan de Salud consensuado por las diferentes CCAA sin que suponga un nuevo centralismo. El Consejo debería permitir afrontar las nuevas pandemias desde el acuerdo, la colaboración y la coordinación intercomunitaria.

► Potenciar la Salud Pública.

Si algo ha puesto en evidencia la pandemia es la debilidad de nuestros sistemas de salud pública, poco desarrollados desde siempre, pero penalizados especialmente con los recortes. Hay que reforzar el dispositivo de la Salud Pública y desarrollar la Ley de Salud Pública, aprobada en 2011 y puesta en hibernación por los gobiernos del PP. Estos servicios deberían coordinar sus estrategias con la Atención Primaria y las administraciones locales para combatir los determinantes de las enfermedades crónicas degenerativas (alimentación, contaminación, sedentarismo, tabaquismo, etc.) y los sistemas de alerta y contención de las nuevas epidemias de enfermedades contagiosas (Gripe A, Ebola, SARS, Coronavirus...) asociados a el cambio climático y la globalización. Los servicios de epidemiología y lucha con las enfermedades infecciosas deberían reforzarse y mejorar su capacitación. El sistema de información de las diferentes CCAA debería estar controlado y gestionado por la Sanidad Pública.

► Impulsar y desmedicalizar la Atención Primaria.

Durante la epidemia la Atención Primaria, allí donde ha seguido funcionando, ha jugado

en papel fundamental a la hora de atender la demanda de enfermedad, diagnosticar nuevos casos, controlarlos en los domicilios o informar a las familias sobre medidas para evitar contagios. Desde los Centros de Salud se ha atendido a pacientes en residencias de mayores, y mantenido las consultas telefónicas y presenciales para diagnosticar, informar y tranquilizar a la población. Este nivel asistencial ha demostrado su capacidad para acercar los servicios asistenciales a la población y gracias al conocimiento de los antecedentes personales, familiares y de su historial clínico, garantizando una atención cercana y segura las personas y familias que forman la comunidad. Pero para que pueda funcionar adecuadamente se precisa reforzar su papel en el sistema sanitario, aumentado su presupuesto (hasta el 25% del total sanitario), el personal, sobre todo el de enfermería (potenciando la enfermería comunitaria) y otras categorías profesionales como la de psicología, fisioterapia, trabajo social para desmedicalizar las consultas y satisfacer las demandas de la población, que el actual modelo transforma en enfermedades y tratamientos medicamentosos, estableciendo criterios mínimos por TSI, mejorando sus medios y potenciando la atención domiciliaria, la prevención y la promoción. La gestión de los procesos asistenciales deberían estar coordinados desde la Atención Primaria. Una renovada AP debería recuperar su carácter comunitario mejorando su coordinación con los hospitales, servicios de salud pública, alerta epidemiológica, recursos sociales, atención a la dependencia e instituciones municipales, con la participación e implicación de la población en el marco de las Áreas Sanitarias. La Atención Primaria debería hacerse responsable de la asistencia a las personas mayores en las residencias, lo que exige que los Centros de Salud donde haya residencias deberían incrementar sus equipos especialmente en enfermería, psicología, fisioterapia y trabajo social.

► Incrementar las camas hospitalarias de la red de gestión pública. ►

Tenemos un déficit muy importante de camas hospitalarias que se ha convertido en crítico durante la pandemia. Son necesarias entre 50 y 70.000 camas hospitalarias más en todo el país, la mayoría de ellas de larga y media estancia. La saturación de las camas de los hospitales de agudos por los pacientes contagiados por el virus y la paralización de la atención a enfermos con otras patologías plantea la necesidad de crear una red Camas de crónicos de las que apenas disponemos que sirva de colchón para futuras pandemias y mejore la eficiencia hospitalaria. Convendría también a medio plazo realizar un plan estratégico de atención especializada para adaptarla a los nuevos retos de salud.

