



LA PROFESIÓN MÉDICA ANTE LA REACTIVACIÓN DE LA PANDEMIA COVID-19 EN ESPAÑA

*Informe para posicionamiento de la Comisión Asesora COVID-19 OMC,
21/10/2020*

INFORME #10 CA-COVID-19-OMC sobre LA PROFESIÓN MÉDICA ANTE LA REACTIVACION DE LA PANDEMIA COVID-19 EN ESPAÑA

RESUMEN EJECUTIVO

La **segunda ola de la pandemia constata la falta de control de la misma en España**; una evidencia que impacta en la sociedad, en la economía, y en la sanidad creando desilusión, daño, desmoralización y crispación. El capital de prestigio y legitimidad de los médicos y otros profesionales sanitarios debe ponerse al servicio de la superación de esta profunda y compleja crisis que enfrentamos; se precisa una estrategia común, y a su consecución todos deben prestar su contribución. Para ello, se han de **superar una serie de barreras**: lagunas de conocimiento, marcos institucionales imperfectos, un clima político crispado, y una conciencia social inestable e inconsecuente.

En los **servicios asistenciales** llueve sobre mojado: la Atención Primaria se satura y desborda allí donde hay transmisión comunitaria; también los hospitales pierden capacidad de atender pacientes no-COVID. La moral de los sanitarios decae. Es posible que el Sistema Nacional de Salud no salga indemne de la pandemia, salvo que se hagan muchas cosas, rápido y bien, para corregir el rumbo.

El **reforzamiento de la Salud Pública** ha sido desigual y algo desalentador; el desconfinamiento ha sumido en un letargo veraniego muchas iniciativas necesarias de reforzamiento activo. No hay buena información de rastreadores ni de su actividad, pero todo parece indicar que la capacidad de trazar cadenas de contagio es muy pequeña, aunque en esto hay diferencias entre CCAA. La mayor disponibilidad y tipos de pruebas diagnósticas es una buena noticia; pero no lo es su mal uso en cribados poblacionales promovidos por autoridades políticas por desinformación o por campañas de imagen; sólo cuando los test se indican en base a un previo juicio clínico o de salud pública se puede garantizar que sean instrumentos efectivos para combatir la COVID-19.

Para que los **pacientes no-COVID no sigan “des-priorizados”**, se necesita incluir en las estrategias y planes de contingencia medidas de reforzamiento para atender el retraso que se acumula en pacientes nuevos, en el control y revisión de enfermos crónicos o en su seguimiento. Y también medidas para abordar las **secuelas y problemas de salud mental** que COVID-19 está dejando y dejará en muchas personas.



La **conciencia social se desorienta y desfallece ante la nueva fase de pandemia**; los mensajes desde la salud pública llegan mal; la crispación política produce un clima adverso para generar confianza y adherencia; el mundo científico a veces no ayuda con la creación prematura de expectativas con investigaciones preliminares e inmaduras; y los medios de comunicación y las redes sociales amplifican en general la confusión e irritación existente y la tiñen de sensacionalismo y desmesura.

Esta situación invita y obliga a la profesión médica a dar un paso adelante en la información a pacientes y ciudadanos.

La profesión médica debe actuar en varios planos.

- Impulsando una **mejor organización** de la lucha contra la pandemia: dotar de claridad a los criterios de actuación de las autoridades, y promover mejoras en el marco jurídico que sustenta las decisiones de salud pública.
- Insistiendo en la **importancia de implementar medidas en las que hay consenso, pero no suficiente acción**: la vigilancia epidemiológica (“rastreos” incluidos) y el reforzamiento de la Atención Primaria son dos focos claros de problemas por omisión de actuaciones necesarias.
- **Dirigiendo mensajes a la población**, para emplear el capital de prestigio y legitimidad de la profesión en cambios de comportamiento que faciliten el control de la pandemia, reduzcan el daño sanitario y aminoren el coste social. Y también combatiendo los planteamientos negacionistas de la COVID-19 y/o de sus efectos, especialmente cuando los mismos proceden de personal sanitario.

Para generar mensajes a la población, éstos se han de concebir desde una **actitud tolerante y abierta**, buscando la **coalición con otras profesiones** sanitarias para potenciar el discurso.

En los **contenidos** habría que incorporar algunos elementos como los siguientes: cambiar el relato para contribuir a la **cohesión social** (que nadie se quede atrás); no dejar atrás a los **pacientes-no-COVID**; dar una perspectiva temporal más dilatada para que la población se prepare a una **carrera de fondo**; hacer abogacía para **apoyo económico** de negocios y familias afectadas por las medidas de confinamiento y cierre; explicar que **la forma más efectiva y eficiente de controlar pandemias es a través del “tratamiento social” más que del enfoque clínico**, para dar relevancia a la **contribución individual al protegerse y proteger a otros**; trasladar un mensaje realista pero positivo de las **posibilidades y limitaciones** de la ciencia y la técnica, denunciando el sensacionalismo y la generación de falsas expectativas.

Esta aproximación más directa desde el mundo colegial médico a los pacientes y ciudadanos debería **reclutar la acción sincronizada y armonizada de los 52 Colegios**, y proyectarse a medios de comunicación y redes sociales, con mensajes claros y reiterados que ayuden a ir cambiando la visión y la actitud de la población y de los pacientes ante COVID-19.

