<https://vientosur.info/spip.php?article15983>

A estas alturas de la crisis ya han corrido ríos de tinta con apuntes desde todos los ángulos. La pandemia del COVID-19 ha generado simultáneamente una infodemia que a su vez ha devenido en infotoxicidad. Tras más de tres meses de compulsiva lectura de documentos técnicos, artículos científicos y de opinión de aquí, allá y acullá, tengo más dudas que certezas.

Sin pretensión de ser exhaustiva, me voy a centrar en aquellos aspectos que más me han hecho reflexionar, como profesional de un complejo sanitario público de Nou Barris y como activista vecinal de Barcelona. Para ello me ayudaré de diferentes apartados temáticos, intentando aportar la información mínima de contexto que ayude a situarse al lector no familiarizado con el sector salud en general y con el de Catalunya y Barcelona en particular.

**¿Cómo se gobernó el sistema sanitario público de salud en Barcelona?**

El Sistema Nacional de Salud español se empezó a gestar a partir de la ambiciosa Ley General de Sanidad de 1986. Que nunca se llegó a desarrollar plenamente y por el camino se fue perdiendo parte de su espíritu. Así hoy en día nos encontramos ante un sistema fragmentado**.**Fragmentado en el aseguramiento (Instituto Nacional de la Seguridad Social o INSS, mutualidades públicas como MUFACE, etc.), por permitir la concurrencia de diferentes opciones de cobertura. Y fragmentado en la provisión (urgencias, atención especializada, Atención Primaria de Salud…), al permitir la concurrencia de diversidad de proveedores(este último aspecto muy desigual entre Comunidades Autónomas).

La red de proveedores de servicios sanitarios públicos en Catalunya y muy especialmente en Barcelona está totalmente atomizada, tanto horizontalmente (en una misma línea asistencial) como verticalmente (entre diferentes líneas asistenciales) debido a la concurrencia de múltiples empresas proveedoras de servicios, de diferente naturaleza jurídica. El nivel menos fragmentado es el nivel asistencial de la Atención Primaria de Salud (APS), donde en la ciudad de Barcelona el 71% de los Equipos de Atención Primaria (EAP) están gestionados por el Institut Català de la Salut (ICS), popularmente conocido como “el 100% público”. Además se da la circunstancia que, en Barcelona, el ICS tan sólo cuenta con el Hospital Universitari de la Vall d’Hebrón.

En Barcelona, la ordenación de la cartera pública de servicios sanitarios y la articulación de los proveedores es responsabilidad del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), organismo del Servei Català de la Salut (CatSalut) para la ciudad de Barcelona, integrado por la Generalitat y el Ayuntamiento, y que se organiza en cuatro Áreas Integrales de Salud (AIS).

Desde el comienzo de la crisis y hasta principios de abril fue un periodo de extrema incertidumbre por la falta de directrices claras, que propició una suerte de libre albedrío en las diferentes empresas proveedoras, condicionado, a su vez, por la capacidad de las direcciones de los diferentes centros en comprender la gravedad de la situación y en articular un sistema eficaz de toma de decisiones. En definitiva la focalización y asignación de los recursos en las primeras semanas fue una respuesta a intereses no siempre alineados en aras de la salud pública.

A nivel de centros, la falta de directrices precisas tempranas tensionó fuertemente algunas entidades proveedoras, sobre todo a aquellas con diferentes niveles asistenciales de provisión (urgencias, atención especializada, atención sociosanitaria, atención primaria…) y diferentes poblaciones y territorios de referencia. Ello provocó una suerte de competencia interna en las organizaciones por los recursos escasos tanto humanos, como tecnológicos y materiales como Equipos de Protección Individual (EPIs). En estas circunstancias suele ganar la reactividad y la respuesta a lo urgente que tengamos a la vista.

A nivel territorial, ante la tardanza de planes de contingencia, prácticamente todo el sistema giró rápidamente de forma reactiva alrededor de las necesidades de los 4 grandes hospitales de alta tecnología de Barcelona, uno por Área Integral de Salud (AIS). En definitiva el sistema se centró en el vértice del iceberg, obviando la parte subyacente, mucho mayor y con multiplicidad de graves problemas por la desatención o por efectos colaterales que poco a poco irán emergiendo en sucesivas oleadas de problemas mucho más persistentes en el tiempo.

