

Utilización de hospitales y mortalidad por la COVID-19 en la Comunidad de Madrid, Navarra y Comunidad Valenciana

Agosto 2020- Enero 2021

Documento de trabajo no. 5, ActuarCOVID

30 de enero de 2021

Contenido

¿En qué punto de la tercera ola nos encontramos?	2
¿Qué explica la situación incontrolada de la epidemia de Madrid?	3
La utilización de los recursos hospitalarios en las Comunidades de Madrid, Navarra y Comunidad Valenciana.....	4
La mortalidad durante las primeras semanas de la tercera ola en la Comunidades de Madrid, Navarra y Comunidad Valenciana.....	9
Valoración de riesgo y nivel de alerta.....	11
¿Hacia dónde nos dirigimos?	13
Recomendaciones.....	14

¿En qué punto de la tercera ola nos encontramos?

A 28 de enero de 2021 varios expertos han anunciado que hemos llegado al pico de la incidencia de la tercera ola e incluso iniciado un descenso. Al considerar el Estado español como un todo homogéneo, se ignora que en el Estado de las autonomías existen diferentes políticas sanitarias que se han puesto de manifiesto con la gestión de la pandemia COVID-19 que influyen en el perfil de las diferentes olas epidémicas, en la ocupación de recursos hospitalarios y en la mortalidad.

Globalmente, y si consideramos al Estado español, estamos en la fase ascendente de la tercera ola. Sin embargo, las curvas epidémicas tendrán formas diferentes en cada CC.AA. como ya ocurrió en las olas anteriores. La velocidad de propagación de la pandemia depende en gran medida de la preparación para afrontar una pandemia de los servicios de Salud Pública y del sistema de servicios sanitarios en cada CC. AA.

En este documento demostramos la estrecha relación entre la gestión epidemiológica y sanitaria de la pandemia, el colapso hospitalario y la mortalidad en tres CC. AA.: Madrid, Navarra y Comunidad Valenciana.

Mediante el análisis de los datos de las actualizaciones del Ministerio de Sanidad desde el 20 de agosto de 2020 al 21 de enero de 2021, demostramos que Madrid se ha mantenido en alerta máxima la mayor parte de este tiempo. La alerta máxima se define como una incidencia superior a 250/ 100 000, un porcentaje mayor que el 15% de camas hospitalarias ocupadas por pacientes COVID y un porcentaje mayor que el 25% de camas de cuidados intensivos ocupadas por pacientes COVID. **En las 23 semanas analizadas, la Comunidad de Madrid ha mantenido niveles de alerta máxima en 15 semanas (el 65% del periodo estudiado) , mientras que Navarra y la Comunidad valenciana han sido 8 (no llega a un tercio del tiempo) y 6 semanas (no llega a un cuarto del tiempo), respectivamente.**

En referencia a la mortalidad, los fallecidos de la Comunidad de Madrid representan entre el 22% y el 38% de los fallecidos en España, aunque en esa Comunidad solo residen el 14% de los españoles. En un documento previo cuantificamos la alta mortalidad de Madrid y recomendamos buenas prácticas para reducirla. Durante el año 2020 los hombres madrileños tuvieron una mortalidad por COVID cuatro veces mayor que los hombres en la Comunidad Valenciana y que el riesgo de morir por COVID de las mujeres madrileñas fue tres veces mayor que el de las valencianas (ver [aquí](#))

Navarra y la Comunidad Valenciana han afrontado grandes retos frente al COVID en la primera y segunda ola. Navarra manejó con relativa rapidez la primera ola en las residencias de personas mayores y la segunda ola en los campos con trabajadores temporeros. Todavía no se observa el control de la tercera ola en Navarra. La Comunidad Valenciana tuvo brotes y transmisión comunitaria en la primera y segunda olas pero no sufrió colapsos hospitalarios. Aunque la

Comunidad Valenciana se cerró durante las Navidades y las limitaciones a la movilidad y a la hostelería fueron incluso más exigentes que las adoptadas en la mayoría de CC.AA., estas medidas fueron insuficientes para evitar un gran aumento de la incidencia . En consecuencia, se han saturado los hospitales en la tercera ola. Sin embargo, la Comunidad Valenciana ha reaccionado con rapidez y ya está descendiendo su curva de incidencia.

En Madrid la incidencia ha disminuido levemente durante la última semana de enero pero el colapso de los hospitales ya se está produciendo por la alta ocupación de camas de hospital y camas de críticos y por la insuficiencia del personal sanitario. La solución que preconiza el gobierno de la Comunidad de Madrid es transferir a los médicos y enfermeras desde la atención primaria a los hospitales y derivar los enfermos desde los hospitales públicos al nuevo hospital de pandemias, como ya hicieron con el IFEMA, y a los hospitales privados. La factura del contribuyente aumenta (véase la orden de 64/021 del 27 de enero de 2021 de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad) y las defunciones en Madrid siguen ocupando el primer lugar entre las CC. AA. del Estado español (ver [aquí](#)). Estos son daños colaterales. La prioridad de esta política sanitaria se cumple: el negocio del sector privado con la sanidad madrileña sigue creciendo.

¿Qué explica la situación incontrolada de la epidemia de Madrid?

Durante los últimos veinticinco años, en la Comunidad de Madrid se ha implementado un modelo de progresiva privatización de la sanidad pública. El informe *El papel del sector privado en la sanidad pública madrileña* realizado por Audita Sanidad demuestra que el 49,4% del presupuesto de la Consejería de Sanidad en el año 2018 fue dedicado a la contratación de bienes y servicios privados (ver [aquí](#)) La mayor parte del restante 50.6% se dedica a pagar los sueldos del personal sanitario de la Consejería de Sanidad y solo quedan 700 000 euros para gestión directa.

