

**Sally Ruane**

## **Situación de la salud en el marco de la pandemia.**

### **El caso del Reino Unido**

*nuevatribuna.es*, 23 de noviembre de 2020.

A fecha de 18 de noviembre había en el Reino Unido 1,45 millones de infectados y 53.000 muertos (contabilizados cuando han muerto con una prueba positiva en los 28 días anteriores), o 68.000 muertos (cuando se contabilizan con un certificado de muerte que menciona el virus). Basada en las cifras de la Oficina Nacional de Estadística, la *Continuous Mortality Investigation* calcula que fueron 62.000 muertes entre los primeros días de la pandemia y final de octubre en [exceso de las muertes respecto al mismo período del 2019](#).

Durante la pandemia, el Reino Unido tuvo, en proporción, una mortalidad mayor que casi todos los demás países. Ahora, según las cifras del Gobierno, tenemos aproximadamente 775 muertos por cada millón de población y somos de los ocho países con los peores índices (1.000 muertos por millón de habitantes, utilizando las cifras de la Oficina Nacional de Estadísticas, el 0,1% de la población).

<b>Fecha</b>	<b>Muertes diarias</b>	<b>Muertes en total</b>
<i>24 de marzo</i>		1.176
<i>9 de abril</i>	1.000	12.614
<i>30 de junio</i>	< 100	40.630
<i>30 de septiembre</i>		42.285
<i>18 de noviembre</i>	Aproximadamente 400	53.000 (68.000)

Número de muertes durante la pandemia

La siguiente reflexión examina la respuesta del Reino Unido a la crisis.

### **Una respuesta inadecuada a la pandemia**

En la primavera, la infección se había propagado y extendido cuando el Gobierno anunció el cierre de emergencia nacional en la semana final de marzo.

El Gobierno:

- No definió el virus como una enfermedad de declaración obligatoria hasta el 5 de marzo, dos semanas después de que lo hicieran País de Gales y Escocia.
- Conceptualizó la crisis como una sola epidemia nacional en vez de unos brotes locales en fases distintas de desarrollo.
- Terminó las pruebas comunitarias el 12 de marzo para concentrar la capacidad en los enfermos y los clínicos en los hospitales y abandonó la estrategia promovida por la Organización Mundial de Salud. No había un plan alternativo y a causa de ello ignoramos dónde se estaba propagando la infección.
- Terminó la fase de contención y empezó la fase de retraso el mismo día (12 de marzo).
- Ignoró las advertencias internacionales sobre la escala y la gravedad del virus.

- No tomó medidas correctivas después de los hallazgos y recomendaciones del ejercicio de simulación para planificación pandemia en 2016.
- Permitió el viaje aéreo sin cuarentena hasta junio.
- Creyó que no habría brotes en las residencias de mayores.
- Sugirió que una estrategia de inmunidad de grupo podría tener éxito.

El primer ministro, Boris Johnson, líder de estilo populista, subestimó la importancia del virus y sus consecuencias catastróficas. Mientras que los expertos en salud pública instruían a los ciudadanos/as para tener cuidado, el primer ministro se jactaba de que había dado la mano a infectados hospitalizados. Tuvo que ser hospitalizado por COVID-19 y precisó de cuidados intensivos. Además, para este nuevo Gobierno, elegido en diciembre 2019, el desarrollo del Brexit era una prioridad en las primeras semanas del año y se negó a participar en un plan europeo para obtener equipos de protección personal, ventiladores mecánicos y otros artículos necesarios.

El cierre de emergencia entre marzo y mayo afectaba a toda la población, excepto a los trabajadores de sectores esenciales como hospitales, atención socio sanitaria, supermercados, etc. Todo el mundo tenía que trabajar en casa en la medida de lo posible. Se prohibieron viajes no esenciales; se cerraron las escuelas y las universidades; se prohibió el deporte; se cerraron los lugares de culto. Se permitió salir de las casas para comprar comida, recibir la atención médica o hacer ejercicio. A causa del retraso, algunas instituciones habían empezado el cierre o un cuasi cierre antes de la instrucción oficial. Un antiguo asesor científico del Gobierno ha calculado que si el cierre se hubiera producido una semana antes, el número de muertos se habría reducido a la mitad (1).