Catalunya tiene planes de protección civil para casi todo, pero no para epidemias y pandemias. Como ejemplo, se puede destacar que, desde hacía dos años, Barcelona contaba con un Plan para Incidentes de Múltiples Afectados (IMA), pensado para hacer frente a un eventual atentado terrorista de gran envergadura.

Posiblemente si desde el principio se hubiese activado una suerte de mando único por territorio (como reclamó el activismo vecinal) y como los previstos en los diferentes planes de protección civil existentes y se hubiese dado un mayor protagonismo y recursos a la Salud Pública, no nos hubiéramos centrado tanto en el vértice del iceberg.

Las orientaciones precisas de Salud Pública y del CatSalut para la elaboración de planes de contingencias territoriales, tardaron casi un mes en concretarse. Se perdió un tiempo irrecuperable en una situación de epidemia.

Cabe resaltar el papel vertebrador que desempeñó el Institut Català de la Salut (ICS) que gracias a su capacidad (por ser el mayor proveedor público con una organización integrada y repartida en mayor o menor medida por todo el territorio) facilitó la articulación logística y asistencial. De lo cual se beneficiaron otras empresas proveedoras y con ello la población.

**¿Qué pasó con la atención primaria de salud?**

En la ciudad de Barcelona existen 69 Áreas Básicas de Salud (ABS) cada una de ellas responsabilidad de un Equipo de Atención Primaria (EAP) para dar cobertura a la mayor parte del 1.636.762 habitantes que tengan asignado un/a médico/a del Servei Català de Salut (CatSalut).

Tras años de reivindicaciones profesionales y ciudadanas en torno a la necesidad de fortalecer la Atención Primaria de Salud (APS), el 2019 empezó a materializarse el inicio de un aumento de los recursos asignados a los EAP, consiguiendo muchos de ellos, principalmente los del Institut Català de la Salut (ICS), bajar a unas 1.400 personas asignadas por profesional. Ello probablemente fue uno de los elementos facilitadores en la contención de la pandemia por parte de la APS y de que no colapsase.

Desde un punto de vista funcional, en relación con la pandemia del COVID-19, los Equipos de Atención Primaria (EAP) de la Ciudad de Barcelona se pueden dividir entre los que utilizan el sistema de informatico público de gestión clínica (eCAP) y los que utilizan un sistema diferente, estos últimos se corresponden con los 10 EAP gestionados por Equipos de Base Asociativa (EBAs), de capital privado.

La percepción, desde el primer momento, fue que el Institut Català de la Salut (ICS) tiraba del carro, trabajando intensivamente en integrar todas las fuentes de información clínica disponibles y facilitar a los profesionales de atención primaria la identificación y seguimiento de las personas con cualquier tipología de caso de COVID-19.

Diariamente los profesionales de los EAP que trabajaban con eCAP, disponían de los listados de las personas en relación con el COVID-19 por ubicación. En semanas, se avanzaron proyectos que, en condiciones normales, hubiesen necesitado meses. Todos ellos orientados a facilitar la atención proactiva y no presencial, de todo tipo.

Hasta el último momento pendió la espada de Damocles sobre el cierre de Centros de Atención Primaria (CAP), que finalmente no se dio. Cierre que hubiese acontecido de haberse abierto el Espai Fira Salut (“nuestro IFEMA”). Posiblemente una de las claves de que no fuera necesario abrir Fira se debió a la contención proactiva de los profesionales de la atención primaria, que consiguieron frenar la demanda hospitalaria antes de requerirse más camas. De hecho los cuatro Pavellons-Salut (hospitales de campaña) que se habilitaron en Barcelona (a partir de la transformación de centros polideportivos próximos a cada uno de los grandes hospitales) nunca se llenaron del todo.