1. ¿Cómo definir la situación actual desde el punto de vista del control de la pandemia?

Los efectos de la segunda ola.

En España **COVID-19 no está en situación de control**. La segunda ola estival, iniciada en Julio, nos diferencia claramente y en negativo del resto de países europeos, cuyo crecimiento actual puede ser el anuncio de la esperada expansión otoño-invernal. Hay mucha incertidumbre sobre cómo va a evolucionar la pandemia, lo que contrasta con las expectativas que se había generado en la sociedad tras el desconfinamiento, tanto de la controlabilidad vía salud pública o clínica, como del temprano acceso a vacunas efectivas.

La diferencia tan acusada que ha existido en los pasados dos meses entre Europa y España es un hecho que nos interroga sobre las razones que subyacen, y los posibles fallos en las acciones desarrolladas. La evaluación y la investigación en Salud Pública y Servicios Sanitarios debería dar respuesta lo antes posible a estos interrogantes, para poder reorientar las políticas.

La población española está cansada tras muchos meses de sufrimiento por la pandemia. También está desconcertada: un alud de datos difíciles de interpretar, muchas noticias, frecuentemente sensacionalistas, y poca información apropiada e internalizada. Domina una **percepción catastrófica en lo colectivo, pero con ciertos grupos que se sienten a salvo** y que tienen actitudes imprudentes o triviales ante el grave problema de salud que enfrentamos.

Estos meses han permitido un mejor conocimiento y un mejor manejo clínico. De forma desigual, las medidas más específicas de control epidemiológico se han empezado a generalizar; en relación con la primera ola, hoy tenemos más holguras en hospitalización y en cuidados intensivos, aunque la atención primaria está desbordada y saturada. **Sabemos más sobre lo que habría que hacer; pero la aplicación es fragmentada, incompleta, y descoordinada. Y la moral, energía confianza y paciencia de los profesionales y trabajadores sanitarios está claramente deteriorada.**

Mirando atrás, debemos constatar que **las medidas siempre han ido por detrás de la epidemia** (y no por delante). Hay una parte explicable por **déficits de conocimiento** ante un virus emergente, que justificaría una cuota de “ensayo y error”, aunque buena parte del saber general acumulado sobre el manejo de pandemias (o de las epidemias por SARS o MERS) podría haber orientado mejor las acciones. El consenso científico y profesional no ha sido fácil por el **escaso peso de la perspectiva de salud pública**, y por la emergencia de opiniones extravagantes y negacionistas sin sustento científico o racional que han sido amplificadas por medios y redes.

El retraso en tomar medidas ha estado claramente influido por el miedo de las autoridades a que no fueran entendidas; en situaciones de alta rivalidad política, la vulnerabilidad del que toma decisiones es muy alta y provoca inhibición y retraso. El capital de autoridad y confianza que se precisa para tomar decisiones impopulares es muy alto, y debe acumularse previamente a las crisis y quedar consolidado en marcos normativos, estructuras institucionales, y mecanismos de gobernanza y asesoría experta, que se puedan activar cuando se desencadenan las crisis.

La necesidad de una estrategia común.

Está claro que se necesita (a nivel internacional, europeo y español) una **estrategia** que permita abordar el control de la pandemia con una perspectiva de más largo plazo, **que posiblemente incluirá todo el año 2021**.

La estrategia ha de superar una serie de barreras: lagunas de conocimiento, marcos institucionales imperfectos, un clima político crispado, y una conciencia social con elementos de inestabilidad e inconsecuencia.

- Una parte esencial de las dificultades para concebir esta estrategia efectiva contra la COVID-19 proviene de las importantes **lagunas de conocimiento** sobre una enfermedad emergente. Lagunas que no son solo virológicas o clínicas; toda pandemia resulta compleja por la interacción entre el amplio número y gama de factores que determinan la propagación, actores implicados, y el elenco de saberes y competencias que hay que movilizar para abordar respuestas apropiadas
- Otra dimensión que ha complicado el establecimiento de estrategias ha sido, sin duda, el **marco institucional**. El Sistema Nacional de Salud, en su construcción desde 2002 ha ido perdiendo capacidades de actuación colectiva, que han afectado particularmente a la salud pública. Las alarmas de pandemia anteriores llevaron a plantear cambios normativos (Ley General de Salud Pública 33/2011), que sin embargo prácticamente no se implementaron. En esta segunda oleada, las CCAA han sido afectadas de manera muy diferente, lo que alimenta la divergencia de visiones y posicionamientos.
- El **clima político no ha permitido compensar los déficits institucionales**. Al contrario: es posible que las turbulencias electorales y presupuestarias hayan creado dificultades adicionales para la necesaria cooperación. COVID-19 también ha complicado el reto, al plantear un **dilema entre salud y economía**; en la primera oleada quedó claro que la salud era una precondition para la economía: en la segunda este binomio se empieza a desarticular, por el creciente coste económico y por la dificultad de mantener la solidaridad y cohesión social cuando el daño al bienestar colectivo es muy amplio. Sólo una política virtuosa, con amplios consensos de país, y con una buena gobernanza institucional (capacidad técnica), permitiría un manejo de las dos palancas de la salud y la economía; en su ausencia, “la política” (la confrontación política) puede convertirse en parte del problema y no de la solución.