La prioridad del gobierno actual de la Comunidad de Madrid y de su Consejería de Sanidad es dar al sector privado aquellas prestaciones que produzcan rentabilidad. Se favorece la construcción de hospitales y el uso de alta tecnología. Se promueve que la población se haga pruebas diagnósticas de baja sensibilidad, que dan un falso sentimiento de seguridad ya que no están diseñadas para el cribado masivo de la COVID-19.

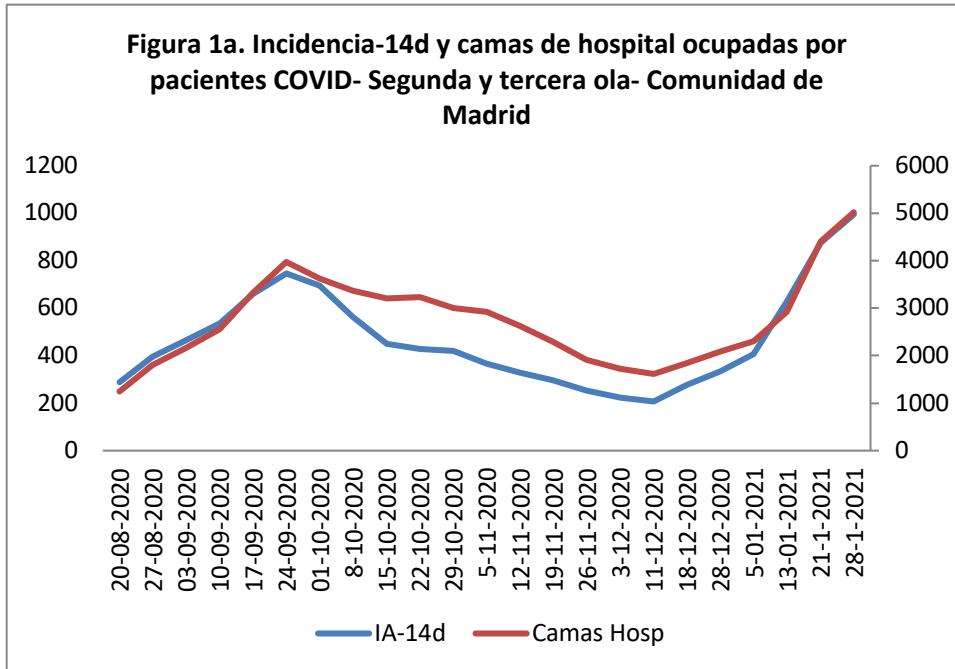
No se rinden cuentas sobre cómo se han gastado los 3 500 millones de euros que el gobierno central transfirió a la Comunidad de Madrid para luchar contra la pandemia. No se han documentado mejoras en el rastreo de contactos, la prevención y el control de los brotes epidémicos en diferentes ámbitos, el diagnóstico precoz en la Atención Primaria. Los indicadores de los informes semanales de ActuarCOVID sobre las buenas prácticas no experimentaron cambios en octubre y noviembre en plena segunda ola (ver [aquí](#) y [aquí](#))

A las autoridades de Madrid no parece interesarles invertir en infraestructuras y personal de atención primaria y salud pública, aunque estos sean los pilares principales para la prevención y el control de la pandemia. Ni reducir la incidencia mediante amplias actividades de rastreo y detección precoz en atención primaria. Sin embargo, es precisamente con la prevención y el control como se reduce la incidencia y se minimiza la mortalidad. Construir hospitales y dar cuidados intensivos a una población siempre creciente de enfermos graves no es la estrategia acertada para proteger la salud de la población, sino para aumentar el negocio de las empresas que viven de la contratación pública de servicios privados.

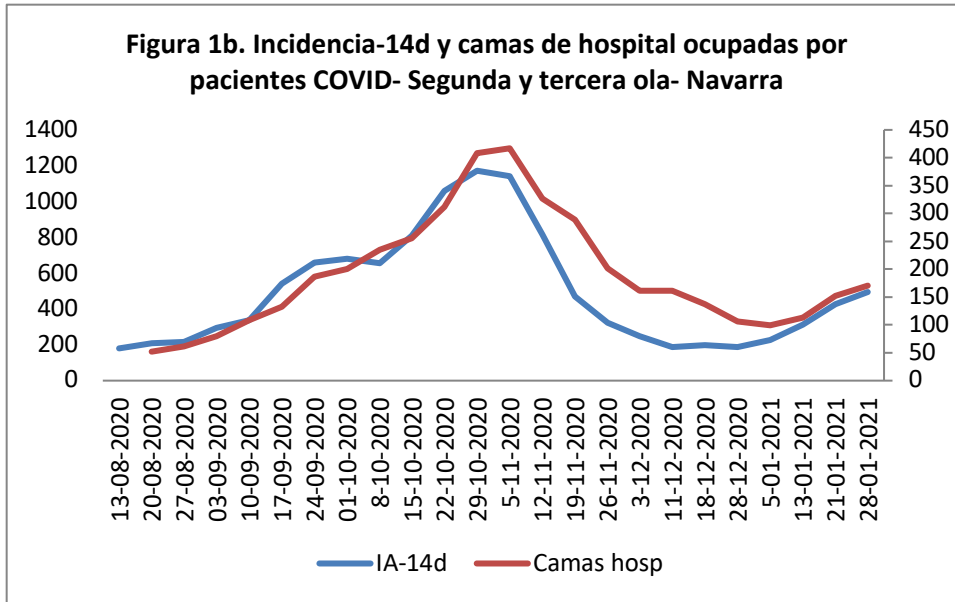
En las siguientes páginas de este informe se hace un análisis detallado y riguroso de las afirmaciones anteriores. Utilizando los métodos habituales de la epidemiología descriptiva se describe la extensión de la epidemia, y se especifica la relación entre los fenómenos en estudio: incidencia, utilización de hospitales y mortalidad, comparando la Comunidad de Madrid, Navarra y la Comunidad Valenciana.

