

THE CONVERSATION

Rigor académico, oficio periodístico



Estatua con mascarilla en el pueblo de Guadarrama, Comunidad de Madrid. Shutterstock / Black Farm

Las razones de la alta transmisión de COVID-19 en Madrid

21 septiembre 2020 13:26 CEST

Miguel Ángel Royo Bordonada

Presidente de la Asociación Madrileña de Salud Pública, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III

La situación epidemiológica de Madrid es muy grave, con una incidencia de COVID-19 acumulada en los últimos 14 días cercana a los 700 casos por 100 000 habitantes, la mayor de toda Europa.

Preocupa especialmente lo que sucede en algunas poblaciones como Alcobendas, Collado Villalba, Getafe o Parla y en los distritos de Villaverde, Usera, Puente de Vallecas y Ciudad Lineal, en la ciudad de Madrid. Pero lo cierto es que el nivel de transmisión es muy alto en todo el territorio de la Comunidad.

Los preocupantes números de la Comunidad de Madrid

De acuerdo con las métricas del Instituto de Salud de Harvard para orientar la respuesta a la COVID-19, se considera la situación de alto riesgo (semáforo rojo) cuando hay una incidencia de casos diaria superior a 25/100 000. Pues bien, en los últimos 7 días, esta cifra casi se duplica en el conjunto de la Comunidad de Madrid, con 45 casos al día por 100 000 habitantes. Además, la tasa de positividad de las PCR se sitúa hace días por encima del 20%, una cifra cuatro veces superior a la establecida por la Organización Mundial de la Salud para considerar que hay indicios de que la transmisión está controlada.

Esta situación, que se prolonga ya varias semanas, ha hecho saltar las alarmas del sistema sanitario de Madrid, donde el 22% de las camas hospitalarias están ocupadas por pacientes de COVID-19. En el momento de escribir este artículo, 397 de esos pacientes estaban ingresados en las unidades de cuidados intensivos. Eso representa más de un 50% de la capacidad estructural existente a principios de año.

Aunque esta capacidad se puede triplicar en caso necesario, sería a costa de cancelaciones de intervenciones quirúrgicas programadas y retrasos en la atención a otras patologías crónicas, una situación que ya se está produciendo en algunos hospitales. Y que puede acarrear desastrosas consecuencias en términos de agravamiento de patologías y mortalidad indirecta, como ya ocurrió durante la primera oleada.

La situación de la atención primaria es todavía peor, desbordada por la sobrecarga derivada de la atención a la COVID-19 e incapaz de atender el resto de necesidades de salud de la población, que se ve obligada a hacer colas en las puertas de los centros de salud.

¿Por qué ha incrementado tanto la transmisión pese a las mascarillas?

Resulta chocante el incremento progresivo de la transmisión del coronavirus en España durante el verano, y en Madrid desde principios de agosto, pese al uso generalizado de mascarillas. No hay que olvidar que su obligatoriedad se amplió en el mes de julio a los espacios abiertos, independientemente de la distancia de seguridad, sin una base científica clara. Es posible que las autoridades sanitarias y los profesionales de salud pública no hayamos sabido transmitir bien a la población la importancia de reducir al mínimo posible las interacciones sociales con personas no convivientes. Ni de respetar en todo momento la distancia física, también cuando se utiliza la mascarilla, incluso aunque se haga de forma adecuada.

Independientemente del impacto mayor o menor que haya tenido la relajación de las medidas de prevención entre la población joven y no tan joven, lo cierto es que el sistema sanitario de Madrid no se había preparado para contener la aparición de nuevos brotes y así evitar un escenario de alta transmisión comunitaria como el actual.

Desde el mes de abril, numerosos expertos, entre ellos los que formamos parte de la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMaSaP), advertimos sobre la necesidad de reforzar las plantillas de atención primaria y salud pública, montar un sistema de vigilancia y control eficaz con suficientes rastreadores y crear una red de trabajadores comunitarios de salud, para apoyo a población vulnerable, como ancianos, inmigrantes y personas con trabajos precarios o que viven hacinadas.