Servicio Nacional de Salud en Inglaterra:

- Al principio de la crisis hubo una centralización del poder. El control de los presupuestos locales y la toma de decisiones fueron asumidas por el grupo ejecutivo nacional.
- El jefe del servicio ordenó la suspensión de los procedimientos y las operaciones optativas en marzo.
- La atención primaria se convirtió en un servicio telefónico o servicio remoto o virtual para la mayoría de los pacientes.
- Se animó a los que tenían síntomas del virus a utilizar otro servicio primario, paralelo, accesible principalmente por teléfono para pedir consejo. Este servicio intentaba reducir el número de enfermos que acudían a emergencias o que llamaban por teléfono para solicitar ambulancia.
- Los médicos de familia dejaron de visitar a las personas en las residencias de mayores.
- Se crearon siete hospitales especiales y temporales en grandes centros de conferencias; estos apenas se usaron a causa de la falta del personal.

### **Los servicios debilitados**

El Reino Unido entró en la pandemia con unos servicios debilitados. Con motivo de la crisis financiera de 2008, la cuantía del apoyo necesario para apuntalar al sector bancario (cientos de billones de libras esterlinas) hizo más fácil convencer al electorado de que las políticas de austeridad, perseguidas por los gobiernos conservadores, eran necesarias. Desde la creación del Servicio Nacional de Salud en 1948 y hasta 2010, su

financiación aumentó un 4% cada año por encima de la tasa de inflación. Pero la década siguiente fue una década de austeridad y entre 2009 y 2019 la subida anual fue del 1.4% (2009/10-2018/19), lo que representó un recorte dramático.

Así, al principio de la pandemia nos encontramos con un sistema hospitalario con déficit en camas, más aún de camas UCI y escasez de personal. Antes de la pandemia, los hospitales no tenían capacidad para tratar a todos los enfermos que precisaban una cirugía electiva. En términos de comparación internacional, el Reino Unido tiene menos camas que casi todos los demás países de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo. En número de camas hospitalarias, el Reino Unido se sitúa en el puesto 30 de 37 países. Cuando Alemania tenía 28.000 camas de cuidados intensivos para una población de 83 millones, el Reino Unido tenía 4.400 para una población de 68 millones. Durante la pandemia se convirtieron en camas de cuidados intensivos los quirófanos y el personal de profesiones sanitarias variadas se entrenó para utilizar los ventiladores mecánicos. Ante estos problemas, en marzo se tomó la decisión de cancelar o posponer la gran mayoría de los cuidados optativos, incluso los tratamientos para los enfermos con cáncer.

En parte debido a la escasez de camas para enfermos agudos uno de los desarrollos más trágicos fue el traslado, sin las pruebas diagnósticas, de las personas frágiles de mayor edad de los hospitales a las residencias de mayores, residencias que, muchas veces, no tenían los medios para atender a los enfermos de virus con la necesaria seguridad. Se ha calculado que, en la pandemia de primavera, casi el 30% de la mortalidad entre los residentes fue de COVID-19 (2). Es un sector casi totalmente privatizado, dañado por la falta de financiación pública y esto contribuye a la falta de personal y a una alta temporalidad, algo que ha favorecido la propagación de la infección. Un sector fragmentado, con trabajadores desorganizados y sin afiliación sindical, que redujo su visibilidad durante el peor momento de la crisis. Como resultado, en comparación con el personal en el sistema sanitario, hubo mucha menos protección para el personal y para los residentes de las residencias de mayores y mucha más propagación de la infección.

El sistema de salud pública también se había debilitado antes la pandemia:

- El sistema de salud pública quedó debilitado como resultado de la legislación en 2012, diseñada para fortalecer las fuerzas del mercado en el Servicio Nacional de Salud. Esta legislación produjo reestructuración y recortes.
- Fue fragmentado en tres partes con problemas de comunicación entre niveles nacional, regional y local.
- El organismo que supervisa la preparación para emergencias y pandemias es una agencia sin independencia del Gobierno.
- Durante algunos años, el presupuesto fue transferido a otros servicios.
- La pericia sobre las enfermedades contagiosas a nivel local se había reducido.
- Las directoras y los directores de salud pública en las instituciones municipales eran frecuentemente ignorados en las comunicaciones emitidas por el Servicio Nacional de Salud.
- Solo uno de los directores médicos en los cuatro territorios del Reino Unido fue un médico formado en salud pública.

