

# ENCUENTROS

## DE GESTIÓN SANITARIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA



ORGANIZADO POR:



CON LA COLABORACIÓN DE:







BIENVENIDA Y PRESENTACIÓN  
DE LOS ENCUENTROS ..... 07

01

**COVID-19**  
Y SUS REPERCUSIONES  
EN LA ASISTENCIA SANITARIA ..... 11

02

**PACIENTES**  
ANTE LA PANDEMIA ..... 35

03

**PROFESIONALES**  
¿CÓMO MEJORAR LA ASISTENCIA  
SANITARIA EN LA PANDEMIA? ..... 53

04

**DIRECTIVOS**  
¿CÓMO MEJORAR LA GESTIÓN  
SANITARIA EN LA PANDEMIA? ..... 71



# Introducción

La crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de transformar el Sistema Sanitario para hacerlo sostenible y mejorar la calidad. En este sentido, mientras que en la primera ola de la pandemia las decisiones debían tomarse muy deprisa y las medidas aplicarse de inmediato, en la segunda ola de la pandemia, las Organizaciones Sanitarias estaban más preparadas para hacer frente a la situación. Pero, si bien esto ha sido así, la extensión de la crisis en el tiempo, el desgaste de los profesionales sanitarios y la necesidad de restaurar la atención sanitaria a los pacientes no COVID-19 han sido claves para poner encima de la mesa retos, necesidades y medidas a adoptar si queremos que el Sistema sea sostenible y tenga futuro. Un futuro que se ha de construir y planificar.

Y es que hablar del futuro es hablar de los puntos cambiantes en el presente, que deberán impulsar el cambio en un futuro inmediato. El análisis y la búsqueda y priorización de soluciones a los retos sanitarios promoverán la calidad y la eficiencia en un Sistema Sanitario que debe seguir avanzando y, al mismo tiempo, haciendo frente a la crisis sanitaria actual y a otras que puedan llegar. En este punto, **la gestión sanitaria es la herramienta válida y necesaria para construir y planificar el presente y el futuro. Una gestión sanitaria en el sentido más amplio, en la que participen gestores y directivos de la salud, profesionales sanitarios y pacientes.**

La gestión sanitaria también salva vidas y este logro -tanto en lo literal como en lo metafórico- pasa por aportar evidencia a través diferentes líneas, como la transformación del sistema para atender la cronicidad, el cambio de paradigma de una sanidad sostenible, la necesidad de la evolución en el modelo de financiación, la evaluación y los resultados, el acceso a la innovación, los nuevos modelos de gestión, la implementación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), la participación de los profesionales sanitarios en la gestión, la participación de los pacientes y ciudadanos y la necesidad de nuevos directivos, que lideren la evolución y transformación del Sistema Sanitario, aportando profesionalización, calidad y eficiencia a la gestión sanitaria. Sin duda, la pandemia ha obligado a reconsiderar cada uno de estos puntos, siendo fundamental el análisis de lo vivido, los éxitos y los fracasos, el momento en el que nos encontramos desde todas las perspectivas y sin dejar de mirar al futuro a medio y largo plazo.

Asimismo, la repercusión de la pandemia sobre la asistencia sanitaria está teniendo múltiples consecuencias en la gestión sanitaria que afectan a todos los implicados en el Sistema Sanitario. Con el fin de analizar estas repercusiones, los retos que suponen y

proponer soluciones desde diferentes perspectivas -la asistencia, los pacientes, los profesionales y los directivos de la salud-, tanto para el presente como para el futuro, la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), con la colaboración de Janssen, impulsó los Encuentros SEDISA de Gestión Sanitaria en tiempos de pandemia, cuatro foros de discusión en formato digital que se han celebrado durante cuatro jueves, desde el 12 de noviembre hasta el 3 de diciembre de 2020.

El presente documento recoge el contenido de las intervenciones de los participantes en estos Encuentros y las preguntas y respuestas planteadas en el debate. Dado el momento de su celebración, supone una interesante fotografía de la situación en la segunda ola de la pandemia, con exposición de experiencias vividas en la primera ola y medidas necesarias y urgentes que se deben adoptar para mejorar en la gestión de la atención sanitaria tanto a pacientes COVID como a pacientes no-COVID. A este respecto, en el escenario tan cambiante en el que nos encontramos, el contenido recogido a continuación se debe leer con dicha perspectiva.

Para conseguir esta fotografía, los Encuentros han girado en torno a cuatro grandes bloques temáticos: las repercusiones de la pandemia en la asistencia sanitaria, cómo mejorar la asistencia sanitaria en la pandemia, destacando la necesidad de restablecer la atención a pacientes no COVID y transformando de forma estratégica la atención a la cronicidad, la perspectiva de los pacientes y la gestión sanitaria realizada desde los Servicios Regionales de Salud.

Gracias a moderadores, ponentes y asistentes que han participado en los cuatro Encuentros, pues son los verdaderos autores de la fotografía que se presenta a continuación. La flexibilidad de equipos multi e interdisciplinarios, la autonomía de la gestión de las Organizaciones Sanitarias, el refuerzo de la Salud Pública, el replanteamiento y la reconstrucción de la atención a los pacientes crónicos, la participación de los pacientes en el Sistema Sanitario, la implementación de las TIC de forma eficiente, la integración de servicios sanitarios y sociales y el refuerzo estratégico de la Atención Primaria, son solo algunas de las medidas que se recogen y que vislumbran el que debe ser, desde el punto de vista de la gestión sanitaria y desde una perspectiva global, el presente y el futuro del Sistema Sanitario.

# Bienvenida y presentación de los Encuentros

D. José Soto Bonel

Presidente de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)



D. José Soto comienza dando la bienvenida a todos los participantes en el webinar y agradece el apoyo y colaboración de Janssen para la realización de los «Encuentros de gestión sanitaria en tiempos de pandemia». Ciclo de encuentros que constará de cuatro webinar en los que se dará cabida a diferentes puntos de vista desde la óptica de gestores sanitarios y directivos de la salud, clínicos de diferentes especialidades y pacientes.

Su celebración responde directamente a dos de los objetivos más relevantes de SEDISA, como son la profesionalización de los directivos de la salud y el trabajo y el compromiso con la mejora de la salud. Así, respecto a la profesionalización, los Encuentros que se inician hoy forman parte de ésta, dado que se trata de una actividad de actualización de conocimiento e información como parte de la formación. Y es que formación y especialización nos lleva a niveles de competencia distintos para enfrentarnos a las tareas de gestión y funciones directivas, de forma que podríamos plantear selección rigurosa para ocupar los puestos directivos y evaluación profesional periódica de nuestro desempeño para volver a iniciar nuevos ciclos de profesionalización.

Por otra parte, los Encuentros que se inician hoy también se han enfocado pensando poder ser cada día más influyentes en la salud de todos los ciudadanos. Para eso necesitamos participar más en los retos de mejora de la salud, los debates de mejora de la salud, estrategias planteadas desde cualquier ámbito y relacionadas con la mejora de la salud. En definitiva, que los directivos de la salud y la gestión sanitaria sean escuchados.

Debemos aportar conocimiento y experiencia. Y eso es lo que en este ciclo de Encuentros vamos a hacer fundamentalmente. Aportar para debatir y poder adquirir mayores conocimientos basados en las experiencias adquiridas y en las comunicaciones escuchadas y analizadas.

Además, tenemos que estar con la mentalidad abierta. Formas de pensar distintas para alcanzar formas de mejora cada vez más rápidas y, por tanto, se nos verá como agentes de salud, no solo a los profesionales como médicos, enfermeras, técnicos auxiliares, celadores, etc., sino también a los directivos de la salud de niveles micro, meso y macro. Porque “La gestión también salva vidas”.

D. José Soto pasa a presentar el ciclo de cuatro webinar y los contenidos de cada uno de ellos especificando el nombre del moderador de cada webinar. A continuación, declara inaugurado el Encuentro y cede la palabra a D. Domingo del Cacho, moderador del primer webinar.





01

**COVID-19**  
**Y SUS REPERCUSIONES**  
**EN LA ASISTENCIA SANITARIA**





**MODERADOR**

**D. Domingo del Cacho Malo**

Director Gerente del Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

*Comienza dando las gracias al Presidente de SEDISA y pasa a presentar a los ponentes del webinar.*





## Dña. Margarita del Val Latorre

Viróloga, inmunóloga e investigadora del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa (CSIC-UAM). Madrid.

*Viróloga, inmunóloga e investigadora del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa (CSIC-UAM). Madrid.*

El virus SARS-CoV-2 tiene un nivel de transmisibilidad grande y, sin embargo, no es de los más transmisibles, dado que tiene una tasa de reproducción básica de 3, es decir, por término medio cada persona contagiada puede contagiar a otras 3 personas, no siendo de los virus más transmisibles. Por ejemplo, la varicela y el sarampión son hasta 5 veces más contagiosos.

Tampoco es el virus que causa más mortalidad, con 1,15 muertos /casos totales producidos, entendiendo por casos aquellas personas que al cabo de 15/60 días presentan anticuerpos frente al coronavirus, como se ha visto en el estudio de seroprevalencia del Instituto Carlos III y en otros estudios de otros países. Por ejemplo, el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) sin tratar tenía un 80% de mortalidad, mientras que la rabia un 100 % y el ébola un 70%.

De este virus nos está defendiendo nuestro sistema inmunitario, de forma que tenemos una primera línea de defensa inespecífica, denominada inmunidad innata, en la que hay una fagocitosis del agente infeccioso, bien sea virus o bacteria. Pero es necesario que intervengan las segundas rondas. La inmunidad específica es activada cuando la inmunidad innata induce una inflamación transitoria que ayuda a reclutar a las células de nuestro sistema inmunitario específico, a los linfocitos, que los permite pasar de ser inexpertos a madurar para protegernos de la primoinfección a largo plazo al establecerse una memoria inmunitaria.

Los linfocitos T reconocen la célula infectada por un virus diferenciándola de la célula vecina que no está infectada y eliminan la primera. Con esta respuesta inmune celular se eliminan de nuestro organismo las «fábricas de virus». Los virus nos infectan no para matarnos, sino para multiplicarse ellos y, al cortar esta “fábrica”, cortamos el potencial dañino de los agentes infecciosos.

Esta respuesta inmune celular reconoce cualquier zona de las proteínas del agente infeccioso, sean zonas conservadas o variables o zonas internas o externas del virus, ya que reconoce pequeños epítomos o pequeñas secuencias de las proteínas del virus.

La parte más conocida de la respuesta inmune son los anticuerpos generados por los linfocitos B y constituyen la respuesta inmune humoral. Los anticuerpos cuando se unen a los virus evitan que éstos lleguen a la célula infectada e interaccione con ella, evitando que se multiplique en el resto de células de nuestro organismo. Este mecanismo de control de las infecciones es previo en el sentido de la vida del virus a la eliminación de las células infectadas y es más eficaz, incluso cuando tenemos niveles elevados de anticuerpos tenemos una inmunidad esterilizante, es decir, que en la primera interacción del virus con nuestro organismo, éste se neutraliza porque hay una barrera que lo frena. Los anticuerpos reconocen las zonas más externas de las proteínas del agente infeccioso, en el caso del coronavirus a las zonas más externas de la espícula, de la proteína S, y en concreto los más importantes son aquellos que reconocen y neutralizan a la zona de interacción con el receptor en la célula infectada. Esta zona se llama RBD, y es la zona de dominio de interacción con el receptor de la célula infectada. Estas zonas en algunos virus varían y, cuando lo hacen, dan lugar a un escape en el reconocimiento por los anticuerpos. Esto es habitual y está estudiado sobre todo en el virus de la gripe A, donde cada año hay que hacer una vacuna nueva, ya que dicho virus varía.

Dña. Margarita del Val compara el coronavirus con la gripe A, virus que existe desde hace mucho tiempo y del que se tiene conocimiento desde que se estudian las enfermedades infecciosas. El virus de la gripe A es el responsable de las epidemias de 1889 en Rusia, 1918 a nivel mundial y de la pandemia del 2009, en la que hubo una infección grande de población joven y donde se dieron oleadas autocontenidas, que no existen en el caso del coronavirus.

¿Por qué son autocontenidas las pandemias de gripe? Porque cuando están infectadas todas las personas vulnerables, que en 2009 ocurrió en el otoño, el número de infecciones baja, ya que no hay gente para infectar.

La cepa de la gripe A se ha quedado como estacional desde 2009 y se ha comportado como todas las anteriores, es decir, la población más afectada son los mayores, la temporada es entre los meses de diciembre y enero, con una población total infectada del 1% y la mortalidad alcanza los 10.000 fallecidos.

A continuación, Dña. Margarita del Val compara los datos de la gripe A estacional con los datos del coronavirus. En este caso, la población más afectada también es la de mayor edad. Sin embargo, la multiplicación es continua, exponencial y descontrolada, que solo se frena con medidas de contención establecidas por las personas que tienen autoridad sobre la gestión de la pandemia y medidas de evitación del contagio por toda la sociedad. Población infectada de un 5% con una mortalidad que alcanza los 30.000 fallecidos. Por lo tanto, la sobrecarga para el sistema sanitario y daño para la sociedad es de 3 a 5 veces mayor que con la gripe A.

Desde el punto de vista de la inmunología, como la gripe A ha existido siempre, sabemos que, aunque varía en sus partes externas, tenemos inmunidad celular frente a las proteínas conservadas. Los adultos tienen más inmunidad, tanto de anticuerpos como celular, ya que los niños y jóvenes no han pasado la gripe. En la gripe A, los adultos de más edad tenían mayor inmunidad al haber pasado la gripe de 2009 y una gripe anterior, la de 1957, con un virus muy similar, el H1N1.

Sin embargo, en el coronavirus, nadie tenía inmunidad celular ni humoral y éramos totalmente vulnerables, ya que este virus no había existido nunca antes en humanos. Ha existido otro virus parecido en el Sureste Asiático que infectó a 8.000 personas, que fue el SARS-1, especialmente a la población con más edad.

¿El mundo estaba preparado para una pandemia de gripe? Los especialistas siempre habían valorado la posibilidad de una pandemia de gripe aviar. Y cuando llegó la pandemia del coronavirus se pensó que no sería tan grave y que no afectaría a toda la población. Se pensó que tendría una oleada autocontenida con un único impacto en el sistema sanitario y que éste lo soportaría al estar preparado para ello. Pero, desde luego, no estaba preparado para que el 100 % de la población fuera vulnerable y solo, gracias al gran esfuerzo que ha supuesto el confinamiento doméstico, el número de población contagiada bajó hasta el 5% en la primera oleada.

¿Y esto por qué ha sido? Porque nadie estaba contando con el papel fundamental de la inmunidad celular que hace que el virus de la gripe afecte a los más mayores, pero que durante las pandemias los más vulnerables son los que no tienen inmunidad celular. No darse cuenta del papel fundamental de la inmunidad celular ha sido el fallo más grande de la infección por coronavirus.

La situación, actualmente, debido a la falta de inmunidad ha supuesto un gran número de infectados y fallecidos. El Ministerio de Sanidad ha anunciado que hará una 4ª ronda del estudio de seroprevalencia cuyos resultados se conocerán a comienzos de diciembre del 2020. Se prevé que se superará el 5% de población que ha pasado la enfermedad y aunque hubiese 3 veces más de población que han superado la enfermedad, la situación será de alta vulnerabilidad durante todo el invierno de 2021. Queda aún mucho para llegar a la inmunidad de toda la población y, por lo tanto, hay que ganar tiempo en todos los niveles, sobre todo para poder investigar y saber mejor cómo enfrentarnos al virus.

Una de las cosas que la investigación ha revelado a lo largo del verano del 2020 es que la transmisión del virus no es tanto por contacto con superficies contaminadas como por exposición a gotículas que se expelen al hablar en distancias y tiempos cortos que acaban contaminando las superficies. Caen al suelo con una trayectoria balística al tener poca masa y permanecer poco tiempo en el aire. También la exposición a los aerosoles, microgotas suspendidas en el aire durante largo tiempo, es una vía de contagio muy importante, que portan virus, no tanto como las gotículas ya que éstas son más pequeñas,

aunque son más persistentes (alrededor de un par de horas hasta que se desecan y el virus se inactiva). Esto hace que el virus no solo actúe en corta distancia, sino que actúe en espacios más grandes con mala ventilación y se reparta como el humo.

Los contactos pueden ser de mayor o menor riesgo dependiendo del tipo de exposición. Por ejemplo, los colegios que han abierto teniendo el conocimiento de que la exposición a aerosoles en estancias poco ventiladas son una fuente de contagio, han abierto con una ventilación muy intensa de puertas y ventanas. Pero esto no será suficiente, de forma que es necesario evolucionar hacia métodos de purificación y renovación del aire.

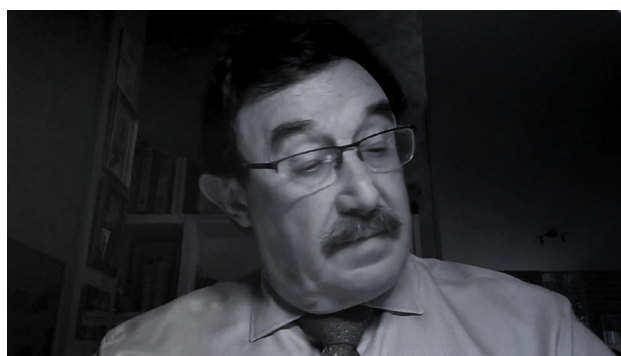
Sin embargo, este conocimiento y las medidas de prevención adecuadas en entornos laborales, transporte y hospitales están demostrando ser más efectivas que en otras actividades, como por ejemplo de ocio, ya que se desconecta y se relaja la toma de medidas de prevención.

Es importante reducir los tiempos de exposición e implementar el uso de una o varias medidas de contención, como por ejemplo mascarillas, filtrados de aire, aforos, etc. según las posibilidades de cada uno. Ello va a bajar la carga viral que llega a cada persona y que nos infecta.

Dña. Margarita del Val presenta un gráfico donde se refleja la transmisión del SARS-CoV-2, no solo por las grandes gotas que se depositan directamente en las mucosas de la boca y la nariz, sino también por pequeñas partículas en suspensión (micro o nanogotas) que contribuyen a la infección.

Se ha elaborado un informe científico donde participa la Dra. del Val que ha publicado el Ministerio de Ciencia donde se evalúa, primero, la evidencia científica que apoya esta transmisión. Y, segundo, se detallan las medidas prácticas a añadir a todas las medidas de contención que ya conocemos. Este informe ha sido coordinado por el Dr. José Luis Jiménez, de la Universidad de Colorado.

A continuación, Dña. Margarita del Val comenta en qué se basa la cuarentena y el aislamiento. La cuarentena la tienen que llevar a cabo las personas sanas que han estado en el entorno de una persona infectada y tienen que aislarse al desconocer si están

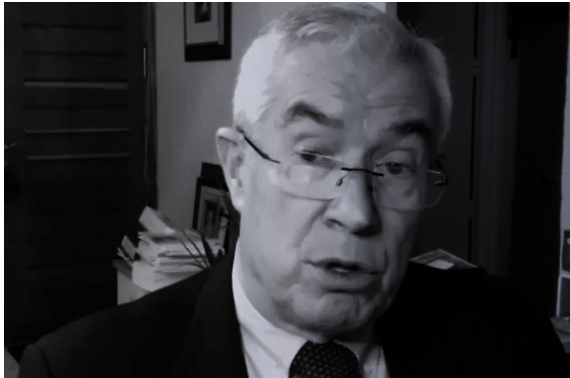


incubando el virus. Es una medida preventiva, es el tiempo en el que el virus está intentando saltar nuestras barreras y multiplicarse, donde la carga viral implica velocidad de contagio, según la persona en cuarentena haya recibido mayor o menor carga y su sistema inmune sea mejor. El periodo de incubación en la mayor parte de las personas es alrededor de 5 días, pudiendo variar en función de la carga viral. El tiempo establecido para que una persona en cuarentena se revele o no como infectada es de 10 días para que dé la cara la infección.

