

Público

POR QUÉ LA MORTALIDAD POR CORONAVIRUS EN ESPAÑA ES DE LAS MAYORES DEL MUNDO

Vicenç Navarro

Catedrático de Ciencias Políticas y Políticas Públicas

Universitat Pompeu Fabra, Profesor de Política Social y Sanitaria de la

Escuela de Salud Pública de la Johns Hopkins University y

Director del JHU-UPF Public Policy Center

8 de abril de 2020

Estamos siendo testigos de la propagación de la pandemia a nivel mundial y un hecho que llama la atención es que **la tasa de mortalidad debida a esta enfermedad varía mucho incluso entre países de semejante nivel de desarrollo económico** (es decir, entre países considerados como países ricos, como son los países de la Europa Occidental y América del Norte). ¿A qué se deben estas diferencias?

Antes de responder a esta pregunta, tenemos que explicar primero **qué se entiende por tasa de mortalidad debida al coronavirus**, expresión muy utilizada tanto en el debate político como en los principales medios de información del mundo occidental. **Una manera de definirla es tomando el porcentaje de toda la población que muere como consecuencia de tener la enfermedad causada por tal virus.** Esta tasa se calcula poniendo el número de muertes causadas por el virus en el numerador, y el número de personas que viven en el país en el denominador. De ahí que cuando se calcula la tasa de mortalidad siguiendo esta fórmula, **la composición demográfica de esta población sea de especial importancia, pues al saberse que los ancianos son más vulnerables que los jóvenes a caer enfermos y morir a causa de este virus, se concluye que las sociedades más envejecidas** (es decir, con un porcentaje mayor de ancianos en la población) **tendrán tasas de mortalidad más altas que los países con poblaciones de edades más jóvenes.** De ahí que se haya utilizado este argumento frecuentemente para **explicar la elevada tasa de mortalidad debida al virus en España (e Italia).**

Ahora bien, tal argumento pierde peso cuando vemos que **Alemania, que tiene una composición demográfica parecida a la española (son dos sociedades envejecidas) tiene una de las tasas de mortalidad por coronavirus más bajas del mundo**

(actualmente hay 17 muertos por cada millón de habitantes, por 265 en el caso español, una de las cifras más elevadas del mundo desarrollado). De ahí que la explicación demográfica no sea suficiente o no sea satisfactoria para explicar lo que nos preguntábamos al principio del artículo.

Qué otras causas podrían explicar la mortalidad tan alta en España

Otra manera de analizar la mortalidad de una enfermedad es calcular el porcentaje de personas contagiadas por el virus que mueren, lo que se conoce como “tasa de letalidad”. En este cálculo el numerador de la tasa sigue siendo el número de fallecidos, pero el denominador es el número de contagiados y no habitantes. **Y el problema grave es que la gran mayoría de países no disponen de este dato, el número real de contagiados.** Las cifras que se utilizan son meras estimaciones, y varían según el modelo estadístico que se utilice. **La realidad es que no ha habido ningún país que haya hecho pruebas diagnósticas a toda la población, aunque Corea del Sur y Alemania son los países que han conseguido mayores porcentajes de cobertura en la detección del virus. China lo ha conseguido para algunas provincias. Por lo demás, hay una enorme diferencia en cuanto a las estimaciones que se hacen entre los países.**

Este dato, sin embargo, es de gran importancia, pues puede asumirse que, a menor el número de gente contagiada, menor debería ser la tasa de mortalidad. Este supuesto es lo que sostiene toda la estrategia del confinamiento, enfocada en aumentar el distanciamiento social y, con ello, el riesgo de contagio. Esta medida es necesaria para contener la pandemia, pero no es suficiente, pues es imposible tener confinada a toda la población. **No todas las personas en una sociedad pueden “tener el lujo” de confinarse. Muchos deben continuar trabajando en los servicios esenciales para la sociedad** –que incluyen, entre muchos otros, los servicios sanitarios y sociales, las industrias de la energía, el transporte público y de mercancías, los trabajadores agrícolas, y un largo etcétera–. **En realidad, si tomamos la clasificación de las actividades esenciales decretadas por el gobierno español mediante el Estado de Alarma, casi el 35% de la población ocupada en una situación normal está empleada en estos sectores.**

Pero **otra razón para no limitarse a confinar a la población es que controlar la expansión de la pandemia y reducirla no es equivalente a que desaparezca.** De hecho, el peligro de contagio continuará, lo cual requerirá que las medidas preventivas para evitar el contagio deban prolongarse durante un largo período, incluyendo la

utilización, por ejemplo, de mascarillas y guantes por parte no solo de personas contagiadas, sino también de no contagiadas. **De ahí la enorme importancia de que existan servicios preventivos, así como curativos, que permitan prevenir el contagio y curar la enfermedad, una de las condiciones más importantes para resolver el problema de las pandemias.**

