La pandemia por coronavirus: respuesta sanitaria y propuestas sociales para superar la incertidumbre

**Autores**

Luis Palomoa, Miguel Ángel Martín de la Navab

1. Médico. Centro de Salud “Zona Centro”. Cáceres
2. Farmacéutico. Servicio Extremeño de Salud

**Resumen**

La gravedad y la extensión de la pandemia por el coronavirus Sars-Cov 2 ha generado una alarma justificada. A la alarma le ha sucedido el alarmismo que impregna la acción política y social; el alarmismo induce precipitación y la precipitación errores, errores que se deberían identificar antes de seguir profundizando en el alarmismo y en la crisis económica.

La gestión política de la crisis ha estado salpicada de mala interpretación de los datos y de magnificación de las consecuencias, un mecanismo de defensa para eludir responsabilidades propias (recortes previos en políticas sociales; condiciones precarias y hacinamiento en residencias; insuficientes recursos de salud pública). Para evitar el elevado coste político de la inacción se ha optado por la sobrerreacción, que tiene menos coste político. La difusión amarillista de la información ha contribuido al pánico social. La catástrofe alimenta la información y el no saber alienta la histeria y las apuestas especulativas. La gravedad inicial ha sorprendido la respuesta asistencial y ha desbordado las posibilidades de hospitales y centros de atención primaria, infrafinanciados y capitidisminuidos, a pesar de lo cual se ha logrado un elevado nivel de contención desde atención primaria para detectar y aislar casos y contactos.

Socialmente la población no tenía una experiencia en una pandemia tan explosiva (apenas hay sobrevivientes de la gripe de 1918), y organizativamente ha habido déficits en la detección de casos (pocos rastreadores, escasez de pruebas PCR); desconocimiento de los tratamientos más eficaces y de las medidas de desinfección y protección; carencia de vacunas, etc..

Los retos actuales son evitar muertes por el covid-19, y por todas las causas, y evitar el deterioro del tejido social, por eso es necesario un compromiso político y ciudadano entre el riesgo que estamos dispuestos a asumir y la economía, los puestos de trabajo y las libertades que estamos dispuestos a perder. Estamos ante una amenaza global que ningún Estado puede resolver sólo, por lo que se necesita cooperación entre todos.

En el momento actual precisamos mejorar la coordinación entre administraciones; mejorar la credibilidad de los sistemas de información; insistir en el valor de las normas de distanciamiento social e higiene; reforzar los sistemas de salud pública otorgando protagonismo a una red amplia de rastreo y aumentado el rendimiento de las pruebas diagnósticas; fortalecer la atención primaria, sacar de su ámbito burocracia (justificantes de todo tipo, etc.), dotarla presupuestariamente y en profesionales y mejorar su capacidad resolutiva e ir recuperando asistencia presencial; fortalecer el sistema de atención a la dependencia y mejorar la situación de las residencias de ancianos; e insistir en la investigación independiente sobre tratamientos y vacunas.

**Introducción**

Estamos en septiembre de 2020. No hace un año todavía del comienzo reconocido de la pandemia por coronavirus Sars-Cov 2 (covid-19) y hace seis meses de la declaración del Estado de Alarma en España. Con tan poca perspectiva temporal es imposible dar por definitivos los análisis de dicha pandemia, por lo mucho que todavía se desconoce. Recuérdese que aunque hace 100 años de la pandemia por la “gripe española” sigue habiendo dudas sobre aspectos clave de la misma, por ejemplo se asume que el primer caso ocurrió en el campamento Funston, en Kansas el 4 de marzo de 1918 y llegó a las trincheras del frente occidental de la guerra europea en abril[[1]](#endnote-1), por lo tanto este documento quiere huir de la tentación de considerarse el argumentario definitivo que explique la pandemia actual. Únicamente hacemos un relato de los acontecimientos y de los conocimientos aceptados como válidos según el paradigma dominante: método científico como instrumento de análisis; medios de difusión científica considerados canónicos; políticas públicas aceptadas de manera mayoritaria a nivel internacional; posición de los organismos internacionales (OMS, preferentemente); contenidos de la información predominante difundida por el stablisment mediático; posiciones sociales y conjeturas de expertos sobre aspectos conocidos o ignorados de la pandemia que se asientan en la sociedad como saber convencional.

En este momento, saber que va a pasar es lo que más importa a la sociedad entendida como paciente y los pronósticos apuntan a dos años más de convivencia con la enfermedad. Según las declaraciones de Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS: “Esperamos acabar con esta pandemia en menos de dos años. Especialmente si podemos unir nuestros esfuerzos (...) y aprovechamos al máximo las herramientas disponibles y tenemos herramientas adicionales, como vacunas. Creo que podemos ponerle fin en un período de tiempo más corto que la gripe de 1918. Sin embargo, ‘no hay ninguna garantía’ de que vaya a existir en algún momento la vacuna del Covid-19, y que, en caso de que sí termine desarrollándose, ‘pueda poner fin a la pandemia por sí sola’ ”.

Resulta llamativa esta alusión a la gripe de 1918 cuando desde el comienzo se han querido establecer diferencias con la actual covid-19, sin embargo, la lectura de las características de aquella aporta bastantes similitudes. Como siempre, no se deben ignorar las enseñanzas de la historia, aunque, evidentemente, las circunstancias poblacionales, sociales y sanitarias son completamente distintas.

Si la respuesta a la pandemia debe buscar dos objetivos esenciales: reducir la mortalidad y, a la vez, evitar el deterioro del tejido social, la pregunta que debemos hacernos es en qué medida las decisiones adoptadas están logrando ambos objetivos.

1. **Análisis de la pandemia**

* **Origen**

Como fenómeno biológico, la enfermedad no puede ser explicada en su totalidad por modelos lineales, o deterministas, o positivistas-mecanicistas. Hay que tener en cuenta el efecto recombinatorio del azar y de las ventanas de oportunidad evolutivas que aprovechan los seres vivos.

Las suposiciones sobre su lugar y momento de aparición y sobre la cadena de transmisión inicial están aceptadas (en Wuhan, China, a partir de virus contagiados de murciélagos a pangolín y de estos a humanos). También parece aceptado el mecanismo por el que el virus se replica en células humanas, así como la respuesta del cuerpo humano a la agresión (tormenta de citoquinas, neumonías, coagulopatías, etc…).

El proceso murciélago–pangolín-humano no es una cadena individual, sino un proceso adaptativo complejo y largo. La convivencia murciélago–pangolín existe, aunque pertenecen a ecosistemas diferentes, han compartido el mercado como espacio común, conviviendo en él y, además, con los humanos desde hace muchísimo tiempo. El tráfico y utilización de estos animales, como de otros muchos en los mercados chinos, no es de ayer precisamente.

Los resultados del análisis genómico comparativo sugieren que el SARS-CoV-2 podría haberse originado de la recombinación de un virus similar a Pangolin-CoV con un Virus tipo Bat-CoV-RaTG13. El Pangolin-CoV se detectó en 17 de 25 pangolines malayos analizados[[2]](#endnote-2).

Hay otras versiones sobre el origen. Al margen de conjeturas conspiranoicas, de posiciones esperpénticas o del afán de notoriedad de algunos famosos, también hay opiniones de virólogos y científicos, que han construido su carrera dentro de los cauces académicos y universitarios establecidos, que opinan que el virus tiene otros orígenes, desde los que afirman que es una quimera, hasta los que lo sitúan en un laboratorio de China, donde habría sido custodiado a partir de su aislamiento en un grupo de mineros afectados cuando limpiaban una mina de excremento de murciélagos. Pero la opinión aceptada es la referenciada.

* **Mecanismo de contagio**

Respecto al mecanismo de contagio entre humanos, se ha demostrado mediante la emisión de láminas de luz láser capturadas en video, que el contagio directo mediante gotitas respiratorias es el más probable (aerosoles, o gotitas de Flüge). Cuando una persona infectada está cerca de personas no infectadas, con una carga viral promedio de 7 × 106 por mililitro, se calcula que 1 minuto de hablar en voz alta genera al menos 1.000 gotitas que contienen viriones que permanecen en el aire durante más de 8 minutos, que podrían ser inhalados por otros y desencadenar una nueva infección por SARS-CoV-2[[3]](#endnote-3).

* **Propagación**

La proliferación de viajes, la globalización, los millones de personas que a diario cambian de ubicación, son un factor determinante en la propagación. Resulta muy ilustrativo el trabajo realizado por Hernando de Castro midiendo la movilidad a partir de datos agregados de la red de antenas de telefonía móvil. Un análisis multivariante nos dice que el 76% del pico de mortalidad se explica a partir de la movilidad entre cada provincia con Madrid y su ratio con la población local. No es la única causa, pero es la mayor con mucha diferencia[[4]](#endnote-4).

Una vez Madrid era el foco, la extensión de la epidemia desde la capital al resto del territorio siguió lo más esperable dados los patrones de movimiento en el interior del país. Sin un cierre muy preventivo en los primeros días (antes de las concentraciones y eventos masivos de primeros de marzo), este patrón de expansión era inevitable.

Con este estudio se demuestra que el efecto de la movilidad en la difusión del virus no es una hipótesis, es una evidencia empírica. Por lo tanto, afirmaba Hernando de Castro, cuando vuelva la libertad de movimientos, hagamos un uso responsable de esa movilidad hasta que tengamos una vacuna capaz de proteger a los más vulnerables. Parece claro que tras el rebrote de casos durante el verano no ha habido ese uso responsable de la movilidad asociada al turismo, a las reuniones familiares, a las fiestas populares y al ocio juvenil más o menos masivo y sin percepción de riesgo.