- Finalmente, la **conciencia social** es la que otorga legitimidad a una estrategia, pues determina su factibilidad real. Y esta se ha puesto particularmente a prueba tras el desconfinamiento, y más con la reincidencia de esta segunda ola. La **percepción de riesgos** es esencial, y los jóvenes se adhieren al relato que dominó la primera ola, por el cual este era un problema que afectaba a gente mayor o con muchas enfermedades. A esto se añade en la segunda ola la **preocupación de empresarios y trabajadores** que ven en peligro sus negocios y su sustento, lo que alimenta un rechazo enérgico a las medidas que enfrían la economía. En vez de presionar por ayudas que eviten o compensen los cierres de actividad, la presión se traslada al bloqueo de las regulaciones que interfieren y limitan su actividad. Es posible que esta segunda ola de COVID-19 nos esté haciendo peores, como ciudadanos.

Abrir la mirada y la mente para entender COVID-19, sus causas y sus consecuencias.

Ha habido mucha miopía en la respuesta a COVID-19 y también estrabismo (unos miran la economía y otros la salud): la aparición de esta pandemia está conectada en su **génesis** con problemas sociales, económicos, ambientales, de movilidad y de globalización de la producción; sus **consecuencias** también ponen a prueba la solvencia de los sistemas sanitarios, y desvelan la atrofia de la Salud Pública, la creciente des-priorización de la Atención Primaria, y las escasas holguras del servicio hospitalario.

En España, a pesar de las estrecheces y recortes, tenemos un buen sistema sanitario público, que contrasta con otros **servicios de bienestar muy subdesarrollados**, lo que se ha evidenciado en el descubrimiento de la debilidad de dotaciones de las residencias de mayores. Pero también hemos de asumir que tenemos un país con mayores **desigualdades sociales y situaciones de pobreza y exclusión social** en relación con Europa, que se proyectan en mayor vulnerabilidad ante riesgos de enfermedad, y en menor capacidad de respuesta ante **requerimientos de confinamiento, aislamiento o cuarentena**.

Parece olvidarse que el control de una epidemia depende mucho más del ámbito social que del clínico.

Un aspecto positivo y prometedor, radica en el progresivo cambio en la **conciencia profesional a favor de reformas**: es evidente que la sucesión de medidas reactivas está agotada, y que los parches deben dejar lugar a enfoques más amplios y sistémicos.

Pero, quizás **sería un error demorar las reformas en el Sistema Nacional de Salud para cuando acabe la pandemia**. No se debe esperar al final de la situación “aguda” que tenemos hoy para poner en marcha los análisis y acciones estratégicas ya que se corren dos riesgos importantes: a) que las medidas de corto plazo urgentes sean contradictorias o incluso opuestas a la estrategia de cambio de fondo y b) que al dejar pasar la situación aguda los decisores se “olviden” de los problemas estructurales y vuelvan a la situación de falsa autocomplacencia anterior.

2. ¿En qué situación están los servicios asistenciales para afrontar el incremento de demanda de consulta, hospitalización y cuidados intensivos?

Los indicadores de recursos utilizados por pacientes COVID-19 están siendo muy importantes para determinar las acciones de confinamiento y restricciones a la actividad económica y social. Dada su repercusión, convendría que los **datos y los indicadores derivados, fueran válidos, homogéneos e inequívocamente definidos**.

La respuesta del sistema sanitario a la COVID-19 sigue siendo reactiva, más que proactiva; aunque, en comparación con la primera ola, se ha conseguido una **mejor preparación de los centros**, particularmente en los medios materiales necesarios para protegerse, diagnosticar y atender a los pacientes.

En la adaptación a la segunda ola, la **Atención Primaria y la Salud Pública** han quedado claramente desbordadas en aquellos lugares donde la transmisión comunitaria ha reaparecido. No hay datos fiables ni del número de **rastreadores**, ni de la tipología de estas figuras, ni de su actividad; pero hay muchos testimonios desde Atención Primaria que denuncian la **falta de activación diligente del necesario seguimiento de casos y contactos estrechos**.

La **Atención Primaria** está recibiendo de forma directa el impacto de esta fase de expansión de la pandemia. En muchas CCAA parece que el **reforzamiento de personal ha sido pobre o inexistente**. Son necesarios esfuerzos consistentes de comunicación efectiva con la población y con todos los profesionales sanitarios para que valoren la atención primaria y su papel esencial en el control de la epidemia. Los **Hospitales** están mejor preparados ahora que en marzo, tanto en dotaciones materiales, como en la organización de circuitos asistenciales, como en la disposición de planes de contingencia que permiten una respuesta más rápida y eficaz. También parece existir una relación más fluida y eficaz entre los directivos y los clínicos, que habría reducido la sensación de improvisación y descoordinación de la primera ola.

Aunque con desigualdades, los **cuidados intensivos** están sobrecargados, y algunos sobrepasados. Los planes de elasticidad y ocupación de nuevos espacios en UCI existen pero aún están poco maduros, y, además, tienen su debilidad en el déficit de profesionales capacitados para atender pacientes críticos.

El principal reto de la red hospitalaria consiste en **combinar la atención a la nueva hornada de “pacientes COVID”, con los pacientes agudos** que buscan asistencia (y cuya demanda no parece inhibirse como ocurrió en marzo-abril); junto a esto, la **demanda acumulada** (formalizada o no en listas de espera) sigue aumentando y supone un problema incremental de difícil solución.