► **Acabar con las privatizaciones y recuperar lo privatizado.**

Como ya se ha dicho la respuesta a la pandemia ha venido desde la Sanidad Pública porque el sector privado está interesado en la búsqueda de beneficios y no en garantizar la salud de la población. Las privatizaciones han sido una pesada losa sobre el sistema sanitario y han mermado de manera significativa su capacidad de respuesta. Es ahora el momento de detener la deriva privatizadora, que de manera más o menos silenciosa, ha continuado avanzando en estos años. Es necesario abolir la Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión y aprobar una legislación que acabe radicalmente con este goteo privatizador, blindado la Sanidad de gestión pública, y además comenzar a recuperar lo privatizado en este tiempo, especialmente los hospitales de Colaboración Público Privada, los laboratorios centrales, servicios de diagnóstico por imagen, reducir la concertación con centros privados limitándola a su carácter subsidiario respecto de la pública, suprimir las desgravaciones de los seguros privados complementarios y exigir el cumplimiento de las incompatibilidades y la dedicación exclusiva a los trabajadores del sistema público.

► **Aumentar los trabajadores del sistema público de salud.**

Los recortes propiciaron una disminución importante de los trabajadores del sistema sanitario que ya eran comparativamente bajos respecto a otros países de la UE y la OCDE. Hay que comprometerse con unas dotaciones suficientes de personal en nuestro sistema sanitario en todas las CCAA y también con la formación de los profesionales, aumentando las plazas de formación postgrado (MIR, EIR, etc.), proporcionando formación continuada a los mismos independiente de los intereses comerciales, fomentar la dedicación exclusiva, etc.

► **Realizar un plan de abordaje de las listas de espera.**

Las listas de espera, ya muy elevadas en el sistema sanitario, se han incrementado notablemente debido a la focalización de todo el sistema en la atención al covid19. Debemos poner en funcionamiento un plan específico, a medio y largo plazo para reducir las a lo técnicamente imprescindible, este plan tiene que articular los recursos del conjunto de la Sanidad Pública (primaria y especializada) y sumar una garantía de derechos + recursos + sistemas organizativos + sistemas de información y rendición de cuentas, y que tiene que tener un carácter estable.

► **Crear un fondo de reserva de material sanitario.**

Las carencias de material sanitario que han agravado la pandemia han sido provocadas por la ausencia de reservas estratégicas del mismo (agravadas por el adelgazamiento economicista de las existentes en algunas CCAA como Madrid) y por la ausencia de fabricantes en el país. Necesitamos poner en marcha una reserva estratégica de material sanitario que podría estar gestionado por el Ministerio de Sanidad, y poner en marcha una Industria Sanitaria Pública que acabe con la dependencia de otros países.

► **Control del gasto farmacéutico y potenciar la fabricación pública de medicamentos.**

El aumento del presupuesto sanitario será inútil, si como ha sucedido durante los gobiernos del PP, se traslada directamente a la industria farmacéutica (más del 18% de aumento en 5 años; 5,4% de aumento en 2019, 9,3% en farmacia hospitalaria). Hay que garantizar que el gasto farmacéutico crece por debajo de los presupuestos sanitarios públicos (entre el 0,5-1% menos) y ello debe de hacerse mediante la fijación de precios acorde con los costes reales, promocionando la utilización de medicamentos genéricos, la utilización de las centrales de compras para todo el Sistema Nacional de Salud y promocionando una industria farmacéutica pública que acabe con los desabastecimientos y la especulación (el papel durante la pandemia del centro de farmacia militar ha sido importante y podría ser un germen de la misma). Por otro lado, deberían anularse los copagos establecidos por el RDL 16/2012 que son un obstáculo para el acceso a los medicamentos que necesitan para las personas más enfermas y con menores ingresos. Es necesario crear un organismo de gestión pública que evalúe y controle las nuevas tecnologías antes de su difusión por el sistema que podría depender del Consejo Interterritorial para dar participación a las CCAA.

► **Favorecer la investigación sanitaria pública.**

La investigación ha sido abandonada en nuestro país de una manera irresponsable. Aunque no se puede hacer una relación directa entre la investigación y los resultados inmediatos, es obvio que, sin investigación, sin ciencia, no hay avances en el futuro, y además se está a expensas de la utilización de las patentes de otros. Hay que asegurar al menos el 1,5% del presupuesto sanitario público destinado a la investigación, y favorecer medidas que consoliden los equipos de investigadores en nuestro sistema público. La investigación debería estar dirigida a mejorar la salud de

la población y es necesario acabar con las plataformas público privadas controladas por los laboratorios, industria tecnológica y fondos de inversión, que están utilizando fondos, recursos y pacientes del sistema público para investigar nuevos medicamentos y aparatos tecnológicos que patentan en su propio beneficio.