En lugar de eso, la Comunidad de Madrid despidió a los sanitarios contratados para hacer frente a la primera ola de la pandemia, pidió rastreadores voluntarios, autorizó la realización de pruebas de cribado en poblaciones enteras –sin una justificación epidemiológica para ello– y puso en marcha la construcción de un hospital de pandemias.

Oídos sordos a la necesidad de un sistema de detección precoz y vigilancia

A finales de julio, ante la ausencia de una acción decidida de las autoridades sanitarias, AMaSaP, las asociaciones científicas de atención primaria de Madrid (SEMAP, SoMaMFyC, SEMG Madrid y AMPap) y la Plataforma de Centros de Salud de la Comunidad de Madrid publicamos el Posicionamiento conjunto sobre la preparación para afrontar en las mejores condiciones posibles la fase de transición de la pandemia de la COVID-19. En este documento, que trasladamos a la directora general de Salud Pública de Madrid, nos ofrecimos a colaborar en la organización de un sistema eficaz de detección precoz, vigilancia y control de brotes de la COVID-19.

Estábamos preocupados. A la precariedad crónica de los servicios de salud pública y atención primaria se sumaba la triple sobrecarga derivada de la vigilancia de la COVID-19, de las enfermedades no atendidas durante el confinamiento y de la aparición de nuevos problemas de salud como consecuencia del mismo.

En ese momento, cuando las autoridades sanitarias cifraban en 180 el número de rastreadores, nosotros estimamos que hacían falta en torno a 2 000 profesionales más en tareas de vigilancia, prevención y control. Para empezar 400 (uno por cada centro de salud) con formación en salud pública o epidemiología, capaces de garantizar la adecuada coordinación entre atención primaria y salud pública. A lo que se sumaban otros tantos trabajadores sociales y agentes comunitarios de salud, y unos mil para labores menos cualificadas de rastreo.

El reto era ímprobo y por ello urgía actuar con decisión. Esperar a un repunte mayor del número de casos para contratar más rastreadores era un suicidio, ya lo advertíamos. Fundamentalmente porque articular un sistema de vigilancia y control eficaz, que precisa de una perfecta coordinación entre salud pública, atención primaria, servicios sociales y una red de trabajadores comunitarios de nueva creación, puede llevar semanas o meses.

A finales de agosto, AMaSaP, junto con otras 16 entidades, muchas de ellas de atención primaria, apoyó el Decálogo contra la COVID-19 en la Comunidad de Madrid: una llamada para actuar. Firmado por más de 1000 sanitarios de la región, el decálogo pedía medidas estructurales urgentes para contener la propagación de la pandemia.

¿Qué se puede hacer ahora? Medidas drásticas pero no selectivas

Ahora mismo, con la transmisión descontrolada (retrasos diagnósticos importantes e incapacidad para identificar y seguir a todos los contactos), no queda más remedio que recurrir a medidas más drásticas de reducción de la movilidad y las relaciones sociales.

Las medidas excepcionales, de 18 de septiembre, de la Consejería de Sanidad de Madrid, para la contención del COVID-19 en núcleos de población correspondientes a determinadas zonas básicas de salud con mayor incidencia, son insuficientes y estigmatizantes. Es más, en algunos casos resultan contraproducentes, desenfocadas y de dudosa efectividad.

En primer lugar, los confinamientos selectivos podrían tener sentido para aislar zonas con alta transmisión comunitaria de otras donde la transmisión está más o menos bajo control. Sin embargo, dado que la transmisión está fuera de control en toda la Comunidad de Madrid, con tasas de incidencia diaria por encima de 25 casos/100 000 en todos los distritos de Madrid y en la práctica totalidad de los municipios de más de 50 000 habitantes, es necesario aplicar restricciones de la movilidad y las relaciones sociales, similares a las de las fases 1 y 2 del *Plan para la transición hacia una nueva normalidad*. Eso sí, en todo el territorio, y no de forma diferenciada en los distritos o municipios con mayor incidencia, lo que contribuye a la estigmatización de sus habitantes y a la crispación social.