La utilización de los recursos hospitalarios en las Comunidades de Madrid, Navarra y Comunidad Valenciana.

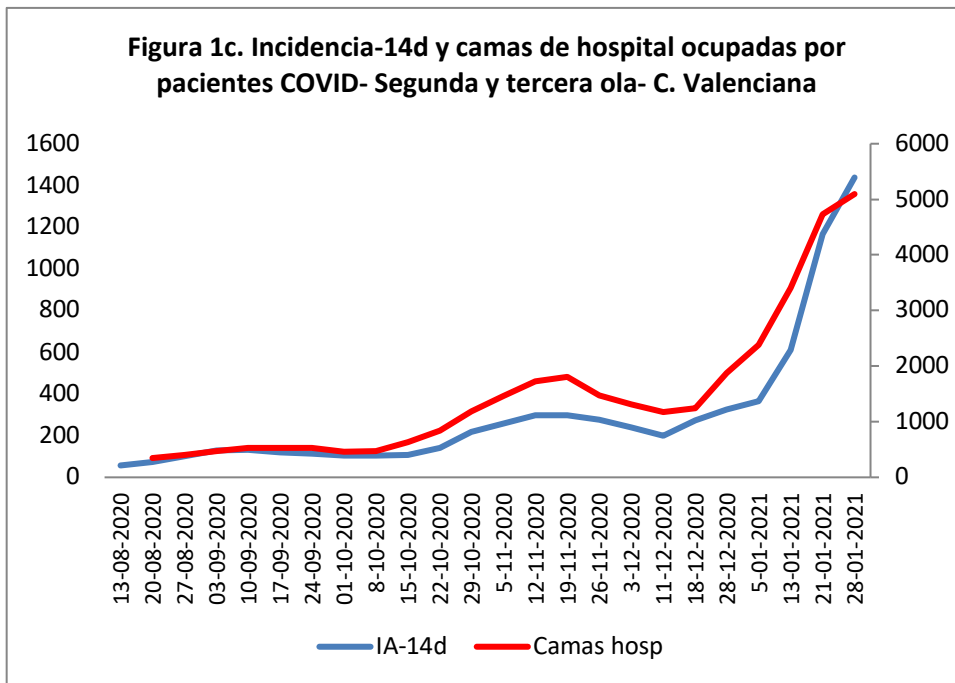
A fines de enero estamos inmersos en la tercera ola, en parte debido a la irresponsabilidad política de querer salvar la Navidad y a una insuficiente percepción de riesgo de la ciudadanía. En las siguientes figuras presentamos la situación de las tres CC.AA. que consideramos en el documento previo sobre la mortalidad por COVID-19: Madrid, Navarra y Comunidad Valenciana. Vemos en primer lugar cómo ha variado la incidencia acumulada en 14 días desde agosto hasta la fecha y cómo se relaciona con la variación en la utilización de camas de hospital. Figuras 1a, 1b, y 1c.



En Madrid, el pico de la segunda ola se produjo a finales de septiembre, cuando se alcanzó una IA-14d de 800/100 000, que disminuyó lentamente hasta un mínimo de 200/100 000 a primeros de diciembre. A partir de ahí la incidencia empieza a subir de nuevo y se dispara a partir del 5 de enero, sin que haya todavía señales de un cambio de tendencia. El 28 de enero, la incidencia a los 7 días(474/100 000) fue casi la mitad de la incidencia a los 14 días (995/100 000), y eso sin contar con los retrasos de notificación, lo que indica que no hemos alcanzado el pico de la tercera ola. En la segunda ola el uso de camas de hospital por enfermos COVID-19 siguió la evolución de la incidencia, pero después del pico de 3600 camas ocupadas, la tendencia decae más lentamente que la de la incidencia, desplazando a enfermos con otras patologías. No se consigue regresar a una ocupación inferior a la que se tenía en agosto. En la tercera ola, la tendencia ascendente ha llegado a una infección activa del 1% (IA-14d de 995/100 000) y a ocupar 5021 camas de hospital el 28 de enero de 2021.