El periodo de aislamiento es cuando una persona está ya enferma y es contagiosa. Este periodo empieza antes del primer día con síntomas porque los días previos el virus ya se está multiplicando, y esta persona que no lo sabe es presintomática y puede estar ya transmitiendo el virus. El primer día y siguientes que aparecen los síntomas se producen el 35 % de los contagios y, a partir de estos días hasta el día décimo de la aparición de síntomas, se produce otro 25 % de los contagios. Entender esto ayudará a las personas a cumplir con mayor celo la cuarentena.

Por último, Dña. Margarita del Val hace referencia a las vacunas, que son un medicamento seguro y eficaz, estimulan al sistema inmunitario a una respuesta de larga duración y protegen frente a las enfermedades infecciosas. Hay vacunas que protegen de los síntomas leves, graves e incluso la muerte. Pero solo cuando las vacunas protejan de los síntomas graves o la muerte son vacunas efectivas contra la enfermedad. Si además las vacunas protegen de la transmisión del virus, serán vacunas que ayudarán a controlar la pandemia. Éstas últimas serán las ideales, pero hasta entonces las primeras son bienvenidas. No se conoce el efecto sobre las mutaciones y, comparando con otros coronavirus «catarrales», podemos analizar la inmunidad y estacionalidad.





## D. Emilio Bouza Santiago

Investigador de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

D. Emilio Bouza comienza comentando que la COVID no se entiende bien individualmente y con dificultades colectivamente. A continuación, explica que tener nuevos virus no es novedoso ya que durante este siglo y el pasado han aparecido nuevos virus, como por ejemplo el Rhinovirus en 2011, virus de la Gripe A H7N9 en 2016, Redondovirus en 2019, etc.

La dimensión del problema de la epidemia actual no es necesario resaltarla, basta con mirar el mapa mundial de infectados que varía diariamente. D. Emilio Bouza considera el *New York Times* como la mejor fuente para la consulta de la evolución del virus en mapas, incluso más actualizada que los mapas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es una epidemia con millones de muertos.

Posteriormente, pasa a realizar un análisis sobre la transmisión que se describe muy variablemente porque depende mucho del momento en el que el transmisor se encuentra: carga viral, exposición y tiempo que pasa con personas de su entorno.

El periodo de incubación es de 4-5 días y la transmisión se produce por gotas, aerosoles y, en menor medida, por superficies. Y es un virus presente en heces, semen, etc. Comenta D. Emilio Bouza que la transmisión por aerosoles se ha tratado recientemente en la IDWeek, Semana de las Enfermedades Infecciosas.

Es un virus que se fija a un receptor especial, el receptor de la enzima conversor de la angiotensina, pero eso no basta, se necesita la presencia de unas proteasas que hagan que el virus penetre más rápidamente en la célula. Y esta mayor afinidad por el receptor de este virus es una de sus características. En relación con los aspectos genéticos del virus, comenta D. Emilio Bouza que están comenzando y para él uno de los artículos con mayor interés es el publicado en *JAMA* con el título «Presence of Genetic Variants Among Young Men With Severe COVID-19», donde se describe el caso de dos parejas de hermanos jóvenes sin enfermedades de base que ingresan en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), falleciendo uno de ellos. El estudio genético realizado demostró la mutación en el cromosoma X en ambas familias que se asoció a una menor producción de interferón gamma y explicaría el cuadro tan grave en pacientes que no tenían factores predisponentes.

En relación con la clínica del virus, D. Emilio Bouza comenta que, dependiendo de la fuente consultada, se podrán tener cifras diferentes. En general, en el 81% de los casos la enfermedad es asintomática o no grave. Y, si se define por gravedad la necesidad de recibir oxigenoterapia en un hospital, estaríamos hablando del 10-15 % y una tercera parte de éstos precisan ingresos en UCI. La mortalidad, dependiendo del denominador utilizado, sería del 1% en el total de la población y ascendería hasta el 5% si se utiliza como referencia la población con ingreso hospitalario.

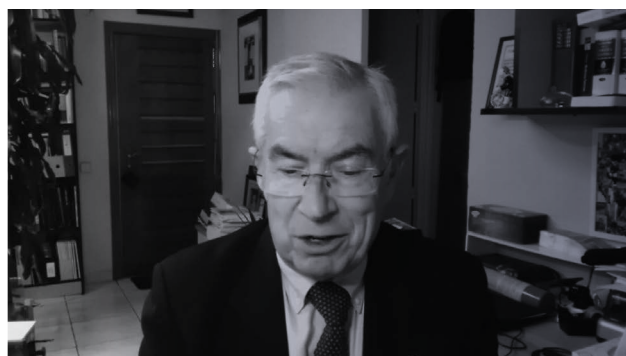
Tiene formas de presentación muy distintas (dolor de cabeza, fiebre, etc.) y la forma asintomática está muy presente. Baste como ejemplo el caso de un transatlántico de recreo donde el 17% fue positivo y la mitad fue asintomático.

Al hablar de enfermedades de base y de la población que ingresó en los hospitales al principio de la epidemia en la Comunidad de Madrid, por ejemplo, presentaba una edad más avanzada que el caso chino, con 62 años de media, donde la cardiopatía, diabetes e hipertensión eran las patologías de base. No había muchos inmunodeprimidos. Por otra parte, los pacientes que ingresan en los hospitales, generalmente, es la que tiene neumonía con dificultades de oxigenación, infiltrados unilaterales e incluso infiltrados que no aparecen claros en las placas, en los que se tiene que recurrir a técnicas más sofisticadas.

La diarrea afectó a un cuarto de la población enferma y posiblemente se debió a la presencia de receptores AC2 en el tubo digestivo.

Muchos pacientes al principio de la epidemia perdieron el gusto y el olfato y hasta que su número fue significativamente alto, el 50% de los pacientes que acudía a centros hospitalarios, no se asociaron estos síntomas con la COVID. Actualmente, la anosmia y la disgeusia son dos manifestaciones no muy sensibles, la sufren un 50% de los afectados y son muy específicas, por lo que es recomendable realizar una PCR, ya que seguramente esté infectado.

No es una enfermedad respiratoria, sino multisistémica, con un 20% de pacientes con trastornos cardíacos persistentes o fenómenos tromboembólicos. La frecuencia de la trombosis venosa profunda es alta, incluso en pacientes que ya reciben tratamiento con heparinas de bajo peso molecular.



Hay un alto número de manifestaciones cutáneas en los pacientes infectados, entre ellas, cuadros ya olvidados como los pseudo sabañones, rash morbiliforme, etc.

En cuanto a los niños, a diferencia de lo indicado en los estudios chinos, contraen la enfermedad en mayor número con sintomatología leve y en alrededor al 1% de los niños afectados se desarrolla posteriormente al cuadro leve, un episodio multisistémico inflamatorio que recuerda a la enfermedad de Kawasaki y requiere cuidados intensivos.

Respecto a los factores de riesgo, destacan principalmente la edad (>65 años), la insuficiencia renal crónica y la obesidad. Este marcador tan específico se debe a que los adipocitos son células con muchos captadores de virus que actuarían como una especie de esponja. Así, hay alteraciones de los linfocitos como linfocitopenia, descenso de las plaquetas, elevación de la PCR y la procalcitonina con un Dímero-D elevado.

Cuando en clínica aparece todo lo anteriormente explicado, se necesita hacer una confirmación diagnóstica rápida, con PCR que han demostrado pueden permanecer positivas hasta 90 días y no son un buen marcador de infectividad. Según D. Emilio Bouza, la PCR no es un test para seguimiento, solamente para diagnóstico.

Al principio se consideraba que solo se podía hacer una toma adecuada en la nasofaringe, pero un artículo reciente en *New England* demuestra que también la saliva puede servir e incluso tiene cargas virales más elevadas. Además, puede darse el caso de que pacientes intubados puedan tener PCR negativa nasofaríngea y positiva en el tracto respiratorio inferior.

Las curvas de la respuesta inmunitaria demuestran que un paciente que tiene anticuerpos prácticamente nunca transmite virus y, por lo tanto, un test de anticuerpos es muy válido para determinar el momento de la infección en la que se encuentra una persona. La elevación de anticuerpos sube entre la segunda y cuarta semana y puede caer significativamente al cabo de unos meses.

El nuevo test de antígenos ofrece ventajas, como son poder realizarse sin máquinas y tener el resultado en 20 minutos. La vida media de positividad es corta, pero bastante paralela al aislamiento viral.

D. Emilio Bouza pasa a comentar algunos datos sobre grupos especiales de población. El primero, los ancianos, en los que la epidemia ha sido una tragedia, algo que no debe volver a repetirse. En segundo lugar, las embarazadas, ya que un 13% de las que llegaban a dar a luz eran positivas, normalmente asintomáticas y no transmiten la enfermedad a los bebés. En tercer lugar, los niños, que como grupo se infectan tanto como los adultos, pero con formas clínicas más leves o asintomáticas. En cuarto lugar, las poblaciones que sufren afecciones del hígado con elevación de transaminasas. Y, en último lugar, los pacientes obesos por los factores ya comentados.

No afectan tanto como se podría esperar a los pacientes fumadores y pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).



## D. Benito García Díaz

Jefe de Servicio de Farmacia del Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

D. Benito García comienza su exposición hablando de los tratamientos, diciendo que hasta la fecha no existen fármacos de eficacia contrastada contra la enfermedad, como fue el caso de los fármacos para la Hepatitis C, por ejemplo.

Sobre la investigación comenta los 3.850 ensayos clínicos que se están realizando a nivel mundial según la base de datos *Clinical Trials*. En el registro español figuran 128 ensayos clínicos y 160 estudios observacionales. Por lo tanto, lo que se pueda decir hoy puede cambiar la próxima semana.

Muchos autores conciben la enfermedad en 3 estadios. Una primera fase de infección temprana donde se produce la respuesta viral, que puede desencadenar en un estadio 2 de fase pulmonar, sin hipoxia y con hipoxia, que es cuando comienza la respuesta inflamatoria. Y, posteriormente, se desarrolla una fase 3 de hiperinflamación que no se produce en todos los pacientes.

A continuación, D. Benito García pasa a comentar que los fármacos de los que hablará son los antivirales y antiinflamatorios. Los antivirales serán más eficaces en la fase precoz de la enfermedad que es cuando el virus se está replicando de forma activa y con el objeto de que la enfermedad no progrese a los estadios 2 y 3. Los antiinflamatorios tendrían más repercusión en los estadios 2 y 3.

Por lo tanto, la clasificación de fármacos para el tratamiento de la COVID-19 sería: antivirales, moduladores de la respuesta inflamatoria, fármacos de soporte (vitaminas, vasodilatadores, plasma de convalecientes, etc.) y fármacos concomitantes, si alteran o no la respuesta a la infección.

La mayoría de los fármacos que se están utilizando para esta enfermedad son antiguos, lo que D. Benito García llama «fármacos resucitados». Son fármacos que se han utilizado para otro tipo de infecciones. Antivirales utilizados en el tratamiento del VIH, la influenza y el ébola y que han demostrado actividad *in vitro* contra el coronavirus. Y, dentro de los antiinflamatorios, están los corticoides, que se utilizan en otras patologías. Incluso fármacos biológicos que se usan en el tratamiento de la artritis reumatoide.

D. Benito García aborda en primer lugar los fármacos antivirales, hablando sobre el ciclo biológico del virus y los lugares de actuación de los antivirales. El primer lugar de acción es sobre la entrada del virus y se hace necesario que se adhiera a la membrana del alveolo a través del receptor de la enzima convertidora de angiotensina o la serina proteasa transmembrana. También puede inhibirse el proceso propio de la endocitosis, que es una invaginación de la membrana, con lo cual el virus penetra dentro de las células del alveolo, una vez el virus dentro sufre una serie de procesos, de replicación y de proteólisis. Es entonces cuando se produce el segundo lugar de acción que sería la proteasa del virus que impide la formación de proteínas virales. El tercer lugar de acción sería bloquear la RNA polimerasa que bloquea la síntesis de ARN viral. El cuarto lugar de acción sería bloquear la salida del virus mediante un proceso que se denomina exocitosis.

A continuación, D. Benito García hace un repaso de las estrategias que han resultado más efectivas. Comienza por los fármacos inhibidores de la proteasa, lopinavir-ritonavir, de los que se están realizando 88 ensayos clínicos, y el darunavir-cobicistat, del que se están realizando 10 ensayos clínicos. El uso de estos fármacos no ha tenido beneficio en comparación con la atención estándar y además presentan problemas gastrointestinales como diarrea, náuseas, etc.

Como inhibidores de la entrada se encuentra la cloroquina e hidroxiclороquina en asociación con azitromicina, del que se están realizando 261 ensayos clínicos. Este «fármaco resucitado» era un antimalárico y tenía actividad *in vitro*. Sin embargo, el estudio de eficacia del estudio RECOVERY demostró que el uso de estos fármacos no suponían cambios significativos en relación con la atención estándar, ya que no disminuía la tasa de mortalidad.

Como inhibidores de la neuraminidasa hace mención a oseltamivir, que se utilizaba para la gripe y que diferentes estudios actualmente han demostrado que no es eficaz en el tratamiento del coronavirus.

Por último, y como grupo más interesante a destacar, D. Benito García habla de los fármacos inhibidores de la RNA polimerasa dependiente de RNA. Entre ellos, los fármacos orales favipiravir, molnupiravir y ribavirina. El primero es de desarrollo japonés utilizado para el tratamiento de la gripe y el ébola y tiene una actividad *in vitro* frente al coronavirus. Se están haciendo ensayos clínicos en China y Japón que demuestran su eficacia, al producir aclaramiento viral en un 60% de los pacientes tratados frente a un 30% con el tratamiento estándar. El molnupiravir es un fármaco del mismo espectro y se utiliza tanto en pacientes hospitalizados como no hospitalizados.

Y, como fármaco intravenoso, el Remdesivir, único fármaco aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA, en sus siglas en inglés). Está disponible en España a través de la aplicación de «Medicamentos especiales» de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), que ha introducido una serie de restricciones a la hora de aprobar estos fármacos y unos requisitos que deben cumplir los

pacientes para iniciar tratamiento: neumonía grave, suplemento de oxígeno que revierte con oxigenoterapia de bajo flujo, frecuencia respiratoria > 24 r.p.m., saturación de oxígeno < 94% en aire ambiente y cociente presión arterial de oxígeno  $FiO_2 < 300$ . El tratamiento será de al menos 5 días con un máximo de 10. No se debe usar para enfermedad grave con ventilación de alto flujo o ventilación mecánica invasiva o no. Tampoco con insuficiencia hepática grave, insuficiencia renal, etc.

El estudio de ACTT-1, que sirvió para la aprobación de Remdesivir, tanto por la FDA como por la EMA, demostró que el tiempo de recuperación de los pacientes en los 28 días siguientes a la infección era inferior en Remdesivir que en el grupo placebo. Aunque también demostró que la mortalidad era inferior en Remdesivir. De los pacientes recogidos en el estudio hubo dos grupos de pacientes fundamentales. El grupo 1, que necesitó soporte ventilatorio, y el grupo 2, que no lo necesitó. Dentro del grupo 1 Remdesivir demostró su eficacia, ya que la recuperación de los pacientes fue de 12 días, mientras que en el grupo placebo fue de 18 días. Dentro de este grupo se hicieron dos subgrupos: uno con pacientes que necesitaron oxígeno de alto flujo o ventilación no invasiva y otro con pacientes que precisaron ventilación mecánica o ECMO. Tanto en estos subgrupos como en el grupo 2 de pacientes, Remdesivir no demostró eficacia, ya que la recuperación era igual a la del grupo placebo.

De este fármaco se han publicado numerosos estudios, tres de ellos citados por D. Benito García. Son los publicados en *Lancet*, *JAMA* y *New England*, que reflejan la similitud en la eficacia de Remdesivir con la atención estándar.

Remdesivir no tiene todavía precio en España, pero la compañía que lo comercializa ha adelantado que el coste por paciente alcanzaría los 2.000 euros.

Otros antivirales citados por D. Benito García son los fármacos antiparasitarios, como ivermectina, niclosamida y nitazoxanida. De todos ellos, se están realizando ensayos clínicos. Destaca también, por su interés farmacológico, los fármacos inhibidores de la proteasa de la serina como camostat y nafamostat. El primero tiene la particularidad de estudiarse en forma inhalatoria. Por último, y como grupo más prometedor, cita los fármacos bloqueadores de la proteína S, conocidos como anti-spike, que son anticuerpos monoclonales que bloquean la proteína S, necesaria para que el virus se acople al receptor



de la ECA2 y poder entrar dentro de la célula. De estos fármacos se están realizando varios ensayos clínicos y el más conocido, por ser utilizado en el tratamiento de Donald Trump, es el Regeneron. En este grupo de anticuerpos monoclonales destaca también el bamlanivimab, etesevimab y umifenovir, este último es un fármaco ruso que se utilizó frente a la gripe y en el caso del coronavirus bloquea la proteína S.

Pasa posteriormente a realizar un análisis detallado del bamlanivimab, al que la FDA le ha dado autorización urgente de uso. Este fármaco se administra en dosis única de 700 mg por vía intravenosa en hospital de día. Es un fármaco diseñado para paciente leve moderado no hospitalizado de alto riesgo y de reciente diagnóstico. En el estudio BLAZE-1, en fase II aleatorizado y controlado con placebo y doble ciego, el fármaco reduce las hospitalizaciones al 3% frente al 10% del placebo. Bamlanivimab es un fármaco experimental y no está indicado en paciente hospitalizado con oxígeno.

A continuación, D. Benito García analiza los fármacos moduladores de la respuesta inflamatoria, destacando el grupo de los corticoesteroides y, dentro de éste, la dexametasona y la metilprednisolona. De ambos se están realizando abundantes ensayos clínicos. Estos fármacos actúan sobre los macrófagos impidiendo la liberación de citoquinas inflamatorias y están implicados en la producción de factores antiinflamatorios.

La dexametasona ha sido estudiada en el ensayo RECOVERY, donde se ha visto su efecto beneficioso sobre todo en pacientes hospitalizados que precisan oxígeno con un dispositivo de alto flujo disminuyendo su mortalidad. Pero, sobre todo, disminuyó la mortalidad (29,3%) en pacientes hospitalizados que requieren ventilación mecánica invasiva frente al grupo con atención estándar con mortalidad más elevada (41,4%).

A la vista de lo anteriormente expuesto, el Comité de Medicamentos de Uso Humano concluyó que la dexametasona es una alternativa eficaz para el tratamiento de la COVID-19.

Como moduladores de la respuesta inflamatoria están las terapias dirigidas hacia citoquinas que modulan la inflamación. Destaca entre los inhibidores de la IL-6 el tocilizumab, utilizado ya en el tratamiento de la artritis reumatoide, el sarilumab, siltuximab, clazakizumab y sirukumab, estos últimos fármacos experimentales. En el caso de la IL-1, señala anakinra y canakinumab.

Mención especial merece el tocilizumab, fármaco muy utilizado en la primera ola de la epidemia, pero que el estudio COVACTA ha demostrado que no presenta diferencias con placebo en estado clínico ni en mejora de la mortalidad a la 4ª semana, aunque sí reduce hasta 20 días el tiempo hasta el alta y el número de días sin ventilación mecánica es de 22 días para tocilizumab frente a 16,5 días para placebo.

A continuación, comenta las diferentes líneas de investigación que se están realizando y que son todas terapias dirigidas. Los interferones que ya se utilizaron en la Hepatitis C, los inhibidores del JAK, de factores estimulantes de colonias y macrófagos, NLRP3, PI3K, etc.