En general, para la red asistencial “**llueve sobre mojado**”: se **acumula estrés sobre servicios descapitalizados y desmoralizados**; esto apunta al riesgo de que a medio plazo se pueda profundizar la intensidad del deterioro de servicios y profesionales. **El Sistema Nacional de Salud no saldrá indemne de la pandemia**, salvo que se actúe decididamente para evitarlo. La sociedad española debe saber que su mejor servicio de bienestar está en riesgo de deterioro y decadencia.

3. ¿Hay mejoras cuantitativas y cualitativas en la respuesta de los servicios autonómicos de salud pública para el control de brotes y el estudios de casos y contactos?

Es claro que **se han producido mejoras en los servicios de salud pública** para desarrollar las tareas específicas de vigilancia epidemiológica como los estudios de casos y contactos (rastreo). En relación a la primera ola, todos los servicios de salud han puesto en marcha iniciativas, cuando menos de retoque organizativo y reforzamiento puntual. Sin embargo, si nos remitimos a la dura realidad, no parece que estas acciones hayan sido determinantes para evitar esta segunda ola con una transmisión comunitaria que está obligando a instaurar medidas inespecíficas (movilidad, confinamiento, reducción de aforos, cierre o limitación de sectores y actividades...).

Desde esta perspectiva cabría decir que **las mejoras han existido, pero no han sido suficientes, y han llegado tarde**; y éstas han sido muy heterogéneas entre CCAA: en algún momento las autoridades sanitarias autonómicas deberán rendir cuentas de la diligencia, compromiso y adecuación de sus respuestas a esta crisis.

La insuficiencia general de las respuestas era en cierta forma esperable, porque el subdesarrollo de la salud pública autonómica era amplio y profundo, y difícilmente remediable en un cuatrimestre. Esperable, pero no aceptable ni justificable, porque ya se habían acumulado evidencias y experiencias como para indicar que la forma más efectiva de controlar la COVID era a través de una acción específica y vigorosa de detectar casos y controlar de forma precoz las cadenas de contagio. **El desconfinamiento veraniego se ha acompañado de una falsa conciencia de control, que ha sumido en un letargo muchas iniciativas de reforzamiento activo de los dispositivos de Salud Pública.**

Pero la historia es diversa y heterogénea; no todas las Comunidades Autónomas han actuado de forma similar; algunas han podido reforzar más sus recursos humanos, sus capacidades, sus sistemas de información o su coordinación con la Atención Primaria... Una buena base que puede aguantar mientras la transmisión no se dispare, y que, en todo caso, supone una inversión para que no avance la propagación, o para que si avanza pueda retornarse más fácilmente a un equilibrio de control de las cadenas de contagio.

Un dato positivo ha sido la **mayor disponibilidad de pruebas diagnósticas**, esenciales para detectar casos y poner en marcha la investigación de brotes, y las tareas de rastreo y gestión del aislamiento y el confinamiento.

Pero se ha extendido un **uso inapropiado de los “test” en forma de cribados a poblaciones amplias**; los responsables políticos, con el frecuente silencio de sus autoridades sanitarias, tienden a usarlos como iniciativa puntual para demostrar interés y compromiso de su lucha contra la pandemia; pero hay que insistir en que **lo que dota de efectividad a un test es el juicio clínico o de salud pública desde el cual se concibe e indica**. Los cribados PCR o de antígenos a población general (baja prevalencia) no sólo suponen un uso inadecuado de recursos, más necesarios en otras actuaciones, sino crear un flujo de falsos positivos que van a incrementar la carga de trabajo del dispositivo asistencial.

Peor aún si los test son escasos, y se detraen del uso clínico o de salud pública, para usarlo en dudosos cribados poblacionales. **La mayor disponibilidad de test no siempre significa que sus resultados estén disponibles rápidamente**, o que los sanitarios puedan desencadenar las acciones necesarias ante un resultado positivo. El **cuello de botella es particularmente intenso en la Atención Primaria**, donde se vive con ansiedad creciente la falta de tiempo profesional, y de recursos incrementales, para asumir las tareas subsiguientes a la aparición de un positivo a COVID-19.

Por último, ha habido una carencia de capacidad para vincular investigación y acción. No se ha sido capaz de investigar con minuciosidad los brotes de la COVID-19 como para trazar adecuadamente el origen de los contagios y las cadenas de transmisión lo que hubiese permitido ajustar las medidas preventivas.

4. ¿Cómo se podría describir la situación de pacientes no-COVID que tienen revisiones, procedimientos o intervenciones pendientes y con demoras acumuladas?

La segunda ola y la perspectiva de prolongación en el tiempo de COVID-19 aumentan la **preocupación por la atención a los pacientes-no-COVID**. El sistema sanitario público español tiene una dimensión de recursos instalados bastante ajustada, al menos en comparación con otros países de nuestro entorno, por lo que **hay pocas holguras** para que la atención a la pandemia no suponga una merma en la asistencia a los demás pacientes o a las demás enfermedades.