► **Fomentar una red pública de residencias de mayores.**

El desastre de las residencias ha sido uno de los amplificadores de la pandemia, que están asociados a su privatización en manos de fondos de inversión, entidades religiosas que recortan personal, reducen la calidad de las instalaciones, hacinan pacientes e incumplen los protocolos que garantizan la seguridad de los residentes. Debería realizarse con carácter urgente una auditoría de todas ellas e intervenir las que supongan un riesgo para la salud. Es ne-

cesario crear una red de residencias de titularidad y gestión pública de tamaño adecuado que eviten grandes concentraciones, con unos recursos suficientes, en infraestructuras y en personal, y cuidados acordes con las necesidades de las personas que viven en ellas y potenciar los recursos previstos por la Ley de la Dependencia para que las personas mayores puedan mantenerse en sus domicilios con el apoyo de cuidadores y recursos públicos

Se trata de propuestas a desarrollar de manera urgente para potenciar la Sanidad Pública y garantizar su recuperación. Además, sería conveniente analizar la respuesta sanitaria durante la pandemia, una vez haya remitido esta, para poder evaluar la respuesta del sistema sanitario, y los errores y aciertos que se produjeron en su abordaje. Des-

de la FADSP nos comprometemos a hacerlo en el mayor breve plazo posible porque entendemos que es importante para poder sacar lecciones para el futuro de nuestra Sanidad Pública.

La población y los trabajadores de la Sanidad han realizado un esfuerzo importante de solidaridad y de contención en este tiempo que ha logrado contener el avance de la pandemia en nuestro país. Ahora es necesario que las administraciones públicas respondan de una manera eficaz y eficiente para asegurar que no vuelve a repetirse la misma, y que, si lo hace o se presentan nuevas epidemias, tenemos los recursos suficientes para dar una respuesta que garantice la salud de todos/as. Desde la sociedad, los trabajadores de la Sanidad y las organizaciones sociales tenemos que exigirlo. ◆

Nada será lo mismo después de Covid-19

Carlos Ponte. ADSP Asturias.

La pandemia de Covid-19 es una prueba de estrés - no deseada - para los sistemas de salud, poniendo en evidencia su fragmentación y deficiencias estructurales. En esa medida, puede / debe ser el catalizador para una necesaria transformación de la sanidad pública. Las lecciones que hemos aprendido en los últimos meses nos prepararán para servir mejor a la comunidad en el futuro. Como se suele decir: Nada será lo mismo después de Covid-19.

Pese a la evidencia de grandes problemas de equidad en salud en todo el mundo (y no sólo en los países de rentas bajas), los avances y descubrimientos científicos de la medicina en las últimas décadas hicieron suponer que el desarrollo tecnológico y científico eran, por sí mismos,

capaces de resolver los problemas de enfermedad a los que se enfrentaba la humanidad. La pandemia del covid-19 nos ha venido a sacar del error, a mostrar que no vivimos en la "edad de oro", sino que hemos construido un modelo biomédico, en estrecha relación con la globalización neoliberal, que promueve la investigación y las tecnologías sanitarias como fuentes de negocio y que entiende la atención sanitaria como "medicina comercializada", incluso en el marco de equidad que representan los sistemas sanitarios públicos. Es el tiempo histórico de una visión de la ciencia aséptica y objetiva, de reconversión neoliberal de los fines y valores de los sistemas de salud, que niega la medicina social y rechaza los movimientos críticos, como Alma Ata, Ivan Illich o el Informe Lalonde. Así, hemos visto crecer a los oligopolios del sector, al marketing intensivo o al cóctel explosivo de despilfarro y medicalización de una parte, y de políticas ►

de austeridad con desprotección social, recortes y privatizaciones del sector público, de otra.

La expansión del covid19 está vinculada a este modelo, como ocurre con el resurgimiento y la emergencia de las enfermedades infecciosas, que ponen de manifiesto que las actuales políticas de salud pública son incapaces de abordar las causas de las epidemias y dar las respuestas pertinentes. En buena medida es la consecuencia del enfoque biomédico, que se orienta exclusivamente a la respuesta “clínica”: buscar los microorganismos responsables de cada una de las enfermedades y combatirlos con nuevas “balas mágicas” (vacunas, antibióticos o antiviricos).