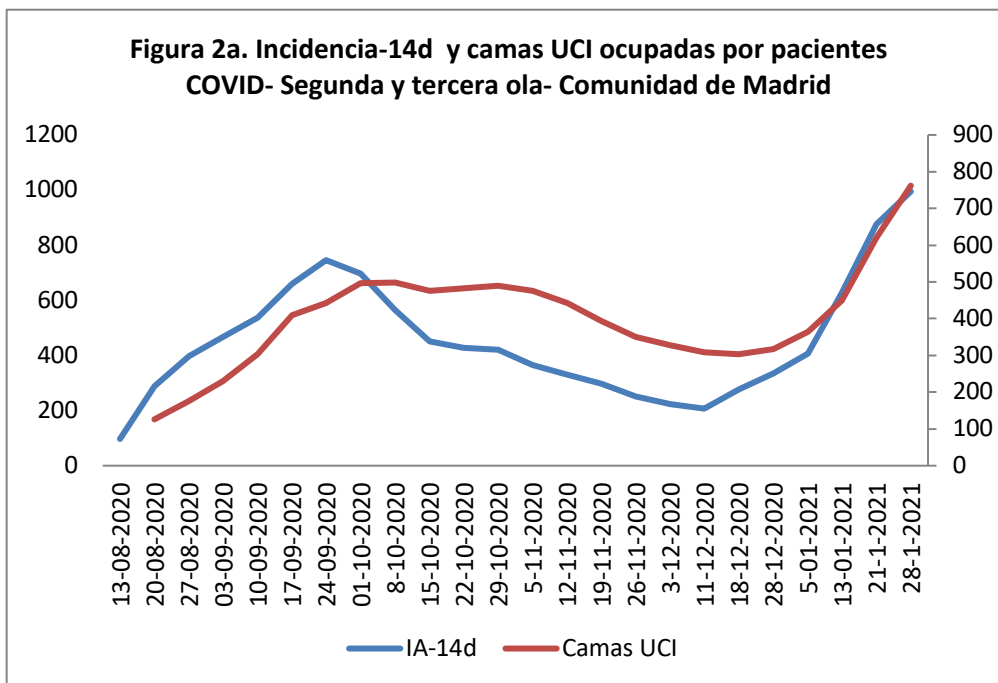
En Navarra el pico se produjo a fines de noviembre, con 1140 casos de IA-14d y 417 camas ocupadas por pacientes COVID. Las cifras cayeron durante un mes, pero ya se observa el aumento de la tercera ola. La ocupación hospitalaria sigue la tendencia de la IA-14d.



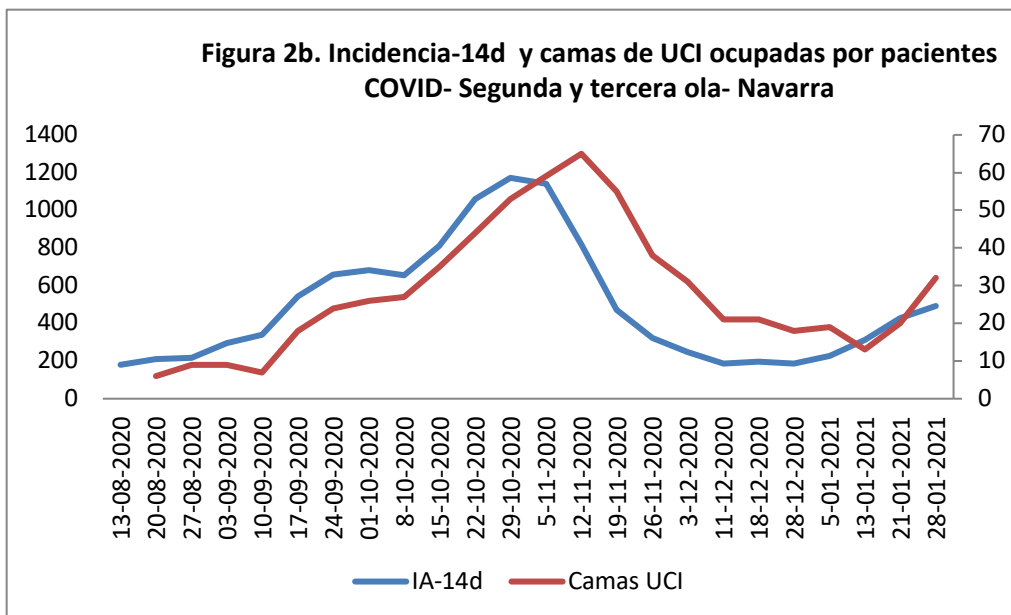
En la Comunidad Valenciana, después de una segunda ola relativamente controlada con IA-14d máxima de 300/100 000 y un máximo de 1812 camas utilizadas por pacientes COVID-19, la tercera ola está siendo más intensa, habiéndose alcanzado una IA-14d de 1438/100 000 y una ocupación de 5 095 camas por pacientes COVID.

Las curvas epidémicas y la utilización de camas de hospital difieren en las tres CC.AA. examinadas. Se corresponden con las políticas sanitarias frente al COVID adoptadas después de la terrible primera ola.

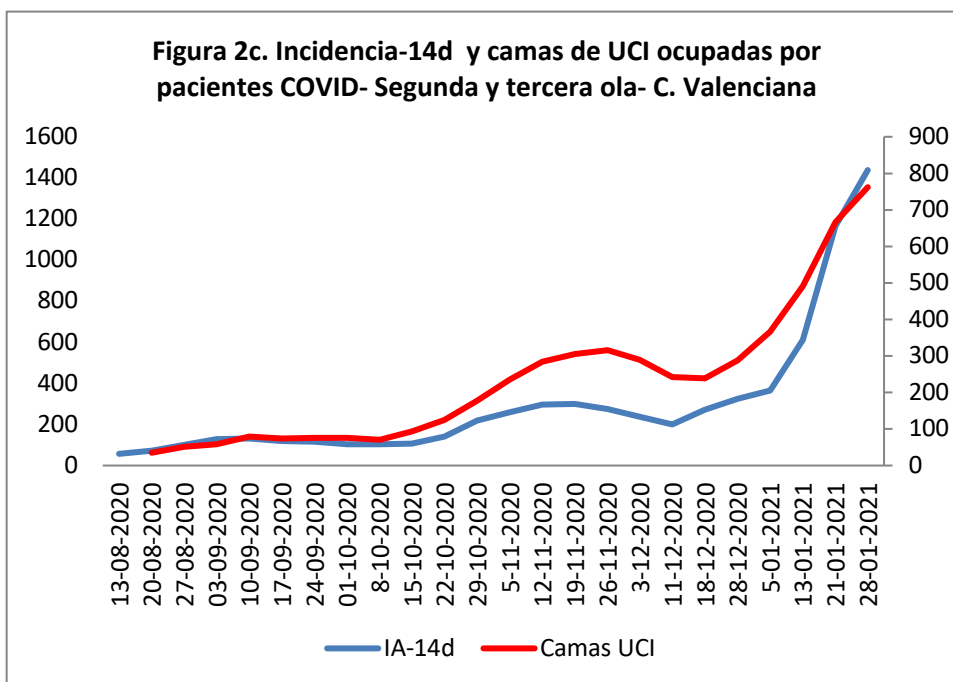
Veamos ahora la utilización de camas UCI por pacientes COVID-19 en relación con la IA-14d.



