

PERSPECTIVAS

ALGUNAS LECCIONES DE LA PANDEMIA COVID-19.

Dr. Felipe Ojeda

Barcelona, febrero 2021

Ahora que aún estamos en la tercera ola de la pandemia por el virus de procedencia china COVID-19 y sus variantes, podemos reflexionar brevemente sobre algunas de las lecciones que podemos extraer de esta experiencia.

Empezaremos por aspectos relacionados con la economía de la salud. Uno de los principales problemas que se presentó en la primera fase fue la ausencia de dinero en caja de la mayoría de centros e incluso de un país que está acostumbrado a librar facturas a 30-60 o más días o a pensar que todo el mundo debe aceptar una garantía estatal de pago. Todos los problemas se incrementaron por la lentitud en acometer las compras y esa ausencia de liquidez.

Así pues, una primera lección sería que tanto los gobiernos como sus agencias dispusieran de liquidez real. Los países que disponían de reservas no tuvieron problemas para comprar en el mercado el material necesario.

La ausencia, cada vez más importante de empresas dedicadas a la fabricación de productos sanitarios y farmacéuticos fue otro de los grandes problemas a los que se enfrentaron las autoridades a todos los niveles de la administración.

Un elemento fundamental, fue la larga y en ocasiones sinuosa distancia entre el lugar donde se produce y el lugar donde se necesita y cuando esta distancia es internacional, está sujeto a la buena voluntad de los países intermediarios que no bloqueen o confisquen la mercancía para sus propias necesidades, vivimos esta situación en varios momentos de la primera fase.

El comercio internacional encareció los precios de transporte de manera importante, lo más urgente debía ser expedido por avión (el medio más caro) e incluso el transporte marítimo se resistió de manera importante, además de sufrir un encarecimiento progresivo, cuadruplicando el precio anterior en estos días.

Dos filosofías de negocio muy frecuente en nuestros centros, sufrieron un descalabro mortal, la primera el *just in time*. Esta ante las dificultades de liquidez y transporte ha quedado obsoleta. Los que no tenían una logística de almacenaje potente, sufrieron el desabastecimiento más atroz en los últimos decenios. Nadie en su sano juicio volverá a usar este sistema de gestión. El otro, fueron las centrales de compras, un sistema de asociación que significó para los más pequeños quedar a merced de los sobrantes de los grandes y prestigiosos centros, si sale más barato, pero sólo te sirven cuando los grandes están satisfechos.

Desde el primer momento quedo claro que o se disponía de sistemas de compra muy específicos o debías utilizar plásticos y mascarillas de trapo.

Así mismo, todo lo anterior ha creado unos déficits económicos en el ámbito de la economía de la salud que pagaremos durante años.

Pasemos al ámbito legal, el gobierno español opto por el estado de alarma que permitía el máximo control sobre la población para seguir el sistema chino de afrontar la epidemia, el confinamiento de la población, pero no se dotó de normativa adecuada por los mecanismos legislativos de urgencia para que ese control pudiera ser del todo efectivo. Se contó más con la voluntad y el miedo de los ciudadanos que con el aparato legal que permitiera actuar como los chinos.

Durante esta pandemia mucha gente olvido que el sistema chino es un sistema comunista con un altísimo control sobre la población y con un sistema penal que aplica sin miramientos la pena de muerte y las ejecuciones sumarias. La epidemia afectó a una sola provincia de China, que fue la que se confinó, con 54 millones de habitantes, el resto de China aportaba medios, recursos y profesionales para contener la epidemia en ese lugar. Mientras las autoridades chinas informaron tarde y mal a la OMS y acusaban de racismo al resto del mundo si cerraba las fronteras terrestres y aéreas. Los países vecinos conocedores de la realidad china, cerraron a cal y canto sus fronteras con China y aunque sufrieron algunos focos epidémicos consiguieron un excelente control de la epidemia.

Europa y América vivían en el sueño de "esto no llegará", como en la anterior crisis por coronavirus y la frase estamos en un mundo global y no podemos cerrar fronteras. Esta conducta colaboró a que el virus procedente de China se expandiera sin control por todos los países de manera global. Cuando así era, y China controló su epidemia en Wuhan, cerro sus fronteras al resto del mundo y como siempre empezó a buscar culpables en otro lado, para no tener que hacerse cargo de las indemnizaciones millonarias que su dejadez y mentira estaban ocasionando.

Cuando todavía no llevaban ni 20 muertos oficiales estaba terminado el primer hospital COVID en Wuhan y habían iniciado la construcción de un segundo. Al final de la epidemia en Wuhan, el número de muertos oficiales por el COVID-19 eran menos que en la última epidemia de gripe.

La primera ola sacudió el resto del mundo, pero sobretodo puso de manifiesto la fragilidad de los sistemas públicos de salud en Europa, los países con esos sistemas sufrieron el mayor número de víctimas, saturaron sus servicios y estuvieron a un paso de claudicar definitivamente. El confinamiento palió de alguna forma la caída en el precipicio.