* **Diseminación local**

En cuanto a la diseminación local, el efecto de la demografía en las fases iniciales de la pandemia fue fundamental. La propagación la hacen mayoritariamente las personas que más se mueven, que más interaccionan socialmente, los más jóvenes, y la padecen con más gravedad las personas más mayores, las que están más enfermas y padecen más comorbilidad (pacientes hospitalizados), y que viven en mayor contacto, o lisa y llanamente, hacinadas (residencias de ancianos), las más lábiles físicamente, las más pobres (efecto claro de la desigualdad); las sociedades que tienen mayor costumbre de socialización y de comportamientos físicos afectivos; la que vive en núcleos urbanos (más densidad de población, polución,…).

En el momento actual, la diseminación parece ligada a la vuelta a las interacciones sociales tras la desescalada (reuniones familiares, celebraciones, eventos multitudinarios, ocio nocturno, etc…), porque se ignora el distanciamiento social y el uso preventivo de la mascarilla en sitios cerrados y donde no se puede guardar la distancia suficiente. De hecho, la mayoría de los casos se producen en personas jóvenes, con síntomas leves o asintomáticas.

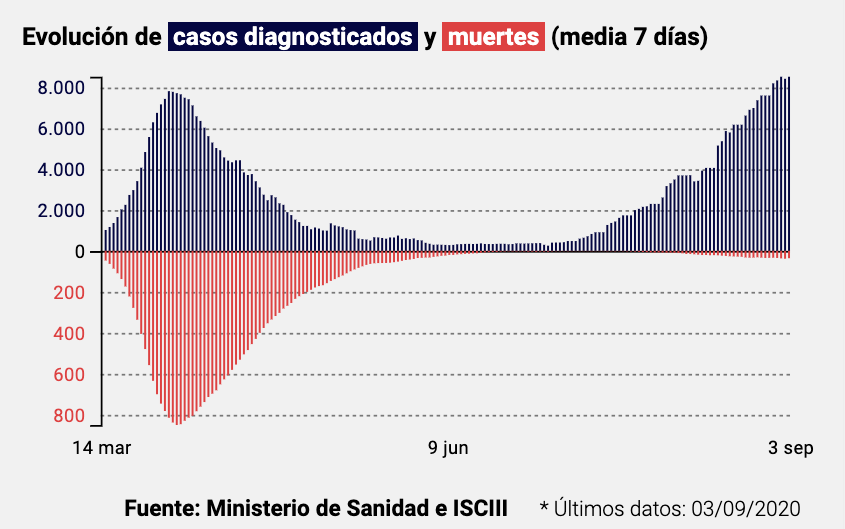
Destacar la aparición de contagiados en colectivos de inmigrantes trabajadores temporeros que viven en penosas condiciones de salubridad y hacinados. Así como el efecto de la desigualdad social: los barrios pobres de Barcelona (Nou Barris) tienen casi tres veces más infectados que los barrios ricos (Sarriá-San Gervasi)[[5]](#endnote-5), o los barrios del sur de Madrid (Vallecas, Usera, Carabanchel, Villaverde) respecto a la media de la Comunidad.

El verano, el aumento de la movilidad y del turismo, la facilidad para festejar favorecen el contagio, de ahí que también se estén viendo casos en lugares apartados del medio rural que hasta ahora se habían librado. Sin olvidar que el azar, la suerte, también juega un importante papel que nos empeñamos en ignorar porque no lo sabemos medir y, por tanto, no tenemos a qué o a quién culpar.

* **Mortalidad y letalidad**

En el momento álgido de la pandemia, la tasa de letalidad calculada sobre el número estimado de infectados estaba muy cerca del 1% en todas las comunidades[[6]](#endnote-6).

La situación actual de la pandemia en España se refleja en la figura adjunta (Tomada del periódico digital El Confidencial, realizado con los datos recopilados del Ministerio de Sanidad y el ISCIII).En la parte superior del gráfico (azul) se ve la evolución de casos notificados desde marzo y en la inferior (rojo) los fallecimientos. Como se ve en el gráfico, mientras los casos diagnosticados en la actualidad están en el peor nivel desde que comenzó la pandemia, la tasa de fallecimientos se ha reducido drásticamente.Hay que recordar que en España mueren diariamente de media 1.172 personas por todas las causas (Datos INE 2018, último año publicado).



Según el último informe RENAVE (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica), que contiene el análisis de los casos de COVID-19 notificados a partir del 11 de mayo de 2020, el número de casos totales diagnosticados desde el 11 de mayo hasta el 3 de septiembre son 253.557 casos, de los cuáles 12.109 hospitalizados (4,8 %), 878 en UCI (0,3 %) y 1.140 fallecidos (0,4 %), porcentajes muchísimo más bajos que al inicio de la pandemia[[7]](#endnote-7).

Según el informe, la presencia de síntomas solo se da en 118.001 de los casos diagnosticados(49,8 %), es decir, más de la mitad de los diagnosticados son totalmente asintomáticos. Este elevado número de asintomáticos predice que si se realizaran más test en personas asintomáticas el número de casos diagnosticados aumentaría proporcionalmente, lo que situaría la tasa de letalidad muy por debajo del 0,4 %.

En conclusión, desde el 11 de mayo hasta el 3 de septiembre la tasa de letalidad, dando por bueno que la infección por COVID19haya sido la causa final del fallecimiento de los afectados (teniendo en cuenta la edad media y la situación clínica previa de los fallecidos) es muy baja, y de ninguna manera justificaría la continua situación de pánico propagada desde los medios de comunicación y por parte de los responsables políticos. Tampoco se justificarían muchas de las devastadoras medidas que se están adoptando y que afectan a la salud física y mental de la población, especialmente de las personas más vulnerables, y a la economía, cuyas consecuencias indefectiblemente también repercutirán en la salud de los ciudadanos.

Ioannidis relacionaba la tasa de mortalidad con los datos de seroprevalencia de 12 estudios con más de 500 participantes/estudio de distintas partes del mundo. Las tasas de mortalidad variaron de 0.02% a 0.40% del total de infectados. Estas estimaciones tienden a ser mucho más bajas que las predichas a principios de la pandemia[[8]](#endnote-8) .

Destacar el efecto de la desigualdad en las tasas de mortalidad. Un aspecto particularmente preocupante es el efecto que tendrá la pandemia y la crisis económica y social que seguirá sobre las desigualdades. Angus Deaton afirma que la pandemia ha adelantado la fecha de mortalidad de muchas personas; que muchos de los fallecidos en 2020 habrían fallecido en 2021, y que sabemos que el exceso de mortalidad atribuible a la covid‑19 afecta más a los hombres que a las mujeres, que las personas de edad más avanzada y las que padecían alguna de las enfermedades que aumentan la virulencia del virus ya tenían, antes de la pandemia, una probabilidad mayor de morir que los individuos de menor edad o sin determinadas patologías previas. En EEUU los hispanos y de color tienen mayor porcentaje de hospitalizaciones, mayor tasa de mortalidad y mayor exposición a la pobreza. En general, las personas que trabajan en un sector no esencial estarán expuestas a un mayor riesgo económico (más probabilidad de perder el trabajo, ya que la posibilidad de teletrabajar es menor para las personas con menor grado de instrucción). Por lo tanto, de cualquier forma, la desigualdad económica y del estado de salud va a aumentar entre personas con diferente nivel educativo[[9]](#endnote-9).

* **Efecto del confinamiento**

El efecto del aislamiento social para disminuir la transmisión del virus parece fuera de toda duda. La medida fue necesaria en la explosión inicial para evitar el colapso de los servicios asistenciales, porque entonces los hospitales no estaban preparados para la avalancha de casos graves que se les vino encima. Los análisis más recientes de las medidas en 149 países demuestran que las intervenciones de distanciamiento físico (cierres de escuelas; de lugares de trabajo; del transporte público; restricciones a reuniones masivas y eventos públicos; y restricciones de movimiento: una combinación de dos variables, del confinamiento en el hogar y de regulaciones y restricciones de movimiento dentro de un país) se asociaron con reducciones en la incidencia de covid-19 a nivel mundial. No se encontró evidencia de un efecto adicional del cierre del transporte público cuando se implantaron las otras cuatro medidas de distanciamiento físico. La implantación más temprana del confinamiento se asoció con una mayor reducción en la incidencia de covid-19. Estos hallazgos podrían respaldar las decisiones políticas a medida que los países se preparan para imponer o levantar medidas de distanciamiento físico en las olas epidémicas actuales o futuras[[10]](#endnote-10).

En este mismo trabajo se observa que la implantación más temprana del confinamiento (105 países), no ofrece una diferencia estadísticamente significativa respecto a la implementación más tardía del confinamiento (41 países). Por otra parte el estudio se refiere a casos, y no a mortalidad, ingresos hospitalarios, UCIs, que es lo que realmente nos debe importar.

La pregunta que queda en el aire es: ¿por qué las estrictas medidas de confinamiento en los países de nuestro entorno no ha supuesto la ventaja esperada, como se observa del estudio de los datos de España e Italia (países con las medidas más restrictivas), puesto que estos dos países presentan datos peores que Suecia, donde no hubo confinamiento ni cierre de escuelas?.