En Madrid, el pico de incidencia de la segunda ola originó una ocupación extrema de las camas de UCI, alcanzando 500 camas UCI por pacientes de COVID-19 a primeros de octubre. La alta ocupación de camas UCI- se prolongó durante varias semanas y descendió a primeros de diciembre hasta 300 camas, que supone el 25% de todas las camas UCI y el 50% de las estructurales, ambos indicadores todavía en niveles de alerta. La tercera ola ha llevado a una IA-14d de 995 /100 000 y una ocupación de 724 camas UCI el 28 de enero.



En Navarra, la ocupación de camas UCI por pacientes de COVID-19 sigue la tendencia de la curva epidémica y baja rápidamente hasta las 20, para volver a subir en el inicio de la tercera ola.

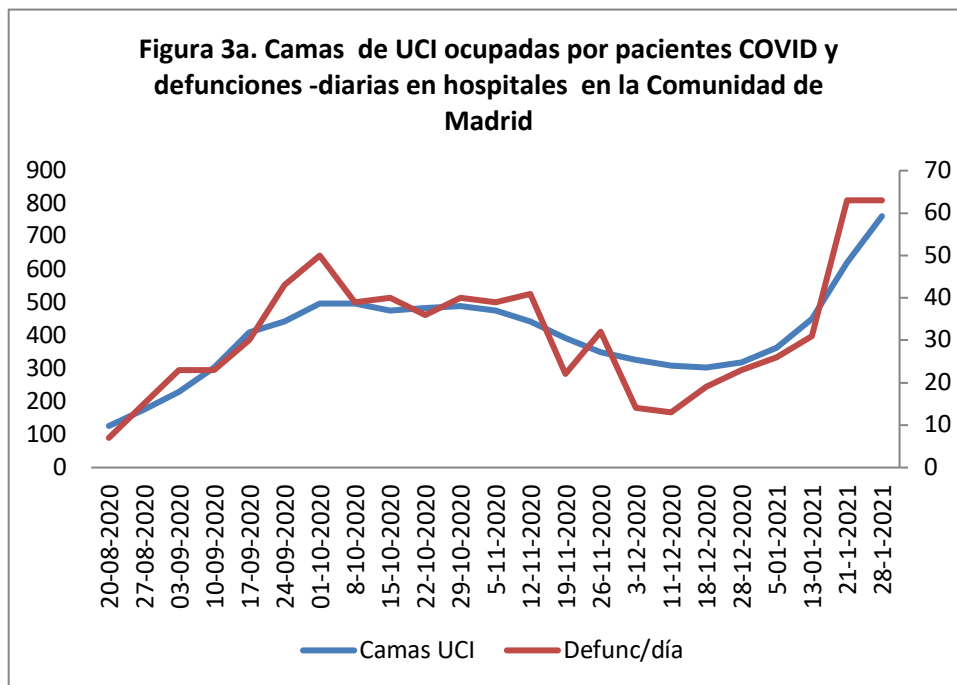


En Valencia se observa el alcance relativamente bajo de la segunda ola y se dispara la ocupación de camas UCI por pacientes de COVID-19 hasta una ocupación extrema de 762 camas de UCI el día 28 de enero, en el ascenso de la tercera ola.

La mortalidad durante las primeras semanas de la tercera ola en la Comunidades de Madrid, Navarra y Comunidad Valenciana.

En las tres figuras siguientes se relaciona la mortalidad con la ocupación de las UCI. La utilización de camas de UCI es un indicador riguroso de la cantidad de pacientes graves, cuya situación clínica requiere cuidados intensivos, con un elevado riesgo de morir.