Las líneas de investigación también están dirigiéndose hacia fármacos ya utilizados en diferentes patologías, como por ejemplo la colchicina como antigotoso. Además, se está trabajando sobre otras vías de señalización menos conocidas entre las que cabe destacar los anticuerpos monoclonales, especialmente bevacizumab, utilizado actualmente en el tratamiento del cáncer colorrectal y de cabeza y cuello.

En relación con la terapia de soporte cabe destacar, dentro de las vitaminas, minerales y suplementos, el zinc y las vitaminas C y D por su efecto antioxidante en el estrés oxidativo de la inflamación.

En relación con el plasma convalescente que se ha utilizado para mejorar la tasa de supervivencia de los pacientes en otros brotes por coronavirus, ébola, etc. con beneficios al aumentar la función inmune. Aquí también cabe destacar el uso de inmunoglobulinas, tanto específicas, con un alto grado de anticuerpos neutralizantes al ser obtenidas de plasma de pacientes que han pasado la enfermedad, como inespecíficas, aunque estas últimas no tienen un efecto inmunomodulador claro, por lo que tienen menos interés en las líneas de investigación.

También se han estudiado, dentro de las terapias de soporte, algunos vasodilatadores pulmonares como el eprostenol, iloprostol y el óxido nítrico como fármacos que mejorarían la hipoxia.

Y, por último, dentro de las terapias de soporte, cita las heparinas de bajo peso molecular y fármacos trombolíticos por el efecto que tiene el virus sobre la coagulación.

En relación con la medicación concomitante (estatinas, AINEs, corticoesteroides orales e inhalados) parece recomendable mantener los tratamientos.

A continuación, D. Benito García engloba los fármacos vistos en tres grandes grupos en función del informe del *National Institute of Health* de Estados Unidos. El grupo 1 sería el de fármacos con evidencias a favor de su uso (dexametasona y remdesivir); el grupo 2 el de fármacos con evidencias ni a favor ni en contra de su uso (plasma convalescente, inmunoglobulinas, inhibidores de la IL-1, interferones, zinc y vitaminas C y D), y el grupo 3 el de fármacos con evidencias en contra de su uso (cloroquinas, lopinavir-ritonavir, células madre mesenquimales, etc.).

Para finalizar y como conclusiones de su exposición, afirma que actualmente no hay terapias que hayan sido aceptadas como especialmente eficaces en el tratamiento del virus. Que la mayoría de tratamientos utilizados son fármacos utilizados para otras indicaciones y que se están reutilizando para la COVID-19 y que hay multitud de ensayos clínicos sobre estos tratamientos sin que, de momento, ninguno se vislumbre como especialmente eficaz.





## D. Joan Carles March Cerdá

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública

D. Joan Carles comienza su exposición declarando que si se escucha se aprende y pone de manifiesto que en esta pandemia lo que falta es, precisamente, escuchar para aprender.

En su presentación analiza aspectos globales, iniciando por aclarar que la enfermedad fue declarada pandemia por la OMS el 11 de marzo de 2020, con más de 50 millones de afectados a nivel mundial y más de un millón trescientos mil fallecidos. Cifras enormes.

En España se han superado las 40.000 muertes, con un millón trescientos mil casos. En la segunda ola España ha sido el país con más número de casos en algunos momentos, sobre todo septiembre – octubre, y estamos en el top de países infectados al no haber hecho una buena desescalada en agosto.

En el ámbito de las comunidades autónomas, influye el mayor número de habitantes para un mayor número de casos. Aragón, Melilla, Ceuta, Navarra y Castilla y León son las más afectadas. Y esto afecta directamente a la capacidad asistencial de los hospitales. Las cifras en UCI son las más interesantes y España supera el 40%.

Otro de los elementos a tener en cuenta son las pruebas diagnósticas, donde se aprecian grandes diferencias en pruebas PCR, por ejemplo, con alto número en Navarra y bajo en Andalucía.

Todo esto nos hace ver algunas consideraciones globales, como que España es un país ejemplo de aplicación inicial de medidas homogéneas en momentos epidemiológicos muy diferentes y de poca homogeneidad a partir del mes de junio. Que hemos desarrollado intervenciones similares a las de otros países durante las semanas finales de febrero y primeras de marzo y que, en menos de dos semanas, la epidemia, enfocada en poblaciones vulnerables y brotes nosocomiales en centros sanitarios y sociosanitarios, arrolló el sistema sanitario español de las áreas metropolitanas más pobladas o con brotes específicos, para desbordar la Atención Primaria, los hospitales y las unidades de críticos. En cierta forma, España, y prácticamente todas sus CC.AA., han combinado una epidemia de transmisión comunitaria y una epidemia de brotes.

En este sentido, España muestra un patrón desigual con una relación inversamente proporcional entre nivel de renta e incidencia de la COVID-19.

La imposibilidad de realizar el duelo con familiares ha sido uno de los problemas más importantes en la pandemia.

La pandemia ha tenido un gran efecto en las mujeres, ya que el 61% de las mujeres contagiadas tuvo contacto estrecho con casos COVID-19 probable o confirmado frente al 38,5% de los hombres.

Y los pacientes crónicos, los grandes olvidados de la pandemia, los abandonados, generando una segunda pandemia. Los pacientes han visto dificultades para acceder al centro de salud a partir de junio, además de dificultad de hacer actividad física con preocupación por el sobrepeso y la relajación respecto a la alimentación saludable.

Destaca también D. Joan Carles, que más de 63.000 profesionales se han infectado en España por la COVID-19 y que es fundamental analizar la frecuencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios al frente de emergencias. Entre estos problemas destaca la elevada prevalencia de ansiedad, depresión, estrés agudo, burnout y estrés post-traumático. También deberán valorarse sus efectos en la población general que se agravan por aspectos como el miedo, la incertidumbre, la preocupación, la soledad o la situación socioeconómica.

En este contexto, D. Joan Carles se plantea algunas preguntas a tener en cuenta que afectan a la salud pública. ¿Por qué la pugna política ha sido un elemento que ha marcado esta pandemia? Afirma que el tira y afloja político ha puesto en peligro el cumplimiento de las medidas. Y como ejemplo cita el caso de Madrid, con el enfrentamiento entre Isabel Díaz Ayuso y el Gobierno de Pedro Sánchez ante la escalada de contagios y a pesar de la escenificación de un acuerdo que saltó por los aires. Es evidente que el panorama está inundado de cuestiones políticas e ideológicas que solo provocan que perdamos el foco de la salud pública y van en contra del control de la pandemia.

La polarización política y la gobernanza descentralizada pueden haber dificultado una respuesta rápida. Aunque durante el estado de alarma general hubo una polarización creciente según avanzaban las semanas y el Ejecutivo solicitaba las prórrogas del Decreto,



el confrontamiento ha estallado con mayor virulencia por la postura de la Comunidad de Madrid contraria a endurecer las medidas de contención de la enfermedad. La falta de unidad de acción genera mortalidad.

La siguiente cuestión que aborda D. Joan Carles es el tema de las residencias, con el elevado número de residentes fallecidos (más de 27 mil entre abril y junio, un 65% del total) y el hecho de que la mitad de las muertes en la segunda ola de la pandemia vuelve a darse en las residencias de mayores, señala que estos centros mostraron y muestran un déficit estructural de recursos y de supervisión sanitaria y ningún plan de contingencia.

Además, no se priorizaron las derivaciones hospitalarias ni los circuitos preferentes, ni otros recursos disponibles, para que las personas enfermas fueran trasladadas a otros centros u hospitales.

La capacidad en la prevención y control de infecciones, clave en una epidemia, también fue deficiente, del mismo modo que lo fue el manejo de los casos para evitar su agravamiento, fueran o no casos de COVID-19. Sumándose a la carencia en procedimientos paliativos, el deficiente funcionamiento de los mecanismos de control de infecciones y la falta de material de protección.

Todo lo dicho nos genera algunas lecciones en relación con las residencias: 1. Conectar el mundo sanitario y el de los cuidados; 2. No discriminar pacientes por su origen en el ingreso hospitalario; 3. Plantear impacto de aislamiento radical en las residencias; 4. La importancia de realizar test masivos; 5. Contratar más personal para crear grupos burbuja, y 6. Valorar suficientemente el trabajo de los profesionales.

A continuación, D. Joan Carles pasa a comentar la falta de recursos en Atención Primaria, otro aspecto importante que ha marcado la pandemia. En este sentido, hace referencia a la publicación de un libro de David Stuckler titulado «¿Por qué la austeridad mata?», donde el autor pone de manifiesto el impacto de los recortes en salud pública. Si bien es verdad que los pilares del sistema sanitario español (gobernanza, financiación, prestaciones y personal) ya estaban en una situación de fragilidad cuando el sistema se vio superado por la pandemia iniciada en marzo. En este sentido, la década de austeridad que siguió a la crisis financiera de 2008 redujo las plantillas y las capacidades del sistema público de salud. Por lo tanto, en nuestro país, la llegada de la pandemia puso de manifiesto esta situación evidenciada de falta de personal y recursos, lo que ha provocado una alta presión en el sistema de salud.

Por lo tanto, el porcentaje de Producto Interior Bruto (PIB) dedicado a sanidad tiene que mejorarse claramente. La salud pública y la vigilancia epidemiológica, hermanitas pobres del sistema, ha quedado claro que necesitan un mayor apoyo por parte de las autoridades para evitar las desigualdades que se han puesto de manifiesto. La Atención Primaria en España está en el furgón de cola del sistema sanitario, lo que se pone de manifiesto en la falta de profesionales, tanto en enfermería (116.000 por debajo de las necesidades) como en ámbito médico (14.000 médicos por debajo de las necesidades).

Y a pesar de que la formación en España es buena, con un MIR excepcional, el desarrollo profesional y las retribuciones de los profesionales no lo son.

Por lo tanto, y a la vista de todo lo expuesto, D. Joan Carles hace hincapié en la necesidad de una organización adecuada de todo el sistema para abordar una pandemia. En este sentido, tenemos una Atención Primaria en colapso, patente cuando el aumento de los contagios llevó a final de verano a los centros de salud al límite y todas las sociedades científicas se unieron para dar la voz de alarma ante lo que consideran la «crónica de una muerte anunciada» que acabaría colapsando el sistema. Y esta situación se ha dado, en mayor o menor medida, en todo el territorio español. Actualmente, la tensión se mantiene sin apenas contrataciones y con plantillas agotadas, a pesar de que es considerada la pieza clave para atajar rebrotes y una de las áreas sanitarias más perjudicadas por los recortes de la última década en todas las CC.AA.

Por lo tanto, hay que tener en cuenta que en el campo de la salud pública es fundamental la intervención comunitaria y social en los barrios. Se trataría de diseñar una estrategia de comunicación y acercamiento mediante trabajadores sociales o mediadores culturales que acudan puerta a puerta informando, comunicando la importancia de cumplir la cuarentena. Y esto también deberían hacerlo los centros de salud. Hay que conseguir que la población se involucre, que colabore porque lo ve importante, que entienda cuáles son los mecanismos de transmisión del virus, qué mascarillas se pueden usar, por qué tiene alguna razón bajar la cuarentena de los 14 a los 10 días o por qué es importante quedarse en casa aunque haya dado negativo.

Otro aspecto importante a valorar es el tema del rastreo. Según D. Joan Carles, se ha realizado un rastreo poco exhaustivo y, actualmentee, el rastreo sigue siendo insuficiente, teniendo en cuenta que es una de las patas clave de la estrategia para controlar el virus, la primera barrera de contención que cuando falta, da lugar a brotes explosivos de casos. Además, sirve para identificar las cadenas de transmisión y romperlas mediante el aislamiento de los positivos. Por lo tanto, es necesario un refuerzo extra de rastreadores y, no solo esto, sino que se haga de manera coordinada y con un análisis profundo y exhaustivo del mapa de contagios. Y, por último, comenta que el rastreo no solo hay que hacerlo «hacia adelante», sino que tiene que ser retrospectivo para poder averiguar a quién ha infectado al caso primario.

En relación con el tema de las cifras de contagiados y fallecidos, ha quedado claro que su volumen y diferencias significativas según las fuentes, pone de manifiesto la necesidad de la creación de una agencia de salud pública que centralice y coordine la información que llegará a la población.

Ante todo lo expuesto, se pone de manifiesto la necesidad de una evaluación de la gestión de la pandemia, ya que ha quedado claro que hasta el momento se ha dado una falta de preparación y capacidad deficiente de diagnóstico, con sistemas de vigilancia obsoletos, ausencia de EPIs y equipo de cuidados intensivos, mala coordinación entre Gobierno y CC.AA., etc.

Esta evaluación tiene que ser urgente, con apoyo de todos los partidos políticos y con el firme compromiso de los gobiernos de España y las CC.AA. de escuchar las recomendaciones propuestas en la evaluación y, por lo tanto, actuar en consecuencia bajo los principios de independencia, no buscar culpables de los errores, crear equipos multidisciplinares de trabajo y que se tengan en cuenta no solo los aspectos sanitarios, sino también los económicos y sociales.



## DEBATE

**Pregunta.** Se ha observado que hay pacientes afectados con la COVID-19 que han negativizado la PCR y que meses después han vuelto a tener la PCR positiva. En algunos casos han sido asintomáticos y en otros han presentado clínica de COVID-19. ¿Cuál cree que es la explicación?

**Respuesta - D. Emilio Bouza.** El fenómeno de persistencia de la PCR se ha descrito hace tiempo y afecta a proporciones de población variable. Se ha entendido como una persistencia sin más que no se vinculaba a la infectividad de la muestra. Lo que ha demostrado la aplicación de la tecnología oportuna es que existe la reinfección, mucho más habitual de lo que se pensaba, si bien es cierto que la reinfección es mucho más benigna que la infección original.

**Pregunta.** En cuanto a la eficacia de la inmunidad natural: ¿cuánto dura? ¿cuál es mejor, la inmunidad natural o la adquirida por vacunación?

**Respuesta - Dña. Margarita del Val.** La inmunidad natural o la adquirida por vacunación es distinta fundamentalmente porque las vacunas carecen de los genes de virulencia que lo que hacen es intentar inactivar la respuesta inmunitaria para lograr multiplicarse en el organismo y como consecuencia no hay una buena inmunidad adaptativa. Por eso, los anticuerpos no persisten tanto tiempo tras la infección natural y se espera que con una buena vacuna sí lo hagan. La inmunidad protege clínicamente, ya que hay inmunidad celular y tenemos linfocitos B de memoria que, ante una reinfección, producirán células plasmáticas que producirán anticuerpos.

**Pregunta.** La FDA ha aprobado una autorización de emergencia para utilizar una terapia experimental con anticuerpos monoclonales de la empresa Eli Lilly con bamlanivimab. ¿Qué opina de este fármaco y cuándo estará disponible en España?

**Respuesta - D. Benito García.** La FDA ha aprobado su uso como fármaco experimental. En este caso es un anticuerpo monoclonal que se utiliza por vía IV en una sola dosis orientado a pacientes de riesgo con dispensación ambulatoria en hospital de día. Laboratorios Lilly ha liberado 300.000 dosis del fármaco y se prevé que próximamente llegue a España.

**Pregunta.** Estamos enfrentando a los profesionales sanitarios a una segunda ola. ¿En qué medida considera que la falta de evaluación, interna o externa, ha podido determinar el escenario de esta segunda ola?

**Respuesta - D. Joan Carles March.** Las pandemias generalmente tienen dos olas. No es tanto que exista esta segunda ola, sino cómo nos hemos preparado para ella. Y está claro que la desescalada en junio no se hizo correctamente, con un exceso de movilidad sin tener en cuenta los indicadores correctos, sin conocimiento del número de rastreadores y sin refuerzo de la salud pública y la Atención Primaria. Lo que supone una falta de coordinación y una mala comunicación con sectores de población fundamentales en la pandemia: jóvenes, ancianos, etc. A esto se suma el tema de los aerosoles, que no se ha tenido en cuenta desde un principio y, sin duda alguna, es un factor que ayuda a la propagación del virus y, por lo tanto, el interior de los gimnasios, bares y restaurantes son ambientes muy aptos para la supervivencia de los aerosoles.

**Pregunta.** Hace unos meses en Teruel el virus saltó a una granja de visones con el sacrificio de 100.000 ejemplares. Y lo mismo ha pasado en Dinamarca. Si esto se hace es porque supone un peligro, ¿podríamos saber cuál es?

**Respuesta - Dña. Margarita del Val.** Tiene importancia por dos razones. Primero, porque el virus ha pasado de una manera fácil a los visones sin requerir adaptación y esto es paralelo a lo que ocurre con el virus de la gripe. Y si esto ocurre tendríamos el virus repartido por todos los bosques de la Comunidad Europea y, por lo tanto, el medio rural estaría más vulnerable. Aunque alguna adaptación ha necesitado el virus, ya que se han detectado dos mutaciones nuevas en los visones, que pueden ser inocuas, pero se están estudiando. Y, segundo, ya contamos con un virus suficientemente complejo como para exponernos a tener nuevas variantes. Y estas nuevas variantes de la respuesta inmunitaria podrían afectar a que las vacunas que se están preparando para el virus que conocemos no fueran eficaces en estas nuevas mutaciones. En principio, lo que conocemos de las variantes en humanos y animales en otros coronavirus es que no tienen serotipos, es decir, que a pesar de muchos años de convivencia con la especie humana, no han generado un escape de la respuesta de anticuerpos y se cree una variante que no sea mutuamente neutralizable por los anticuerpos. Esto es porque estos virus a nivel molecular no toleran variaciones en las zonas que neutralizan los anticuerpos y, por ello, es de esperar que este coronavirus se porte igual que el resto de coronavirus. Pero desde luego, no hay que bajar la guardia.

**Pregunta.** ¿Por qué es tan difícil encontrar fármacos que sepan combatir bien a los virus?

**Respuesta - D. Benito García.** Hay virus que responden bien a los tratamientos como es el caso de la Hepatitis C. En este caso se tardarán años en sacar un fármaco eficaz.

**Respuesta - Dña. Margarita del Val.** Las bacterias son más mortales para la población humana y para los virus nos hemos tomado el tiempo de desarrollar vacunas que son más eficaces y solo nos hemos dedicado a la investigación en antivirales para aquellos virus cuya tasa de variación es tan alta que hace prácticamente imposible encontrar una vacuna. Se pueden encontrar fármacos, pero se necesita tiempo de investigación que demuestre su no toxicidad y otros factores a tener en cuenta.

.....

**Pregunta.** Hay gran diferencia entre la incidencia observada en Europa y Asia. Se han citado varias razones: motivos genéticos, comportamientos sociales, calidad asistencial, etc. ¿Cuáles serían los factores que explicarían estas diferencias?

**Respuesta - D. Joan Carles March.** Hay dos motivos. El primero, preparación, ya que las infecciones anteriores en Asia generaron más preparación que en Europa. Eso ha generado la puesta en marcha de medidas mucho más efectivas que las desarrolladas en Europa. El segundo, las diferencias sociales y el buen trabajo de los gobiernos asiáticos en el tema del rastreo. Y, por último, en Asia se ha dado mayor unidad de acción frente a la pandemia.

*D. Domingo del Cacho despide a los ponentes y da las gracias a Janssen al facilitar este tipo de encuentros.*





02

**PACIENTES  
ANTE LA PANDEMIA**





**MODERADOR**

## **D. Julio Zarco Rodríguez**

Presidente de la Fundación Humans

Agradece a SEDISA y a Janssen haber tenido la sensibilidad y saber apreciar la vertiente más humana de la pandemia y facilitar la posibilidad de acercarnos al mundo del paciente.

El objetivo del webinar es hablar sobre la vivencia y percepción de los pacientes durante la crisis, con la intención de mantener un coloquio abierto para escuchar a los ponentes desde un punto de vista profesional y personal, ya que algunos también han resultado infectados por la COVID-19.