Un efecto colateral que se está observando es que en el invierno austral apenas hay gripe. Si es consecuencia de las medidas anti-COVID-19, indicaría que la transmisión del virus de la gripe y de SARS-CoV-2 es similar, vía aérea-respiratoria[[11]](#endnote-11), por lo que cabría esperar también un descenso de covid-19.

1. **Respuesta política**

* **Pánico**

La pandemia estalló en China en un momento político delicado. La globalización estaba favoreciendo los intereses expansionistas chinos. Con un fuerte crecimiento económico, estaba asentando su gran capacidad logística y su potencial financiero y tecnológico en gran parte del mundo, especialmente Latinoamérica y África, y amenazando la supremacía estadounidense en el desarrollo tecnológico digital (tecnología 5G). La respuesta del Presidente Trump se basó en extender las dudas sobre las intenciones de China, en el sentido que su dominio sobre la tecnología 5G supondría una amenaza a la libertad mundial. Estas difamaciones se acompañaron de sanciones comerciales, subidas de aranceles, amenazas a los países que mantenían relaciones comerciales con China, etc…; e, incluso, persecución jurídica (el caso de la vicepresidente de Huawei).

En ese momento geopolítico, dominado por la lucha comercial entre EEUU y China, la epidemia de coronavirus podía empañar interesadamente la imagen de China (Trump hablaba impunemente del “virus chino”). Por su parte, China respondió haciendo valer su potencial totalitario y su gran capacidad material y de mano de obra para imponer el toque de queda, atemorizar a la población, y mostrar su poderío (construir un hospital en diez días o anunciar una vacuna en pocos meses). Todo ello sustentado en un aparato mediático y propagandístico que consiguió unanimidad en la forma de transmitir la información de forma que, uno tras otro, la mayoría de países que se vieron afectados fueran adoptando también medidas de distanciamiento social, cierres de sectores clave o intervencionismo estatal.

Las consecuencias de esa epidemia de miedo se prolongan en el tiempo y sus consecuencias económicas y sociales están adquiriendo dimensiones nunca vistas hasta ahora. El descalabro económico será enorme y la herida social difícil de cicatrizar. Es una herida que muestra la vulnerabilidad del mundo cuando teme por su salud, hasta el punto de suspender la actividad de escuelas, fábricas, comercio y hasta ciudades enteras; de caer en la histeria colectiva y de poner en peligro los mecanismos de cohesión social, bloqueando la vida cotidiana: hoy es un virus, mañana puede ser una amenaza militar, pasado una catástrofe potencial, al siguiente el terror al control digital, etc…

En el momento actual, el reto es conseguir un equilibrio entre un umbral de riesgo socialmente aceptable y un intervencionismo mínimo necesario para contener la propagación y permitir la recuperación económica y social.

* **Totalitarismo sanitario; dictadura de la salud**

En términos generales, las medidas de aislamiento social, protección, desinfección, etc… han sido comprendidas y aceptadas y utilizadas por la mayoría de la población. Para la sociedad, la salud es lo primero; todo sea por la salud, y ha aceptado bien las medidas encaminadas a preservarla, incluso con respuestas exageradas.

La pandemia tiene una imponente entidad en sí misma.Un acercamiento cabal debe partir de la constatación de su gravedad –porque de aquí deriva la justificación y la motivación para la profilaxis, frente a los diversos e irresponsables negacionismos–, multiplicada por su elusividad –no conocemos con precisión las formas de transmisión, las causas primarias o intermedias de la muerte, los contornos la sintomatología, la interacción entre la patología específica y otros cuadros, no existen tratamientos de probada eficacia, carecemos de una vacuna, no podemos aspirar a una medición precisa ni por tanto susceptible de homologar datos a nivel global, etc.– y la consiguiente perplejidad que generan los acontecimientos que se resisten a la comprensión.

El tratamiento mediático convirtió la pandemia en el hipertema por su omnipresencia. Adquirió así la forma de un fenómeno social total; impregnaba de tal manera la atmósfera que configuraba un universo nosológico global, envolvente. Hoy esto ha cambiado y en buena medida no para bien. Hemos pasado del hipertema al paratema, violentando tanto las premisas de realismo referidas a la enfermedad como el compromiso de salubridad de la esfera pública. La hiperexposición cotidiana tiene un alto coste psicológico. El enrolamiento de la pandemia en la batalla política ha desplazado el foco de la atención del virus al fango, del tema al ruido, del debate al vitriolo. De modo que no importan tanto las propuestas en sí sino de quién proceden en cuanto dan la oportunidad de ser utilizadas como arma arrojadiza. En el orden de las preocupaciones de una parte de la sociedad –que no quiere participar en una batalla partidaria sino cuidarse y cuidar, buscar estrategias cooperativas de apoyo mutuo para hacer más livianas las cargas de las personas impactadas por la crisis económica agudizada hoy por el impacto de la pandemia, reconocer el trabajo de los profesionales, reforzar el sistema público de salud, aprender del sentimiento de vulnerabilidad para favorecer comunicaciones que apoyen y alivien, en vez de irritar y difundir el odio–, la electricidad que envenena la atmósfera no solo impide cuajar la colaboración necesaria para enfrentar el desafía sino que genere una nueva categoría de problemas que desplaza al fundamental: es una frivolidad con un coste incalculable en términos de credibilidad institucional[[12]](#endnote-12).

* **Falta de consenso político**

Mientras en otros países todas las fuerzas políticas han entendido que superar la pandemia era una cuestión de Estado (Portugal, sin ir más lejos), en España las medidas frente a la pandemia y las decisiones políticas y administrativas han sido un elemento más de confrontación y se ha aprovechado para atacarse unos a otros, contribuyendo al descredito de una clase política ya bastante desprestigiada. Socialmente, son frecuentes las manifestaciones de cansancio de esta forma de entender la política por unos líderes y unos partidos faltos de la energía necesaria para entusiasmar a la población en tareas colectivas. Así las cosas, parece que la energía política proviene, lamentablemente, de los populismos y de sus líderes (Trump, Bolsonaro, Putin, etc…) cuyas actitudes socaban poco a poco las virtudes esenciales de la democracia.

En España, la incompetencia política y administrativa está afectando al prestigio de muchas instituciones y levantando críticas por la descoordinación entre administración central y autonómica, de manera que las decisiones son descoordinadas y desiguales, y es que están por resolver dos graves problemas que afectan al conjunto de la estructura del Estado: Por un lado, la falta de incentivos para alcanzar objetivos comunes entre administraciones, y por otro lado la costumbre de apaciguar las diferencias políticas mediante transferencias incondicionales e incontroladas.

En todo caso, las medidas políticas destinadas a atajar la pandemia deberían contemplar los mecanismos legales y económicos necesarios para evitar que se incrementen las desigualdades sociales y entre territorios, y para que la estrategia informativa mejore la pedagogía y elimine las capas de tremendismo que dan pábulo a todo tipo de especulaciones.

1. **Respuesta administrativa**

* **Debilidad de los sistemas de información**

Frecuentemente se achaca a la existencia de 17 CCAA con competencias en sanidad los defectos para afrontar la pandemia, entre otros la manifiesta falta de homogeneidad entre las formas de contar y de medir las cifras de la pandemia. El problema no son las CCAA (USA o Alemania también tienen multitud de estados o de lander, respectivamente), si no la falta de instrumentos de decisión consensuados y respetados.

Los indicadores difundidos durante la pandemia por el Ministerio de Sanidad y de CCAA aluden a los resultados, como hospitalizaciones, fallecidos o nuevos diagnósticos. No se ha proporcionado información sobre el proceso de detección, por lo que nos han faltado argumentos para saber lo que se hacía realmente y si se hacía bien. Han faltado indicadores para conocerla calidad de las medidas aplicadas sobre el diagnóstico precoz de los casos, la detección inmediata de contactos y el cumplimiento adecuado de las cuarentenas.

Han faltado indicadores ajustados por población, grupos de edad y sexo, como el número total de pruebas PCR realizadas; cuántas de ellas eran repetidas a casos ya conocidos (distinguir entre pacientes y pruebas); cuántas para diagnosticar sospechosos y cuántas PCR para rastrear contactos. Cuánto tiempo pasa desde la sospecha hasta la realización de la PCR, o desde la detección del caso hasta la realización de las pruebas a contactos estrechos[[13]](#endnote-13).

En algunas CCAA no se ha publicado ningún Boletin Epidemiológico a lo largo del 2020. La información oficial, representada por las comparecencias de Fernando Simón, ha terminado por ser banal por falta de datos o por la disparidad entre CCAA. Es un problema de mala gestión de la crisis sanitaria a nivel político y técnico. Cuando tienes que demostrar que lo que haces lo haces bien no puedes despachar a la prensa y a los ciudadanos diciendo que tal o cual CCAA no ha proporcionado los datos, o que mañana corregiremos. En la situación de alerta creada, con todo el país pendiente de las cifras, no vale llenar los telediarios con situaciones anecdóticas. Es necesaria una estrategia informativa técnicamente solvente y que informe de manera discrecional. Y no es porque no sea posible técnicamente. La mayoría de datos están informatizados; se duplica y hasta se triplica la información que sale de los centros de salud (los médicos informan clínicamente; los datos de laboratorio están integrados en soportes informáticos; los casos se declaran a la red de vigilancia epidemiológica, los rastreadores construyen sus Excel, etc….) y aún así falta solvencia para integrar todo ese tráfico de datos en indicadores útiles, a nivel nacional y por CCAA.