El cierre de parques y jardines resulta injusto y contraproducente. Se trata de entornos de bajo riesgo de transmisión, que servirían para el esparcimiento y la práctica de actividad física de una población cuya movilidad está siendo limitada de forma algo arbitraria. En contraposición, el aforo no ha sido limitado en el resto de Madrid en otras actividades de ocio que no favorecen la salud y en entornos de mayor riesgo de transmisión, como las casas de apuestas y los locales de hostelería.

Si lo que se pretende es evitar comportamientos de riesgo en los parques, bastaría con incrementar la vigilancia de los mismos y las intervenciones de prevención y promoción de la salud en esos entornos, idealmente por agentes comunitarios de salud jóvenes.



La presidenta madrileña, Isabel Díaz Ayuso, (en el centro) con el vicepresidente regional, Ignacio Aguado, (izquierda) y el consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, el 18 de septiembre en la sede del Gobierno regional. Comunidad de Madrid

Urge reforzar la atención primaria

Tampoco se toman medidas para poner fin a las aglomeraciones en el metro y los trenes de cercanías de los barrios confinados, cuyos habitantes tendrán que seguir desplazándose a diario para trabajar hasta los barrios no confinados. Ni mucho menos intervenciones sociales y comunitarias, fundamentales para identificar situaciones en las que resulta complicado realizar un aislamiento eficaz –por malas condiciones habitacionales– y prestar el apoyo necesario para que las personas más vulnerables, con trabajos precarios, puedan llevar a cabo la cuarentena sin exponerse a consecuencias graves e irreparables.

Cribado con test de antígenos innecesario

Por último, el cribado con test de antígenos a toda la población de las zonas con mayor incidencia, además de suponer un nuevo dispendio económico, resulta contraproducente. Estos test han sido autorizados en Estados Unidos por la FDA para casos sospechosos en los días siguientes al inicio de los síntomas, no para asintomáticos ni para pruebas de cribado en población general.

Los test de antígenos podrían ser una alternativa a las PCR para el diagnóstico de casos y sus contactos en un futuro próximo si se confirma su validez en condiciones reales de uso, pero no para pruebas de cribado. Con prevalencias bajas de infección, los falsos positivos –que tendrán que hacer cuarentena de forma innecesaria– se contarán por millares. Y también serán numerosos los falsos negativos, que podrán transmitir la enfermedad creyendo que no están contagiados.

Por tanto, realizar estas pruebas a toda la población y tener que confirmar luego los diagnósticos mediante PCR, si se quieren evitar miles de cuarentenas innecesarias, solo contribuirá a colapsar aún más la atención primaria y la salud pública. Además de aumentar el retraso en el diagnóstico de los casos sospechosos y la identificación y seguimiento de sus contactos, que ha contribuido de manera decisiva al descontrol de la transmisión comunitaria en toda la Comunidad de Madrid.

A tiempo de evitar el colapso

Lo imprescindible es reforzar y dotar de más recursos humanos y materiales a los servicios de atención primaria y salud pública. Es el único camino para el adecuado funcionamiento de la estrategia de detección precoz, vigilancia y control de nuevos casos y sus contactos. Además de que libera a los profesionales de atención primaria de una sobrecarga que les impide atender a las necesidades de salud de la población.

La contención de la epidemia depende en parte de la responsabilidad individual de todos, sí. Pero sobre todo depende de la fortaleza de un sistema sanitario de atención primaria y de salud pública que sea capaz de diagnosticar y aislar con rapidez a todos los casos con COVID-19 y de detectar a todos los contactos estrechos para que puedan guardar la cuarentena debida.

Las autoridades sanitarias tienen el deber de garantizar que los casos y los contactos puedan aislarse y guardar cuarentena sin que ello les suponga a ellos o a sus familiares un perjuicio irreparable. Si se adoptan las medidas de control necesarias para mantener la transmisión en niveles aceptables, podremos evitar un nuevo colapso del sistema sanitario y sus desastrosas consecuencias.

En caso contrario, la COVID-19 seguirá ocasionando sufrimiento, enfermedad y muertes hasta que alcancemos la inmunidad de grupo, que todavía está lejos, con o sin vacunas. Mientras tanto, tendremos que vivir confinamientos recurrentes, en una espiral endemoniada que dejará muchas más víctimas por el camino.