Sí que algunos CAP cerraron transitoriamente algunas semanas, debido al elevado número de bajas laborales iniciales. Pero posteriormente todos estuvieron abiertos de 8 a 20 h de lunes a viernes y la gran mayoría también los sábados y domingos de 9 a 17 h. Para contener los casos de COVID-19, la Atención Primaria de Salud (APS) también contó con los diferentes dispositivos para la atención domiciliaria y con los CUAP (Centros de Urgencias de Atención Primaria) abiertos 365 días x 24h y que disponen de pruebas de laboratorio y radiología simple.

El aspecto principal a reflexionar es sobre la fractura digital y la equidad de acceso. No todas las personas disponen de la capacidad de acceder a la tecnología necesaria para la atención no presencial. A parte del impacto de este tipo de visitas pueda tener en la efectividad de la actuación profesional.

**¿Qué pasó con los centros sociosanitarios?**

El sistema sanitario público catalán cuenta, desde hace años, con un nivel de hospitalización para cuidados intermedios que hace de interfase entre los cuidados de hospitalización agudos y los cuidados domiciliarios o residenciales. En los centros sociosanitarios existe una diversificación de servicios adaptados a la necesidad de las personas ingresadas, con una diferente intensidad de cuidados que van desde cuidados de media estancia polivalente, cuidados de larga estancia, hasta cuidados paliativos.

En Barcelona existen 14 centros sociosanitarios de los cuales tres son gestionados por empresas de capital público y los once restantes por empresas de capital privado.

Desde hace años el activismo ciudadano viene denunciando las deficiencias en algunos de estos centros, que se concentran principalmente, en bajos ratios de personal, mala calidad de la comida y insuficiente mantenimiento de las instalaciones. Está aún pendiente que el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) realice auditorias a todos estos centros (a las que se comprometió en 2017).

Prácticamente todos los centros sociosanitarios abrieron sus puertas para ingresar el máximo número de pacientes derivados de los hospitales de agudos. Pero no todos los pacientes que en ese momento permanecían ingresados en los centros se pudieron dar de alta. Y a pesar de los esfuerzos, los sistemas de sectorización de COVID y no COVID que se implantaron no funcionaron del todo y en pocas semanas el COVID se extendió como el fuegopor todos los espacios. Dando lugar a numerosas infecciones nosocomiales (las contraídas por contagio en los propios centros sanitarios)**.**

A mi juicio, una de las principales causas pudo derivar de la insuficiente protección y adiestramiento de todos los profesionales de los centros (asistenciales y no asistenciales). Más adelante planteo algunas consideraciones en relación a la prevención de riesgos laborales.

Igualmente falló la gobernanza en este nivel, posiblemente dificultada por no disponer de un mayor conocimiento previo de las capacidades reales y del funcionamiento real operativo de estos centros. Centros que comparten algunas características y riesgos con las residencias: personas de edad avanzada y ratios de personal muy ajustados que se compensaban con la ayuda de familiares y cuidadores pagados por ellos. Ayudas imposibles de disponer en situación de confinamiento. Posiblemente si se hubiese dispuesto de ese conocimiento previo, hubiese facilitado la sectorización de los centros, en centros COVID i No COVID.

A este nivel, uno de los efectos colaterales adversos, no menor, pendiente de visibilizar y analizar, son los casos de COVID-19 nosocomiales y su evolución. En general, esta pendiente de aflorar toda la iatrogenia (efectos adversos) provocada por el contacto con los propios servicios sanitarios.

**¿Qué pasó con las residencias?**

Las residencias en la ciudad de Barcelona merecerían un artículo ex profeso. Para situar rápidamente al lector, hay que saber que en Barcelona hay un total de 292 residencias geriátricas con una capacidad de unas 13.500 plazas y con dos modelos de provisión de servicios sanitarios:

a) Uno basado en lo previsto en el marco legal del sistema nacional de salud, es decir, la provisión de la cartera de servicios de la Atención Primaria de Salud (APS) desde los Equipos de Atención Primaria (EAP)de las Áreas Básicas de Salud (ABS)**.**Este modelo afecta a las personas que viven en las residencias gestionados por EBAs (de capital privado). En esta situación están 89 residencias geriátricas.

b) Y otro basado en un acuerdo alcanzado en 2009 entre el Servicio Catalán de la Salud, Instituto Catalán de la Salud y la empresa Mutuam, por el que se traspasa la provisión de servicios de atención primaria a los Equipos de Atención Residencial (EAR) de Mutuam. Este segundo modelo afecta a 203 residencias geriátricas.