Todo este despropósito justifica un desarrollo diferente, más amplio, y orientado a proporcionar los datos precisos para favorecer una información veraz, transparente y en tiempo real, y para mejorar la gestión del SNS, tanto ordinaria como en situaciones de crisis, sobre la base de una definición legal adecuada de su organización y funcionamiento. La información es un elemento imprescindible de las transformaciones que precisa el propio SNS.

* **Legislación**

La relación de legislación estatal y autonómica relacionada con COVID-19 hasta junio ocupa 39 páginas de un documento word. Es una muestra del frenesí normativo provocado para dar cobertura legal a las actuaciones.

De la legislación estatal llama la atención, como ejemplo de la descoordinación entre Administraciones:

* [*ORDEN SND/352/2020, de 16 de abril, por la que se modifica la Orden SND/234/2020, de 15 de marzo, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.*](https://clientes.envira.es/eco/fileserv?destino=SA&rRuta=path.normas&mail=miriamsg@envira.es&rFichero=N99039.pdf)

Se trata de una Orden que intenta coordinar la información que se envía al Ministerio de Sanidad desde las CCAA, ante la total disparidad de criterios utilizados por éstas para notificar los casos, fallecimientos en residencias, etc. La Orden se publicó el 17 de abril (modificando una anterior del 15 de marzo) 2 meses y medio después la notificación del primer caso en España (31 de enero).

También es interesante y puede explicar en parte, razones epidemiológicas aparte, el interés de las CCAA por realizar pruebas masivas PCR:

* *REAL DECRETO-LEY 22/2020, de 16 de junio, por el que se regula la creación del Fondo COVID-19 y se establecen las reglas relativas a su distribución y libramiento.*

El Real Decreto-Ley regula la distribución de fondos COVID-19 entre CCAA.  Como puede observarse en el artículo 2, a mayor número de pruebas PCR que se realizan, mayor número de hospitalizados por COVID-19 notificados y mayor número de pacientes COVID-19 en UCI, las CCAA reciben más dinero. El total del fondo son 16 mil millones de euros. No aparecen dotaciones para reforzar la atención primaria ni los servicios de salud pública.

Por otro lado, casi dos meses después de su creación, se desconocen las medidas tomadas por las nuevas estructuras del Ministerio de Sanidad, la Secretaría de Estado de Sanidad y la Secretaria General de Salud Digital.

1. **Respuesta social**

* **Efecto de los medios de comunicación**

La cobertura del tema envuelve de tal manera la atmósfera que el país (y el mundo) se han convertido en un hospital global. Los responsables políticos parecen no haber atendido suficientemente este aspecto, y modular sus intervenciones para rebajar la exposición en lo cuantitativo y organizar la información de manera que proporcione los datos precisos sin incrementar innecesariamente la ansiedad. Por su parte, los medios tienen una responsabilidad equivalente en esas dos direcciones: reducir el monocultivo informativo sobre el monotema y presentar los contenidos de una forma que contribuya a serenar los espíritus, a no crisparlos al menos. Es verdad que en los primeros días probablemente la opinión pública necesitabaese tratamiento intensivo, tanto por la gravedad intrínseca del tema como por una suerte de hipercompensación a la demora en la reacción, pero pronto habría ya motivos para considerar que la dosis resultaba excesiva por los efectos secundarios o psicosociales. Por no hablar de la información tóxica, la infoxicación–la epidemiología es una fuente inagotable de metáforas–, que como han mostrado ejemplos recientes tiene los rasgos de una calamidadix.

* **Contagio del pánico**

La inmersión cotidiana provoca ansiedad, aprehensión, un sentimiento vago de fatiga, irritabilidad, cansancio emocional, insomnio, incapacidad de concentración. Es el coste de la [respuesta a la doble presión generada por el virus](https://osalde.org/guia-de-apoyo-psicosocial-durante-esta-epidemia-de-coronavirus/): por la sobreexposición al hipertema –es este aspecto el que recoge el prefijo hiper, la anormalidad por exceso–; pero igualmente, por la intranquilidad e inseguridad que producen las alteraciones de nuestro paisaje cotidiano. Estamos acostumbrados a desenvolvernos en un ambiente familiar y nuestras rutinas están pautadas de acuerdo con él. Las medidas de respuesta a la pandemia desestructuran el marco cotidiano, a la vez que las anticipaciones de las incertidumbres sobre el futuro sacuden los cimientos del psiquismo, tanto el personal como el colectivo. La desestructuración se muestra en toda la escala de impresiones. Por el lado leve, en esa sensación de irrealidad que genera un mundo fantasmagórico de calles vacías, gentes diseminadas pertrechadas de guantes y mascarillas, persianas bajadas, carreteras desiertas y un silencio que ahora no invita al recogimiento sino que evoca el miedo y la desesperanza. Por el lado grave, la expresión más dura de la desestructuración social es lo que llama Delumeau la abolición de la muerte personalizada, expresada en siglos pasados en la acumulación de cadáveres en las calles y hoy, de forma mucho menos grave, en la incapacidad de ejercitar el rito de la despedida entre los allegados. La privatización de los servicios funerarios puede contribuir a acrecentar el desasosiego en momentos tan determinantes para la salud emocional. Las enfermedades contagiosas tienen otro factor distintivo recogido en todas las crónicas: la rapidez con que se pasa de la normalidad sana a la condición de cadáver, a diferencia de la mayor parte de nuestras patologías, que permiten un acomodo paulatino al desenlace ix.

A nivel de lenguaje hemos acabado aceptando multitud de términos y expresiones que tienen que ver más con el relato del miedo y la ingeniería social que con cuestiones médicas. Por ejemplo, confinamiento según la RAE significa "Pena por la que se obliga al condenado a vivir temporalmente, en libertad, en un lugar distinto al de su domicilio". O se recurre a símiles bélicos, o se habla sin tapujos de "nueva normalidad", "guerra contra el virus", "distanciamiento social", etc.

1. **Respuesta asistencial**

* **Refuerzo de hospitales**

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.

Hay más muertos donde hay más infectados. Las explicaciones basadas en la diferente capacidad del sistema sanitario para tratar la enfermedad no tienen tanta relevancia como se cree. Esto no quiere decir que el sistema sanitario no haya jugado un papel esencial en reducir la mortalidad. Lo ha hecho, con enorme sacrificio, a veces de sus propias vidas, la de sus profesionales (sobre todo en Atención Primaria). Pero parece que lo ha hecho con más o menos la misma efectividad en todas partes, con un esfuerzo mayor o menor en función del número de infectados en cada territorio, pero sin que, aparentemente, sus características organizativas y de gestión hayan marcado grandes diferencias entre unos lugares y otros: la tasa de letalidad calculada sobre el número estimado de infectados está muy cerca del 1% en todas las comunidades v.

La gravedad de la epidemia, como sabemos también por la comparación entre países, no depende de cuantos médicos o camas de hospital tengas, sino sobre todo de cuántos infectados tienes, y cuantos consigues evitar. De momento, la prevención, no la curación, es la herramienta más relevante, porque la mayoría de los tratamientos prescritos están resultando poco útiles o claramente perjudiciales.

Actualmente ingresan en los hospitales entre el 3 y el 4 por ciento de los casos confirmados de infectados. El resto y sus contactos estrechos (varios por caso) los controla la atención primaria y la salud pública.

Hay aspectos que merecen una reflexión. Por ejemplo, sobre todo en Europa, los países con menos gasto sanitario presentan mejores datos de letalidad y mortalidad global (Portugal, Grecia y países de Europa del Este; por no hablar de Marruecos y resto de países africanos). Es decir: ¿Hasta qué punto el gasto sanitario mal gastado produce enfermedad y muerte en forma de yatrogenia y desvía recursos hacia intereses espurios?. Hay que gastar más en sanidad, pero sobre todo mejor, especialmente en promocionar la salud desde un punto de vista racional, y reflexionar sobre la tecnofascinación que empapa la medicina actual.

* **Descuido de la atención primaria**

Ahora estamos detectando entre el 60 y el 70 por ciento de los casos que existen, mientras que en el pico de la pandemia se detectaba sólo el 10%. Esta mayor detección proviene del trabajo de salud pública y de atención primaria. Y para hacer eso, ambas la están pasando canutas. En las últimas semanas, en atención primaria se está atendiendo la demanda embalsada durante el tiempo de confinamiento, la demanda nueva y, en colaboración con salud pública, el diagnóstico, control y seguimiento de estos nuevos miles de casos confirmados y sus miles de contactos estrechos que no hacen más que crecer. Y sin el refuerzo prometido (otro engaño más), en atención primaria nos encontramos ante el peor verano desde que los más viejos del lugar tenemos memoria. Y todo ello, complicado hasta lo indecible por el cribado telefónico, necesario para no convertir los centros de salud en focos de contagio y diseminación del virus, y por la gestión de las bajas de casos y contactos. Si se busca estrés en la sanidad pública, no hay más que mirar a la atención primaria[[14]](#endnote-14).