En este sentido, continúa D. Julio Zarco, estamos viviendo un dramatismo que nunca habíamos vivido, con una importante revolución en la gestión y en las emociones y los sentimientos, ya que son nuevas situaciones muy complejas que nunca se habían dado antes. Por otra parte, esta situación está obligando a la incorporación de las nuevas tecnologías y supone un sobreesfuerzo en la implementación de éstas.

El impacto de la COVID-19 en la enfermedad en general y en la morbi-mortalidad en particular ha sido inmenso. El sobreesfuerzo en la gestión y en la atención sanitaria a pacientes COVID ha supuesto que pacientes con otras patologías o enfermedades crónicas no estén siendo controlados adecuadamente.

D. Julio Zarco pasa a presentar a los ponentes que intervendrán y que hablarán en primera persona como pacientes que han sido de la COVID-19 y como profesionales que trabajan en pro de los pacientes.



## D. Santiago Moreno Guillén

Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Dará su visión como médico en el Servicio de Enfermedades Infecciosas y el impacto que ha tenido la pandemia sobre los pacientes, tanto los afectados por la COVID-19 como los no afectados por ella.

D. Santiago Moreno comienza analizando una serie de consideraciones generales y la magnitud del impacto que la epidemia ha tenido en España. En la gráfica que presenta, el impacto de la primera ola, que fue enorme, queda minimizado por la curva ascendente del impacto de la segunda ola. Pasa a analizar una segunda diapositiva, donde se analizan los datos de la Comunidad de Madrid. La visión general es igual, pero al comparar ambas se aprecia cómo el pico más alto de la Comunidad de Madrid es anterior al que se aprecia en la gráfica para todo el territorio español y, sin embargo, mientras se registra el mayor repunte en la gráfica del total del territorio español, Madrid está bajando en su número de contagios.

A continuación, D. Santiago Moreno pasa a analizar los datos del Hospital Universitario Ramón y Cajal, y en la gráfica que presenta se puede apreciar significativamente cómo el número de ingresos en la primera ola fue muy superior al de la segunda y cómo, del número tan elevado de ingresos de la primera ola, se deduce la caída significativa en la segunda ola.

Lo que es indudable, continúa D. Santiago Moreno, es el impacto que a lo largo de la historia han tenido todas las pandemias de enfermedades infecciosas altamente transmisibles sobre los sistemas sanitarios. En estas pandemias los picos de morbilidad y mortalidad desbordan los sistemas sanitarios. Y los efectos indirectos de este desbordamiento pueden contribuir a un aumento de 2,3 veces la mortalidad global de la población, como se pudo comprobar con la pandemia de gripe de 2009, donde se registró un claro aumento de la mortalidad por infarto agudo de miocardio e ictus.

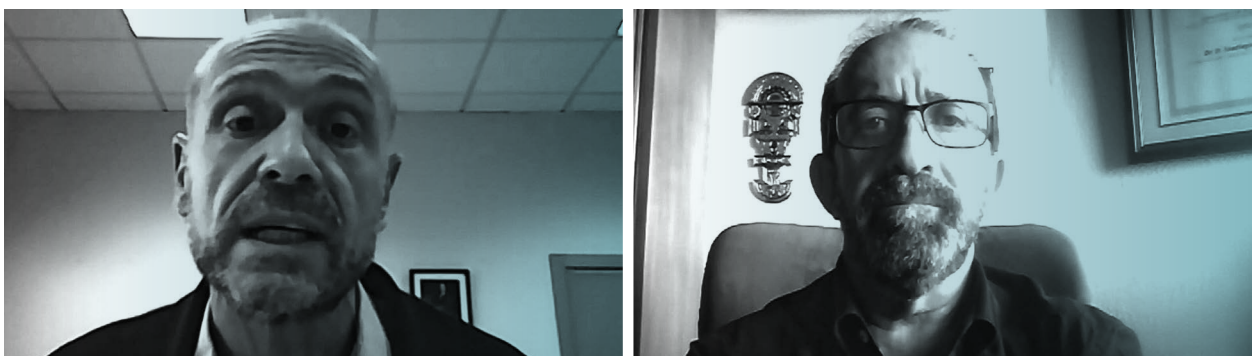
Analiza D. Santiago Moreno, a continuación, el impacto de la pandemia sobre los trabajadores sanitarios. Y no directamente por la mortalidad que supondría, sino por la reducción de la capacidad de atención sanitaria sobre los pacientes. Y también por la afección de la

pandemia sobre estos trabajadores. Así, en la epidemia de gripe de 2009 el 40% de los trabajadores sanitarios no pudo acudir al trabajo porque habían contraído la enfermedad o porque necesitaban cuidar de otros miembros de la familia. En esta pandemia se ha vuelto a comprobar cómo el número de trabajadores sanitarios que no han acudido a su puesto de trabajo, bien por estar contagiados, bien por estar en cuarentena, ha supuesto un cuello de botella para atender a los pacientes que han ingresado en hospitales. Es decir, y como conclusión, el aumento numérico de los pacientes supone un aumento de la mortalidad global y una incidencia directa sobre el sistema, que no tiene todos sus profesionales al estar ausentes por los motivos anteriormente expuestos.

D. Santiago explica, a continuación, cómo los pacientes con COVID-19 han supuesto el centro de la atención médica durante toda la pandemia. Y, desde muy pronto, se comprobó la gran diversidad de cuadros clínicos que presentaban: desde asintomáticos a pacientes muy graves que podían llegar a fallecer. Esto suponía un gran estrés para el profesional sanitario, ya que desconocía el comportamiento de la enfermedad y cómo tratarla. Comenta, también, la consecuencia que esto ha tenido sobre los centros de salud de Atención Primaria, con un desbordamiento en un primer momento, pasando después a un acceso limitado, telefónico exclusivamente, debido a la transmisibilidad de la enfermedad y la dificultad del seguimiento de la enfermedad que esto conlleva y la sensación de desprotección que muchos de los pacientes infectados han transmitido. Y todo esto hace que haya una mayor dificultad a la hora de hacer un estudio de contactos y un correcto seguimiento post-COVID. Por lo tanto, el impacto de la pandemia en Atención Primaria ha sido tremendamente negativo.

En los hospitales el comportamiento ha sido similar. Todo el hospital se convirtió en hospital COVID y, a pesar de eso, había deficiencias, siendo la mayor de ellas la dificultad de atención con ventilación mecánica a los pacientes que ingresaban en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). A esto se suma que los pacientes COVID, al considerarse pacientes altamente transmisibles, pasaban la mayor parte del ingreso hospitalario en soledad. No eran visitados por familiares y el seguimiento presencial se reducía a la visita médica y la hora de comida, lo que en algunos casos ha llegado a producir alteraciones psiquiátricas relacionadas con el aislamiento.

Esta atención exclusiva a los pacientes COVID ha impactado directamente en la atención sanitaria de los pacientes que no han sufrido COVID. Los casos de infarto, hemorragias di-



gestivas, etc. que diariamente se tratan habían desaparecido en el confinamiento. Esto se debía al miedo al contagio y esto es una repercusión tremendamente negativa que ha llevado a muchas reflexiones en el ámbito sanitario durante la segunda ola de la epidemia. En la primera ola se anularon todas las programaciones de cirugía y atención a pacientes crónicos, cosa que en la segunda ola se ha intentado minimizar.

A esto hay que sumar la deformación contextual, es decir, cualquier paciente que en otro momento hubiera presentado unos síntomas que hicieran pensar en una neumonía bacteriana, por ejemplo, en esos momentos era ingresado en una unidad COVID hasta que la PCR resultaba negativa y demostraba que el origen de su enfermedad era otro.

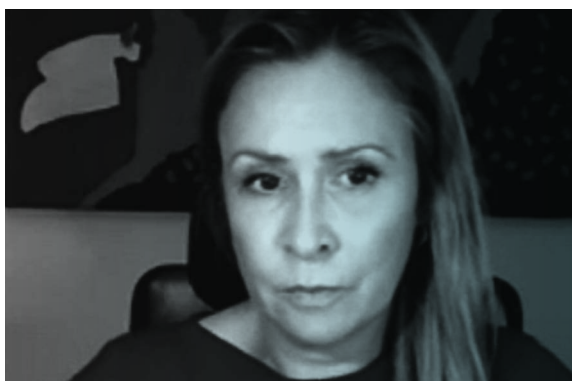
A continuación, expone algunos ejemplos publicados sobre este tema donde se recoge el impacto de la COVID-19 en los Servicios de Gastroenterología y Hepatología en 81 hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) español. En ellos, el 41% de las camas, el 25% de los especialistas y el 58% de los residentes estaban dedicados exclusivamente a COVID. Las consultas externas, ecografías y endoscopias se habían reducido en un 82-92%, así como las endoscopias terapéuticas y cirugías de carcinoma hepatocelular en un 75-89% y se habían cancelado programas de trasplante hepático en todo el país.

Y si se analizan los datos en el ámbito de la cirugía, se observa cómo en la cirugía de urgencias, comparando los periodos marzo-abril de 2019 y de 2020, la reducción ha sido del 60% y se prolongó el periodo para acudir a urgencias, de 45 horas en el periodo no pandémico a 71 horas en periodo de pandemia. Afortunadamente, no se registró un aumento de mortalidad por estas causas.

D. Santiago pasa a reflexionar sobre la situación actual en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, donde se produjo un atasco en la atención a pacientes crónicos no COVID en la primera ola. Actualmente, solo una cuarta parte del hospital es COVID y esto es el aspecto más comprometido y estresante de la segunda ola.

Pero ¿cuál sería la forma más correcta de actuar con los pacientes crónicos no COVID?. Tienen que evitarse los contagios durante la estancia en los centros sanitarios, creando circuitos asistenciales con un cribado de pacientes y personal. Debe prevenirse el deterioro funcional, cognitivo y afectivo de estos pacientes y dar una continuidad asistencial, potenciando la telemedicina y, por supuesto, aumentando la coordinación con Atención Primaria.

Para terminar, D. Santiago Moreno resume algunos aspectos prácticos de lo comentado a lo largo de su exposición. En primer lugar, hemos aprendido que debemos disponer de buena capacidad diagnóstica, de seguimiento y vigilancia de la COVID-19. Debemos aumentar la disponibilidad del sistema sanitario para atender a grandes números de pacientes gravemente enfermos, garantizando los cuidados no solo de estos pacientes, sino también de los pacientes no COVID, agudos y crónicos. Fundamental es salvaguardar a los trabajadores y cuidadores sanitarios de un contagio. Y, por último, mejorar las estrategias de comunicación y coordinación entre pacientes y médicos, sociedad y medios sanitarios, etc.



## Dña. Carina Escobar Manero

### Presidenta de la Plataforma de Organización de Pacientes (POP)

Dña. Carina agradece la invitación a participar en el encuentro y sobre todo la posibilidad de dar voz a los pacientes, cuyos derechos son defendidos por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes de la que ella es Presidenta.

La Plataforma representa a 29 organizaciones nacionales de pacientes con 1.400 entidades por todo el territorio que generan valor y están al lado de los pacientes, cuidadores, familia, etc.

En la Plataforma hay diferentes grupos de patologías: autismo y TEA, enfermedades oncológicas, inflamatorias inmunomediadas, neurológicas, raras, cardiopatías, enfermos y trasplantados de riñón, hígado y corazón, VIH-SIDA, lesionados medulares y daño cerebral. En esta diversidad de patologías lo que une la Plataforma es la cronicidad, a cualquier edad, no solo de pacientes mayores. Y lo que defienden es la atención del paciente no solo como enfermo, sino como persona vulnerable con los derechos de integridad y dignidad.

Cuando la Plataforma comenzó a analizar sistemas de trabajo efectivos a aplicar desde una organización paraguas, estudiaron qué colectivos eran más vulnerables. Esta categorización y adaptación es muy importante, ya que, si esto se hubiera tenido en cuenta en esta epidemia, podrían haberse llevado mejores medidas dirigidas a esos colectivos más vulnerables, como es el caso de los pacientes crónicos y las personas con discapacidad.

De la Encuesta Nacional de Salud, la Plataforma extrajo datos relevantes como que, en España, el 19% de la población infantil hasta 14 años tiene diagnosticada alguna enfermedad crónica. Que el 11,96% de la población infantil presentó unos índices considerados de riesgo de mala salud mental. Que el 68% de las mujeres mayores de 15 años presenta alguna enfermedad crónica, frente al 60% de los hombres.

A la vista de todos estos datos, la Plataforma identificó las poblaciones más vulnerables dentro del colectivo de pacientes crónicos e incluye, en sus líneas de acción, de forma específica a niños, jóvenes, mujeres y mayores.

¿Cómo deben tratarse las personas con enfermedades crónicas? La Plataforma detectó un déficit en el tratamiento de estos pacientes, que parte de la falta de una estrategia enfocada a la cronicidad que dé una respuesta efectiva a la situación demográfica, crónicos complejos y pluripatológicos. Ante esto, la Plataforma propone mejorar la continuidad asistencial, que se innove en procesos multidisciplinares, incorporando los cuidados en salud, información y formación de pacientes y familiares para conseguir corresponsabilidad. En resumen, que se diferencien los procesos agudos de los crónicos implementando tecnologías que sean transferibles a otras CC.AA., permitiendo así trabajar en red. Por lo tanto, el modelo propuesto por la Plataforma está centrado en la persona y es cooperativo, flexible y sobre todo preventivo. Esto último ha sido un déficit que ha quedado claro en la epidemia.

Los trabajos de la Plataforma se centran principalmente en dar a conocer la realidad y las necesidades de los pacientes, promoviendo la participación efectiva de éstos, pues deben colocarse en el centro del sistema sanitario y social. Todos estos trabajos se hacen a través de un observatorio de atención al paciente donde están reunidos todos los agentes sociales y sanitarios que trabajan conjuntamente con la Plataforma a la hora de elaborar los estudios a realizar.

Dña. Carina aclara que todo lo anteriormente expuesto son proyectos y actividades pre-pandemia, entre las que se encuentra un estudio centrado en el dolor. Este informe mostraba que estos enfermos marcaban su nivel de dolor en 7 sobre 10 con un estado de salud de 42 sobre 100 pacientes. La mayoría eran mujeres, con un alto número de bajas laborales y con una situación de desprotección, al no estar considerados ni personas con discapacidad ni personas dependientes.

A la vista de estos datos, la Plataforma decidió realizar un estudio sobre continuidad asistencial donde quedó de manifiesto la poca coordinación entre los diferentes profesionales que tratan a los enfermos crónicos y en la integración de una buena historia clínica que facilite el seguimiento del paciente y la necesidad de integrar una historia clínica.

Dña. Carina vuelve al dato de mujer mencionado anteriormente para poner de manifiesto que las mujeres tardan 3 años más que los hombres en ser diagnosticadas, con una percepción más negativa de su estado de salud que los hombres y una clara insatisfacción con el tratamiento recibido.





La Plataforma también trabaja en el ámbito de la infancia ligado a la educación, a la salud y a lo social. Actualmente, se mantiene una situación de baja inserción social de los niños que padecen enfermedades crónicas con ingresos periódicos en hospitales y con escaso apoyo en los centros educativos. Esta situación, durante la primera ola de la epidemia, se ha acentuado, ya que aquellos niños que tenían apoyo de logopeda, rehabilitación, etc. han tenido que suspenderlo, lo que supone un paso atrás en la logopedia de su situación.

Durante la pandemia, la Plataforma ha intentado en el tratamiento de su situación reconvertirse y ver cómo podían ayudar a los pacientes, haciendo documentos de información que trasladaron al Ministerio de Sanidad, poniéndose a su disposición.

El trabajo de la Plataforma en la pandemia se centró en combatir la desinformación a través de la difusión de contenidos rigurosos y por patología que permitiesen generar certeza. Por ejemplo, los corticoides, antiinflamatorios, etc. se consideraron fármacos con efecto negativo para la COVID y eso hizo que muchos dejaran los tratamientos, provocando una importante falta de adherencia.

A continuación, Dña. Carina pasa a analizar los estudios de impacto de la COVID en personas con enfermedad crónica o síntomas cronificados, realizados desde la plataforma. Al 69% de los pacientes crónicos le cancelaron la consulta médica y un 41,4% sufrió la suspensión o aplazamiento de su rehabilitación con las consiguientes consecuencias para su estado de salud. El 22,8% de los pacientes, a pesar de encontrarse mal durante la pandemia, no acudió a un centro sanitario por miedo a ser contagiado y fue empeorando en casa. En relación con los tratamientos, un 80% tuvo alguna dificultad para conseguirlo y un 10,5% lo recibió en su domicilio.

En relación con la percepción del estado de salud, tres de cada cuatro mujeres indicaron que su salud había empeorado debido a la situación vivida, frente a uno de cada cinco hombres. Y tres de cada cuatro pacientes que han vivido la pandemia en soledad son mujeres, lo que también tiene un gran impacto en su salud.

En relación con el impacto laboral y económico, el 48,7% de las personas consultadas manifestó su preocupación por no poder asumir gastos. Tener en el ámbito familiar una persona con problemas para asistir regularmente a su puesto de trabajo por dolor supone una carga y si a esto se añade el miedo a perder su trabajo, todo ello, explica el número tan alto de personas con preocupación a empeorar su situación económica.

En cuanto al impacto emocional y los sentimientos negativos, éstos han subido 40 puntos porcentuales en los pacientes crónicos en relación a la percepción prepandémica, y el 40,6% de los pacientes consultados sintió la necesidad de tener acompañamiento psicológico, pero solo el 3,4% indicó que recibió esta ayuda. El problema de soledad de los pacientes crónicos se ha visto agravado por el aislamiento en la pandemia.

A continuación, Dña. Carina comenta el estudio cualitativo sobre mayores con enfermedades crónicas que están desarrollando. Así mismo, están trabajando en otro estudio sobre depresión y enfermedad crónica. A través del Observatorio de la atención al paciente se está trabajando conjuntamente con Servicios de Salud Regionales y directores gerentes de hospitales sobre cómo retomar la asistencia sanitaria en pacientes crónicos.

Durante la pandemia los pacientes crónicos tuvieron sensación de invisibilidad. Las entidades de pacientes como agentes sociales no participaron en la Comisión de Reconstrucción. En este sentido, se realizó con el Ministerio de Sanidad un apoyo a la campaña de vacunación de la gripe para que los pacientes crónicos se vacunasen.





## D. José Carlos Bermejo Higuera

Director del Centro de Humanización de la Salud y Centro Asistencial San Camilo. Tres Cantos, Madrid

D. José Carlos comienza agradeciendo a SEDISA la oportunidad que le presta para poder hablar desde el Centro San Camilo, Centro de Humanización de la Salud, un centro para mayores donde el huracán del coronavirus golpeó con virulencia, ya que fallecieron más de 30 personas. También cuenta con una unidad de cuidados paliativos y el 30% de los trabajadores se infectó.

Comienza analizando los aspectos de su propia experiencia, ya que D. José Carlos enfermó el 31 de marzo y, tras padecer la sintomatología descrita para el virus, acabó padeciendo una neumonía bilateral que precisó ingreso hospitalario. Tras el alta hospitalario se sintió muy necesitado, ya que las consecuencias del confinamiento y la imposibilidad de salir de la habitación le pasaron factura. Manifiesta, en cambio, que con sus 57 años no se sintió anciano, ya que si lo hubiera sido las consecuencias de la enfermedad hubieran sido mucho peores.

Durante este tiempo también se ha sentido muy vinculado y, gracias a las nuevas tecnologías, se ha sentido perteneciente a una fraternidad que va mucho más allá de los grupos profesionales.

Comenta D. José Carlos que hay una parte de la experiencia de estar enfermo que es incommunicable, una soledad inevitable. Y comenta cómo sentía esa soledad cuando estaba enfermo y la ansiedad que en algunos momentos le provocaba la idea de poder morir.