Pero existe otro enfoque desde “ la determinación social de la salud”: los microorganismos son sólo agentes y la verdadera razón del rebrote de las infecciones reside en el subdesarrollo, en el cambio climático, las prácticas de la industria agro-alimentaria, el comercio y el turismo globalizados, los insecticidas, los plaguicidas...

El debate es importante porque la perspectiva biomédica, apoyada por las corporaciones farmacéuticas, las instituciones filantrópicas e incluso la OMS, conduce a una visión simplista y reduccionista de las causas de las epidemias. Porque las epidemias son siempre y simultáneamente un fenómeno social, político, económico, cultural y medioambiental y no sólo un problema sanitario. Es cierto que los antibióticos han salvado millones de vidas, sin embargo, observamos que cada vez se generan más resistencias, hasta llegar a producir una verdadera alerta mundial, mientras que con mayor frecuencia aparecen nuevos agentes infecciosos: VIH en los años 80, Hendra en 1994 (zoonosis transmitida por los caballos en Australia), Nipah en 1998 (encefalitis transmitida por una granja de cerdos en Malasia), Sars in 2003, Gripe aviar H5N1 en 2006, Gripe A porcina H1N1 en 2009, Mers en 2012, Ébola en 2014 y ahora el Covid19; todas eran epidemias causadas por virus que nacen en animales y que saltan a los humanos. Por consiguiente, antes de llegar el Covid-19, las señales y las advertencias estaban ahí, pero los gobiernos y la mayoría de la comunidad científica hicieron caso omiso.

Las actuales políticas de salud pública son incapaces de abordar las causas de las epidemias y dar las respuestas pertinentes

Como dice Richard Horton, editor de The Lancet: “Se supone que vivimos en el ‘antropoceno’, una era en la que la actividad humana impone su influencia sobre el medioambiente. El concepto de antropoceno conjura una cierta idea de omnipotencia humana. Pero el Covid-19 revela la sorprendente fragilidad de nuestras sociedades y nuestra incapacidad para cooperar, coordinarnos y actuar juntos”.

En resumen, no podemos caer en el error de promover ajustes sin modificar las estructuras, porque podríamos generar la tendencia, con reformas bien intencionadas que no vayan más allá del incrementalismo del gasto o el asistencialismo en la provisión de servicios, a consolidar las políticas neoliberales y sus grandes líneas estratégicas de acumulación de capital a través de la comercialización y medicalización de la salud.

Es necesario, pues, plantear las raíces estructurales de la destrucción de la salud, incluyendo la complicidad del Estado en estos procesos. Como decía Virchow, la medicina es una ciencia social y la política es la medicina a gran escala.

En consonancia con este enfoque, situamos los siguientes objetivos de reforma del sistema sanitario, todos ellos complementarios, como partes de una estrategia global:

- ▶ El problema más evidente ante la pandemia ha sido la incapacidad de los servicios de salud pública y vigilancia epidemiológica, para alertar con antelación sobre la verdadera magnitud de la catástrofe que se avecinaba y para, con posterioridad, liderar las respuestas necesarias. Muchos años de dejación, desinformación y falta de pedagogía pública sobre los determinantes sociales de la salud y sobre las enseñanzas de pandemias anteriores, que nos pasan ahora factura, incluso para una adecuada comprensión ciudadana de la emergencia. La salud pública, con menos del 1% de los presupuestos sanitarios - y aquí el problema político no está sólo en el Partido Popular -, carece de liderazgo, recursos y estructura en las áreas sanitarias para la promoción y la protección de la salud, como se ha comprobado en esta crisis, por sus limitaciones para rastrear y seguir casos y contactos, que han sido decisivos en la propagación de la infección. Un problema que ya fue denunciado por los médicos de Bergamo en el NEJM y que se puede definir como la predominancia del modelo clínico frente al modelo comunitario.
- ▶ La pandemia del coronavirus deja importantes enseñanzas como la importancia del Estado y su autoridad frente al mer-

cado para garantizar derechos básicos, afirmando que la superioridad del estado social. La salud no es una mercancía, sino un derecho humano universal y requiere una sanidad pública con suficientes recursos, mayor financiación, que mejore y dignifica sus plantillas, y que disponga de más camas de hospital, UCIs, ventiladores, equipos de protección personal..., si bien, en lo referido al hospital existen sistemas modulares que se pueden adaptar a demandas cambiantes. Otro aspecto a reevaluar es la visión del modelo “gerencialista”, con el punto de mira en el economicismo y la supuesta eficiencia, con temor al exceso de capacidad, que trata tradicionalmente de aumentar las tasas de utilización y eliminar las camas o los equipos y suministros sino tienen un máxima rentabilidad.