En la **primera fase epidémica se produjo un ajuste rápido y expeditivo**; en las zonas con mayor incidencia los centros de salud y muchos hospitales se volvieron en la práctica “monográficos-COVID”. Una importante adaptación alteró la capacidad asistencial en toda la red: la suspensión de cirugías programadas, la transformación de puestos de reanimación para cuidados críticos, la habilitación de áreas hospitalarias para expandir la hospitalización o los cuidados intermedios, y la reasignación de efectivos, incluido el reclutamiento de profesionales para atender pacientes fuera de su ámbito habitual de especialización o práctica.

Los facultativos hospitalarios se sorprendieron de cómo **la demanda asistencial general se contrajo en esta situación excepcional**. Hay reflexiones importantes sobre la reducción de una parte de la actividad asistencial que añade poco valor, o que puede ser realizada de otra manera (racionalizar revisiones, uso de las teleconsultas, etc.); y también surgieron preguntas sobre la aparente reducción en la frecuentación de pacientes graves y urgentes.

En todo caso, la primera ola trajo una contracción temporal de la demanda que genera **necesidades no atendidas y embalsadas**; estas necesidades se irían expresando en cuanto fuera posible en forma de lista de espera para consultas, procedimientos y cirugía.



La **segunda ola**, y la posibilidad de que enlace con una **posible tercera ola otoño-invernal**, cambian el panorama, pues **no hay nueva normalidad en la cual sacar el trabajo atrasado**. En la probable situación donde COVID-19 sobrecargue periódicamente pero no colapse la capacidad asistencial durante un cuatrimestre, habrá que tener **estrategias** para asumir de forma solvente:

- La carga de problemas de salud y **pacientes cuya atención se pospuso**.
- Los **pacientes y enfermedades no-COVID**, que pueden agravarse por la reducción del diagnóstico de nuevas patologías y por el inapropiado seguimiento de los enfermos crónicos (“*pandemia de cronicidad*”)
- Y las **repercusiones que la pandemia** va a cobrarse en forma de **secuelas** en pacientes y **problemas de salud mental** provocados por la propia enfermedad, o por el correlato de sufrimiento familiar, social y económico de la pandemia.

Es claro que la **no priorización de estos pacientes supone de facto una des-priorización**; las necesidades no atendidas no serán del todo visibles, pero no dejarán de existir ni de cobrarse una cuota de morbi-mortalidad. La **cirugía programada** (electiva) será la punta visible del iceberg, pero, incluso en ésta, una parte no aparecerá porque estará inhibida la derivación, o reducida la propia indicación por retrasos en el diagnóstico o ajuste en los criterios de indicación.

La elaboración de estas iniciativas para enfermos no-COVID deben tener en cuenta la gran **heterogeneidad de situaciones**; la pandemia no afecta igual a todas las poblaciones, ni “secuestra” recursos asistenciales por igual (incluidas las diversas especializaciones y servicios); además, hemos de verlo como un proceso dinámico, donde se pasará por épocas de mayor saturación, y otras donde la presión puede aliviarse mucho más.

El efecto en la **Atención Primaria** es particularmente preocupante, pues está fuertemente afectado el atributo de **longitudinalidad**; además la **sobrecarga burocrática** no sólo no ha amainado sino que parece haber florecido (la fila para trámites administrativos con frecuencia supera la de la consulta).

El **efecto en Hospitales será acumulativo** y añadirá presión en los centros, sobrecarga a los profesionales y complejidad al juicio clínico: consultas, cirugía electiva, ortopedia, oncología, unidad de dolor, pacientes subagudos, revisiones, etc... Y el tener que combinar pacientes COVID y no-COVID con circuitos paralelos, supone una reducción de la capacidad asistencial real.

Por todo ello, convendría **re-priorizar la asistencia no-COVID, haciéndola visible en el radar de las estrategias y los planes de contingencia**, y articulando los necesarios reforzamientos de recursos y la optimización de procesos para poder minimizar el impacto de la sobrecarga de la pandemia en otros pacientes y enfermedades.

5. ¿Cómo ha evolucionado la conciencia de la población y el clima social y político en relación con la primera oleada de la pandemia?

En comparación con la primera ola parece que hay un **empeoramiento de la conciencia social ante la pandemia**: se pasa del aplauso en el confinamiento total, a una irritación creciente de la población ante la incapacidad para volver a la vida cotidiana. Como era esperable, la adherencia a comportamientos protectores de la salud es más compleja y difícil con la “nueva normalidad”, y **el compromiso se debilita con el paso de los meses y la falta de un plazo creíble de resolución del problema**, sobre el cual dosificar esfuerzos y cristalizar expectativas.

Pero estas dificultades esperables, se complican ante **mensajes cambiantes y contradictorios**. Hasta las actuaciones más correctas y avaladas por la evidencia, no acaban de concitar confianza, ni crean un clima de seguridad. El **reto de comunicación** para la Salud Pública es enorme, pero hay que constatar que los resultados parecen pobres.

No obstante, es posible que **algo está empezando a cambiar** según se desarrolla la segunda ola: se va asumiendo una dimensión de largo plazo, y muchos están cambiando su actitud hacia un esfuerzo más continuado (carrera de fondo). Pero este esfuerzo sufre de inconsistencias y sesgos, ya que puede privilegiar algunas medidas (mascarillas en lugares públicos) y desdeñar o minusvalorar otras (distancia en ambientes familiares y sociales). Llamativo es la priorización absoluta de las mascarillas o, en la primera fase epidémica, del uso de guantes frente a la higiene de manos que es el método más efectivo tanto en caso de enfermedades de transmisión aérea como por contacto.