Nuevamente se detectaron en este ámbito fallos en la gobernanza. A principios de marzo, el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) convocó una reunión con todos los proveedores de servicios de atención primaria de Barcelona, a fin de dar las instrucciones iniciales de coordinación y de actuación ante el previsible aumento de la demanda de atención urgente a domicilio. Se informó explícitamente que la atención urgente a domicilio no incluía a personas institucionalizadas en residencias. Ello a pesar de la solicitud de Mutuam de que también se incluyesen las residencias.

A inicio de abril Mutuam colapsa, ante el aumento de demanda de atención. Contactan con los CAP del territorio para poner sobre aviso que no están atendiendo a las personas que viven en residencias y que vayan los profesionales de atención primaria. El traspaso de responsabilidades, inicialmente informal, fluyó sin aparente dificultad hacia los CAP del Institut Català de la Salut (ICS), pero no fue así en todo el resto de territorios, especialmente en aquellos en que había proveedores que gestionaban diferentes líneas asistenciales y que ya habían reforzado recursos en otra línea asistencial distinta de la atención primaria.

Esta circunstancia y la dilación del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB) en dar órdenes claras, directas y explícitas para aplicar sus propias instrucciones tensionó más de la cuenta algún CAP, hasta el punto de que, el hecho de salir a socorrer a residentes en franca situación de riesgo, desembocó en el despido de la directora de un CAP. Ello a pesar de alertar previamente a altas instancias directivas sobre la situación de la residencia.

Tras la aparente desaparición de los Equipos de Atención Residencial (EAR) de Mutuam, hasta la fecha, los EAP no han recibido información por parte del CatSalut de los recursos adicionales con que serán dotados para volver a dar cobertura de la cartera de servicios de atención primaria a la población que vive en residencias.

**¿Qué pasó con la Salud Laboral?**

Al igual que a nivel macro los presupuestos de salud pública son la hermana pobre del sistema y que los equipos de las direcciones de salud pública se vieron prontamente desbordados, lo mismo pudo acontecer, a nivel micro, en muchos centros sanitarios donde los recursos para la prevención de riesgos laborales no fueron incrementados oportunamente y en concordancia al sustancial incremento de las nuevas necesidades derivadas de la pandemia.

Además de la consabida y gravísima falta de equipos de protección individual (EPI) y de tests, no todas las empresas reforzaron oportunamente los servicios de prevención de riesgos laborales. O se reforzaron parcialmente con el apoyo de los delegados sindicales de los trabajadores.

La insuficiencia de recursos dificultó el adiestramiento en autoprotección de forma efectiva y continuada a todos los profesionales. Esta formación se vio también dificultada por la alta rotación de los profesionales en los servicios sanitarios de mayor exposición al virus (urgencias y atención primaria). Rotación provocada por el elevado número de bajas por contagios y cuarentenas preventivas derivados de la falta de equipos de protección individual (EPI).

Estos déficits en la protección de la salud laboral fue más acentuado para los profesionales de servicios contratados a través de empresas externas (lo que se conoce como servicios externalizados), como habitualmente pueden ser: limpieza, mantenimiento, seguridad… Estos trabajadores tuvieron que ser protegidos inicialmente por los centros sanitarios en los que prestaban los servicios.

Las actuaciones en prevención de riesgos laborales forman parte sustancial de las estrategias de calidad asistencial y seguridad del paciente, siendo imprescindibles para poder minimizar riesgos tanto en la seguridad de los profesionales sanitarios como la de los pacientes. Son vasos comunicantes.