Uno de los determinantes más importantes de la tasa de mortalidad: los servicios de prevención y curación sanitarios y sociales

Existe bastante información sobre la importancia del impacto de los servicios preventivos y curativos para explicar la variabilidad en la tasa de mortalidad. La existencia de servicios y materiales que puedan prevenir el contagio de la enfermedad, tales como mascarillas, batas, guantes y otros, **así como de servicios y materiales que puedan curarla**, como respiradores, número de profesionales y camas hospitalarias disponibles en las unidades de cuidados intensivos, **juegan un papel clave para determinar la tasa de mortalidad del Covid-19. Y es en esta variable donde sí que se encuentran grandes diferencias entre países, lo que explica en gran parte la mortalidad diferencial. El mejor ejemplo de ello son los tres países (Italia, España y ahora EEUU) que tienen mayores tasas de mortalidad a causa del virus en el mundo desarrollado.**

Estos países son los que han tenido una mayor propagación del contagio y los que tienen un menor desarrollo de los servicios públicos de sanidad y servicios sociales, incluyendo una mayor escasez de material protector y material curativo para atender la pandemia. Son también estos países los que tienen mayor porcentaje de profesionales y trabajadores de sanidad, servicios sociales y servicios esenciales contagiados por el virus. Los datos son contundentes.

El caso español es un claro ejemplo de ello. En realidad, el gasto público sanitario y social es de los más bajos de la Europa occidental, muy por debajo de lo que le correspondería por su nivel de desarrollo económico, creando una pobreza de recursos que se ha acentuado todavía más con los recortes aplicados por los sucesivos gobiernos españoles durante la época de la Gran Recesión. Según datos de la *Global Health Expenditure Database* (de la Organización Mundial de la Salud), entre 2009 y 2017 el gasto público sanitario gubernamental como porcentaje del PIB descendió en España de un 6,4% a un 5,9%, y en Italia de un 7% a un 6,5%, mientras que en EEUU –punto de inspiración del modelo neoliberal– apenas creció de un 4,2% a un 4,5%, con una cobertura sanitaria muy limitada, con casi 30 millones de estadounidenses sin protección sanitaria; por otro lado, según

datos de la OCDE, entre 2008 y 2016 España redujo sus camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes de 3,2 a 2,97, Italia de 3,79 a 3,17 y los Estados Unidos de 3,13 a 2,77. Aquí en Catalunya, los recortes del gasto público sanitario fueron de los más acentuados en España y en la UE-15. Se recortaron 1.500 millones de euros, y se eliminaron 1.100 camas hospitalarias, reducciones que han afectado muy en particular a las clases populares, todo ello mientras se reducían los impuestos de sucesiones y de patrimonio para las clases de renta superior.

Los condicionantes políticos de la pandemia: las políticas de austeridad del gasto público social

Y es ahí donde las políticas públicas aplicadas por los gobiernos, que han creado estas situaciones de escasez, se rebelan como muy importantes para explicar su elevada mortalidad. La evidencia científica muestra que tales políticas públicas han debilitado enormemente la capacidad de respuesta a la pandemia, jugando un papel clave tanto en su propagación como en su escasa contención y en su deficiente abordaje. **Ni que decir tiene que han intervenido otros factores. Se ha subrayado en España, por ejemplo, la gran descentralización de la gestión y parte de la financiación sanitaria en las CCAA,** lo cual ha dificultado la respuesta unitaria frente a la pandemia, necesaria para

la adquisición a nivel internacional de los materiales (como respiradores y mascarillas) que todas las CCAA necesitan. **Y más concretamente, la descentralización en la compra, compitiendo cada CCAA por la adquisición de este material,** lo que ha debilitado la resolución de tal déficit. **En EEUU, esta descentralización de la compra de tales productos ha causado también un enorme problema, forzando una competitividad que ha beneficiado al productor a costa del comprador de los materiales necesitados. Pero esta descentralización (y falta de coordinación) ha sido más un factor contribuyente que no determinante en los problemas de escasez de material, pues el problema común de todas las CCAA es la escasa financiación de los sistemas sanitarios, acentuada todavía más por los enormes recortes de gasto público sanitario** llevados a cabo por los gobiernos anteriores al que lidera ahora la respuesta a la pandemia. **Querer responsabilizar al gobierno de coalición actual de la elevada mortalidad es injusto y sectario en extremo, hasta el punto de poderse calificar de cinismo, cuando no incoherencia, pues muchos de los acusadores son políticos pertenecientes a las formaciones conservadoras y liberales responsables de las políticas de austeridad, con los recortes de gasto público sanitario más acentuados en la UE-**
15.