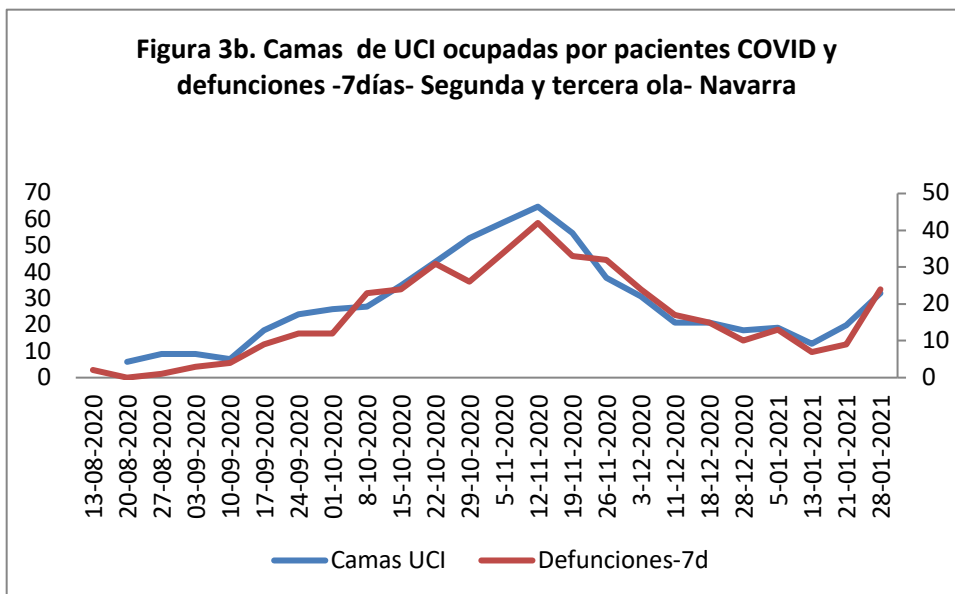
Una buena gestión sanitaria evitaría que los pacientes progresaran a la gravedad, en primer lugar, reduciendo la incidencia y en segundo lugar, con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado en atención primaria.



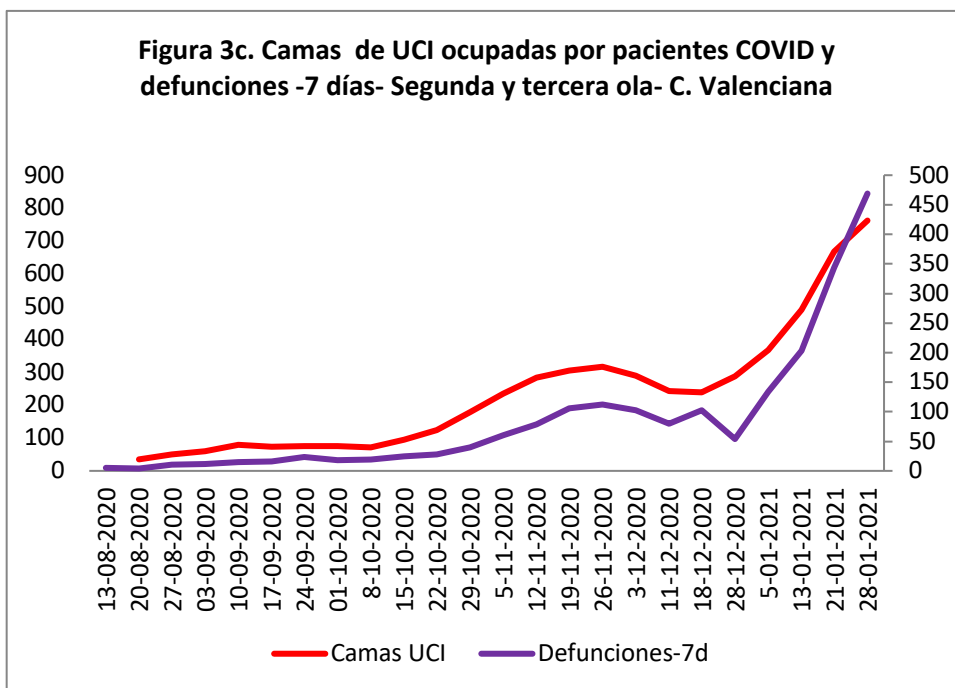
En la

Comunidad de Madrid se mantuvieron cerca de 500 camas de UCI ocupadas durante varias semanas en la segunda ola. En la tercera ola, se ha llegado ya a la ocupación de 762 camas de cuidados intensivos, el 140% de las estructurales y el 52% del total. Esto se puede calificar de colapso sanitario.

Las defunciones por COVID-19 también aumentan, se registraron 63 defunciones el 28 de enero en los hospitales de Madrid según la sanidad mortuoria. Los profesionales sanitarios están agotados por la situación que se arrastra desde la segunda ola y solo soportan las duras condiciones de trabajo por su gran profesionalidad y a pesar de la precariedad de sus condiciones laborales (temporalidad, bajos sueldos, carencia de recursos y amenazas de despido si no aceptan voluntariamente el traslado al Hospital Zendal cuando se les requiere hacerlo).



En Navarra, la curva de defunciones sigue muy estrechamente la tendencia del número de camas ocupadas en las UCI. Se alcanza un máximo de 47 camas, lo que corresponde al 37% de camas UCI, que desciende tan rápidamente como la incidencia. Se inicia la tercera ola.



En la Comunidad Valenciana, todo lo que se había hecho bien durante la primera ola se vino abajo, quizás por las interacciones sociales en los comercios y las fiestas navideñas. La figura muestra como se ha pasado de una situación controlada durante la segunda ola a más del doble de esa utilización el día 28 de enero, alcanzando 469 defunciones en los últimos 7 días.

Valoración de riesgo y nivel de alerta

En el documento del Ministerio de Sanidad titulado *Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión COVID-19* se publica una tabla de indicadores para la valoración de riesgo. De ellos, hemos seleccionado los tres que están disponibles en las actualizaciones diarias del Ministerio y se pueden comparar entre CC. AA.: la incidencia acumulada en los últimos 14 días, el porcentaje de ocupación de camas de hospital por pacientes COVID-19 y el porcentaje de utilización de camas de cuidados críticos y los hemos calculado para las semanas desde el 20 de agosto de 2020 al 28 de enero de 2021 en las Comunidades de Madrid, Navarra y Valencia.