En cuanto al seguimiento de las bajas laborales, los requerimientos se centraron en las bajas relacionadas con el COVID-19 (ya sea por contagio o por contacto de riesgo con el coronavirus). Está pendiente cuantificar y profundizar en el análisis de las causas de la bajas por los motivos no COVID, que podrían ser una gran fuente de información para planificar futuras actuaciones.

Es importante recordar que todas las consideraciones y facilidades que se recogieron en las diferentes normas reguladoras del trabajo en el estado de alarma: teletrabajo, conciliación, convivencia con personas de riesgo…, no fueron de aplicación en los profesionales sanitarios. Que vieron alterados sustancialmente sus condiciones de trabajo, tanto en lo que respecta a la participación en la toma de decisiones, como en los que respecta a la jornada laboral, las funciones y a las condiciones ambientales. Es necesario reflexionar sobre cuáles son los límites.

**Reflexiones finales ante la pandemia**

No estábamos preparados. Todos los niveles de decisión mintieron, por múltiples motivos, como podrían ser: miedo al caos, incompetencia, indolencia, paternalismo…

La forma de morir impuesta ha sido indigna.

Los profesionales de la salud no son héroes, también tienen derechos, familia y miedo.

La primera ola de la pandemia ya está amainando (la famosa curva se aplana). Es hora de dejar de lado sectarismos de todo tipo y prepararnos para el resto de olasque ya están emergiendo con fuerza:

2ª ola: problemas de salud demorados por restricciones de recursos;

3ª ola: secuelas de la desatención de problemas crónicos de salud;

4ª ola: síndrome de estés prost-traumático, burnout (síndrome de estar quemado), problemas de salud mental, problemas derivados de la crisis económica y las desigualdades sobre la salud;

5ª ola: complicaciones crónicas del COVID-19 (síndrome post COVID-19)

Esperemos que se analicen objetivamente las causas de la expansión del COVID-19, de las muertes, de las condiciones en las que estas muertes se produjeron; de los fallos en la gobernanza, de la iatrogenia, de las bajas laborales y de todos los problemas colaterales derivados de esta crisis.

Sin olvidar en este análisis los problemas estructurales que limitaron gravemente la rapidez en la respuesta. Como por ejemplo el infra-financiamiento de los servicios de salud pública en general (y de prevención de riesgos laborales en particular) y la fragmentación del sistema sanitario público. Ya que ambos han actuado como condicionantes de la salud.

Es urgente, por parte de todos los niveles de gobierno, preparar planes de prevención y planes de contingencia para enfrentar pandemias (como los que protección civil ya tiene para otro tipo de emergencias) para evitar que nuestro sistema de vida pueda colapsar.

Por no estar preparados hemos visto afectada gravemente la seguridad ciudadana y los cimientos de convivencia de nuestra sociedad. No nos debería volver a pasar.

Como se dice en salud pública: “los brotes son inevitables, las epidemias no”.

Es importante, dotarnos de un marco sólido ético y democrático de consenso para decidir cómo actuar la próxima vez, a todos los niveles de la sociedad. E impulsar políticas de choque contra el aumento de desigualdades a fin de garantizar una vida digna y una muerte digna para todos los ciudadanos.

En un sector que mueve una ingente cantidad de recursos públicos es crítico el activismo ciudadano para exigir transparencia y espacios de participación (y vigilancia) en todos los niveles de decisión. A todos nos debería incumbir tener nociones de la organización de nuestro sistema público de salud y vigilar que los recursos públicos se destinen verdaderamente a dar respuesta a las necesidades de la población. De otro modo nos arriesgamos a que las decisiones sean únicamente tomadas por actores y grupos de interés (políticos, sindicatos, asesores técnicos, empleados públicos, empresarios, multinacionales, universidades, colegios profesionales…) que frecuentemente no serán usuarios o no en las mismas condiciones de acceso que la mayoría de los usuarios a los que van destinados los servicios que diseñan.

En un sistema verdaderamente democráticos los ciudadanos debemos poder influir más directamente y exigir que se tengan en cuenta nuestras preferencias sobre cómo queremos vivir y morir.

18/05/2020

M. Teresa Martínez Ruiz vive en Horta (Barcelona), es médica y activista vecinal.