Una dimensión de la respuesta a la pandemia es la marginalización de la salud pública. El Gobierno concibió la pandemia como un problema científico en lugar de tratarlo

como un problema de salud pública, en el que tenemos experiencia muy cualificada acumulada en los dos siglos pasados. Por ejemplo, el comité asesor oficial (que se llama SAGE Scientific Advisory Group for Emergencies) estaba dominado por los modeladores y por los epidemiólogos; ningún miembro era experto en desarrollar una respuesta de salud pública (3). Como resultado, se puso muy poco énfasis en esos primeros días respecto a los medios utilizados y probados por la tradición de la salud pública en un contexto de brote de infecciones.

Después de los pésimos resultados, y sin ninguna confianza en el Gobierno, se creó otro comité asesor autoproclamado - SAGE-Independiente - compuesto por expertos.

El Gobierno dió recursos adicionales a los servicios sanitarios, treinta billones en total, pero muchos de estos recursos se dirigieron al sector privado. El Gobierno gastó doce billones de libras en testar y rastrear a través de un sistema abrumadoramente privado; diecisiete billones en equipo personal de protección, un billón en ventiladores mecánicos; seis billones en más servicios sanitarios incluyendo un acuerdo con el sector privado. El Gobierno aportó recursos adicionales a las autoridades municipales, que ya estaban muy debilitadas por la década de austeridad. Las autoridades municipales sufrieron recortes en los presupuestos para la salud, la asistencia social, los servicios de salud ambiental y la planificación de emergencias.

Hay una dimensión ideológica en la respuesta del Gobierno británico a la crisis. En los primeros días se llegó a un acuerdo con el sector sanitario privado. El sector privado puso a disposición ocho mil camas (incluso ciento sesenta camas de cuidados intensivos), mil doscientos ventiladores mecánicos, cientos de salas de operaciones y casi veinte mil personas (incluyendo diez mil enfermeras) para el sistema público. Estos recursos se han utilizado para el tratamiento de enfermos del virus y también para la cirugía urgente y tratamientos para los enfermos de cáncer. El Gobierno dijo que el sector privado no obtendría ganancias pero el arreglo/acuerdo y garantizó que sus pagos de deudas y de renta se harían permitiendo que obtuvieran beneficios.

Aunque presentado como un apoyo para el sistema público, el arreglo representa un puntal significativo para el sector privado; de hecho, es un rescate. El sector sanitario privado se enfrentaba a una crisis. Muchos hospitales privados habían cancelado las operaciones de los pacientes clínicamente vulnerables, habían perdido los ingresos lucrativos de sus clientes de ultramar y se enfrentaban a la suspensión de las operaciones rutinarias contratadas por el Servicio Nacional de Salud. Además la posibilidad de una recesión profunda dañaría el mercado de auto pago y habrían perdido el uso de sus médicos, cirujanos y anestesiólogos que tendrían que trabajar en el sistema público (4).

Esta manera de canalizar los recursos hacia el sector privado se ve también en la creación del sistema de tests y rastreos, fuera del Servicio Nacional de Salud y fuera de los departamentos de salud pública de las autoridades municipales. Este sistema se creó al final de mayo; hasta ahora, ha gastado 12 billones de libras esterlinas.

Es un sistema muy complejo, que involucran a numerosas empresas y organizaciones. Tenemos el Ejército nacional y empresas como Deloitte y G4S, reclutamiento por Sodexo, kits de prueba por Randox, la logística con Amazon, y el proceso de las muestras implicando a laboratorios de universidades y empresas como Astra Zeneca y GlaxoSmithKline. Los empleados encargados de las llamadas para el rastreo de contactos en los casos no complejos fueron reclutados por Serco, sistema dirigido por una baronesa conservadora de la Cámara de Loes en vez de por un funcionario, como es lo normal.