También se ha sentido muy agradecido a los ángeles del hospital, como él los llama, y en algunos momentos del confinamiento se remontaba a datos de la biografía de San Camilo, patrono del Centro de Humanización, donde se relata la estancia en las salas del Espíritu Santo en Roma cuando alguna epidemia asolaba la ciudad y se utilizaba como sala para atender a los enfermos, que gritaban como él recuerda gritaban sus compañeros de internamiento.

En el comienzo de la pandemia, D. José Carlos vislumbró que sería un camino largo e intenso y escribió un doble diario de sesiones. En la columna izquierda recogía datos cotidianos del centro y en la derecha escribía su experiencia más emocional y subjetiva. Y también para hacer homenaje a la verdad, ya que los medios estaban más centrados en los datos que en otro tipo de informaciones.

Nunca ha visto a su alrededor personas tan desorientadas y con tanta incertidumbre.

Antes de enfermar había iniciado un libro, que ya está publicado, sobre el “duelo digital”. En él ha reflexionado sobre el dinamismo de la esperanza y trata uno de sus temas favoritos, como es el duelo de las personas queridas y la imposibilidad de hacerlo en la pandemia. El libro pone de manifiesto cómo ahora solo nos podemos apoyar en los demás a través del medio digital, que ha resultado ser un pilar importante en los fallecimientos durante la COVID.

A él le han ayudado sus recursos cognitivos y espirituales. Y se ha sentido como el sanador herido, y como directivo y académico ha asistido a los límites y torpezas de algunos profesionales de la salud durante la pandemia de los que pone algunos ejemplos. El primero se refiere a su paso por urgencias, una gran sala donde había muchos sillones y camas que iban asignando a los pacientes. Al llegar a la suya, buscó el aseo y un enchufe, lo que le hizo reflexionar sobre sus necesidades en ese momento. Después de localizarlos se tumbó en la cama y alguien le dijo que no podía tumbarse vestido y que se pusiera el camisón, lo que le pareció una torpeza y una falta de capacidades relacionales en la persona que se lo había dicho. A las cuatro de la mañana la pérdida de líquidos era constante y se acercó al control de enfermería para decirles que él pensaba que no estaba yendo bien la evolución. La enfermera avisó al médico que acudió y tras escucharle le dijo «Señor, eso es todo de lo que ha tenido». D. José Carlos sintió que no se correspondía la respuesta con una actitud empática como la que debía demostrar el médico.

Recuerda otra escena cuando compartía habitación con un hombre de 70 años que había sido profesor de económicas. Un compañero en situaciones de pandemia puede convertirse, comenta D. José Carlos, en un arcángel que ayuda también a superar las muchas horas de soledad y confinamiento. Un día le preguntó la médico que trataba al hombre desde la puerta si le dolía algo. Y él le respondió que le dolía el alma, ya que su mujer tam-



bién estaba enferma en otro hospital y no sabía si se volverían a ver. Y la doctora respondió «Sí, sí, pero ¿le duele algo?» El peso de la fatiga y el estrés ha sido grande en los profesionales sanitarios, pero esta respuesta considera D. José Carlos no fue la más acertada.

Otro día, recuerda, le habían dado ya el alta y le habían comentado que después de la comida podría irse a casa. Tenía que salir manteniendo las medidas de seguridad y un celador le acompañaría a la puerta, donde una amiga enfermera de D. José Carlos le esperaba para llevarle a casa. Al cabo de hora y media tocó el timbre para decir que el celador no había pasado y que él estaba preparado para salir con el alta pertinente. La persona que le atendió le dijo «Que lo valorarían al pasar con la merienda». Evidentemente, comenta D. José Carlos, esta persona ni tan siquiera se había parado a escuchar lo que le acababa de decir. Al final, la salida del hospital se prolongó cuatro horas.

Estos pequeños detalles no son tan pequeños, confiesa D. José Carlos, ya que en algunas ocasiones el perfil de los profesionales sanitarios no mantiene el equilibrio entre conocimiento y técnicas de comunicación. Y, en otras ocasiones, es al contrario. En otros casos puede haber equilibrio, pero falla otro aspecto, que es el de centrarse en la persona enferma. Por lo tanto, hay que seguir trabajando para alcanzar este equilibrio deseado en todo profesional sanitario.

Mención especial merece el descuido que se viene haciendo los últimos años en la docencia del manejo de la palabra. Con la palabra nos creamos, nos destruimos, nombramos y también encontramos en el diálogo. La palabra y la voz adecuada, es decir, el tono, puede ser un bálsamo lenitivo, una medicina dulce que calma e insufla ánimo y vida en el cuerpo. Como resumen y tal como afirmaban ya los griegos «Con poco arsenal, las palabras son un arma con inmenso poder».

Humanizar pasa por educar a usar correctamente la palabra. Y enseñar a escuchar y utilizar la palabra puede llevar a contribuir a recorrer este camino complementario de aprender a escuchar.

Como conclusión, la palabra oportuna del médico puede ser medicina, no solo porque a veces cura o alivia, sino también porque enseña y consuela. La competencia profesional no puede reducirse a competencia científico-técnica, sino que debe incluir las competencias relacional, emocional, ética, cultural y espiritual.

## DEBATE

**Pregunta.** D. Santiago Moreno ha hablado de lo importante que es la coordinación con Atención Primaria, donde la pandemia ha golpeado duro. Pero ¿cómo nos podemos coordinar con la Atención Primaria si la Atención Primaria está como está?

**Respuesta - D. Santiago Moreno.** La Atención Primaria, en toda España y en Madrid en particular, necesita mejorar en muchos aspectos, no precisamente en la calidad de sus profesionales sino en su estructura para atender todas las misiones que tiene encomendadas. La pandemia ha puesto de manifiesto la insuficiencia del número de profesionales para atender a todos los pacientes, con medios insuficientes, etc., y alguien dentro del sistema debería haber coordinado un canal establecido entre los dos niveles asistenciales, especializada y primaria.

**Respuesta - Dña. Carina.** En la estrategia de primaria y atención comunitaria del 2019 del Ministerio, en la que participé, quedó claro que había que innovar en los procesos asistenciales. Lo que parece claro es que hay un déficit de liderazgo, todo el mundo sabe la teoría, pero no hay nadie que la lleve a la práctica coordinando todos los factores que deben intervenir en los procesos. El reto que actualmente tenemos es aprender a vivir en una situación de pandemia y futuras pandemias, con una buena coordinación y transformando los procesos, para que todos los pacientes, los que no han recibido atención y los infectados- puedan tener acceso a la atención. Si no se cambian los procesos, y a pesar de invertir muchos recursos en la pandemia, los resultados no son ni eficaces ni eficientes.

**Respuesta - D. Julio Zarco.** Como médico de primaria participé en 1999 en el mismo plan de estrategia de primaria y atención comunitaria que ha comentado Carina y no ha habido evolución de una estrategia que se retoma ahora y había sido ya iniciada en el año 99.

**Respuesta - D. José Carlos.** Tenemos el desafío de aprender lo que significa encontrarse con el paciente a partir de ahora. La telemedicina nos lanzará el desafío para revisar los planes educativos en lo que tiene que ver con la comunicación. No es lo mismo recibir al paciente en una consulta que verlo a través de una pantalla. Se pierde el valor de «tocar».

**Pregunta.** ¿Qué opinan los pacientes de la dificultad de acceso al fármaco y cómo es posible resolver y agilizar ese 80% comentado por Dña. Carina en su exposición?

**Respuesta - Dña. Carina.** Lo primero que debemos ver es la diferencia en la toma de decisiones ante la COVID por las diferentes CC.AA. Hubo CC.AA. que sí establecieron un consenso para repartir la medicación hospitalaria. Desde las asociaciones de pacientes trabajamos para evitar en la medida de lo posible que los pacientes se quedaran sin medicación. En el caso de Madrid, trabajamos con tres hospitales a través de voluntariado organizado por la Fundación ONCE.

**Respuesta - D. Santiago Moreno.** En nuestro hospital los únicos pacientes que acuden al hospital a recoger medicación son los pacientes VIH con una frecuencia de 2 meses. Y, curiosamente, debido a la COVID, una petición que veníamos realizando hace mucho tiempo, que el paciente no tuviera que acudir al hospital con tanta frecuencia, se ha visto satisfecha con la telemedicina y los pacientes no se han quedado sin sus tratamientos. Nuestro interés actual es que esta situación se mantenga cuando finalice la pandemia. Pacientes con otros tratamientos supongo han solucionado este tema con los médicos de Atención Primaria.

**Pregunta.** ¿Cómo realizar la docencia de lo emocional, de las competencias blandas, como se las conoce habitualmente?

**Respuesta - D. José Carlos.** Ese es un desafío muy bonito para profesiones que interactúan con personas frágiles. Y está claro que se es mejor en la atención cuando se tiene una buena mochila de competencias blandas, que curiosamente, en ocasiones es lo más duro. En ocasiones, fracasos en la adherencia se deben a la incapacidad de persuasión e imposibilidad de animar a un paciente para continuar con el tratamiento a la espera de los resultados esperados que harán cambiar su estado. En resumen, ante la pregunta de si esto se está educando, mi respuesta es que muy poco. Y no olvidemos que también hay otras lagunas, en lo valórico, en lo espiritual, etc. Hay que reconocer la vulnerabilidad de los profesionales sanitarios en esto y establecer máster, cursos, etc. Hay que evitar el peligro de convertir la medicina en, simplemente, veterinaria de cuerpos humanos.

**Pregunta.** ¿Los residentes de tu hospital en los últimos 5 años cómo llevan el tema de las competencias blandas?

**Respuesta - D. Santiago Moreno.** En el currículum de medicina ya se incluye una asignatura de comunicación. Aunque no creo que sea tan enseñable la empatía como la parte técnica de la carrera, es decir, que la capacidad de adaptarse a determinadas situaciones y emociones tenga una recepción por igual en todos los estudiantes de la carrera. Yo creo que en los residentes ya se ve esto, es decir, están ávidos de conocimientos técnicos, de adquirir destrezas técnicas para tratar enfermedades y, curiosamente, los enfermos donde más ponen su atención no son aquellos a los que les duele el alma, sino los que tienen enfermedades complejas y de difícil diagnóstico. Seguramente, después el residente se irá perfilando y entrará esa relación empática con el paciente. Yo mismo ahora prefiero a pacientes no tan «bonitos» clínicamente porque es cierto que me duele el alma cuando vemos su caso en sesión clínica y prefiero el paciente con un buen pronóstico.

**Respuesta - D. José Carlos.** Lo comentado por D. Santiago es un aspecto muy bonito, preguntarse si la empatía es exigible profesionalmente, si es educable... Lo cierto es que hay una predisposición para la empatía y es educable, aunque muy mediada por el contexto. Hay metodologías establecidas para este tema que tienen resultados muy buenos en, por ejemplo, la entrevista clínica.

**Respuesta - Dña. Carina .** Mi experiencia con alumnos de medicina ha sido curiosa, ya que me di cuenta que nunca habían visto a un paciente hablando sobre su dolencia y las preguntas que me realizaban eran muy básicas y todas orientadas dentro de los temas que habéis comentado. Nuestra conclusión es que hay que acercar más el paciente a la universidad, a que tengan un punto de encuentro con el profesional que más adelante será quien le trate. Lo que se pretende es tener buenos resultados en salud y eso solo se conseguirá si somos capaces de ver a la persona más allá de la analítica. Tiene que haber una coordinación en la respuesta que se dé a los problemas sanitarios y sociales de los pacientes, con una buena derivación a lo social cuando los problemas del paciente así lo necesiten.



**Pregunta.** Estamos en la segunda ola de la pandemia y en los hospitales tienen que convivir pacientes COVID y no COVID. Esto, lógicamente, supone un esfuerzo adicional para profesionales, gestores y, por supuesto, pacientes. ¿Qué acción deberían tomar ante esta situación los profesionales sanitarios, gestores y pacientes?

**Respuesta - Dña. Carina.** Reconocer la pandemia paralela de los enfermos crónicos y medir la dimensión de los diagnósticos que no se están haciendo, nos llevará a conocer mejor y poder tomar medidas a medio y largo plazo en este nuevo escenario donde nos estamos moviendo.

**Respuesta - D. Santiago Moreno.** Los gestores deberían facilitar los recursos a profesionales y pacientes para que todo funcione bien. Ahora mismo una buena atención depende de los recursos existentes. No se puede prestar la misma atención que antes a los pacientes no COVID y a la vez destinar recursos exclusivos a los pacientes COVID. Y, por parte de los profesionales sanitarios, que arrastran cansancio físico y mental, pediría pusieran el mismo empeño y las mismas ganas que pusieron durante la primera ola de la pandemia. Por parte de la población en general hay que intentar evitar sobrecargar al sistema sanitario, es decir, aumentar las medidas para no infectarse.

**Respuesta - D. José Carlos.** La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya está hablando de fatiga por pandemia y ante esta situación necesitamos hacer trabajos de humanización. En relación con las residencias de ancianos, no podemos cometer el error de maldecirlas cuando al informar parece que son simplemente una fábrica de virus. Los centros de mayores necesitan una mirada que muestre realmente lo que están haciendo por la sociedad.

*D. Julio despide el encuentro dando las gracias a los ponentes por su generosidad y el punto de vista tan personal que han dado sobre el momento actual en el que nos encontramos, aportando una visión coral a todos los problemas en torno a la COVID.*

*Agradece a SEDISA y a Janssen la oportunidad que dan para establecer un punto de encuentro tan excelente como lo son estas jornadas.*





03

**PROFESIONALES**  
**¿CÓMO MEJORAR LA ASISTENCIA  
SANITARIA EN LA PANDEMIA?**





**MODERADOR**

**D. Manuel Martínez-Sellés D' Oliveira Soares**

Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

D. Manuel Martínez-Sellés presenta a los ponentes y da las gracias a SEDISA y a Janssen al facilitar un punto de encuentro donde poder analizar los diferentes aspectos de la pandemia desde el punto de vista de los profesionales y las sociedades científicas. Pasa, posteriormente, a presentar al primer ponente del webinar.





## D. Miguel Sánchez García

Jefe de Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Clínico San Carlos. Madrid

D. Miguel Sánchez comienza su presentación explicando que su ponencia intentará explicar cómo se mantuvo, en el Hospital Clínico San Carlos, una asistencia igualitaria y equitativa a toda la población de enfermos.

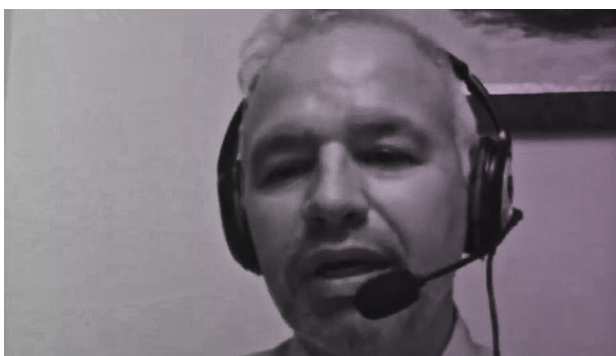
Antes de ello, sitúa la pandemia en cifras a nivel mundial, con datos recientes donde hay casi 60 millones de casos confirmados y cerca de un millón y medio de fallecidos. En España, las cifras son de un millón y medio de afectados y 42.000 fallecidos. La demanda explosiva de atención por parte de estos pacientes la presenta D. Miguel en una gráfica donde se aprecia la evolución de los datos desde principios de marzo hasta mediados de marzo con un ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de 3.000 enfermos. En otra gráfica similar añade un nuevo elemento, el porcentaje de pacientes con ingreso hospitalario que posteriormente son derivados desde urgencias o planta a las unidades de cuidados intensivos. Se aprecia que, al principio de la pandemia, entre el 30-50% de los pacientes con ingreso hospitalario fueron derivados a UCI. Según fue avanzado la primera ola, la derivación bajó hasta un 8-10%. Esto se debe a que desde muy pronto, diferentes estudios demostraron que el retraso de días en la derivación del paciente a las unidades de intensivos estaba directamente relacionado con el aumento de fallecidos.

En el Hospital Clínico San Carlos la dimensión del aumento en la demanda sanitaria queda patente en la gráfica presentada, donde todo el centro se volcó en el paciente COVID, quedando un 10% destinado a paciente no COVID. Esta proporción fue la misma en la inmensa mayoría de hospitales españoles. En la segunda ola el área bajó la curva, es decir, el número de enfermos es igual que en la primera, con la diferencia de que actualmente el crecimiento ya no es exponencial sino cuadrático, lo que permite adaptarse mejor a las necesidades de los enfermos. También se ha mejorado el manejo de la enfermedad, lo que se aprecia en el descenso de la mortalidad del 44% a menos del 30% en esta segunda ola. La bajada de casos también es lenta en esta segunda ola y no tan marcada como lo fue en la primera.

La adaptación a la demanda se llevó a cabo aumentando al 300% la capacidad habitual de las UCIs, en el Hospital Clínico San Carlos pasaron de 600 a 1.800 camas. Se extendieron las áreas de recuperación quirúrgica y de procedimientos con sedación a unidades de cuidados intermedios, quirófanos, unidades coronarias y áreas no sanitarias. Se llevó a cabo, también, la contratación de personal sanitario o se incorporó personal de otras especialidades (anestesiastas, neumólogos, etc). Y, en relación con el material y equipamiento, se adquirieron respiradores, EPI, tubuladuras, etc. y se agilizó la compra y tramitación de medicaciones *off-label* desde el Servicio de Farmacia, como por ejemplo antirretrovirales y cloroquina.

Otra parte de la adaptación, aparte de lo expuesto, fue el traslado de pacientes desde hospitales que estaban totalmente sobrecargados a otros hospitales con camas libres. Para solucionar esto se instauró un proceso donde los hospitales ofrecían camas libres y a través del SUMMA se realizaba el traslado de los enfermos críticos. Era un traslado complejo, ya que durante el mismo el paciente estaba con intubación, con ventilación mecánica en el 86% de los casos, con noradrenalina la mitad de los trasladados al estar en situación de shock y prácticamente todos estaban sedados o precisaban relajantes musculares. No se trasladaron aquellos pacientes que tenían un índice de masa corporal por encima de 30 y, lógicamente, para el traslado se precisaba la autorización de la familia. Para coordinar mejor los traslados, se utilizó un sistema de mensajería instantánea y se creó un grupo de trabajo llamado «Madrid COVID Tetric» para encajar a los pacientes en las UCIs de la Comunidad de Madrid. Este traslado conlleva un trabajo muy especializado que los equipos de protección complicaban y, gracias a él, un total de 196 pacientes fueron trasladados entre UCIs, llegándose a trasladar 14 pacientes en un día. El número de incidencias registrado durante los traslados fue baja, alrededor del 30%, y casi en su totalidad fueron leves, teniendo que ver casi todas con cambios de dosis en la sedación. La mortalidad de los trasladados fue la misma que en los pacientes no trasladados, tal como dejó de manifiesto el análisis de un estudio donde se incluyeron todas las multivariantes, lo que habla del magnífico trabajo de los profesionales, primero en el proceso de selección de los pacientes y segundo en la efectividad del traslado.

Todos estos datos se han presentado en el Congreso Nacional de la Sociedad de Medicina Intensiva Española.



En la segunda ola se ha hecho algo parecido aprovechando la experiencia de la primera. En esta ocasión, se ha plasmado en el documento «Procedimiento de organización de la red de cuidados intensivos de la Comunidad de Madrid» de la red de cuidados intensivos y el SERMAS. En el documento se recogen los objetivos, recursos, responsables funcionales, procedimientos de actuación, criterios de selección recomendados y checklist para el traslado (medicación, parámetros de ventilación mecánica, etc.).