Durante esta primera ola el hecho más relevante fue la ausencia de pruebas de detección en el ámbito poblacional, como en el ámbito asistencial, así como los palos de ciego en cuanto a tratamientos en los cuadros graves ingresados en unas UCIS absolutamente desbordadas por ingresos,

inicialmente de gente muy mayor y posteriormente de gente joven con cuadros clínicos muy graves.

Los hospitales respondieron con medidas apresuradas y se dedicaron todas las camas disponibles para estos pacientes, pero con el hándicap de poner un solo paciente por habitación.

Fue muy evidente e incluso ahora sigue siéndolo que la mayoría de centros no sabían que era una epidemia, ni que estas se tratan en hospitales como los chinos, grandes salas con muchos pacientes y los médicos no llevan camas sino sectores y sólo durante su turno. En China los turnos duraban 4 horas, en España se impusieron agotadores y depresivos turnos de 12 horas, por la endémica falta de personal.

Así mismo las UCIs deben ser salas bien abiertas y ventilables con los pacientes a la vista de los equipos y no en pequeñas habitaciones cerradas y mal ventiladas. Este sistema permite manejar muchos pacientes con un solo EPI, con lo que también permite el ahorro de material, pero da comodidad a los equipos de enfermería para el manejo y control de los enfermos más graves. También es necesario acostumbrarse al drenaje rápido de pacientes, que en cuanto no necesiten ventilación asistida con intubación deben pasar a salas intermedias de cuidados respiratorios de las mismas características.

Otro de los errores en los primeros días fue el ingreso apresurado y masivo de pacientes con cuadros menos graves a plantas de hospitalización, "porque luego empeoran rápidamente", con lo cual se bloqueaban muchas habitaciones con pacientes que no empeoraron por la epidemia, sino por su estado basal.

No podemos olvidar que algunos de los países que sufrieron más víctimas en la primera ola serían aquellos con poblaciones muy envejecidas o institucionalizadas. Esta población está mantenida "con hilos" son pacientes muy frágiles con pluripatologías que no manifiestan su gravedad hasta que el paciente manifiesta algún episodio crítico con fue la epidemia. La percepción de la población general es que un "abuelito" está perfectamente sano si se mueve, y puede realizar algunas tareas, olvidando con frecuencia que en muchas ocasiones presenta patologías como HTA, Diabetes, problemas vasculares, etc. que pueden desencadenar un mal resultado ante cualquier cuadro clínico.

La epidemia COVID planteó la crudeza de esa realidad cebándose en residencias y con la población más susceptible, mayores de 70 años y varones.

Así pues, otra disfunción es la ausencia de instalaciones preparadas para el tratamiento de epidemias. En Madrid se ha construido el polémico Hospital Enfermera Isabel Zendal, y en Catalunya se ha optado por módulos de ampliación de hospitalización y UCI; en ambos casos el problema sigue siendo la falta de personal adecuado. En el caso de China, el personal vino de los cuerpos de sanidad militar (en nuestro país residual) y de

“voluntarios” de otras provincias. Recordemos que aquí afecta a naciones enteras mientras que en China quedó circunscrita a una provincia y algunas zonas aledañas.

No debemos olvidar otro problema añadido, el sistema de pago por paciente COVID, hace que sea más apetecible tener lleno el hospital de pacientes COVID y esto puede jugar un papel en situaciones tan curiosas como el *plateau* en las curvas de la tercera ola, cuando las medidas poblacionales tomadas y los tiempos de referencia para nuevas infecciones graves deberían mostrar ya un descenso claro en las hospitalizaciones, no aún en las UCIS.

Otro problema observado durante la primera ola es el alto coste sanitario ocasionado a la población con otras patologías graves que han sido brutalmente desatendidos. En la segunda ola ya se empezó a corregir este aspecto, pero sin duda ha sido uno de los peores ejemplos de mala gestión sometida a prisas y a decisiones demasiado rápidas y no meditadas. Este factor está claramente relacionado con la ausencia de centros específicos para el tratamiento de epidemias y las medidas de utilizar habitaciones dobles como individuales para pacientes COVID-19 positivos, o mantener en individuales a sospechosos en vez de retenerlos en urgencias hasta dilucidar si eran o no víctimas de la epidemia, como hacían en otras comunidades.

Falta de seguimiento en los casos positivos....

Podíamos dedicar libros enteros a recoger las incoherencias de las medidas impuestas por las autoridades sanitarias. Sólo especificaremos algunas.

Mientras no había acceso a mascarillas, estas no fueron obligatorias ni recomendadas, bastaba con la distancia de seguridad. Una medida que debería haberse explicado a la población.

Se prohíbe el ocio nocturno (dotado de medidas de seguridad y seguimiento), pero no se puede evitar (no hay policía suficiente) los botellones y las fiestas ilegales.

Se dejan abiertos los bares pequeños, donde se hacían algunas personas mientras consumen alcohol y tabaco, pero se cierran los restaurantes más grandes y mejor ventilados.