En la tabla 1 se muestra el número de semanas en las que se ha alcanzado cada uno de los niveles de riesgo en función de la incidencia acumulada de 14 días en las tres CC. AA. durante las 23 semanas analizadas.

Tabla 1. Número de semanas según valoración de riesgo de incidencia

Incidencia acumulada en últimos 14 días	Madrid	Navarra	Comunidad Valenciana
Normal (<25/100 000)	0	0	0
Bajo (de 25 a ≤50/100 000)	0	0	0
Medio (de 50 a ≤150 /100 000)	0	0	10
Alto (de 150 a ≤250 /100 000)	2	7	3
Muy alto (más de 250/100 000)	21	16	10

En ninguna de las CC. AA. se observó una incidencia baja en ese periodo. . En la Comunidad Valenciana se mantuvieron niveles medios durante 10 semanas. En Madrid la incidencia fue muy alta durante 21 de las 23 semanas

En la tabla 2 se muestra el número de semanas en las que se ha alcanzado cada uno de los niveles de riesgo en función de las camas de hospital ocupadas por pacientes COVID-19 en el periodo de estudio.

Tabla 2. Número de semanas según la valoración de riesgo según % de camas de hospital con pacientes COVID-19

% de camas con pacientes COVID	Madrid	Navarra	Comunidad Valenciana
Normal (<2%)	0	0	0
Bajo (>2% - ≤ 5%)	0	3	8
Medio (>5% a ≤10%)	3	4	4
Alto (>10% a ≤15%)	9	10	5
Muy alto (>15%)	11	6	6

En ninguna de las CC. AA se observó el nivel de ocupación más bajo, pero en la Comunidad Valenciana, durante 8 de las 23 semanas la ocupación de camas por pacientes de COVID-19 fue

baja, inferior al 5%. En Madrid, durante 11 de las 23 semanas la ocupación se situó en el nivel máximo, superior al 15%. En Navarra y en la Comunidad Valenciana esto ocurrió en 6 semanas.

En la tabla 3 se muestra el número de semanas en las que se ha alcanzado cada uno de los niveles de riesgo en función de la valoración de riesgo en porcentaje de camas UCI ocupadas por pacientes COVID-19 en el periodo de estudio. En la Comunidad de Madrid se superó el valor crítico del 25% en 15 de las 23 semanas de observación. Esto ocurrió en siete semanas en Navarra y en cinco en la Comunidad Valenciana. En el otro extremo de la distribución, en Madrid hubo una semana con ocupación de camas UCI inferior al 10%, en Navarra esto ocurrió en cuatro semanas y en la Comunidad Valenciana en nueve.

Tabla 3. Número de semanas según la valoración de riesgo: % de camas UCI con pacientes COVID-19

% de camas con COVID-19	Madrid	Navarra	Comunidad Valenciana
Normal (<5%)	0	1	3
Bajo (>5% - ≤10%)	1	3	6
Medio (>10% a ≤15%)	1	4	1
Alto (>15% a ≤25%)	6	7	7
Muy alto (>25%)	15	8	6

Se puede concluir que la valoración de riesgo en Madrid ha sido alta o muy alta la mayor parte del tiempo considerado tanto el indicador de transmisión de la epidemia como el uso de recursos hospitalarios.

Combinando el indicador de incidencia y de utilización de recursos hospitalarios, se establecen tres niveles de alerta:

- Bajo: Ni la incidencia ni la utilización de hospitales son altas.
- Medio: La incidencia es alta (más de 150/100 000) y la utilización de camas de hospital o la utilización de camas UCI son altas.
- Alto: La incidencia es alta y hay alta utilización de camas en los hospitales o máxima ocupación de camas UCI.

Tabla 4. Número de semanas según niveles de alerta

Alerta	Significado del nivel de alerta	Madrid	Navarra	C. Valenciana
Baja	IA-14 días baja o baja utilización de camas o de UCI	1	8	10
Media	IA-14 días alta y alta utilización de camas o de UCI	7	7	7
Alta	IA-14 días alta y utilización extrema en camas UCI	15	8	6

En las 23 semanas analizadas, la Comunidad de Madrid ha mantenido niveles de alerta máxima en 15 semanas, mientras que en Navarra y la Comunidad Valenciana, han sido 8 y 6 semanas respectivamente. En alerta baja, Madrid estuvo una semana, Navarra 8 y Comunidad Valenciana 10. Estos datos **documentan la enorme carga laboral que han soportado los profesionales sanitarios del Servicio Madrileño de Salud** debido a la mala gestión de la pandemia.

¿Hacia dónde nos dirigimos?

En la tabla 5 se comparan las incidencias acumuladas durante 14 y 7 días en las últimas dos semanas de enero y se ilustran las tendencias observadas por medio de un semáforo. Si no hay mucho retraso entre el diagnóstico y el registro de los casos, una ratio de la IA-7d/IA14d inferior a 0,5 indica un entrecimiento de la transmisión. Durante la semana del 15 de enero, esto ocurre en la Comunidad Valenciana. En estas tres semanas se observa un descenso en la incidencia en todas las CCAA. **La velocidad del descenso dependerá de la política sanitaria.**

Tabla 5. Incidencia acumulada de los últimos 7 días (IA-7d) y 14 días (IA-14d), razón IA-7d/IA-14d y semáforo de razón y tendencia*