Para finalizar, D. Miguel Sánchez expone como conclusiones que las dimensiones de la pandemia han superado con mucho la capacidad de cualquier sistema sanitario conocido hasta la fecha. Que la adaptación ha surgido por mero estrés de una parte y ganas de ayudar por la otra. Y que las tareas pendientes pasan por una mejor predicción y preparación para los siguientes brotes o pandemias. No hace falta tener disponibles dos mil camas de UCI diariamente, pero sí estar preparados con un aumento del 15-20% de camas. Y, por último, y quizás lo más complejo dada la situación actual, es aumentar la investigación de la fisiopatología y manejo de la enfermedad, para mitigar la incertidumbre de los profesionales sanitarios que tienen que enfrentarse a ésta.







## D. Luis Díaz Izquierdo

Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa.  
Leganés. Madrid

D. Luis Díaz da las gracias a los organizadores y se dispone a explicar la experiencia y la adaptación a la misma que han llevado a cabo los profesionales que trabajan en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés. Su objetivo, por tanto, es responder a la pregunta: qué hicimos para responder a la pandemia y cómo tuvimos que reinventarnos por los pacientes, por sus familias y por el conjunto de la población de Leganés.

Explica D. Luis Díaz cómo subió a las redes sociales una foto de un letrero que una enfermera de su Servicio había colgado en la entrada dando las gracias por los aplausos recibidos el día anterior desde los balcones, pasando en ese momento a convertirse en un interlocutor proactivo con los diferentes medios de comunicación que solicitaban hablar con él. Siempre sobre los mismos temas, comenta, si tenían medios suficientes para poder trabajar, sobre la decisión de subir o no un paciente a UCI y el tema de la heroicidad, que D. Luis Díaz desplaza a los familiares que vivieron el comienzo de la pandemia sin ningún tipo de información.

Comenta a continuación que para él lo vivido en el mes de marzo y siguientes no fue una ola, sino un tsunami que impactó sobre toda la sociedad. Y recuerda las primeras recomendaciones del Ministerio sobre cómo debían enfrentarse a la enfermedad y qué medidas debían tomar. Recomendaciones que dejaban patente para D. Luis Díaz lo lejos que estaban las autoridades que las emitían de la realidad diaria de un servicio de urgencias, ya que con aquellas medidas quedaba claro que si España evolucionaba como lo había hecho Italia, por ejemplo, los hospitales iban a colapsarse rápidamente.

Relata cómo sus guardias empezaban ya en casa, con la despedida: «Buena guardia y que vuelvas». La verdad, eran momentos complicados porque realmente podía ocurrir, como ocurrió con un compañero de quirófano que falleció e impactó el hecho a todo el Hospital. Comenta también que en las guardias lo habitual era ver entre 85-90 pacientes, número que llegó a triplicarse en el mes de marzo. Y cómo la mayor preocupación de todos los es-

pecialistas del Servicio era que ninguno de estos pacientes se quedara sin atender, sin hidratación, etc. Y a pesar de la avalancha de enfermos para un servicio como el de urgencias, que es un lugar dinámico no pensado para estancias prolongadas, se buscaron soluciones de espacio en pasillos, salas próximas, etc. Y relata lo duro que fue ver cómo los pacientes fallecían, hasta siete en una tarde.

Relata con emoción cómo los pacientes les aplaudían y cómo, sin pudor, lloraban los miembros del Servicio de Urgencias. Reconoce que quizá la experiencia es difícilmente entendible para alguien que no sea médico y no estuviera implicado directamente en todo lo vivido.

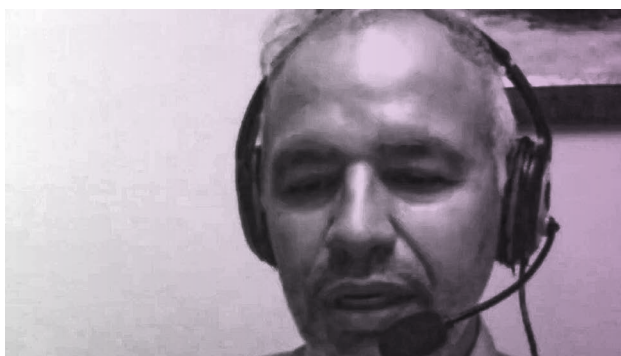
Habla también, D. Luis Díaz, de la incertidumbre que suponía tratar a pacientes cuando no había una evidencia científica clara y con protocolos que cambiaban a lo largo de la semana. Los estudios con el uso de hidroxiclороquina en 17 pacientes, donde el resultado había sido 10 sí y 7 no. El uso de lopinavir/ritonavir sin tampoco muchas evidencias. A esto se suma la falta de medidas de protección, falta que se debía simplemente a la carencia de material, no porque se desconocieran estas medidas de protección.

La muerte del marido de una compañera de D. Luis Díaz, enfermera en el Servicio de Urgencias, supuso uno de los momentos de más temor para él. Lo habían trasladado a IFEMA y luego volvió al empeorar. De allí se derivó al Servicio de Medicina Intensiva, uno de los servicios con quien más complicidad han tenido a lo largo de toda la pandemia. En concreto, cita a los doctores Ricardo Díaz Abad y José Suarez del Servicio de Medicina Intensiva de su hospital y cómo le impactaba hablar con ellos, ya que le transmitían su frustración al no poder salvar a los pacientes.

Recuerda también los pases de visitas con historias de pacientes, de matrimonios que nunca se habían separado y ahora, con 90 años de edad, eran ingresados en diferentes hospitales pensando que nunca volverían a verse. Recuerda, también, la historia de un paciente joven que se derivó a UCI mientras por el móvil se iba despidiendo de su hija.

También había momentos de euforia cuando los pacientes se iban de alta o cuando desde su propio teléfono llamaba a las familias de los pacientes ingresados poniendo el altavoz para que, al menos, pudiesen comunicarse.

En resumen, el Servicio tuvo que reinventarse y reorganizarse. Y sobre todo le gusta utilizar dos palabras para describir aquellos momentos: flexibilidad y agilidad.



Explica cómo al comenzar la guardia lo primero que hacían era reunirse con compañeros de otras especialidades y analizar la evolución de los pacientes. Luego se dividían por grupos para hacer llegar la atención médica a todos los pacientes y buscando, también, los pacientes potencialmente trasladables, ya que era imposible seguir drenando pacientes hacia las plantas. Abrir el pabellón de IFEMA fue un respiro para la presión en el Servicio y hubo días que derivaron hasta 50 pacientes. Se establecieron cuatro niveles de gravedad en el Servicio de Urgencias y los pacientes se incluían en listados que se remitían a un adjunto que coordinaba junto con el jefe de guardia la derivación. Los criterios de derivación muy sencillos, que saturaran a más de 95 en reposo y que fueran capaces de subir unos escalones. Tenían también que llevar medicación oral para 7 días, agradeciendo D. Luis Díaz al Servicio de Farmacia la disposición y el esfuerzo para hacerlo, ya que ningún paciente se quedó sin su medicación a pesar de ser momentos complicados para asegurar un abastecimiento por parte de los laboratorios proveedores ante el aumento de la demanda.

A continuación, D. Luis Díaz pasa a explicar cómo se organiza el Servicio actualmente, con dos circuitos, uno rojo que es para pacientes sospechosos o confirmados con infección por la COVID, y otro verde para pacientes con otras patologías. Actualmente, no hay escasez de material y se ha reorganizado físicamente el servicio para un mayor aprovechamiento.

Finaliza su intervención emocionado al recordar la reciente visita de una joven paciente que le dijo recordaba su voz y ojos, definiéndolos como sus ángeles azules.





## D. Pedro Jaén Olasolo

Presidente de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV)

Comienza agradeciendo la oportunidad ofrecida para participar en el foro y compartir experiencias con otros compañeros.

A continuación, reflexiona, tras la consulta reciente realizada a una compañera médico de Atención Primaria en Alcalá de Henares, la situación de estrés postraumático que están sufriendo los trabajadores sanitarios.

D. Pedro Jaén dará en su presentación unas pinceladas de lo que se ha hecho desde la Academia de Dermatología en relación con la pandemia. Esta Academia, o cualquier otra sociedad científica, tiene una estructura conformada por especialistas de diferentes entornos sanitarios, con un elevado conocimiento del sistema sanitario. Se ha puesto de manifiesto en la pandemia cómo estas sociedades son un interlocutor vital para la Administración y otras instituciones o asociaciones de pacientes en la toma de decisiones relacionadas con la COVID-19 y todas aquellas vinculadas a la asistencia sanitaria.

Con la llegada del COVID los dermatólogos han trabajado, como el resto de especialistas, en equipos macro-COVID o en coordinación con compañeros de otras especialidades en el tratamiento de los enfermos, ayudando a diagnósticos a través, en muchas ocasiones, de signos cutáneos para conocer mecanismos patogénicos.

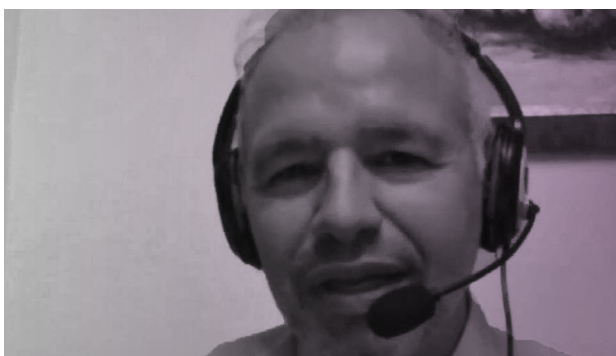
Desde la Academia Española de Dermatología se ha prestado apoyo científico y formación a todos los miembros de la misma. Considera que fue una decisión acertada, ya que desde el comienzo han tenido una intensa actividad. La Academia trabaja organizada en grupos de trabajo y cada uno de estos grupos se ha encargado de crear directrices sobre cómo actuar con pacientes vulnerables frente a la COVID, orientando así a los dermatólogos con pautas de actuación en procedimientos y facilitando directrices terapéuticas y de manejo de pacientes basadas en evidencias científicas. A esto se sumó la difusión de comunicados para orientar en el manejo de pacientes con enfermedades autoinmunes.

Los problemas que ha traído la pandemia han sido varios. El primero de ellos por su gravedad, la demora en la asistencia a los pacientes con problemas dermatológicos leves y graves, lo que supone un aplazamiento de las consultas y cirugías y pone de manifiesto que se debe mejorar en la gestión de los recursos y la eficiencia del sistema. Como ejemplo, D. Pedro Jaén explica que la supervivencia de los pacientes con melanoma antes de la pandemia era del 85%. Un retraso en su detección supone que la supervivencia se reduce al 79% a los 5 años y al 71% a los 10 años. Por lo tanto, está claro que hay pacientes que están sufriendo un deterioro en el diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías, no sólo dermatológicas.

En la Academia había ya una aplicación informática, Dermassistance, para conectar voluntariamente dermatólogos españoles con otros dermatólogos de países en vías de desarrollo, atendiendo así dudas dermatológicas en países muy diversos. Durante el estado de alarma, la Academia puso a disposición de la población a través de la aplicación «TeleDermaSolidaria» la posibilidad de consultar con dermatólogos que se ofrecieron de manera altruista, con el resultado de unas 3.000 consultas en 40 días.

La situación creada a raíz de la pandemia nos ha hecho replantearnos la asistencia de los pacientes y pensamos que la telemedicina puede mejorar la eficiencia del sistema sanitario. Los dermatólogos recibimos mayoritariamente los pacientes desde Atención Primaria, siendo la especialidad que más solicitud de cita recibe. Hay estudios que demuestran que el 60% de estas citas podrían resolverse conjuntamente entre el médico de Atención Primaria y el dermatólogo sin necesidad de desplazamiento por parte del paciente. En este sentido, la telemedicina supone un avance a diferentes niveles, desde la optimización de flujos, mejoras del triaje y facilitar el seguimiento del paciente.

Si en gran parte del territorio nacional se ha podido implementar la historia electrónica y ponerla a disposición de diferentes especialistas, creemos que debe ocurrir igual con la teleconsulta y debería ser uno de los objetivos de la Administración para mejorar la gran bolsa de pacientes que hay sin atención.





## D. Ramón García Sanz

Presidente de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH)

Agradece la invitación a SEDISA y a Janssen la oportunidad que da a los clínicos para poder colaborar con los gestores sanitarios en la eficiencia de recursos.

D. Ramón aborda la gestión que se ha llevado a cabo desde la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia en la pandemia. Y también comentará aspectos clínicos en el hospital de día del Hospital Universitario de Salamanca, donde trabaja.

Ante la pregunta ¿Cómo mejorar la gestión de la pandemia?, D. Ramón García contesta desde un punto de vista clínico, analizando diferentes puntos de los diagnósticos, pronósticos, tratamiento, seguimiento y evaluación de la enfermedad y los pacientes.

En primer lugar, para hacer un diagnóstico nos hemos encontrado que estábamos huérfanos de información en relación con el virus. Al principio se trató de buscar algunas referencias históricas y comportamientos de pandemias a lo largo de la historia. Las autoridades sanitarias también han intentado dar la máxima información posible en casos medios y mortalidad. Aunque esta información en algunas ocasiones no coincidía con las que daban otras fuentes. Si se acude a consultar el registro de mortalidad en España, la diferencia en el número de fallecidos es significativa. Y aún teniendo en cuenta que aquí se registra mortalidad indirecta del COVID, es decir, pacientes que fallecen en su domicilio sin acudir al hospital, bien por padecer COVID bien por padecer otras enfermedades, como puede ser el caso de la leucemia aguda al no ser diagnosticados por falta de asistencia, las diferencias en las cifras son significativas.

El déficit de información nos está lastrando en la toma de decisiones. Por eso, desde nuestra Sociedad hemos tratado de dar información de calidad para saber cuál era la mortalidad de nuestros pacientes. Y en los diferentes estudios realizados hemos comprobado que la tercera parte de los pacientes hematológicos infectados de la COVID-19 falleció. En la segunda ola esta situación ha mejorado, aunque habrá que esperar a tener las cifras que lo contrasten. Y una posible explicación para esto la encontramos en que el tipo de paciente

acostumbrado a defenderse de una forma generalista de las infecciones, como por ejemplo pacientes trasplantados acostumbrados a utilizar la mascarilla y mantener distanciamiento social, se están infectando en menor medida y cuando lo hacen tienen una mejor evolución. Aparte de esto hemos aportado factores de riesgo, tanto en pacientes hematólogicos como en el total de la población.

La Sociedad de Hematología también ha aportado diferentes tipos de información trabajando conjuntamente con otras sociedades, por ejemplo, en el Congreso Nacional COVID-19 que tuvo lugar en septiembre, en el que participaron 55 sociedades científicas en un total de 23 mesas y se presentaron 2 ponencias. Una de las mesas estuvo dedicada a la aportación que puede hacer el programa hematológico en los pacientes COVID, incluyendo las similitudes que puede haber entre el síndrome respiratorio agudo severo y el síndrome de liberación de citoquinas que se produce en los pacientes que reciben tratamiento con células CAR-T y es lo que ha dado pie a que se utilicen fármacos como el tocilizumab o utilizando plasma de pacientes que han sido infectados por la COVID-19 y que actualmente es bastante habitual. También en este Congreso se hizo mucho hincapié en el tema de la coagulación en estos pacientes, recomendando el uso de anticoagulantes.

La colaboración entre todas las sociedades dio lugar a un manifiesto a favor de una respuesta coordinada, equitativa y basada en la evidencia científica. También la colaboración con otras organizaciones, como la Asociación Española Contra el Cáncer, ha dado lugar a diferentes documentos y proyectos informativos orientados a los pacientes con cáncer, ya que las primeras informaciones en la pandemia, como por ejemplo «si tienes fiebre quédate en casa», han sido en pacientes con cáncer muy perjudiciales, ya que si un paciente recibe tratamiento oncológico y tiene fiebre debe acudir al hospital. Por último, adelantar un estudio que verá la luz los primeros días de diciembre, donde se cuantifica el impacto de la COVID-19 en el diagnóstico, tratamientos y seguimiento de los pacientes oncológicos.

En relación con este último punto, D. Ramón García presenta los números del Hospital Clínico de Salamanca donde el número de trasplantes autólogos se redujo en un 66%, el de alogénicos en un 33%, las células CAR-T en un 50%, desaparecieron los tratamientos con células mesenquimales y el número de ensayos clínicos iniciados se redujo a cero.

Una vez buscada la información, lo siguiente ha sido tratar de establecer el pronóstico y de nuevo el déficit de información ha sido el mayor obstáculo. No sabemos lo que ocurrirá, ya que la evolución de la pandemia en los diferentes países es totalmente dispar y sin un criterio homogéneo de comportamiento. Hay que esperar, por lo tanto, a ver cómo evolucionan las medidas, tratamiento, vacunas, etc.

En relación con el tratamiento, podemos hablar de uno global desde la Sociedad de Hematología y de otro más específico dentro de la Atención Primaria y hospitalaria. D. Ramón García comenta lo que se ha realizado en hospital dentro de la parte hematológica.

Desde el 11 de marzo, la Sociedad Española de Hematología implementó el teletrabajo en el total de la plantilla. Han tratado de dar ayuda institucional a las autoridades sanitarias tanto nacionales como autonómicas. Se estableció una pestaña informativa en la web de la Sociedad donde se han recogido hasta 30 guías de recomendaciones y posicionamientos, oficiales y enlaces web a otra información de posible interés. Se ha potenciado la formación a través de los webinar, que al principio de la pandemia resultaban absolutamente esenciales, ya que eran el punto de encuentro de los diferentes profesionales. La colaboración y realización de webinar con otras sociedades científicas ha sido fructífera y de gran éxito en el número de participantes. D. Ramón García destaca especialmente un seminario con pacientes que tuvo una gran aceptación donde por primera vez participaron pacientes trasladando sus dudas e incertidumbres.

A continuación, pasa a comentar noticias aparecidas en prensa, entre ellas la utilización de plasma sanguíneo de los supervivientes a la COVID pero que, según opina D. Ramón García, no acaba de dar una verdadera visión de lo que puede ofrecer este tratamiento, a pesar de que varios ensayos clínicos randomizados han dado episodios clínicos positivos.

En relación con la utilización de las células mesenquimales en pacientes críticos muy graves, el ensayo clínico realizado en tres hospitales presentó como dato a desarrollar en posteriores ensayos en fase III que de los 13 pacientes tratados 11 sobrevivieron.

D. Ramón García pasa a continuación a explicar lo que han hecho desde el Servicio de Hematología del Hospital Clínico de Salamanca para establecer medidas que mantuvieran la Unidad Hematológica libre de COVID-19. Medidas que tuvieron que extremarse dada la distribución del hospital en dos edificios, estableciéndose el más pequeño como libre de COVID y el más grande dedicado al COVID, que fue donde quedó el Servicio de Hematología, a pesar de ser el paciente de hematología mucho más sensible a la infección. Ya desde el principio se definieron circuitos de pacientes libres y afectados por la COVID. Para la diferenciación se estableció un test con el que se pretendía diferenciar al paciente asintomático, contagiado o libre de infección. Si el paciente podía estar infectado se derivaba para la realización de PCR. Si la PCR era positiva se derivaba a una planta COVID y si era negativa se pasaba a un área de aislamiento a la espera de tratamiento.





De estas medidas iniciales, lo más destacable fue la medición de todos los datos y parámetros que nos permitieron evaluar la evolución de los pacientes que habían sido positivos.

A continuación, D. Ramón García comenta las medidas y recomendaciones para mejorar la resiliencia de los sistemas de salud que se han dado desde un panel de expertos en gestión sanitaria organizado por la Comisión Europea. Estas medidas son: mejorar la capacitación y la resiliencia de los profesionales de la salud, crear nuevos sistemas de investigación y desarrollo y acceso a la innovación, identificar y reducir la desinformación y, por último, colaboración interprofesional e intersectorial.