Es un sistema externo a las estructuras de salud pública cuando hacía falta una mayor coherencia. Es un sistema nacional cuando las acciones para enfrentar a la prevención, para encontrar a los contactos y para interpretar si hay patrones localmente significativos requieren el conocimiento local y una infraestructura local. Y, a pesar de que el primer ministro dijo que era el mejor sistema del mundo, es un sistema defectuoso. En la primera semana de noviembre, aproximadamente un 15% de los casos positivos no había sido localizado y solo cerca de un 60% de sus contactos íntimos se habían contactado dentro de las veinticuatro horas siguientes. En septiembre, cuando los casos subían, era casi imposible hacerse una prueba a causa de la falta de capacidad. Estos retrasos socavaron la posibilidad de ralentizar la propagación de la infección. Según una investigación de la BBC, los problemas incluyeron la falta de especialistas, una carencia de reactivos químicos, la fragmentación ('una red compleja de diferentes programas que se han unido apresuradamente') y la ausencia de la experiencia acumulada por el Servicio Nacional de Salud, por los departamentos de salud pública y por las autoridades municipales (5). Muchos expertos piden que este sistema sea convertido en un sistema público.

En un periodo en el que no funcionan las normas tradicionales de rendición de cuentas, cuando la rapidez está muy cotizada y cuando el líder del partido de la oposición no quiere aparecer como crítico en un contexto de crisis nacional, el Gobierno ha concedido varios contratos con 'urgencia extrema' sin los concursos reglamentarios. Algunos de estos contratos se han adjudicado a empresas con vínculos con personas cercanas al Partido Conservador. Contratos de más de diez billones de libras han sido adjudicados a empresas elegidas sin concursar (6).

### **La situación corriente y las desigualdades**

En el Reino Unido, en este momento, hay unas 400 muertes cada día, y 16.000 personas en los hospitales. La Oficina Nacional de Estadística sugiere que en total hay aproximadamente 650.000 casos positivos cada semana. Pensamos que el número de reproducción está entre 1,1 y 1,3 en comparación con el 2,6 de marzo.

Los índices de infección fueron más altos entre los jóvenes de diez hasta veintinueve años en la primera ola y en el verano. Los índices de infección entre los jóvenes han bajado desde octubre pero son crecientes entre los de más edad. Nos acercamos al invierno y pasamos más tiempo en casa, en edificios donde se transmite más fácilmente el virus. La tasa de infección sube más gradualmente que en la primavera y, aunque hay más personas en los hospitales de algunas ciudades, hay menos mortalidad.

En el País de Gales e Irlanda del Norte acaba de finalizar el cierre y todavía permanece en Inglaterra. Esta vez, las universidades y las escuelas están abiertas. En las primeras semanas de la crisis, el liderazgo del Gobierno de Londres era dominante pero desde entonces, como la salud es una competencia transferida, los Gobiernos de Escocia, País de Gales e Irlanda del Norte han desempeñado un papel mayor. De hecho, el concepto de un país compuesto por cuatro territorios se ha reforzado durante la pandemia.

El COVID-19 ha ampliado las desigualdades que existían ya en nuestra sociedad. El setenta y cinco por ciento de los muertos tenían 75 años de edad o más. El 55% eran hombres con empleos menos especializados y salarios bajos. Entre los hombres, había mayor probabilidad de morir en los trabajos de seguridad, conductores y asistencia social; entre las mujeres eran la atención social y las peluquerías. Fue más alta la mortalidad entre los residentes en los barrios más pobres (7), más expuestos a la contaminación del aire y con alta densidad de población y viviendas superpobladas. Y, lo que era muy visible, al comienzo entre los médicos y las enfermeras que murieron en

la primavera, y después tuvieron los niveles más altos de mortalidad las personas de comunidades africanas negras, caribeñas negras y bangladesíes.

### **La respuesta pública**

Hubo mucho apoyo público para el Gobierno en los primeros meses de la pandemia y mucha conformidad con las restricciones. Mucha gente creía que había una situación de crisis nacional y que era necesario unirse. Sin embargo, algunos hechos socavaron la confianza de la gente en el liderazgo nacional. Se extendió la idea de que era un Gobierno incompetente. La revelación de que el asesor principal del primer ministro había violado las restricciones soportadas por la población en su conjunto, y el rechazo del primer ministro a despedirle, causaron el enfado de mucha gente. La conformidad disminuyó después de estos episodios.