* **No todo vale en tratamientos y en investigación**

En la primera ola de la pandemia no había seguridad sobre el efecto de ningún medicamento. Entonces, la mayoría de los tratamientos prescritos resultaron poco útiles o claramente perjudiciales, con excepción de los corticoides. Es llamativo el efecto de la hidroxicloroquina, utilizado en España en más del 85 % de los ingresados, sobre la mortalidad y sobre las arritmias. Un controvertido estudio observacional, internacional, con datos de 96.032 pacientes, reflejaba que los tratados solo con hidroxicloroquina fallecían un 18 %; los tratados con hidroxicloroquina más macrólido un 23,8 % y los que no recibieron ninguno de estos tratamientos un 9,3 %[[15]](#endnote-15). En España, la mortalidad en pacientes hospitalizados se calculó en el 21,1 %, según el análisis de la SEMI[[16]](#endnote-16).

Hay ensayos clínicos con remdesivir, favipiravir, lopinavir, ritonavir, interferones, ACE-2 recombinante, ivermectina, anticuerpos monoclonales, etc…

Actualmente solamente el remdesivir está aprobado con escasosbeneficios para esta enfermedad, provocando una demanda internacional desmesurada. Sin embargo, un reciente editorial de JAMAque analiza las incertidumbres de los 4 ensayos publicados a día de hoy con remdesivir: a) Wang; b) Goodman; 3) ACTT.-1; y 4) Spinner, concluye que comolos costos para producir y distribuir remdesivir a gran escala son considerables y, lo más importante, se desconoce si el remdesivir ofrece un beneficio adicional sobre los corticosteroides, que están ampliamente disponibles y son económicos, parece prudente realizar con urgencia evaluaciones adicionales de remdesivir en ECA a gran escala diseñados para abordar las incertidumbres residuales e informar el uso óptimo[[17]](#endnote-17).

Sobre tocilizumab, el ensayo clínico en fase tres, CONVACTA, no ha dado los resultados esperados, según reconoce la propia compañía Roche[[18]](#endnote-18).

Los datos más recientes de ensayos con hidroxicloroquina concluyen que los resultados no son beneficiosos ni en pacientes tratados[[19]](#endnote-19) ni en personal expuesto como profilaxis[[20]](#endnote-20).

Pasado el momento álgido de la epidemia, que pudo explicar la desesperación por encontrar tratamientos efectivos, es aconsejable el rigor en la utilización de medicamentos y en los ensayos con alternativas nuevas y con vacunas, siguiendo los pasos científicamente aceptados. La saturación de demandas de ensayos clínicos a los Comités Éticos de Investigación no debe afectar a los pasos que deben seguir el método científico y los procedimientos normalizados de trabajo.

* **Derechos fundamentales y protección de datos, intimidad, etc.**

Desde que comenzó la pandemia se han vulnerado infinidad de derechos fundamentales en razón de la salud colectiva. La vulneración de estos derechos en muchos casos se sostiene más por el capricho político que por la evidencia científica. Si se va a atropellar de esta forma nuestros derechos y libertades deberíamos exigir evidencias claras y contundentes de que estamos haciendo lo correcto.

La privacidad y la protección de datos han dejado de existir. Cualquier trabajador nos puede tomar la temperatura corporal para poder acceder a un lugar público. Cualquiera puede facilitar nuestro teléfono por ser sospechoso de ser positivo. Cualquier persona nos puede llamar como rastreador para preguntarnos con quién estuvimos anoche.

1. **Incertidumbres**

* **Rendimiento de las pruebas PCR**

En la primera ola de la pandemia no se pudieron realizar todas las determinaciones PCR que hubieran sido necesarias para diagnosticar los casos y para controlar los brotes. Esto fue especialmente deficiente en las residencias de ancianos, motivo por el cual muchos pacientes pasaron enfermedades con síntomas compatibles sin tener diagnóstico preciso y, lo que es más dramático, aun ahora no sabemos si muchos de los fallecidos lo fueron contagiados por el coronavirus. En esta segunda ola de la pandemia, ocurrida durante los meses de verano, parece disponerse y utilizarse la prueba PCR con discrecionalidad, incluso en campañas de detección masivas, en barrios o en poblaciones enteras. Ya sea por defecto o ahora por exceso, puede que la precipitación esté provocando un uso inadecuado de la prueba y una interpretación errónea de los resultados, entre otros del verdadero número de pacientes infectados activos.

La mayoría de los test PCR utilizados en España son similares en cuanto a instrucciones de uso, advertencias, etc.Por poner un ejemplo, uno de ellos es el deno-minado comercialmente *VIASURE SARS-CoV-2 Real Time PCR Detection Kit*. Según las instrucciones del fabricante, “está diseñado para la identificación y diferenciación específicadel 2019 Nuevo Coronavirus (SARS-CoV-2) en muestras respiratorias procedentes de pacientes con signos y síntomas de COVID-19”[[21]](#endnote-21).Por lo tanto, el test según el fabricante, no debería utilizarse en personas asintomáticas sino solo en pacientes con signos y síntomas de enfermedad.

Con posterioridad al 10 de mayo prácticamente la mitad de los casos detectados en España son asintomáticos (49,8 %), como se refleja en el informe número 40 de 20 de agosto de RENAVE. En algunas CCAA según el informe, la presencia de pacientes con síntomas apenas alcanza 1/3 de los diagnosticados, como es el caso de Extremadura (33,4 %), es decir en este casoel porcentaje de personas diagnosticadas por PCR totalmente asintomáticas alcanza el 66.4 %.[[22]](#endnote-22)

Según el fabricante de Viasure, “el resultado de la prueba debe ser evaluado en el contexto del historial médico, los síntomas clínicos, y otras pruebas de diagnóstico por un profesional de la salud”. Es decir,el test por sí solo no debería utilizarse para el diagnóstico, sino que hay que tener en cuenta el historial médico del paciente, los síntomas y otras pruebas de diagnóstico.

El fabricante también recalca en las instrucciones del test que “un resultado positivo no indica necesariamente la presencia de virus viables y no implica que estos virus sean infecciosos o que sean los agentes causantes de los síntomas clínicos y que “los resultados negativos no excluyen padecer la infección por SARS-CoV-2 y no deben usarse como la única base para el tratamiento u otras decisiones de manejo del paciente”. Es decir, según el propio fabricante se puede ser positivo al test y no estar infectado. El positivo tampoco implica que haya virus activo ni que el paciente sea infeccioso. A su vez se puede ser negativo al test y estar infectado. Por tanto, según las propias observaciones del fabricante la utilidad de los test en asintomáticos es muy limitada.

Los CDC en su última actualización de 24 de agosto sobre pruebas para detectar SARS-Cov-2, en el apartado "Consideraciones para las pruebas de diagnóstico (molecular o de antígeno) de COVID-19" no recomienda la realización de test generalizada a los contactos asintomáticos. El documento dice textualmente[[23]](#endnote-23):

Si ha estado en contacto cercano (a menos de 6 pies) de una persona con una infección por COVID-19 durante al menos 15 minutos pero no tiene síntomas:

-No necesita necesariamente una prueba a menos que sea una persona vulnerable o su proveedor de atenciónmédica o los funcionarios de salud pública estatales o locales le recomienden que se haga una.

-Si no tiene síntomas de COVID-19 y no ha estado en contacto cercano con alguien que se sabe que tiene una infección por COVID-19:No necesita una prueba.

-Si se encuentra en un área de alta transmisión de COVID-19 y ha asistido a una reunión pública o privada de más de 10 personas (sin uso generalizado de máscaras o distanciamiento físico):No necesita necesariamente una prueba a menos que sea una persona vulnerable o su proveedor de atenciónmédica o los funcionarios de salud pública estatales o locales le recomienden que se haga una.

En conclusión: el simple hecho de hacer  pruebas masivas a personas asintomáticas, por ejemplo a pacientes que precisan  ingreso hospitalario por cualquier causa (cirugía programada, accidente), trabajadores de diversos sectores, población que vive en zonas consideradas con alta incidencia, etc., genera un número de falsos positivos inherentes a las limitaciones del propio test,  cuyo número puede crecer exponencialmente  por la realización de pruebas a los contactos de estos positivos asintomáticos (a su vez también asintomáticos), hecho que puede dar lugar a falsos brotes (brotes de personas sanas con test positivos). Recientemente hemos visto casos como el de la localidad Aranda de Duero que, con una población de 33.000 habitantes,ha sido confinada sin haberse producido un solo ingreso hospitalario, en base a 230 test PCR positivos, la mayoría de ellos asintomáticos.

* **Duración de la inmunidad**

Aunque ha habido algún caso de paciente reinfectado, con menor afectación, el hecho pone en duda la duración y la fortaleza de la inmunidad adquirida. Este caso único, anecdótico, acaba teniendo dimensión de categoría debido a la amplificación mediática. Otros experimentos naturales muestran que la inmunidad es efectiva: el caso del barco donde todos los tripulantes se contagiaron, salvo los 3 que ya habían padecido la infección.

En un estudio reciente se observaron niveles variables de anticuerpos neutralizantes específicos del SARS-CoV-2 en el momento del alta de 175, con una dosis inhibidora del 50% [DI-50], 1076 [IQR, 448-2048]. Y éstos fueron significativamente más altos en plasma que en 13 controles sanos, con una mediana de DI-50 40 [IQR, 40-40)], habiendo una diferencia de medianas de 1036 (IC95%, 534-1602).

De todos, hubo 10 pacientes cuyos títulos de anticuerpos fueron menores que el nivel detectable del ensayo, ID-50 < 40, es decir similar a los controles sanos, y 2 pacientes que mostraron títulos muy altos, con niveles de ID-50 de 15.989 y 21.567[[24]](#endnote-24).