Además, cabría decir que se ha perdido gran parte del miedo “personal”, con la creencia de que el virus es menos contagioso y dañino; pero a la vez **aumenta el temor a que COVID nos aleje de la vida productiva y social que tanto añoramos**, y de la que depende nuestro bienestar. Este es un substrato sobre el cual avanza la **desarticulación entre salud y economía**.

Para mejorar la toma de conciencia y el cambio de comportamiento de la población, sería fundamental trabajar en crear y consolidar un cuerpo de doctrina científico homogéneo, que se pueda transmitir de forma sistemática y coherente a la sociedad. Dentro de esta reflexión, es importante una adecuada gestión de la información, ponderando **las medidas y los mensajes a la población**; con frecuencia se ignoran o no enfatizan las actividades con alto riesgo de transmisión y sin embargo se insiste en otras de bajo o nulo riesgo. La jerarquía en las medidas que se recomiendan y la insistencia en los mensajes son fundamentales para ordenar y hacer efectiva la información a la población.

Pero, tan importante como lo anterior, estaría la **creación de un clima político apropiado**. La lucha partidista e institucional, o la judicialización de las decisiones, caminan en sentido claramente contrario a lo que se precisa, y tiende a contaminar



la relación y diálogo dentro del mundo científico y profesional, ensanchando las diferencias y aumentando la hostilidad y rivalidad.

Una **combinación tóxica entre la rivalidad política, el fanatismo ideológico y el oportunismo comercial** se encuentra en las **corrientes negacionistas**, en las propuestas de pseudoterapias, o en las conductas anti-ejemplares de personajes públicos que ignoran las medidas de protección o aconsejan medidas estrafularias o terapéuticas no validadas.

En otro plano, tampoco ayuda **la tendencia del mundo científico a adelantarse a los ensayos rigurosos** publicando avances que crean expectativas infundadas; el interés comercial, la vanidad o la ganancia de reputación por efímera que sea, están alimentando una **espiral de trivialización de la investigación**, que redundará en el descrédito del pensamiento crítico y de la buena ciencia.

Los anteriores problemas son **agrandados por unos medios de comunicación que por sensacionalismo o por afiliación partisana**, distorsionan con mucha frecuencia la percepción de la realidad, dificultan la toma de conciencia de los ciudadanos y erosionan la confianza en las medidas que pueden protegerles. Por otra parte, las **noticias de Madrid**, particular vórtice de crispación entre los agentes políticos, tienden a expandir una imagen conflictiva al resto de España, lo que es una clara exageración y distorsión de la realidad. Las redes sociales cooperan eficazmente en amplificar discursos llamativos y provocadores, y en alimentar hostilidad y desconfianza.

Tenemos que detener el avance de los crecientes sentimientos de desapego, desafección de la responsabilidad propia, relajación de las conductas, y búsqueda de cómo echar la culpa a otros. También evidenciar las **inconsistencias en las pautas de comportamiento**, que están provocando una clara **minusvaloración de los riesgos de transmisión “puertas adentro” de pequeños grupos familiares o sociales**.

Para compensar la desconfianza en las autoridades sanitarias, **es conveniente que el mundo científico y profesional de un paso adelante**, y hable directamente a la comunidad, con mensajes claros, positivos, y que generen adherencia basada en la autoridad y legitimidad que hoy tiene la medicina científica.

Pero debemos tener cautela: hemos sido testigos de una incursión disruptiva de expertos en los medios de comunicación, y de grupos de científicos y profesionales que han levantado su voz en medios y redes sociales para lanzar **mensajes y propuestas polémicas, sensacionalistas, inmaduras o con escaso bagaje de evidencia, sorteando los cauces habituales donde se generan, difunden, discuten y cristalizan los posicionamientos**. Para evitar añadir más ruido y confusión, y mitigar el deterioro de la credibilidad de la ciencia, sería esencial canalizar las tomas de posición a través de estructura de asesoría equilibradas, solventes y que sean referencia habitual para los medios de comunicación y el público.

En otro orden de cosas, sería conveniente **que los poderes públicos amortiguaran las consecuencias económicas graves y específicas que producen las medidas de confinamiento y control de la interacción social**; hay que reducir en lo posible

la tensión y desesperación de las empresas y trabajadores ante el desastre financiero y de rentas, para que la palanca sanitaria y la económica no se bloqueen mutuamente.

6. ¿Qué mensajes debería lanzar la profesión médica para el escenario actual como posicionamientos que mostraran su preocupación y señalaran prioridades para la acción?

Existe un amplio elenco de medidas que se conocen, que se han experimentado y que han ido consolidando un arsenal para el control de la COVID-19. A diferencia de la primera ola, en esta segunda el problema tiene más que ver con la **efectiva organización e implementación** de las acciones.

Mejorando el marco organizativo

Entre los aspectos organizativos, hay que señalar la necesidad de **contar con criterios claros y lo más explícitos posibles** para afrontar situaciones epidémicas muy diferentes y cambiantes en los diferentes territorios; en efecto, una estructura institucional altamente descentralizada puede ser el substrato de un permanente desencuentro entre autoridades, alimentado por la rivalidad política dominante. Saber quién debe tomar cada decisión, y los criterios para introducir medidas de diferente intensidad para el control de la pandemia, será, sin duda, una contribución a que los actores políticos e institucionales, se centren en su difícil tarea, y abandonen el fácil recurso a endosar responsabilidades a terceros.