Se prohíbe abrir comercios de más de 400 m, con distancia de seguridad y otras medidas como control de aforo, fácilmente regulable; pero se permite los pequeños, donde es más difícil ventilar y es más fácil que se acumule gente.

Todo esto cuando se permite a las compañías de transporte público seguir haciendo personas en sus vehículos, sin ventilación adecuada, sin distancia de seguridad y con una mascarilla de cualquier tipo, sin vigilancia adecuada, para garantizar que la gente que usa el transporte use correctamente la misma. Al tiempo que no se aumenta la frecuencia de paso, sino más bien al contrario con lo que aumenta el hacinamiento

Se permite que un fumador en la calle, se quite la mascarilla y lance aerosoles a 2-3 metros de distancia sin ningún reproche social o legal o que un deportista urbano vaya resoplado y lanzando aerosoles por la calle al resto de sus vecinas sin ningún problema. O que en lugares como los gimnasios se pueda seguir practicando, con bajos niveles de ventilación de los locales.

Se cierra a cal y canto las librerías, un lugar peligrosísimo e innecesario según la autoridad sanitaria, pero se mantienen abiertos los estancos para la compra de tabaco, ¡un lugar imprescindible!

Es difícil entender medidas tan contradictorias, emitidas por las autoridades sanitarias, sin ninguna consideración respecto al porqué de estas contradicciones.

Así pues, hemos intentado resumir algunos aspectos de la epidemia que nos han servido para aprender y en ocasiones para seguir repitiendo los mismos errores.

No debemos olvidar que el sistema chino de confinamiento no es realizable en otros países y que en estos para lo único que sirve es para cambiar la gráfica de la epidemia, en vez de ser una única curva, aparecen tres o cuatro olas, lamentablemente el recuento final en número de infectados y muertos será posiblemente el mismo, eso sí tensionando menos el sistema sanitario y permitiendo a los sistemas moribundos resistir en varios embates lo que no podrían resistir en uno sólo.

Hablemos un poco de la vacunación, es la gran esperanza, en especial por la tecnología que hay detrás de las de Moderna y Pfizer. La compra apresurada, mediante contratos mal diseñados y con pagos que no corresponden al valor real de las vacunas ha llevado a las autoridades europeas al borde del colapso y han vuelto a demostrar la ineptitud de los funcionarios europeos (como era queja habitual de los británicos), que al final parecían comunistas rabiosos hablando de confiscar, producción, fábricas y mercaderías en exportación. Una vergüenza internacional más de la UE. Una vez apaciguadas las aguas, esperamos que las vacunas fluyan, ya lo hacen, a una velocidad adecuada. Ahora el problema es la gestión interna de las vacunas. Cuando se ven los planes de vacunación en nuestro país, las limitaciones técnicas y logísticas, etc parece que estaremos vacunados para cuando llegue la epidemia COVID 24 (por supuesto los chinos seguirán comiendo animales salvajes o contaminados por murciélagos). Sólo una vacunación intensiva como la desarrollada por Israel, EAU, Dubái o UK puede garantizar que no sólo se salven vidas sino la maltrecha economía del país. Es más caro para nuestro país seguir como se está que pagar más por la vacuna, como han hecho algunos de estos países.

Por cierto: hay 3 vacunas diseñadas por equipos españoles, una ha probado su valía en animales de experimentación, faltan los estudios clínicos que se alargaran al menos un año, si consiguen reclutar voluntarios que no estén vacunados para entonces. la pregunta clave, es una vez terminados los

estudios y ensayos clínicos ¿qué laboratorios han mostrado interés por fabricarlas y sacarlas a la venta? porqué si nadie quiere fabricarlas y venderlas una vez pasada la pandemia, ¿para qué sirven? es un ejercicio académico? Todos sabemos que en el CSIC se han hecho muchos prototipos de vacunas, pero ¿Cuántos se han comercializado? Parece que España, Francia y otros países han perdido la carrera. Pasteur cerró su investigación, los investigadores de CSIC ¿persisten?

La tecnología usada por Pfizer y Moderna permite el desarrollo rápido de vacunas para situaciones de crisis y disponen de fábricas y sistemas de comercialización rápidas y eficaces, ese es el camino en el futuro.

Hemos intentado resumir algunos aspectos a considerar para el futuro, porqué sin duda abran más epidemias, algunas serán por la comida exótica de los chinos, pero otras podrán ser por otros motivos relacionados con el movimiento de especies relacionadas con los cambios climáticos y la globalización del transporte y la emigración. Cómo ya dijo Gates, el reto de las pandemias está ahí y sólo mediante especialización y medios adecuados puede ser controlable. No podemos olvidar que ahí fuera hay virus mucho más virulentos y con tasa de mortalidad mucho más elevada que el de la COVID-19, esperamos que los gobiernos sean más ágiles en un futuro para cerrar las fronteras y dotar de cuarentenas a los viajeros para evitar una sangría como la que hemos sufrido en estos tiempos.