Como conclusión final, D. Ramón García comenta que se deben medir los resultados obtenidos, ya que ésta será la mejor fórmula para saber lo que ha pasado, analizarlo y mejorar el sistema.



## DEBATE

**Pregunta.** ¿Cuántos miembros del Servicio de Urgencias han necesitado apoyo psicológico?

**Respuesta - D. Luis Díaz.** Desde el primer momento, el Servicio de Psiquiatría y Psicología se puso a disposición de los miembros del Servicio de Urgencias. D. Luis desconoce el número exacto, pero le han dicho los psiquiatras y psicólogos que las consultas están completas y él mismo, en ocasiones, ha pasado por malos momentos sin poder evitar «romperse».

**Pregunta.** En el estudio multivariado presentado uno de los predictores de mal pronóstico era colocar a los pacientes en prono cuando es habitual colocarlos así, ya que hay una mejora en los parámetros ventilatorios. ¿Esto es así porque no se tuvieron en cuenta los factores de confusión?

**Respuesta - D. Miguel Sánchez.** Es cierto que si un paciente no se prona la mortalidad es mayor. Se ha establecido como estándar que enfermos, a pesar de ajustar la mejor presión al final de la espiración, si no mejoran, necesitan pronarse como maniobra de rescate. En el estudio se refleja el hecho contrastado de que aquellos pacientes que tienen una insuficiencia respiratoria tan grave que necesitan pronarse fallecen.

**Pregunta.** La telemedicina presentada por D. Pedro se ha orientado hacia interconsultas con Atención Primaria. ¿Sería posible desarrollar la telemedicina con el paciente?

**Respuesta - D. Pedro Jaén.** Este tema está ya estudiado y los datos parecen reflejar que este tipo de consulta es menos resolutive, aunque es indudable que ofrece muy buenos resultados en el seguimiento del paciente una vez que éste ha sido diagnosticado. En pacientes con patologías crónicas, sobre todo, sería muy útil. Sin embargo, hay un terreno «gris» que es la «oferta» de diagnóstico por parte de un médico directamente por internet. La responsabilidad y eficacia de este diagnóstico tendría que estar en el punto de mira de sociedades científicas y académicas, ya que esto no se sabe si puede suponer un avance o todo lo contrario.

**Respuesta - Manuel Martínez-Sellés .** Realmente este campo es muy importante y hay que regularlo. D. Manuel Martínez-Sellé comenta su experiencia en teleconsulta desde el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario Gregorio Marañón, donde desarrolla su actividad, y está de acuerdo con D. Pedro que debe vigilarse este tipo de actividad ya que se puede aprovechar para realizar actividades que vayan en contra de la deontología y el buen hacer.

**Pregunta.** D. Ramón García ha comentado la implantación de circuitos para pacientes en el Hospital Clínico de Salamanca. ¿Cómo se organizan estos circuitos para asegurar zonas del hospital libres de infección, tanto para pacientes como profesionales?

**Respuesta - D. Ramón García.** El sistema que se instaló al principio de la pandemia en el Hospital Clínico de Salamanca, cuando se tenía la posibilidad de hacer muy pocas PCR, ha sido sustituido actualmente por otro donde se realiza una prueba PCR a todos los pacientes 72 horas antes de acudir a la consulta o de su ingreso. El Servicio de Hematología, explica D. Ramón García, tiene una disfunción por la insuficiencia de camas y, habitualmente, ingresan pacientes de la unidad de Hematología en la planta de Medicina Interna. Esto ha resultado ser beneficioso, ya que se ha mantenido esta estructura, siendo la planta de Hematología la destinada a pacientes libres de COVID y la de Medicina Interna para pacientes infectados. En el caso de la UCI, el esfuerzo realizado fue muy grande, ya que es un Servicio que tiene 12 camas y llegó a tener 58 pacientes en los momentos más duros de la pandemia. Ese esfuerzo es el que se ha realizado en el resto de Servicios del Hospital. Actualmente, no se permite la entrada de familiares en el Hospital de Día y todo paciente que acude tiene que tener una PCR negativa realizada 48 horas antes.

**Pregunta.** En relación con los circuitos rojos y verdes para pacientes, ¿es suficiente con esta estructura del circuito o tendría que haber una zona intermedia para pacientes que no está claro pertenezcan a uno de estos dos circuitos, sobre todo en el Servicio de Urgencias?

**Respuesta - D. Luis Díaz.** Se está valorando tener una zona intermedia en el Servicio de Urgencias si hubiera una tercera ola. En la zona de hospitalización actualmente sí existe una planta intermedia donde se derivan los pacientes los pacientes con PCR negativa a la espera de una segunda PCR de confirmación.

**Pregunta.** Con los conocimientos actuales sobre el manejo de enfermos infectados por COVID y, si hoy fuese el primer día de la pandemia, ¿cuáles serían las tres primeras actividades que deberían implementarse?

**Respuesta - D. Miguel Sánchez.** En primer lugar, realizar varias sesiones de motivación por parte de todo el hospital, no solo por los profesionales de primera línea. En segundo lugar, acometer con suficiente antelación los problemas organizativos y que se tenga pensado a donde expandir los servicios. Y, por último, ampliar los recursos humanos y sintonizar las actividades entre los diferentes profesionales, incorporando equipos multidisciplinares en el tratamiento de los enfermos.

---

**Pregunta.** ¿Se hace algún tipo de prueba en el Hospital Clínico de Salamanca a los profesionales para evitar las infecciones nosocomiales?

**Respuesta - D. Ramón García.** En el Hospital Clínico de Salamanca se restringe el número de profesionales asignados a un paciente, para que el resto de compañeros, si hubiera un caso positivo, no se contamine. De confirmarse un caso, el personal que ha estado en contacto con el paciente se confina en su domicilio y, al cabo de 4-5 días del contacto, se le realiza una PCR. También se han establecido turnos de guardias para zona COVID y zona limpia, evitando así el trasiego de profesionales y el peligro que ello supone.

*D. Manuel Martínez-Sellés despide a los ponentes dando las gracias por su participación y a SEDISA y a Janssen por el patrocinio de la mesa dentro de los Encuentros.*



04

**DIRECTIVOS**

**¿CÓMO MEJORAR LA GESTIÓN  
SANITARIA EN LA PANDEMIA?**





**MODERADOR**

## **D. Joaquín Estévez Lucas**

Presidente de la Fundación SEDISA

D. Joaquín Estévez da apertura al webinar informando que desde SEDISA se han iniciado una serie de actividades para entender en qué momento se encuentra nuestro sistema sanitario y qué se está haciendo ante los desafíos de los últimos meses a nivel social, económico, organizacional, psicológico y sobre todo el desafío al que se ha visto sometido el sistema sanitario. Hay que destacar el esfuerzo realizado por los poderes políticos, directivos de la salud y de unidades clínicas, tanto a nivel meso como micro. Dentro de esta idea, desde SEDISA, y con el apoyo de Janssen, destacando en el mismo los nombres de D. Martín Sellés como Presidente de la compañía, y D. Ángel Capuchino como inspirador de estos Encuentros, hemos intentando analizar todos los aspectos relacionados con la pandemia.

En el último webinar se abordará la pandemia desde la óptica de los Servicios Regionales de Salud, que han desempeñado un papel muy importante en la gestión de los recursos relacionados con la misma, tanto a nivel asistencial, material, de transformación de centros sanitarios, coordinación entre centros hospitalarios y Atención Primaria, la publicación de datos epidemiológicos y atención a pacientes COVID, unido a un problema fundamental puesto de manifiesto en estos últimos meses como lo es la asistencia a los pacientes no infectados por la COVID.

Las respuestas que se han dado al desafío planteado al sistema sanitario han sido muy diferentes entre las CC.AA. e incluso entre centros hospitalarios cuando las competencias para tomar medidas fueron transferidas. Respuestas en diferentes ámbitos como la creación de hospitales de campaña, compra de material sanitario, creación de teleasistencia y telefarmacia, coordinación con el espacio sociosanitario, contratación de profesionales sanitarios e implantación de protocolos de actuación.

Tras un breve momento de vuelta a la normalidad, llegó la segunda ola y el futuro, a día de hoy, no se sabe muy bien cómo será. Y, evidentemente, el tema de la vacunación será otro desafío para el sistema sanitario. Para poder explicar lo que se está haciendo en tres CC.AA., D. Joaquín Estévez pasa a presentar a los ponentes del webinar.



## D. Conrado Domínguez Trujillo

### Director del Servicio Canario de la Salud

Comienza dando las gracias a SEDISA por la oportunidad que le da y poder explicar las medidas que desde el Servicio Canario de Salud se han estado llevando a cabo para luchar contra la pandemia.

En Canarias, surgió el primer caso de un positivo a Covid-19 en España, un turista alemán que había sido contacto estrecho en su país de un positivo y que tuvo que ser localizado y atendido en la isla de La Gomera. El Servicio Canario de la Salud tuvo que poner a prueba sus capacidades, afrontar el primer rastreo de un caso positivo y el primer diagnóstico, que en ese primer momento hubo que enviar la prueba diagnóstica a Madrid. Éste fue uno de los grandes retos al comienzo de la pandemia. A este primer caso se sumaron, 20 días después, los casos positivos que surgieron en un hotel en el sur de Tenerife, donde se confinó el hotel entero, lo cual supuso acabar con todo el material de protección que tenía la isla de Tenerife y que, posteriormente, fue un lastre para el abordaje de la patología según se multiplicaban los casos. Esta situación llevó a una primera medida, la centralización de las compras. Esta centralización aseguraba equidad, capacidades, etc.

La cuestión aquí fue definir no lo que se hace sino cómo se hace. Y, para ello, el Gobierno Canario creó un Comité de Gestión de la crisis, más allá del ámbito sanitario, formado por presidente y vicepresidente del Gobierno, los consejeros de Sanidad, el de Hacienda, de Obras Públicas, Transporte y Vivienda, y el director del Servicio Canario de Salud con dos profesionales externos.

También se creó un Comité Científico con varios perfiles: clínicos, medicina preventiva y ámbito universitario. Todo esto hizo que la crisis se enfocase no solo desde el punto de vista sanitario, sino desde el punto de vista social.

La restricción en ese primer momento de la movilidad entre Canarias y la Península, como medida de autoprotección fue clave teniendo en cuenta que somos territorios insulares. Esta decisión, por ejemplo, no se tomó desde el ámbito sanitario, sino que fue una medida de Gobierno para proteger al total de la población. A pesar de haber sufrido fuertemente la crisis, no hay que dejar de verla como una oportunidad de mejora para el sistema sani-



tario público. Ha sido un momento para reinventarse y llevar a cabo actuaciones que siempre se han pensando y nunca se han llevado a efecto. Por ejemplo, la dispensación domiciliaria de los medicamentos de Farmacia Hospitalaria o los avances experimentados en la telemedicina, telefarmacia, etc.

Todo esto ha permitido ser más flexibles en la respuesta y ganar en el ámbito de la atención sanitaria no presencial, demostrando que es importante mejorar y que se puede hacer tanto desde Atención Primaria como desde Especializada.

La crisis también ha supuesto una apertura de mente en diferentes aspectos. Por ejemplo, ha quedado clara la necesidad en salud pública de metodólogos, especialistas en medicina preventiva, etc. No solo en su faceta de vigilancia epidemiológica, sino que deben participar en la toma de decisiones complicadas relacionadas con diversos ámbitos sociales, como las restricciones en la movilidad.

En Canarias se actuó de manera rápida pero el principal problema estaba en la carencia de una amplia red sociosanitaria que obligaba a mantener a la población incluida en este perfil ingresada en centros hospitalarios. Afortunadamente, la conexión directa con la Subsecretaría de Derechos Sociales posibilitó el cribado masivo en las residencias y hacer protocolos para sectorizar a los residentes con el resultado de una alta protección en el ámbito sociosanitario.

Todo lo expuesto anteriormente hizo que en la primera ola los índices epidemiológicos estuvieran en márgenes controlables. Y ha reforzado diferentes áreas para una segunda ola, sobre todo en cuanto a stock de material sanitario, pruebas diagnósticas y, muy especialmente, al refuerzo de las capacidades de Microbiología, donde el esfuerzo realizado por los profesionales ha permitido suplir las carencias de la primera ola y estar en disposición, actualmente, de realizar hasta 15.000 pruebas.

En aspectos relacionados con la gestión, han caído muchas barreras por razones obvias, al estar obligados a realizar compras y gestiones de manera urgente y extraordinaria sin seguir todos los procesos habituales de contratación, abriendo nuevas vías para la adquisición de material urgente y de primera necesidad en la pandemia como EPIs, mascarillas, etc. Y lo positivo de esta crisis ha sido que muchas barreras internas que se mantenían simplemente por continuidad en el tiempo, han caído con la posibilidad de agilizar el sistema



sanitario y aprender para actuaciones similares en el futuro. Hay un tema importante y sobre el que reflexionar que es el de las lecciones aprendidas.

Hay que sacar la parte positiva de la crisis, ya que es un momento de oportunidad para aprender y actualizar sistemas implantados, por ejemplo, en la Atención Primaria con la consulta telefónica, teniendo en cuenta que hay que buscar un equilibrio entre la atención física y la telefónica, ya que un abuso de esta última puede dar la sensación de falta de acceso a la atención sanitaria en la población, sobre todo en pacientes crónicos dado que es complicado el manejo de estos pacientes con la pandemia.

En este sentido, es importante organizar los dobles circuitos, tanto en Atención Primaria como hospitalaria, la reorganización de espacios en los hospitales y hacer un esfuerzo en el aumento de medidas para la prevención de riesgos dentro de los centros hospitalarios.

Uno de los aspectos sobre el que reflexiona D. Conrado Domínguez es la figura de los pacientes durante la COVID-19, al haber permanecido en gran parte alejados de los hospitales y los centros de salud por protección. Pero al analizar datos de los servicios de Urgencias relacionados con pacientes no COVID se aprecia un descenso significativo en la asistencia, que a la larga puede provocar un aumento de la morbimortalidad con un gran impacto. Y éste es uno de los grandes retos para este año.

La Atención Primaria, sobre todo la parte más relacionada con la atención comunitaria es otro de los retos y deben tomarse medidas que redirijan el funcionamiento del sistema, hacia la implantación de medidas de prevención en el global de la población. Y, por último, en relación con los recursos humanos, la toma de medidas se debe hacer consensuada con los profesionales sanitarios, abogando, además, por una profesionalización de la gestión sanitaria dando estabilidad a los equipos.

En resumen, aprovechar la experiencia para fortalecer los pilares del sistema ante la futura llegada, ya no de nuevas olas relacionadas con la COVID-19, sino de nuevos virus o impactos a nivel global en el ámbito de la sociedad. Y fortalecer el papel del Consejo Interterritorial que como ha quedado claro, es básico para abordar este tipo de situaciones con decisiones que fortalezcan la coordinación ente el Ministerio y las CC.AA.



## D. Gregorio Achutegui Basagoiti

Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

D. Gregorio Achutegui comienza dando las gracias a SEDISA por permitirle aportar su experiencia y compartir las medidas que desde el Servicio Navarro de Salud se han tomado contra la pandemia.

A pesar de no haber vivido la primera ola al frente del Servicio Navarro la Salud, el tiempo al frente del mismo durante la segunda ola le ofrece la oportunidad de reflexionar sobre los retos que ha supuesto la pandemia al sistema sanitario y resto de sectores interesados. Son cuatro actores los implicados en la pandemia. El primero, los servicios sanitarios, que han demostrado una gran capacidad de flexibilidad y adaptación. En segundo lugar, los grupos sociales con intereses y preferencias propias, que chocan con las recomendaciones dadas desde el ámbito sanitario para protegerles, como por ejemplo el aislamiento y la distancia. En tercer lugar, las empresas y autónomos que desean recuperar la normalización de su actividad. Y, en cuarto lugar, los gobiernos que tienen que tomar decisiones.

Resumiendo lo anteriormente expuesto, el arsenal que tiene cada grupo sería el aislamiento social con el uso de mascarillas y mantenimiento de distancias para el grupo social. Para los servicios sanitarios sería el diagnóstico específico precoz ágil. Y para las empresas sería la reorganización de los procesos productivos y la implantación del teletrabajo.

La intervención gubernamental se ha limitado a recoger información y asesorarse con grupos de expertos, informar a grupos sociales y empresas sobre medidas imprescindibles para el mantenimiento del sistema sanitario, reforzar el sistema sanitario y adoptar medidas restrictivas para el conjunto de la sociedad.

En la gestión sanitaria, independientemente del diagnóstico precoz a través de PCR y test de antígenos, una parte importante es el rastreo de los contactos, sobre todo de los casos asintomáticos. Y, por supuesto, el tratamiento ajustado a la situación (aislamiento, tratamiento ambulatorio e ingreso hospitalario).

Todos los servicios sanitarios han realizado un enorme esfuerzo de readaptación, acondicionando nuevas áreas, dedicando profesionales a actividades no específicas de su especialidad, etc. Y esto ha contribuido de manera significativa a paliar el impacto de la primera ola, siendo aún así, muy elevado.

En Navarra se hizo un plan de contingencia para la primera ola, donde no se esperaban tantos casos como los que finalmente se dieron. Al finalizar ésta, se hizo un plan de transición y contingencia hacia la nueva normalidad que se pensaba duraría más y pronto se vio que con las primeras fiestas la velocidad de contagio aumentó de manera acelerada hasta desembocar en la segunda ola.

Hay que destacar el papel de los protocolos y procedimientos establecidos en Atención Primaria. Ha sido la primera y más importante barrera contra la epidemia. Asimismo, las medidas implantadas en el ámbito sociosanitario fueron acertadas para frenar la expansión del virus.

En relación con la intervención gubernativa, destacar la organización de un Comité de Expertos formado por profesionales de diferentes ámbitos: sanitario, político, académico, etc. Destacar también el Gabinete de Crisis del Departamento de Salud formado por todos los directivos de salud de todos los niveles y técnicos de primer nivel con reuniones diarias. Y, por último, un Comité formado por la Presidenta y Vicepresidentes de la Comunidad junto con directivos del Departamento de Salud. Todo esto ha ayudado a la fluidez de la información y a la toma de decisiones relacionadas con la limitación de los derechos fundamentales, como son el derecho de reunión, libertad de movimientos y libre circulación, ya que solamente la Presidenta de la Comunidad de acuerdo con el Gobierno de España podían tomar estas medidas.

Todo esto se ha plasmado en decretos forales dotados de un fundamento jurídico claro y ha sido sometido siempre a control jurisdiccional con la emisión de informes periódicos, lo que ha permitido la plena sintonía con el poder judicial.

Estas medidas han buscado siempre su limitación en el tiempo, basadas en informes epidemiológicos y buscando la mínima afectación jurídica de la población, revisadas en base de la evolución de la incidencia e impacto en los centros hospitalarios y sociosanitarios. La decisión ha estado basada en modelos predictivos.



Lógicamente siempre hay incertidumbres, la respuesta ciudadana la primera, ya que al pedir cambios de comportamiento la respuesta nunca es previsible y, sin embargo, ha sido ejemplar. La segunda incertidumbre estaba en la seguridad jurídica.

Otras afecciones de derechos a tener en cuenta, aunque ya no son derechos fundamentales, tienen que ver con la actividad comercial, actos de culto, hostelería y restauración, reducción de aforos, limitaciones de acceso en mercados, academias, cines, museos, etc.

Todas estas medidas se tomaron lo más rápidamente posible, ya que ésta era una de las enseñanzas de la primera ola. La inmediatez en la toma de medidas suponía un descenso importante en el número de contagios.

Destacar, como elementos de este proceso, la importancia en la negociación con los sectores afectados, explicándoles que si las medidas tomadas no surtían su efecto sería necesario el confinamiento de toda la población como ya ocurrió en la primera ola, y que, por supuesto, se quería evitar. Otro de los elementos del proceso ha sido el pacto de una compensación económica parcial de los sectores afectados y, por último, estar muy atentos a las experiencias de otras CC.AA. a través del Consejo Interterritorial.