CC.AA	15 enero 2021			21 enero 2021			28 enero 2021			Semáforo		
	IA-14d	IA-7d	Ratio	IA-14d	IA-7d	Ratio	IA-14d	IA-7d	Ratio	15-01-2021	22-01-2021	28-01-2021
Andalucía	464	307	0,66	744	390	0,52	886	387	0,44	Red	Red	Verde
Aragón	506	325	0,64	680	382	0,56	771	386	0,50	Red	Red	Red
Asturias	257	169	0,66	377	225	0,60	566	340	0,60	Red	Red	Red
Baleares	637	339	0,53	700	309	0,44	631	272	0,43	Red	Verde	Verde
Canarias	164	96	0,59	185	92	0,50	186	93	0,50	Red	Red	Red
Cantabria	336	177	0,53	371	193	0,52	398	204	0,51	Red	Red	Red
Castilla La Mancha	780	430	0,55	1140	542	0,48	1238	484	0,39	Red	Verde	Verde
Castilla Y León	696	490	0,70	1142	694	0,61	1414	697	0,49	Red	Red	Verde
Catalunya	561	325	0,58	655	289	0,44	573	252	0,44	Red	Verde	Verde
C.Valenciana	760	373	0,49	1166	505	0,43	1438	554	0,39	Verde	Verde	Verde
Extremadura	1220	725	0,59	1467	705	0,48	1225	492	0,40	Red	Verde	Verde
Galicia	392	252	0,64	586	350	0,60	752	398	0,53	Red	Red	Red
Madrid	699	386	0,55	875	484	0,55	995	474	0,48	Red	Red	Verde
Murcia	889	544	0,61	1287	564	0,44	1338	532	0,40	Red	Verde	Verde
Navarra	339	198	0,58	427	235	0,55	493	256	0,52	Red	Red	Red
Euskadi	307	186	0,61	402	221	0,55	492	265	0,54	Red	Red	Red
La Rioja	739	504	0,68	1135	634	0,56	1324	668	0,50	Red	Red	Red

Código de colores para las razones IA-7d/IA-14d: Rojo $\geq 0,50$; Verde $< 0,50$;

Recomendaciones

En medio de la tercera ola y aparición de las cepas británica y africana, la Comunidad de Madrid tiene muy alta incidencia, situación extrema en los hospitales y alta mortalidad. Todo ello sin haber resuelto los problemas estructurales que nos llevaron a esta situación y que requieren en primer lugar, fortalecer la atención primaria y la salud pública. Después de casi un año, **la Comunidad de Madrid continúa sin estar preparada para hacer frente a esta pandemia.**

En varios documentos e informes ActuarCOVID viene insistiendo una y otra vez en que para superar y vencer la pandemia es preciso adoptar medidas estructurales, que concretamos en el Decálogo ActuarCOVID que se detalla a continuación.

- 1. Apertura de todos los centros de salud y de los consultorios locales y refuerzo de sus plantillas.**
- 2. Contratación de rastreadores para la detección de contactos estrechos, en número de 2000 para la comunidad de Madrid.**
- 3. Establecimiento de las zonas básicas de salud como unidades de coordinación de las actividades de atención primaria, salud pública y los servicios sociales.**
- 4. Refuerzo de los servicios centrales y de las unidades técnicas de salud pública.**
- 5. Suficiente capacidad para analizar pruebas PCR en los laboratorios del SERMAS.**
- 6. Garantías para que los casos positivos se aíslen y los contactos estrechos guarden cuarentena sin sufrir perjuicios económicos.**
- 7. Plan de preparación de los hospitales, con apertura de todas las camas cerradas, circuitos separados para la COVID-19 y el resto, refuerzo de personal y optimización de todos los recursos.**
- 8. Plan de contingencia continuado en las residencias de personas mayores.**
- 9. Garantía de la seguridad de todos los trabajadores, especialmente los sanitarios, personal de centros sociales (residencias, etc.) y otros trabajadores esenciales.**
- 10. Plan de actuación para los establecimientos docentes para garantizar que las actividades presenciales se llevan a cabo con las mínimas posibilidades de contagio.**

Sigue siendo imprescindible y urgente reforzar la atención primaria, cada vez más castigada, con 3000 profesionales nuevos, de plantilla. Además, es necesario implantar un sistema de seguimiento y rastreo de casos y contactos, eficaz y suficiente, para lo que se deben contratar 2000 profesionales (enfermeros, médicos, técnicos, etc.), vinculados a la red de Salud Pública.

Se debe contratar en la plantilla pública, no en contratos externalizados, y con carácter estructural, porque la pandemia durará meses y después vendrán otras, y tenemos que estar preparados.

Proteger las residencias de mayores, con rigurosa vigilancia epidemiológica, formación específica para profesionales y mejora de sus condiciones de trabajo.

Atención social a todas las personas, especialmente a las que deban aislarse, con apoyo económico y personal y, en su caso, alojamiento. Y, así, todas las medidas del decálogo.

Advertimos en su día en los informes de ActuarCOVID (<https://actuarcovid.com/blog>) que si no se aplicaban estas medidas, cuando se relajaran las limitaciones de movilidad subirían los contagios, con una tercera ola. Estamos a tiempo de evitar la cuarta y de prepararnos para futuras pandemias. Tenemos que reforzar seriamente la salud pública y la atención primaria y recuperar la capacidad hospitalaria. De otro modo, centrar el debate en si se limitan las reuniones a cuatro o seis, o en si la hora de cierre de locales son las 20 h o las 22 h, no sirve de mucho. El año pasado, España tuvo 80 000 muertos más que lo esperado. Muchas de estas muertes eran evitables. Otros países que aplicaron medidas de seguimiento y control como las que recomendamos las pudieron evitar. ¿A qué esperamos?