Un aspecto importante es el **marco jurídico para sustentar las decisiones** que suponen una limitación de libertades de los ciudadanos. En este punto convendría también crear un marco legal o de interpretación clara de las normas vigentes, que evitara la incertidumbre y la pugna entre decisiones de diferentes poderes del Estado.

Pasar a la implementación efectiva.

Pero, además de los problemas de organización, enfrentamos **retos decisivos de implementación**; fundamentalmente en todo aquello que no puede hacerse vía regulación con la simple publicación de una norma en el Boletín Oficial.

Las autoridades sanitarias saben sobradamente a estas alturas que es necesario crear un sistema eficaz de **vigilancia epidemiológica**, contando con recursos y



competencias en detección de casos, rastreo y seguimiento de casos y contactos estrechos, estudio de brotes, y crear los medios para que los casos y contactos puedan cumplir los aislamientos y cuarentenas (especialmente cuando su entorno o situación económica y laboral los hacen impracticables).

También saben que la **Atención Primaria** esta sobrepasada, y que precisa refuerzos; hay que hacerla más atractiva para retener e incorporar capital profesional; hay que facilitar las tareas administrativas y permitir una delegación amplia y eficaz para liberar tiempo clínico asistencial; hay que **conectar el sistema de Salud Pública con la Atención Primaria** para descargar las funciones de vigilancia epidemiológica, pero aprovechar la capilaridad de la Atención Primaria y su proximidad con los pacientes y sus familias.

El listado de tareas que requieren recursos, esfuerzo y talento en su implementación, podría ser muy largo. Pero en todo caso, **se trata de pasar a la acción, abandonando discursos huecos, juegos de indicadores, y trucos más o menos ingeniosos de gabinete de prensa.**

La necesidad de mejorar la implementación nos interroga también sobre las causas de su deficiencia: ¿A qué se debe? ¿Falta de profesionales, de recursos económicos, de instalaciones, de voluntad política, u otras barreras? Quizás estas preguntas conecten con un tema más amplio, como es la **crisis de la gobernanza en las instituciones públicas**, y nos orienten para perseguir alternativas de reforma de nuestras organizaciones para que puedan actuar con mayor ejecutividad, aliviando restricciones administrativas, y mitigando los costes de interferencia e influencia, tanto burocráticos como políticos.

La profesión médica informando directamente a pacientes y ciudadanos.

Junto a este mensaje centrado en la organización y la implementación de acciones sobradamente conocidas y recomendadas, la **profesión médica** debe también asumir una nueva tarea: la **información directa a la población para compensar el deterioro de credibilidad** que han ido acumulando los confusos y cambiantes mensajes de los responsables políticos e institucionales.

Reclutar a los ciudadanos para que sean agentes activos en la lucha contra la propagación de la COVID-19 es una tarea esencial, a la que la profesión médica, y otras profesiones sanitarias pueden contribuir significativamente. Hay que incorporar a personajes populares en los medios y en las redes sociales (“*influencers*”) que pueden actuar amplificando y adaptando los mensajes para para diversos grupos etarios y sociales.

En este sentido, la gran tarea reside en conectar directamente con la ciudadanía y los pacientes para **movilizar el capital de prestigio de la medicina y otras**

profesiones sanitarias a favor de un cambio en la visión y el comportamiento de la población y los actores sociales.

¿Cómo convendría que fueran estos mensajes?

- Se precisa una **actitud tolerante y abierta**, que intente abstraerse de las tensiones políticas y que se exprese con **mensajes positivos y orientados a la acción**, evitando tonos recriminatorios de lo que se debería haber hecho, o de quién ha sido el responsable. Este estilo ayuda a centrar la atención en lo que hay que hacer, y apelar a la posibilidad que cada individuo, grupo o institución tiene para colaborar en el común objetivo de controlar la pandemia.
- La **coalición con otras profesiones** es otro aspecto esencial; porque **se acumulan fuerzas y se suman legitimidades**; y porque al unificar mensajes, y evitar discursos contradictorios o divergentes, se potencia la pedagogía social. En sentido contrario, hay que **evitar más que nunca airear aspectos de rivalidad y conflictos inter-profesionales**: no es coherente pedir unidad a los agentes políticos e institucionales, mientras se aprovecha la crisis para deslizar propuestas o mensajes del argumentario propio que cada profesión tiene para incrementar su ámbito competencial.

¿Qué contenidos deberían prevalecer en esta comunicación reforzada de las profesiones sanitarias a los pacientes y ciudadanos?

- Es importante trabajar para **cambiar el relato y contribuir a la mejorar la cohesión social**; se extiende la visión de que la primera ola fue cosa de la “*gente mayor*”, mientras que la segunda ola lo es de “*pobres e inmigrantes*”. Por razones de deontología profesional y de humanidad, debemos dejar claro que “**no se puede dejar a nadie atrás**”. No es aceptable que haya un porcentaje de población que pueda ser desatendida o des-priorizada en beneficio de la reactivación económica. Si los argumentos éticos y de solidaridad no son suficientes, se deben reforzar con los del propio interés: si quedan rescoldos de COVID, el pajar se puede volver a incendiar periódicamente y afectar al conjunto de la sociedad, a su salud y a su economía. La salud sigue siendo, como en la primera ola, una precondition del desarrollo económico y social.
- En el discurso han de entrar necesariamente los “**pacientes no-COVID**”; precisamente porque no se puede dejar a nadie atrás, y los enfermos y patologías habituales se han agravado con la saturación y desprogramación de consultas, procedimientos e

intervenciones. Debemos concienciar a la población y los agentes sociales de que en las estrategias COVID deben incluirse los elementos de **reactivación asistencial para el conjunto de pacientes y patologías**, particularmente aquellas que acumulan riesgos y gravedad.