La mayor parte de la investigación sobre la pandemia se ha basado, como era lógico, en el entendimiento de sus orígenes y de su expansión, dando gran relevancia a los estudios epidemiológicos, muy necesarios. **Sin embargo, estos estudios deberían incluir también factores políticos, sociales y culturales que son determinantes para entender la variabilidad en los niveles de mortalidad.** Y son estos factores los que suelen ignorarse en los análisis académicos, aunque ya se empiezan a tener en cuenta. **Y una pregunta que se están haciendo millones de españoles es: ¿cómo puede ser que un país tan rico como España tenga un gasto público social y sanitario tan bajo (uno de los más bajos de la UE-15)?**

La escasez de recursos crea una dualidad en la sanidad española (pública y privada) que explica, en parte, dicha escasez de recursos públicos

Si nos fijamos en las tasas de personas contagiadas por Covid-19 por clase social, vemos que el factor “clase social” tiene una gran importancia para conocer la distribución de tal pandemia. Las clases más afectadas son las clases populares, donde la tasa de infección es más alta, siendo la existente entre las clases medias de renta media-superior menor, y entre las clases pudientes mucho más inferior. Dos son los factores que explican esta situación. Uno es que **el confinamiento**

preventivo es más común entre las dos últimas clases sociales que entre las primeras. Amplios sectores de las clases trabajadoras (incluidos gran parte de los trabajadores de los sectores esenciales, como sanidad, servicios sociales, servicios de transporte público y privado, correos y sectores industriales de sectores clave) **son empleados con trabajos manuales que no pueden realizarse desde el domicilio. Ello dificulta, cuando no imposibilita, el confinamiento.**

Otro factor a tener en cuenta son las características del vecindario y de la vivienda, que suele ser de dimensiones más reducidas entre las clases trabajadoras que entre las clases medias y clases pudientes. **De ahí que, en todos los estudios sobre la propagación de la enfermedad, se ha visto que esta está mucho más extendida en los barrios obreros que en los barrios de clase media, siendo los barrios pudientes los que tienen menor índice de contagio. Así, en Barcelona, por ejemplo, excepto en un distrito (Ciutat Vella), la incidencia de la enfermedad (número de infectados por Covid-19 por cada 100.000 habitantes) es mayor en los distritos obreros como Nou Barris -235- y Sant Andreu -207- (que tienen un nivel de renta familiar disponible del 55% y el 75% de la renta media de Barcelona) que en los distritos de clase media como el Eixample -160- y Les Corts -124- (que tienen el 122% y**

137%, respectivamente, del nivel de renta media de Barcelona), y mucho menos que en el distrito pudiente de Sarrià-Sant Gervasi -87- (con un 182% del nivel de renta media de Barcelona). Hay una relación inversamente proporcional entre nivel de renta e incidencia del Covid-19. A mayor la primera, menor la segunda. Esta situación es extrapolable a otras ciudades españolas. Ello justifica que los gobiernos municipales progresistas, como el de Barcelona, den prioridad a los barrios populares, que es donde se centra y se expresa con mayor intensidad la pandemia.

Esta situación se debe al enorme poder que tiene el 20% de la población con un elevado nivel de renta sobre las instituciones del Estado (sea a nivel central o autonómico), poder que ha llegado incluso a negar, en su discurso, la existencia de la "clase trabajadora", un término casi olvidado en el lenguaje político y mediático del país, pues se supone que ha desaparecido o se ha convertido en clase media. Este enorme poder político y mediático explica la dualidad de la sanidad española, con el 20% de la población recurriendo a la asistencia sanitaria privada y el 80% restante a la pública, enormemente subfinanciada. Pero esta dualidad perjudica también al mismo 20% de renta superior, como la pandemia está mostrando. La sanidad privada, que es más *user friendly* (con menos tiempo de

espera y otras ventajas y beneficios), es, sin embargo, de menos calidad que la pública, debido a tener mayores carencias profesionales, como lo atestigua que las propias clínicas privadas transfieran sus pacientes a la pública cuando están gravemente enfermos. Y **las grandes limitaciones de la sanidad privada han quedado en evidencia con esta pandemia, ya que está menos equipada para resolver problemas tan graves como los generados ahora.** De ahí que este 20% se haya visto perjudicado, incluso con muertes. **Sería bueno para el país que este 20% se diera cuenta de que la insolidaridad del sistema dual no es buena, ni siquiera para ellos. Lo que el país necesita es tener un sistema sanitario público que sirva a toda la población con los recursos necesarios para atender a las situaciones excepcionales como la actual. Pero ello requiere un gasto público sanitario mucho mayor que el que hay hoy. Bajar los impuestos (la tradicional respuesta de los grupos conservadores y liberales) debilita el establecimiento de esta sanidad pública de calidad, algo que perjudica incluso a aquellos ricos que creen que pagando menos impuestos y yendo a la privada resuelven sus problemas. Hacer, pues, recortes en la sanidad pública como se hizo en España durante la Gran Recesión es incluso suicida para las clases pudiente. Así de claro.**