En Islandia se ha comprobado que los anticuerpos frente a SARS-CoV-2 no disminuyeron durante los 4 meses posteriores al diagnóstico. También destacaron que el riesgo de muerte por infección fue del 0,3% y que el 44% de las personas infectadas con SARS-CoV-2 en Islandia no fueron diagnosticadas por PCR[[25]](#endnote-25).

Se necesitan estudios más extensos, con más pacientes y a más largo plazo, para determinar la intensidad y la duración de la inmunidad

* **¿Será efectiva la vacuna?**

Muchos errores humanos son fruto dela impaciencia. La urgencia por disponer de una vacuna lo antes posible se está convirtiendo en una carrera contra reloj de apariencia esperpéntica y restando seriedad al rigor que el procedimiento de elaboración requiere, saltándose en algunos casos los pasos necesarios de seguridad, biodisponibilidad, pruebas intermedias en monos, etc…Veremos quién llega a la meta de las aproximadamente 165 vacunas en elaboración, unas genéticas, otras de vectores virales, otras proteínicas y otras de virus enteros

La meta debería ser lograr una vacuna altamente eficaz, que produzca inmunidad suficiente y duradera, que sea fácil de administrar, fácil de conservar, que no produzca efectos indeseados y que sea segura, que sea barata para que pueda estar al alcance de toda la población y para que sea socialmente aceptada. Esta meta se antoja lejana cuando ni siquiera estamos seguros de la intensidad y duración de la inmunidad natural. Hay que darle tiempo a la investigación. Atajar los pasos para llegar el primero a la vacuna puede ser peligroso y generar un descredito que favorezca la desconfianza de la sociedad y que dificulte la aceptación social y la efectividad global de la vacuna. Baste recordar las controversias que genera la vacunación contra la gripe.

El desarrollo de una vacuna normalmente lleva muchos años y  aún así, esto no garantiza que se consiga una adecuada eficacia y seguridad. Es sorprendente que en unos pocos meses se dé por hecho que se va disponer de vacuna, que se ponga fecha a cuando se va a disponer de ella, que los gobiernos se lancen a la compra de millones de dosis por anticipado sin saber si va a haber vacuna y si va a ser eficaz y segura y, todavía más, que estos eximan a las compañías farmacéuticas de responsabilidades por lo que pudiera pasar respecto a la seguridad con la excusa de la emergencia sanitaria.

También se debe conseguir que la vacuna llegue antes a quién más lo necesite, y no a quién la pueda pagar.

* **Sobre el uso obligatorio de mascarillas en todos los espacios**

A día de hoy, no hay pruebas directas acerca de la eficacia del uso generalizado de mascarilla por personas sanas en la comunidad para prevenir la infección por virus respiratorios, en particular el causante de la COVID-19.

Hasta el momento, el uso generalizado de mascarillas por las personas sanas en la comunidad no se apoya en datos de investigación de buena calidad o directos, y por ello conviene sopesar los posibles riesgos y beneficios.

En ningún lugar del documento de la OMS de 5 de junio sobre las recomendaciones del uso de mascarillas se recomienda el uso generalizado en espacios abiertos, solo en situaciones muy concretas[[26]](#endnote-26).

El único país europeo donde se ha implantado el uso generalizado de mascarillas es el nuestro.Curiosamente desde su imposición también somos el país con la tasa de positivos/100.000 habitantes más alta de Europa.Se ha instaurado por tanto, una medida coercitiva sin ninguna base científica que la respalde, y además sin informar adecuadamente a la población de los posibles riesgos que conlleva su uso continuado, especialmente en las poblaciones más sensibles como ancianos, enfermos, niños en edad escolar o trabajadores que por su actividad la tienen que usar durante muchas horas al día. Por supuesto, tampoco se ha informado a la población de qué tipo de mascarilla se debe utilizar, ni de su correcta forma de uso, etc.

Al final del estado de alarma, hemos asistido a la tendencia de los gobernantes de las Comunidades Autónomas a competir en (aparente) radicalidad de las medidas de control impuestas, tensando el principio de precaución, sin considerar los efectos secundarios. Un ejemplo ha sido la imposición del uso de la mascarilla en la calle aunque se cumpla la distancia de seguridad, a pesar de su muy débil base científica. Ha sido aceptado por la población, de manera relativamente fácil, pues no contradecía el sentido común (*si me tapo la boca, no contagio, ni otros me pueden contagiar*). Sin embargo, apenas ha ido acompañada de medidas más complejas para favorecer su correcto uso en los espacios y situaciones donde el riesgo es mayor y la eficacia es más clara: en espacios cerrados y en relaciones con personas de confianza. Con la mascarilla se ha producido el mismo sesgo que se da en el abuso infantil: se busca el peligro en el desconocido que actúa en la calle (“hombre del caramelo”), en vez de en la persona de confianza del entorno familiar o de amistad. Al final se ha primado más el uso de la mascarilla en espacios abiertos sometidos al escrutinio público, que en espacios cerrados o alrededor de una sociabilidad, muy ligada al consumo de bebidas y comidas, donde se eximia de su uso continuo y se dificultaba el mantenimiento de la distancia mínima. La medida impuesta se convierte así en una cuestión de imagen y demostración de obediencia y sentido cívico. Al contrario de otros países**, la deficiente pedagogía de riesgos está inhabilitando a nuestra ciudadanía a hacer un uso adecuado de las medidas, de acuerdo a las diferentes situaciones en la vida cotidiana**[[27]](#endnote-27)**.**

El mantenimiento del distanciamiento social no debe servir a los gobernantes para culpar a la población de la aparición de brotes, aumento de casos, etc.  por un comportamiento irresponsable, consiguiendo desviar la tención de sus propias responsabilidades y obteniendo como resultado del enfrentamiento de los ciudadanos entre sí, para no ser ellos los señalados. Al mismo tiempo que limitan las reuniones familiares o vemos a niños haciendo deporte con mascarillas en los colegios, se autorizan eventos con gran asistencia de público sin respetar las medidas de seguridad que se pretenden imponer. Hemos visto durante el verano espectáculos con miles de personas donde las medidas de seguridad brillaban por su ausencia. O asistimos a medidas paradójicas: se puede poner en cuarentena un aula escolar con un positivo pero no se suspende el entrenamiento de un equipo de futbol cuando surge un caso. Importa más la liga profesional de futbol que la educación pública.

1. **Debates necesarios**

* **¿La salud o qué clase de salud?**

En la primera ola de la pandemia el pico de mortalidad se produjo entre las personas con menos movilidad y más confinadas, las que viven en residencias de ancianos. Las tasas de mortalidad en residencias de ancianos han sido unas 100 veces superiores a las de las personas de su misma edad que viven fuera de las residencias, que son precisamente las que más se mueven y más interactúan con otras personas (centros de día, hogares de pensionistas, convivencia con familiares, viajes INSERSO, etc). Las tasas de mortalidad en mayores de 70 años, especialmente los que tienen buen estado general de salud, si excluimos a los que viven en residencias, son muy bajas, por lo que el mito de que el virus mata mucho a personas de edad avanzada también es falso.  El mayor riesgo con mucha diferencia, se produce al vivir en una residencia de ancianos y estas tasas de mortalidad del orden de 100 superior a las de sus coetáneos son inexplicables desde el punto vista epidemiológico, afectando además a unas residencias y no a otras.

¿Qué modelo de salud cobija a los ancianos que metemos en las residencias?. Aproximadamente el 60 % de las muertes durante el brote agudo de la pandemia de produjo en ancianos institucionalizados. Han encontrado la muerte donde les hemos dejado; donde las condiciones de hacinamiento, su precaria salud, la falta de cuidados, de medidas de protección y de aislamiento, y demás condiciones lamentables profusamente denunciadas.

Los residentes comparten habitaciones o abarrotan los espacios comunes como salas de estar o comedores donde 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 realizó 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 muestras las cifras de las comunidades autónomas de Madrid y Cataluña[[28]](#endnote-28).

Si vencemos la hipocresía (¿acaso no sabíamos cómo estaban las residencias de ancianos?), quizá ha llegado el momento de plantearnos los modelos de vivir y de enfermar que queremos para nosotros y nuestros allegados, y abrir un debate social sobre que entendemos por vida plena; por vida disfrutada o por vida penada; qué riesgo de enfermar estamos dispuestos a tolerar; las últimas voluntades y la eutanasia, etc… y, por supuesto, replantearse el modelo de atención a la dependencia y las condiciones que deben reunir las residencias de ancianos y otras instituciones sociales (minusválidos, etc…).

Nos han convencido de que muchas medidas se toman, aparte de para no colapsar el sistema sanitario, para proteger la salud de los ancianos y los más débiles. Para ello, se les aísla en las propias residencias sin apenas contacto con el exterior, se limitan las visitas al máximo, que muchas veces ni siquiera se permiten, se prohíbe cualquier muestra de cariño (besos, abrazos, etc) por parte de sus seres queridos en las pocas ocasiones que pueden verlos, todo ello con el fin de proteger su salud. Se habla de medicalizar residencias de ancianos, cuando lo que habría que hacer es humanizarlas.

En algún momento debemos preguntarnos si ha llegado el momento de volver a la normalidad, si relajar las normas de control social, si abrir las ventanillas de la administración y recuperar la presencialidad en centros de salud y en otros lugares de atención al público. Han empezado los centros escolares, con normas de acceso, higiene, etc…, y deberán mantenerse las nuevas costumbres adquiridas de distanciamiento, desinfección, mascarillas, etc… en lugares como transporte, comercio, etc…, pero debemos aceptar un riesgo; un equilibrio entre el riesgo de enfermar por coronavirus frente al riesgo de enfermar por las consecuencias de la pobreza y la falta de atención por otras enfermedades. Y frente al riesgo de alcanzar unos niveles de empobrecimiento tal que no podamos financiar una asistencia sanitaria pública capaz de atender estas enfermedades.