- También se ha de contribuir a **cambiar la perspectiva temporal**: hemos heredado un cierto optimismo vacunal, que hacía creer que en diciembre, o en los primeros meses del 2021 tendríamos una herramienta eficaz y disponible para la victoria total sobre la COVID-19, que nos permitiría volver a la “vieja normalidad”; la conciencia colectiva debe prepararse para una **carrera de fondo**, y hacerlo con resiliencia, y también con la **confianza** de que tenemos medidas de salud pública y atención sanitaria que nos pueden ayudar a atravesar el desierto. Además, la disponibilidad de la vacuna por sí sola es una parte de una solución más global, en cualquier epidemia la vacuna tiene que reforzarse con otras medidas.
- Y, en esta perspectiva temporal más amplia, el **sufrimiento del tejido productivo** del país va a precisar apoyos para que no se produzcan graves daños, y un gran número de familias que pasen a tener una insoportable merma de ingresos: **para que sanidad y economía puedan cohabitar y complementarse**, los poderes públicos deben articular **respuestas inteligentes, comprometidas y eficaces para mantener empleos y rentas**. Y esto también debe ser parte del discurso de las profesiones sanitarias.
- Pero no podemos ser ingenuos; la capacidad de financiar sectores o empresas en crisis por la pandemia y las medidas de confinamiento, limitación y cierre, supone un incremento del endeudamiento y un coste que se va a pesar en los próximos años. Sin embargo, **la factura puede aliviarse** enormemente, con una buena **implementación de las medidas eficaces** por parte de las autoridades sanitarias, pero también por una **contribución activa de los ciudadanos para protegerse y proteger a otros** de la transmisión. Y este sí que es un argumento central para recabar la adherencia de todos.
- Complementando el mensaje anterior, conviene dejar claro que **en las pandemias, el control más efectivo se hace conjugando el abordaje clínico con un tratamiento social preferente**. Esta afirmación contradice la fascinación tecnológica dominante, y no es fácilmente asumible porque incluye aceptar las antipáticas restricciones, y aportar un esfuerzo individual importante, cuyos beneficios se disipan en un cuadro general lejano a la experiencia cercana de los individuos. Pero por difícil que sea esta tarea, es fundamental hacerla, y el capital de confianza que suscita la medicina y otras profesiones sanitarias, debe invertirse en cambiar las

perspectiva, y **prestigiar las acciones de Salud Pública, como las más efectivas y las que más eficiencia social aportan.**

- Es también importante trasladar un **mensaje realista sobre las posibilidades de la ciencia y la tecnología**: el conocimiento y la medicina tienen limitaciones, pero también apuntan a buenas perspectivas si se trabaja con seriedad y rigor. Y junto con esto, lanzar señales contrarias a alternativas espectaculares, investigaciones e intervenciones inmaduras que generan falsas expectativas y reales negocios, y toda la corte de pseudoterapias o terapias estafalarias que aprovecha la confusión para medrar. **Prestigiar la buena medicina científica es esencial; alimentar el pensamiento crítico de la población es, además, una inversión de futuro**; invertir en investigación de calidad crea el substrato necesario para que germine.
- Finalmente, los contenidos de los mensajes de la profesión hacia la ciudadanía **no deben entrar en polémicas abiertas con las autoridades sanitarias**, porque a todos nos conviene que se restaure un nivel de confianza en las instituciones. Conviene también reconocer que el conocimiento experto es necesario pero no suficiente, ya que las decisiones colectivas se fraguan contando con muchos vectores que las influyen. Se puede y se debe aportar e intentar influir en las decisiones desde la perspectiva del profesionalismo médico y sanitario, pero habría que buscar medios para que al hacerlo no socaváramos la magra confianza que actualmente existe. **Para ello, sería esencial que las autoridades sanitarias tuvieran abiertos canales ágiles y permanentes de participación y consulta.**

¿Cómo realizar esta nueva aproximación directa del mundo profesional sanitario a los pacientes y ciudadanos?

- Se debería concebir como una **campaña sistemática, articulada y reiterada**. En el caso de la OMC podrían ser mensajes de los **52 Colegios** que periódicamente (¿cada semana?) se trasladaran a los medios de comunicación generales y locales.
- En el mismo sentido, los mensajes periódicos deberían replicarse e inundar las **redes sociales**; una buena parte de la población alimenta su información y posicionamiento a través de estos medios que no podemos abandonar como espacio de comunicación.
- Y, finalmente, hemos de apelar a los médicos y demás profesionales sanitarios, para que refuercen y particularicen estos mensajes en los **contactos asistenciales**. El **diálogo clínico y la Relación Médico-**



Paciente aportan una enorme fuerza en las recomendaciones que debemos utilizar.