Por tanto, es prioritario garantizar un sistema público, universal y adecuadamente financiado, y blindar jurídicamente su carácter público para evitar derivas privatizadoras, una demanda que apoya mayoritariamente la opinión pública.

En todo caso, es indudable que la respuesta sanitaria a la epidemia ha sido “hospitalocéntrica”, ante la justificación de una desproporcionada demanda de pacientes críticos, como ha ocurrido. Pero mirar hacia el hospital ha subordinando a la Atención Primaria (AP) que ha visto como se cerraban centros de salud y se derivaban profesionales a los hospitales de campaña. AP ha vuelto a ser el eslabón débil de la cadena sanitaria, lo que ha tenido efectos muy adversos en el desarrollo de la epidemia. En el futuro inmediato la recuperación de AP es un objetivo primordial, en recursos y financiación y en promover una medicina comunitaria que se ha visto tradicionalmente marginada y devaluada por la hegemonía del modelo clínico.

► Indefectiblemente la salud pública, como ha ocurrido en algunos países asiáticos, se va a reconfigurar en el futuro inmediato a través de los big data y las tecnologías digitales, suministrando a los poderes públicos conocimiento sobre actividades, comportamientos privados o preferencias de las personas (un proceso de trasvase de información que ya ha empezado a ocurrir con determinadas empresas privadas). Estas herramientas serán muy útiles ante las enfermedades de la comunidad, pero suponen un nuevo reto para los derechos civiles y para una democracia que ya está muy lastrada por su condición de democracia delegada, que cada día está más y más alejada de la ciudadanía. Tecnologías al margen, democratizar el Estado, la salud pública y el sistema sanitario es una necesidad de primer orden. Esta pandemia, al igual que ocurre con el cambio climático, nos enseña que no posible vivir permanentemente con la paradoja de concebir la salud, el clima, la economía, la educación, la ciencia o la cultura, como bienes de propiedad privada o

de propiedad del Estado, porque en realidad son bienes comunes, y así deben de ser políticamente instituidos. Por otra parte, no cabe promover políticas públicas de salud o estrategias de salud pública y atención primaria, sin contar con la participación activa de la comunidad.

► La precariedad de los recursos socio-comunitarios, como ha sido el ejemplo paradigmático de las residencias de mayores, ha estallado con la crisis hasta convertirse en el verdadero epicentro de la pandemia. Es una tarea urgente la abogacía por la movilización del “segundo escudo” y su consideración como “servicios esenciales”. Estamos ante una crisis social de gran envergadura, que ya existía soterrada después de cuarenta años de neoliberalismo, de austeridad y precarización, de un “estado de bienestar” frágil y vulnerable para la mayoría social. Al igual que las epidemias del cólera del siglo XIX, el Covid19 puede afectar a todo el mundo, pero es un mito que “las enfermedades infecciosas no reconozcan barreras y límites de clase”, porque las diferencias de clase y sus efectos sociales están muy presentes.

► Desde hace varias décadas, el capitalismo se ha incorporado al corazón de la biomedicina merced al liderazgo conseguido en el ámbito de la investigación y la innovación. Con posterioridad ha desarrollado prácticas comerciales en todas las claves de las actividades médicas, para - de esta forma - conformar un poder extraordinario científico, económico, social y político. Pero el núcleo de este poder reside en el control de la innovación y la investigación biomédica, lo que explica las patentes, el beneficio de los accionistas, los precios abusivos, los denominados “medicamentos rentables” o la medicalización. Y el negocio orientado al mercado es costoso, ineficiente e insostenible, y no permite salvaguardar los intereses de la salud pública. Por tanto, discutir el liderazgo a las multinacionales es el primer paso para reorientar los medicamentos y las tecnologías sanitarias desde una perspectiva estratégica hacia las necesidades reales de salud. Necesitamos un modelo de investigación e innovación que otorgue “valor público”, como razón necesaria para su aprobación, en el desarrollo de medicamentos y tecnologías de salud accesibles y asequibles.