En la práctica, hace años que convivimos con el sida (1.500.000 muertos/ año), la tuberculosis (entre 1.500.000 y 2.000.000 muertos/año), la malaria (627.000 muertos/año) o la propia gripe, que afecta entre 3 y 5 millones de personas al año y produce 500.000 fallecimiento (en España 6.300 fallecidos en la temporada 2018-2019).

* **Posiciones desde el compromiso social y salubrista**

En algún momento de esta pandemia la reflexión intelectual y el debate social deberían ir ganando terreno a la urgencia política y su afán de autojustificación y al catastrofismo mediático. En algún momento habrá que medir cuál es la repercusión real de la enfermedad, habrá que reflexionar sobre las diferencias con las epidemias de gripe, y con otras enfermedades graves y frecuentes.

Y pensar hasta cuando debemos ceder parcelas de libertad y a cambio de qué?; Y hasta donde compensa la repercusión en enfermedad y pérdida de años de vida el deterioro de la economía, y a cambio de qué?. ¿Hay una parte de la pandemia que puede ser un negocio con perdedores y ganadores?; ¿Cuál es el efecto de la vida virtual: telemedicina, tele-educación, teletrabajo, etc.?; ¿Hasta dónde puede resistir la falta de espíritu crítico de los profesionales directamente implicados en el control y el tratamiento de la pandemia?; ¿Cuándo consideraremos la covid-19 una enfermedad más?.

La sociedad necesita debatir sobre cuál es su grado de compromiso por la sostenibilidad medioambiental; su compromiso por la convivencia con la biodiversidad, virus incluidos; su compromiso con la libertad; y su compromiso con la ciencia y con la transparencia informativa y con la objetividad de las pruebas, etc.

1. **Políticas Públicas de Salud futuras**

* **Regular la Salud Pública y la Vigilancia Epidemiológica; reformas legales (Constitución, Ley General de Sanidad,..); Federalizar el SNS**

La irrupción de la pandemia por el coronavirus Sars-cov-2 ha desatado en el Sistema Sanitario una actividad inusitada y en ocasiones novedosa, pero también ha puesto en evidencia algunas de las deficiencias organizativas denunciadas desde hace tiempo. Esta situación abre un espacio propicio para elaborar propuestas de mejora, algunas derivadas de las consecuencias de la propia pandemia, y otras, más generales y de largo recorrido que se pueden sintetizar en una propuesta de Organización Federal del Sistema Sanitario Español[[29]](#endnote-29).

Las propuestas nacen de la convicción de que, dejado a su inercia, el Sistema Sanitario en su organización y articulación legal actuales, será cada vez más ineficiente, más despilfarrador y, por lo tanto más injusto y que, por otro lado, los ciudadanos se sentirán cada vez más inseguros en un sistema que no les protege de la inequidad en las prestaciones, ni les ofrece garantía jurídica y administrativa en el derecho a la asistencia sanitaria en todo el territorio nacional. Es necesario conjugar una financiación adecuada, así como la suficiente dotación de personal y de medios, con un uso eficiente de los mismos. Es necesario conjugar el equilibrio de competencias entre las distintas Administraciones con el acceso universal a la asistencia sanitaria con criterios de equidad.

En cuanto a las propuestas de Organización Federal de la sanidad serían, en síntesis: 1/ La Salud Pública y la Vigilancia Epidemiológica deben regularse, organizarse y modernizarse complementariamente entre las CCAA y el Estado; 2/ La financiación sanitaria necesita una regulación específica y mecanismos comunes de facturación automática y de planificación y distribución de las inversiones entre CCAA; 3/ Una nueva Ley General de Sanidad debe reconocer las competencias de las CCAA en Salud Pública y en asistencia sanitaria, con la intervención compensadora de la AGE; 4/ El Servicio Nacional de Salud tendrá personalidad jurídica propia, y los centros asistenciales propios una definición clara de su entidad jurídica, organización, gestión y funciones; 5/ Se debe reforzar el Ministerio de Sanidad, incorporar las mutualidades de funcionarios y universalizar y homogeneizar el uso de la tarjeta sanitaria en todo el territorio nacional; 6/ El SNS dispondrá de un sistema uniforme de información económica, de un organismo único de evaluación de tecnologías sanitarias y de una central de compras; 7/ El Estatuto del Personal Sanitario debe evitar la temporalidad, agilizar la contratación, favorecer la formación y propiciar la promoción de la excelencia profesional, y 8/ Se debe promover la profesionalización de las funciones de administración, gestión, dirección y evaluación de los servicios sanitarios públicos.

* **Propuestas de mejora que hace la FADSP**

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 de una atención sanitaria de calidad, y también del importante compromiso de los trabajadores de la misma en los momentos críticos. 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[[30]](#endnote-30):

* 1. 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. *.*

2. Mejorar la coordinación interautonómica.

* 3. Potenciar la Salud Pública. 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.
* 4. Impulsar la Atención Primaria.
* 5. 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. 6. Aumentar los trabajadores del sistema público de salud
* 7. Crear un fondo de reserva de material sanitario.
* 8. 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).

9. Favorecer la investigación sanitaria pública.

10.  Fomentar una red pública de residencias de mayores.

**- La situación en Atención Primaria**

En los dos primeros meses de la pandemia, los profesionales de realizaron un gran esfuerzo para detectar y seguir tanto los casos comunitarios como los aparecidos en centros residenciales, cumpliendo con la vigilancia epidemiológica, colaborando en el estudio de seroprevalencia impulsado por el Ministerio de Sanidad y procurando el mínimo impacto sobre los pacientes crónicos. Su trabajo favoreció el abordaje precoz de posibles complicaciones de esta enfermedad, evitando el colapso hospitalario. Se derivaron a urgencias hospitalarias menos del 9% de casos[[31]](#endnote-31).

Ya entonces se pusieron de manifiesto algunas ventajas del cambio organizativo, como poder resolver muchas consultas de forma no presencial, pero también se observaron problemas, como la pérdida de seguimiento de pacientes crónicos graves o la banalización de la demanda, porque tenemos que seguir viendo pacientes con cánceres de nuevo diagnóstico, cardiopatías isquémicas que se pasaron en el domicilio, deterioro de capacidades en pacientes confinados, etc…

Es necesario mejorar la accesibilidad acabando con las listas de espera, mejorando las áreas administrativas de apoyo a la atención y limitando la consulta telefónica o telemática a actividades complementarias que no limiten o interfieran con la necesaria relación personal y presencial entre trabajadores de AP y población y discriminen aún más a las personas mayores o con dificultades culturales y formativas para el manejo de las nuevas tecnologías[[32]](#endnote-32).

La burocracia que se resolvía por un lado se incrementaba con creces por otros. La obligación de dar bajas laborales a trabajadores de empresas que no podían guardar la distancia social en el puesto de trabajo, convirtió en un acto clínico lo que era un déficit laboral, sobrecargando a los médicos de atención primaria y generando cierta confrontación socioprofesional. Esta situación corre el riesgo de prolongarse e incrementarse si, como se anuncia, los padres de niños afectados por covid-19 podrán acogerse a baja laboral.

La semFYC propone elaborar un mecanismo socio laboral alternativo y no uno medicalizado para resolver esta necesidad social y laboral de conciliación a la que harán frente muchas familias; porque es responsabilidad de todos entender el valor que tiene un acto médico en la actual crisis sanitaria de primera magnitud; porque no podemos sobrecargar más la Atención Primaria con procedimientos burocráticos dado que este nivel asistencial es un espacio de acciones médicas, no burocráticas; y que es un contrasentido que los profesionales médicos tengan que estar resolviendo procedimientos administrativos en lugar de estar centrados y concentrados en curar y atender a las personas enfermas, que cada día están llegando en mayor volumen a nuestros Centros de Salud.  Desde la semFYC ponen en cuestión la visión deficiente y burocratizada, no sanitaria que se tiene de la Atención Primaria en España [[33]](#endnote-33).

En estos últimos meses las condiciones laborales de los centros de salud se han visto desbordadas por la demanda (como se refleja en la figura adjunta). El trabajo habitual se ha visto incrementado por las vacaciones del personal, que no se ha sustituido, y la tensión laboral y la incertidumbre han sido enormes dado el desconocimiento que se tiene de pacientes de otros cupos, aunque se han seguido atendiendo pacientes de manera presencial. Gran parte de la demanda burocrática podría salir de su ámbito (labores de rastreo de contactos, de solicitud de pruebas PCR, etc…; burocracia acumulada por el seguimiento de contactos, bajas laborales, etc…) para ir recuperando una actividad clínica más normalizada.



Cuando se analiza la evolución de la pandemia en las Comunidades Autónomas se ponen de manifiesto las diferencias epidemiológicas y la disparidad de criterios políticos y de gestión asistencial. Sin embargo, en todas ellas se denuncian las mismas deficiencias y se apuntan similares respuestas.