Mucha gente que no ha tenido ningún ingreso durante la pandemia necesita trabajar. El subsidio por enfermedad es muy bajo en el Reino Unido y muchas personas creen que no pueden hacer cuarentena o autoaislamiento incluso si las reglas lo requieren. [Un programa para apoyar los empleos ha apuntalado nueve o diez millones de empleos](#). Sin embargo, mucha gente ha perdido su trabajo. Hay quienes se oponen, con manifestaciones, a las incursiones en la libertad personal y escuchamos más voces que creen que la pandemia es un truco o una farsa.

Hay también una minoría de expertos que abogan por la continuación de la vida cotidiana y del mundo del trabajo de la manera más normal posible y ponen su confianza en alcanzar la inmunidad de grupo, aunque la mayoría de expertos cree que la inmunidad de grupo no vale para este virus si no hay vacunación. Hay también grupos contra la vacunación.

Después de la unidad social de las primeras semanas y meses, ahora las divisiones sociales han emergido. Pero quizás no son divisiones nuevas; son divisiones que provienen de las desigualdades económicas y de los efectos embrutecedores de muchos empleos. También de diferencias culturales, algunas de las cuales ya se habían manifestado respecto al Brexit. La pandemia ha hecho avanzar la causa de una Escocia independiente puesto que la primera ministra escocesa se ha mostrado capaz y competente.

En un plano positivo, las altas cifras de muertos en las comunidades negras africanas y caribeñas, en conexión con el asesinato de George Floyd por la policía en Minneapolis, Estados Unidos, ha moldeado un movimiento poderoso contra la discriminación y las desigualdades que padecen las personas negras.

### **¿Qué podemos aprender?**

La respuesta a la pandemia se ha visto debilitada por las políticas de una década de austeridad que han dejado los servicios públicos y la protección social en un estado de fragilidad por falta de recursos. En parte se debieron a los recortes del presupuesto de salud pública y a la mala planificación de la acción contra la pandemia. Tenemos un Gobierno y un primer ministro con experiencia muy limitada. No estábamos bien preparados y la respuesta ha sido muy inadecuada, con una alta tasa de mortalidad que se podía haber evitado.

Tienen cierta importancia los siguientes puntos:

- La necesidad de que, frente a la pandemia, ocupe un lugar central el sistema sanitario público con experiencia en tratar enfermedades contagiosas. La necesidad de

invertir en este sector y extender su capacidad. La importancia de la capacidad local en la estructura del sistema de salud pública.

- Es preciso tomar nuevas iniciativas que permitan la expansión de las estructuras existentes, descartando los sistemas paralelos, desarticulados e inconexos.
- Hay que prepararse para las pandemias que pueden ser más probables en el futuro.
- Es imprescindible un sistema generoso de protección social que permita a las personas hacer la cuarentena.
- Se requiere un servicio sanitario con bastante capacidad y suficiente infraestructura para permitir la flexibilidad en el uso de los edificios.
- Hay que escuchar a quienes trabajan en la atención social.

Una pandemia de este tipo crea una crisis en que los procesos de toma de decisiones; los medios normales de rendición de cuentas se ven debilitados o, simplemente, son evitados. Existe el peligro de que salgamos de esta crisis con un reforzamiento del papel del sector privado incrustado en el sistema sanitario.

---

Sally Ruane es directora de la Unidad de Investigación de Políticas de la Salud de la Universidad de Montfort, Leicester.

(1) BBC (2020) Coronavirus: 'Earlier lockdown would have halved death toll', BBC News June 10.

(2) ONS (2020) Deaths involving COVID-19 in the care sector, England and Wales: deaths occurring up to 12 June 2020 and registered up to 20 June 2020 (provisional) Office for National Statistics, July 3.

(3) G Scally (2020) The UK's public health response to Covid 19: too little, too late, too flawed, British Medical Journal, 369:m1932, May 15.

(4) V Kotecha (2020) Who benefits from the NHS's bailout of private hospitals?, Centre for Health and the Public Interest, March 31.

(5) N Trigg et al (2020) Coronavirus: Inside test-and-trace - how the 'world beater' went wrong, BBC News November 20.

(6) G Plimmer (2020) £10bn Covid contracts without competitive tender come under scrutiny, Financial Times, October 12.

(7) Por ejemplo, ONS (2020) Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation: deaths occurring between 1 March and 31 May 2020, Office for National Statistics, June 20.