Pese a que vivimos en un mundo interdependiente, el covid19 ha puesto descarnadamente de manifiesto que no disponemos de instrumentos políticos de cooperación y solidaridad internacional. Las instancias supranacionales han mostrado una evidente debilidad e insuficiencia. Es el caso de la Unión Europea o de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por no hablar de las Naciones Unidas... La pandemia ha puesto en cuestión una globalización no regulada, basada ►

en el libre mercado, que es propensa a las crisis y las pandemias, pero los organismos internacionales han sido sustituidos por la soberanía de los Estados, en muchos casos bajo la peor versión del populismo nacionalista, como los líderes mundiales - EEUU o Reino Unido - que no parecen haber aprendido nada y propugnan retirarse de la globalización...

Sin duda, la ausencia de una perspectiva global y cooperativa, ha sido un importante condicionante en el daño producido por la pandemia. Ante una emergencia global no se puede responder individualmente desde cada Estado. Necesitamos, pues, recuperar la cooperación internacional y una

Unión Europea solidaria y activa ante los problemas de salud colectiva. Con respecto a la OMS, aunque debilitada y en manos de la financiación privada (el 80% de su financiación procede de donaciones privadas, empresas y fundaciones), hubiera podido desde el principio servir de marco de cooperación en la lucha contra la pandemia. La OMS ha cometido errores, aunque sus informaciones fueron en general fiables y sus recomendaciones de control radical y precoz de la epidemia fueron pertinentes. En todo caso, necesitamos una renovada OMS con independencia y autoridad científica y moral, a la altura de las emergencias globales a las que se enfrenta el mundo. ◆

Próximos pasos para fortalecer los Sistemas de Salud y Atención Social del Reino Unido a partir de las debilidades reveladas por la pandemia de coronavirus

Sally Ruane.

Reader in Social Policy – director of Health Policy Research Unit. De Montfort University. Leicester (UK)

La respuesta del Reino Unido a la pandemia de coronavirus se ha visto comprometida por el debilitamiento previo de los servicios públicos, particularmente en la atención médica y social. En palabras de un profesor de salud pública: “indudablemente, las debilidades estructurales dentro del sistema de salud, producidas por la austeridad, la comercialización y la reestructuración constante, han disminuido la capacidad de planificación y movilización rápida y efectiva, especialmente en Inglaterra” (McCoy, 2020).

Ciertos pasos clave son necesarios para fortalecer el sistema de salud del Reino Unido.

FINANZAS PÚBLICAS

No podemos volver a las políticas de austeridad que han debilitado los servicios y contribuido a la inseguridad laboral, al aumento de la pobreza y al empobrecimiento de los hogares (Hudson-Sharpe and Runge, 2017; Inman, 2020). Habría que considerar la deuda pública adquirida por la respuesta del coronavirus de la misma manera que la deuda pública contraída por la segunda guerra mundial, es decir, como una deuda ex-

cepcional que surge de un evento excepcional y que se paga muy lentamente durante décadas.

FINANCIACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL

La atención de la salud debe ser gratuita en el momento del uso y financiarse mediante impuestos generales. Hay que aumentar el nivel de financiamiento para el servicio de salud, para permitirle ponerse al día con la creciente necesidad y los costos asociados, mejorando el acceso y reduciendo los tiempos de espera. La presión al alza sobre los costos que surgen de los cambios demográficos, el perfil cambiante de la morbilidad (especialmente el alto nivel de afecciones crónicas), los avances médicos y la inflación específica de los servicios de salud (que tiende a ser mayor que la inflación general), generalmente se calcula en alrededor del 4% en términos reales cada año. Los aumentos anuales fueron alrededor del 4% de promedio cada año entre 1949, después de la fundación del NHS, y el año 2010. Sin embargo, entre 2010 y 2018 bajaron al 1.4% e incluso ahora, después de un impulso, los aumentos anuales son solo del 3.4%. Algunos han calculado que este aumento anual del 3,4% permiten poco más que el NHS se quede estable, mientras que se requiere un 4% para recuperar el desempeño del servicio después de la disminución que sufrieron los fondos en la época de austeridad desde 2010; mientras que se requeriría un 5% para reorganizar el servicio como quería el gobierno (Hopson, 2018; King's Fund, 2020).