Por ejemplo, se denuncia la debilidad de los servicios de salud pública y de los sistemas de rastreo; en todas las CCAA se piensa que la atención primaria debería de haber sido reforzada. De hecho, en algunos centros de salud se han notificado esperas de hasta dos semanas para ser atendidos. También es notoria la insuficiencia de material de protección, lo que explicaría la elevada tasa de profesionales de la salud afectados.

En relación a las medidas de prevención, se piensa que se ha tenido demasiado cuidado con no afectar al sector hostelero y de ocio, ante la llegada del verano y del incremento del turismo, favoreciendo una recuperación de horarios y de espacios más amplios que los que la prudencia aconsejaba. Igualmente, en sectores relativamente minoritarios la auto-prevención deja muchas que desear.

Tampoco se han propuesto estrategias concretas para mejorar las condiciones de alojamiento y sanitarias de las residencias de ancianos, donde gran parte de los fallecidos requerían actuaciones especiales, por ejemplo en los frecuentes casos de demencia.

Desde el punto de vista político, ha sido penosa la imagen de 17 sistemas autonómicos malamente coordinados. Se insiste en la necesidad de una Agencia Estatal con competencias de Salud Pública y en servicios de salud pública (cualificados) con presencia en las áreas sanitarias. También se denuncian los intentos de privatización de algunos servicios (pruebas PCR, por ejemplo) y se propone, por el contrario, optimizar los recursos públicos.

Finalmente, desde el punto de vista social, no hay un debate público que se pregunte de dónde viene el coronavirus, cuáles son sus causas y en qué contexto se favorece su diseminación y su gravedad. De alguna manera vamos como borregos hacia la siguiente ola de la pandemia, o hasta la siguiente pandemia.

Empezábamos este texto hablando de la OMS. Una organización controvertida por diversos motivos: fuerte presencia de financiación privada; recomendaciones contradictorias que se adoptan como dogmas por algunos Estados; falta de transparencia e intereses en conflicto por los expertos que elaboran sus informes; declaraciones alarmistas sin base científica, etc… La propia definición de salud de la OMS ( … estado de completo bienestar…) ha sido considerada ilusoria. Paradójicamente, con más fuerza que la pandemia, las medidas para combatirla están destrozando la salud física, mental y social de la población, especialmente la de las personas mayores.  Hoy en día, ni siquiera la ausencia de afecciones se puede considerar estado de salud, ya que se puede diagnosticar a personas sanas (asintomáticas) como enfermos en base a una prueba diagnóstica.

Pese a todo, los Gobiernos, las instituciones sanitarias, las fuerzas sociales y políticas, los medios de comunicación deben aunar esfuerzos para minimizar los efectos perjudiciales de la pandemia: evitar fallecidos, hospitalizados, ingresos en UCI, evitar que crezca la desigualdad, mantener la estructura social, etc… , y se juegan la credibilidad en cada una de sus acciones, por eso es esencial el rigor en las medidas, la honradez informativa y la perseverancia en la pedagogía, porque de no ser así la falta de confianza de la sociedad se puede generalizar añadiendo una catástrofe más. No podemos permitir que en el imaginario colectivo vaya calando la opinión de que ¡es igual hagamos lo que hagamos!.

**Bibliografía**

1. Spinney L. El jinete pálido. 1918: la epidemia que cambió el mundo. Barcelona: Crítica, 2018 [↑](#endnote-ref-1)
2. Xiao, K. et al. Isolationof SARS-CoV-2-related coronavirus fromMalayanpangolins. *Nature.* 2020.<https://doi.org/10.1038/s41586-020-2313-x> [↑](#endnote-ref-2)
3. <https://www.the-scientist.com/news-opinion/droplets-from-speech-can-float-in-air-for-eight-minutes-study-67538> [↑](#endnote-ref-3)
4. <https://naukas.com/2020/05/15/la-responsabilidad-es-nuestra-correlacion-entre-mortalidad-del-covid-19-y-movilidad/> [↑](#endnote-ref-4)
5. <https://academic.oup.com/jpubhealth/advance-article/doi/10.1093/pubmed/fdaa136/5881845> [↑](#endnote-ref-5)
6. <http://www.malaprensa.com/2020/05/correlacion-entre-infectados-y.html> [↑](#endnote-ref-6)
7. Informe nº 42. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo

   *Informe COVID-19 . 03 de septiembre de 2020*.pdf [↑](#endnote-ref-7)
8. Ioannidis JPA. Theinfectionfatalityrateof COVID-19 inferredfromseroprevalence data. <https://doi.org/10.1101/2020.05.13.20101253> [↑](#endnote-ref-8)
9. <https://nadaesgratis.es/admin/covid-19-y-desigualdad-segun-angus-deaton> [↑](#endnote-ref-9)
10. Islam N, Sharp SJ, Chowell G. Physicaldistancinginterventions and incidenceof coronavirus disease 2019: natural experiment in 149 countries. BMJ 2020 Jul 15; 370: m2743. <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2743?utm_source=etoc&utm_medium=email&utm_campaign=tbmj&utm_content=weekly&utm_term=20200807> [↑](#endnote-ref-10)
11. <https://www.news.com.au/lifestyle/health/health-problems/no-influenza-deaths-recorded-in-australia-so-far-this-winter/news-story/cf0e0241ec4aa63974c56a8c0cfb7fb6> [↑](#endnote-ref-11)
12. <https://ctxt.es/es/20200401/Firmas/31906/Martin-Alonso-Mercedes-Boix--Arancha-Garcia-Fernando-Molina-coronavirus-pandemia-realidad-hipertema-impsasse.htm> [↑](#endnote-ref-12)
13. <https://elpais.com/sociedad/2020-08-25/nos-faltan-datos-para-saber-por-que-tenemos-los-peores-brotes-de-la-ue.html> [↑](#endnote-ref-13)
14. <http://saludineroap.blogspot.com/2020/08/atencion-primaria-del-estres-al-caos-en.html#more> [↑](#endnote-ref-14)
15. Mandeep R Mehra et al. Hydroxychloroquineorchloroquinewithorwithout a macrolidefortreatmentof COVID-19: a multinationalregistryanalysis.The Lancet, 2020.<https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31180-6> [↑](#endnote-ref-15)
16. Casas-Rojo JM et al. Clinicalcharacteristicsofpatientshospitalizedwith COVID-19 in Spain: resultsfromthe SEMICOVID-19 Network. <https://doi.org/10.1101/2020.05.24.20111971> [↑](#endnote-ref-16)
17. McCreary et al. EfficacyofRemdesivir in COVID-19. JAMA. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2769870?utm\_campaign=articlePDF&utm\_medium=articlePDFlink&utm\_source=articlePDF&utm\_content=jama.2020.16349 [↑](#endnote-ref-17)
18. <https://www.roche.com/media/releases/med-cor-2020-07-29.htm> [↑](#endnote-ref-18)
19. Hydroxychloroquine in NonhospitalizedAdultsWithEarly COVID-19A Randomized Trial. Ann InternMed. <http://doi:10.7326/M20-420> [↑](#endnote-ref-19)
20. A Randomized Trial ofHydroxychloroquine as PostexposureProphylaxisfor Covid-19N Engl J Med2020;383:517-25. <https://doi.10.1056/NEJMoa2016638> [↑](#endnote-ref-20)
21. xxihttps://www.certest.es/es/products/sars-cov-2-s-gene-bd-max-system/ [↑](#endnote-ref-21)
22. xxiihttps://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes COVID-19/Informe n%C2%BA 40.Situaci%C3%B3n de COVID-19 en Espa%C3%B1a a 20 de agosto de 2020.pdf [↑](#endnote-ref-22)
23. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-overview.html.UpdatedAug. 24, 2020 [↑](#endnote-ref-23)
24. Wu F, Liu M, Wang A, et al. EvaluatingtheAssociationofClinicalCharacteristicsWithNeutralizingAntibodyLevels in Patients Who HaveRecoveredFromMild COVID-19 in Shanghai, China. JAMA InternMed. Published online August 18, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.4616

    <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2769741?guestAccessKey=578b1485-6062-440e-b62a-b46d01f257c4&utm_source=silverchair&utm_medium=email&utm_campaign=article_alert-jamainternalmedicine&utm_content=olf&utm_term=081820> [↑](#endnote-ref-24)
25. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2026116> [↑](#endnote-ref-25)
26. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332657/WHO-2019-nCov-IPC\_Masks-2020.4-spa.pdf [↑](#endnote-ref-26)
27. Javier Segura del Pozo. Contra la simpleza pandémica. <https://www.cuartopoder.es/ideas/2020/08/22/contra-la-simpleza-pandemica/> [↑](#endnote-ref-27)
28. Manuel Martín. La pandemia en las residencias de mayores. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7524926> [↑](#endnote-ref-28)
29. <http://saludineroap.blogspot.com/2020/07/propuestas-para-la-regeneracion-del.html> [↑](#endnote-ref-29)
30. <https://www.fadsp.org/documents/Salud2000/158/158POLITICASANITARIA.pdf> [↑](#endnote-ref-30)
31. De Nicolás J. et al. Covid-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria. Aten Primaria. 2020. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.002 [↑](#endnote-ref-31)
32. <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/2298-la-atencion-primaria-en-la-encrucijada-tras-la-epidemia-del-covid-19> [↑](#endnote-ref-32)
33. <https://www.semfyc.es/comunicado-de-la-sociedad-espanola-de-medicina-familiar-y-comunitaria-contra-la-burocratizacion-de-los-centros-de-salud-en-plena-pandemia-de-covid19/> [↑](#endnote-ref-33)