A partir de este momento los retos que se plantean son: a corto plazo, superar el periodo navideño con el mínimo impacto; recuperar y mantener la actividad asistencial regular, y, por último, afrontar el periodo transitorio hasta la generalización de la vacuna.

El Servicio Navarro de Salud es partidario de las máximas restricciones en el periodo navideño para el agrupamiento no burbuja, con aforos ajustados que se presentarán a todos los sectores afectados y una intensa comunicación con la ciudadanía y los sectores.

En cuanto a la actividad regular, se está manteniendo el dispositivo COVID en máximos. Se va a dar prioridad absoluta a las vacaciones del personal sanitario en el periodo navideño con la intención de recuperar la actividad regular tras este periodo y se van a hacer planes de recuperación en Atención Primaria para intentar retomar la actividad presencial. Y en el periodo transitorio hasta la vacunación y ya de cara a la misma mantener la misma logística que con la vacuna de la gripe, comunicando a la ciudadanía la importancia de la misma a pesar de los recelos de muchos grupos y a la integración con los servicios de información, teniendo en cuenta las seropositividades de cada periodo.

Como reflexión final, indicar que el gobierno está apoyado en los sectores de actividad y ciudadanía, pero tiene que mantener los servicios sanitarios al mejor nivel posible sin que los profesionales se desanimen. Todos tenemos que ceder algo por el bien común.



## Dña. Regina Leal Eizaguirre

Directora Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)

Dña. Regina Leal afirma que aún no se puede dar contestación a la pregunta que da nombre a la mesa sobre cómo mejorar la pandemia, ya que aún no se tienen las respuestas al respecto, si bien es cierto que poco a poco se está mejorando, pero aún no hay una medida clara que tenga un impacto definitivo sobre el control de la pandemia. Evidentemente, la vigilancia epidemiológica es fundamental.

La primera medida fue habilitar un teléfono de información para atender las preguntas de los ciudadanos, con una dotación de 64 profesionales en turnos rotatorios de día y noche. Este servicio tuvo más de 200.000 llamadas con muy buen resultado, ya que incluso se llegaron a recibir llamadas de ciudadanos de otras CC.AA. buscando información.

Después de esta primera medida, o simultáneamente, se dividieron circuitos COVID y no COVID en todos los centros de Castilla-La Mancha buscando contener la pandemia, tanto en la atención al ciudadano como al profesional sanitario.

Se controlaron las normas de acceso y se redujeron las consultas presenciales. En la hospitalización se hacía un cribado y una entrevista a todos los pacientes. Se interrumpieron las visitas y acompañamiento de familiares con excepción de personas dependientes.

La actividad quirúrgica se suspendió para pacientes infectados por la COVID y se mantuvo para el resto de pacientes, con el mantenimiento de una actividad del 75% en todos los centros.

Se elaboró un documento con las recomendaciones para asistir a centros de Atención Primaria que ha evolucionado según el conocimiento de la enfermedad y, de las primeras recomendaciones en las que solo se incluían como síntomas la fiebre, tos y disnea, se ha pasado a uno mucho más completo que incluye diferentes factores y síntomas. A los pacientes sospechosos de contagio solo se les hace teleconsulta. Para el resto de pacientes se hace consulta presencial. Los centros de Atención Primaria han comenzado a trabajar con los servicios de salud pública en la realización de PCR, incorporándose ahora los test

de antígenos con una excelente trazabilidad que, sin lugar a dudas, es el factor clave para disminuir el número de población contagiada como ha quedado demostrado en los informes al respecto.

En el protocolo COVID se valoran los factores de riesgo del paciente y si no tiene se cita presencialmente. Los pacientes que presentan factores de riesgo son atendidos por el médico de familia en su domicilio.

A continuación, Dña. Regina Leal muestra EPISCAM, la herramienta de vigilancia epidemiológica utilizada, que tiene una geolocalización declarativa por el domicilio del paciente.

Durante la primera ola en Castilla-La Mancha la disponibilidad de camas de agudos se superó llegando a 4.500 pacientes ingresados y la de camas de críticos con respiradores se triplicó, pasando de 164 disponibles a más de 400 en el periodo más álgido de la pandemia.

Otro de los talones de Aquiles que tenía el sistema eran las residencias de mayores. Castilla-La Mancha tiene una población de 30.000 personas mayores en residencias institucionalizadas con una gran dispersión y un alto nivel de afectación al principio de la epidemia. Se crearon equipos multidisciplinares en los que trabajaban voluntarios de todos los ámbitos y especialidades con un coordinador provincial. Comenzaron rápidamente a realizar cribados en todas las residencias, tras los cuales se cerraron seis residencias al no cumplir con los requisitos básicos para la nueva situación. Se contrataron 234 profesionales para dar cobertura a las necesidades de las residencias.

Se intervino en 16 residencias, con el cierre de 6 de ellas y traslado a los ancianos a residencias medicalizadas.

Las premisas para volver a la normalidad fueron la seguridad de pacientes, profesionales y ciudadanos; baja frecuentación de personas en las actividades a retomar, y la reversibilidad rápida en caso de volver una nueva ola. Por lo tanto, se plantea un cambio organizativo importante con total prioridad a los profesionales como factores decisivos de lo que tiene que ser el cambio y la recuperación de la asistencia. Y también un protagonismo de la tecnología de la información.



Los diez ejes en los que se ha basado la recuperación de la actividad son: filtrar los pacientes para que la atención presencial en los centros sanitarios esté libre de COVID; control de la movilidad; abrir el catálogo de pruebas diagnósticas a la Atención Primaria; implantar un modelo de atención a pacientes crónicos con un programa piloto en un hospital de Albacete al frente del cual, como coordinadora del equipo multidisciplinar, hay una enfermera gestora de casos; nuevos sistemas de cita no presenciales implantadas en las agendas de citas; implantación de teleconsultas como por ejemplo en Dermatología; las campañas de prevención, como cáncer de colon, se han transformado a no presenciales; la red regional de radiología y geriatría también se ha potenciado para reducir las movilidades, y la implantación de telefarmacia y la dispensación domiciliar de medicación hospitalaria a pacientes.

El gran reto a partir de este momento es el desarrollo de la potenciación de la salud pública. Y las lecciones aprendidas son que las personas tienen que ser responsables de ellos y de los demás, que las CC.AA. y los gobiernos deben de garantizar los servicios y dar respuesta para activar y coordinar los planes relacionados con los sistemas de salud.

El gran cambio que se debe conseguir entre todos es la integración de salud pública y Atención Primaria para trasladar a la comunidad la seguridad y los protocolos adecuados para que no se vuelvan a repetir situaciones como las vividas en la primera ola.





## DEBATE

**Pregunta.** ¿Cuál es el mayor reto llevado a cabo para dar soluciones en la primera ola y cuál el mayor éxito de los Servicios de Salud de los ponentes?

**Respuesta - D. Conrado Domínguez.** El éxito ha sido colectivo de profesionales y ciudadanos. El mayor reto es seguir manteniendo esa «guardia» personal, ya que son las decisiones individuales las que marcan el rumbo de la pandemia.

**Respuesta - D. Gregorio Achutegui.** El mayor reto sería llegar a conectar con la sociedad, que de por sí ya está hiperconectada, pero si somos capaces de hacer llegar las recomendaciones apoyadas en la evidencia y que sean comprendidas por la población sería un gran adelanto. El mayor éxito ha sido la capacidad de readaptación del sistema sanitario contando con los profesionales y la rapidez con la que se han activado los protocolos y la buena respuesta de todos ante ellos.

**Respuesta - Dña. Regina Leal.** El gran reto es mantener el cambio tan grande que ha dado la Administración, por ejemplo, a la hora de comprar y contratar el personal necesario para cubrir las necesidades generadas por la pandemia, siempre garantizando transparencia y derechos. El éxito es el buen aprendizaje de España después de sufrir una primera ola muy dura, incluso mejor que otros países que son referente en sanidad como Suecia, que en la segunda ola lo ha pasado bastante mal. Por lo tanto, la capacidad de anticipación ha sido un éxito y se debe mantener con una buena vigilancia epidemiológica.

**Pregunta.** Uno de los colectivos afectados por la pandemia ha sido el de las personas relacionadas con la industria médica, delegados farmacéuticos, monitores de ensayos clínicos, que han visto suspendida su actividad presencial. Farmaindustria, con el apoyo de distintas sociedades científicas, elaboró un protocolo de seguridad para estas personas. ¿Qué opinión tiene sobre este tema y si en Navarra hay previsiones para recuperar la actividad?

**Respuesta - D. Gregorio Achutegui.** Efectivamente, en la máxima situación de incidencia de la pandemia se consideró oportuno retirar la actividad presencial, pero estoy seguro que en un breve periodo de tiempo retomarán su actividad con los protocolos de seguridad.

**Pregunta.** Durante la pandemia se han doblado los esfuerzos entre las administraciones, los sanitarios y la industria farmacéutica para que no hubieran problemas de desabastecimientos. ¿Considera que esta experiencia positiva pudiera institucionalizarse dadas las circunstancias especiales de Canarias a fin de minimizar los riesgos de desabastecimientos?

**Respuesta - D. Conrado Domínguez.** En un territorio como el Canario la colaboración siempre es positiva. Todo lo que significa tener reservas estratégicas y posibilidad de acceso a material siempre es bueno. Hay cosas que han venido para quedarse y la colaboración entre el ámbito público y privado es una de ellas. Colaboración que ha de ser intensa, clara y eficaz.

**Pregunta.** En comunidades grandes con muchos hospitales, los equipos directivos de gestión han podido trabajar con autonomía y demostrar su valía. ¿Cómo veis esta autonomía? ¿Creéis que se podrá mantener o se impondrá el centralismo que se ha visto en otras CC.AA. que en algunas ocasiones son contraproducentes?

**Respuesta - Dña. Regina Leal.** La autonomía de gestión durante la pandemia ha sido muy relativa, sobre todo en las CC.AA. si hablamos de gestión económica. Realmente la unión es la que nos dio cierta fuerza para poder comprar material cuya falta sufrimos al principio de la pandemia. El déficit del mercado fue impresionante, las fronteras se cerraron y los países nacionalizaron su producción. En este momento la empresa privada ayudó mucho estableciendo, por ejemplo, corredores de compras. Las directrices nos dieron fuerza y unión, aunque evidentemente cada hospital gestionó de forma autónoma sus espacios y profesionales. En Castilla-La Mancha no se ha apreciado diferencia en autonomía de gestión antes y después de la pandemia. Los profesionales han agradecido a sus equipos, incluso más que a las instituciones, el apoyo que han dado.

**Respuesta - D. Gregorio Achutegui.** Respecto a la autonomía de gestión entiendo que los servicios sanitarios necesitan una gran capacidad de gestión, parecida a la gestión empresarial. Muchos servicios de salud tienen limitaciones para dar respuesta en los tiempos que se exigen hoy en día a las diferentes necesidades y yo soy partidario que se dote de la máxima autonomía a los equipos para dar respuestas a estas necesidades. Siempre que sean unos planes claros y que sean equilibrados. Quien está más cerca del servicio de salud es quien dará mejor respuesta a su paciente por el conocimiento que lógicamente tiene.

**Respuesta - D. Conrado Domínguez.** Nuestro sistema tiene mucha autonomía de gestión, aunque sí es verdad que hay procesos que se han descentralizado para poder dar respuesta a las necesidades del momento y que antes se realizaban siempre de manera centralizada. Ha quedado claro que la cogobernanza entre CC.AA. y Gobierno ha funcionado correctamente y, si bien es verdad en algunos aspectos que tener más autonomía hubiera sido beneficioso, el resultado general de esta colaboración y descentralización ha sido positivo. Éste es otro de los aspectos que ha venido y debería quedarse. Lo que no debemos de olvidar es que hay que derivar al último prestador del servicio público la capacidad para gestionar sus recursos y dar respuesta a los pacientes. No podemos entender que los pacientes oncológicos, por ejemplo, tienen las mismas necesidades en todos los territorios. Autogestión con responsabilidad y objetivos es uno de los retos a partir de ahora.

**Pregunta.** ¿Cómo valoráis el desarrollo de la teleasistencia y la telefarmacia? ¿Viene para quedarse, cómo debería coordinarse, qué posibilidades de cambio ofrece...?

**Respuesta - D. Gregorio Achutegui.** Sin ninguna duda ha venido para quedarse. En el caso de Navarra existe una Consejería de Nuevas Tecnologías que está impulsando todo este tipo de procesos y herramientas tecnológicas. Todo esto se concretará en tres planes, siendo el primero el de Telemedicina, plasmado ya en un documento y han empezado ya las consultas de Teledermatología, algunas consultas en Atención Primaria. Y está claro que se quedará y lógicamente se necesitará un periodo de análisis posterior para evaluar el resultado de todas estas nuevas tecnologías. Se hará igualmente un escalado de datos en «la nube» que nos dará, además y curiosamente, una mayor posibilidad en la protección de datos.

**Respuesta - Dña. Regina Leal.** La telemedicina ha venido para quedarse. Ya venía planteándose hacía tiempo y éste es, si se puede decir que la pandemia ha tenido un aspecto positivo, el que muchos procesos que se estaban planteando o estaban en la primera fase de desarrollo, se han agilizado mucho porque se han visto como necesarios e imprescindibles. En Castilla-La Mancha teníamos la Teledermatología, que llevaba seis años implantándose con diferentes niveles de penetración y se ha generalizado y ya no hay lista de espera, porque en 48 horas el dermatólogo puede dar respuesta al paciente. La teleconsulta ya está establecida con agendas y protocolos. Hay un proyecto de videoconsulta en salud mental con diferentes grupos de profesionales desarrollando los protocolos y bases sobre las que deben basarse estas videoconsultas. Las revisiones, igualmente, se pueden hacer por telemedicina. Y desde luego restringe la movilidad.

**Respuesta - D. Conrado Domínguez.** En Canarias la pandemia ha supuesto un proceso de aceleración en la telemedicina. Ahora lo que se debe hacer es reforzarlo sin perder la esencia de accesibilidad al facultativo. Algunas barreras, como miedo al buen resultado de la tecnología y los posibles fallos, han caído con la pandemia.

---

**Pregunta.** ¿Qué nos pueden decir, en relación con la pandemia, sobre temas como la atención a la cronicidad, la interrelación con los servicios sanitarios, la integración de niveles asistenciales, la participación de los pacientes y la educación para la salud?

**Respuesta - Dña. Regina Leal.** Es un tema amplio y un eterno debate poniendo sobre la mesa un tema que la COVID ha frenado y de lo que se lleva hablando en los sistemas de salud hace casi 15 años, como es la gestión del paciente crónico, que en Castilla-La Mancha supone un 82% en Atención Primaria. La telemedicina y los sistemas de monitorización tienen mucho que decir en la gestión del paciente crónico y lo que en Castilla-La Mancha pretendemos hacer es establecer pirámides de complejidad para pacientes. Como guardar los datos y quien los gestiona es un tema importante ya que las historias se nutrirán de datos informáticos.

**Respuesta - D. Conrado Domínguez.** Estos son los grandes retos que tenemos por delante. Y es fundamental implicar a los pacientes, a través de las escuelas de pacientes, por ejemplo, en este tipo de proyectos de Telemedicina, ya que es fundamental que todos los actores que intervienen en los procesos sanitarios estén en sintonía.

**Respuesta - D. Gregorio Achutegui.** En Navarra también la COVID ha frenado todos los planes relacionados con la implantación de programas para pacientes crónicos. En relación con la educación sanitaria, se necesita un concepto más moderno, que se debe integrar en la enseñanza académica y la enseñanza de la familia. Ha sido una oportunidad desaprovechada hasta ahora, quizá por insuficiencia de medios, pero lo que sí está claro es que una persona educada y formada tiene garantizada una calidad de vida superior a lo largo de toda su vida y será una menor carga de cronicidad para el sistema.

**Pregunta.** En relación con los recursos humanos, ¿qué se debe hacer que no se esté haciendo ya?

**Respuesta - D. Gregorio Achutegui.** Durante demasiado tiempo se ha estado abusando de sistemas de contratación y de fidelización un poco abusivos. Hay que volver a una relación más estable. Se debe ir hacia condiciones básicas de trabajo mejores. Falta un sistema más ágil de incorporación como era el concurso abierto y permanente que existía antes. Se repiten demasiado los sistemas de selección cuando se debería poner más hincapié en la profesionalización y adecuación constantes de los equipos humanos a las nuevas condiciones de trabajo. Son necesarios equipos más amplios y más profesionalizados con una adecuación permanente a su capacitación.

**Respuesta - Dña. Regina Leal.** Castilla-La Mancha está implantando el trabajo en red, es decir, formando redes de profesionales que con un coordinador trabajan conjuntamente e incluso se desplazan por los hospitales de la Comunidad para prestar asistencia. Lo que es evidente es que los profesionales sanitarios no pueden estar sometidos a un régimen tan estricto como es el del funcionariado, ya que no tiene nada que ver. Se necesita mayor flexibilidad a la hora de contratar y formar al personal sanitario. La pandemia ha roto con muchos mitos establecidos, como es tener un 10-15% más de plantilla, aunque sea con intención de reciclarse en la formación de los mismos y, sobre todo, en un pico de necesidad, como ha sido la pandemia, poder contar con un equipo lo suficientemente amplio para dar relevo en la atención a los pacientes. La formación y reciclaje en ámbitos generales se ha demostrado es una pieza clave a la hora de contar con la flexibilidad de todos los trabajadores sanitarios en momentos claves como este de la pandemia.

**Respuesta - D. Conrado Domínguez.** La palabra clave es flexibilidad. No se puede tratar igual a distintos. Aparte de la flexibilidad hay que conseguir instrumentos legales a nivel estatal que son imposibles de mover. Es fundamental dar flexibilidad, por ejemplo, al Estatuto Marco para dar respuesta a las diferentes necesidades. Con estos instrumentos se podrían gestionar los recursos humanos de manera más adecuada.

# TITULARES

## **D. Conrado Domínguez**

*La gestión compartida con los profesionales y para las personas.*

## **Dña. Regina Leal**

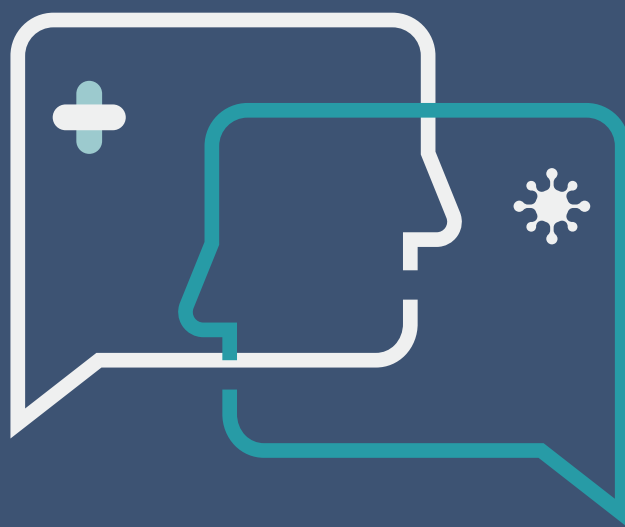
*El mejor tratamiento contra las pandemias es una buena prevención.*

## **D. Gregorio Achutegui**

*Sintonía con la sociedad y responsabilidad de los sistemas sanitarios.*

*D. Joaquín Estévez finaliza dando las gracias a los ponentes y a Jacqueline y la Secretaría Técnica, quienes han facilitado que técnicamente se realicen los encuentros.*





**ENCUENTROS**  
DE GESTIÓN SANITARIA  
EN TIEMPOS DE PANDEMIA

---