número 35 / diciembre 2020 LISTENCIÓN AL DICACIÓN DE LA SEAUS



CONVIVIENDO CON EL SARS COV-2

5

Artículos: Rodrigo Gutiérrez (Presidente SEAUS) Jose Luís Baquero (Foro Español de Pacientes), Silvia Millat y Irene Feliu (H.U. Bellvitge) 27

Entrevista a Ana Castaño Bellón, CIAT de la Organización de Servicios Territoriales, OSI, Donostialdea 30

Temas entorno la Covid-19: seis temas que comportan un fuerte compromiso con las personas y los valores que representan. 48

Opinión: Mercè Tella (Vicepresidenta SEAUS), Maria Pilar González (Vocal SEAUS), Asociación Administrativos de la Salud (AAS) y Núria Pagès (CST) 63

Nosotros: Últimas novedades de la SEAUS

NÚMERO 35/ DICIEMBRE 2020

COORDINADORA DE LA REVISTA

MFRCÈ TELLA BERNAUS

COMITÉ DE REDACCIÓN

MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET, MERCÈ TELLA BERNAUS, FRANCISCO CÁRCELES GUARDIA, ISABEL ZALDÍVAR LAGUÍA, RAFA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, RODRIGO GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

FLISABET SATORRA LLUBES

CORRESPONDÉNCIA CIENTÍFICA

MARIA PILAR GONZÁLEZ SERRET mpilargonzalezserret@gmail.com

MERCÈ TELLA BERNAUS vicepresidencia@seaus.net

SECRETARÍA TÉCNICA ELISABET SATORRA LLUBES secretaria@seaus.net Teléfono: 629.839.226

WWW.SEAUS.NET



SUMARIO

05

Artículos:

Rodrígo Gutiérrez Fernández (Presidente SEAUS)

Jose Luís Baquero Úbeda (FEP) Irene Feliu Pérez y Sílvia Millat Servent (H.U.Bellvitge)

27

Entrevista

Ana Castaño Bellón, Responsable del Centro Integrado de Atención Telefónica, CIAT, de la Organización de Servicios Territoriales, OSI, Donostialdea

30

Temas entorno la Covid-19:

H.U. de Bellvitge H.U. Vall d'Hebrón Fundación Edad&Vida C.S. de Vila (Ibiza)

Acto en recuerdo de los fallecidos por la Covid-19(HUVH)

Carta de los profesionales del Hospital Gregorio Marañón.

48

Opinión:

Mercè Tella Bernaus (Vicepresidenta de la SEAUS)

Maria Pilar González Serret (Vocal Imagen Corporativa, Web y Publicaciones de la SEAUS) Equipo de la Asociación de Administrativos de la Salud (AAS)

Núria Pagès Casas (Consorci Sanitari de Terrassa)

63

Nosotros

XIX Congreso de la SEAUS Colaboración de la SEAUS en un estudio DELPHI

La crisis sanitaria de la COVID-19 y la Atención al usuario/Paciente. Documento SEAUS

Documento sobre Fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en atención primaria.

Otros Documentos de Interés Fondo Documental SEAUS Jubliación

REVISTA ATENCIÓN AL USUARIO PUBLICACIÓN DE LA SEAUS







EDITORIAL

Cuando esta revista llegue a vuestras manos estaremos finalizando un año que ha sido especialmente duro y complicado, tanto para la ciudadanía como como para los profesionales de los servicios de salud. Hemos vivido y estamos viviendo un tiempo nunca imaginado en el que nuestra sociedad ha tenido que enfrentarse a un enemigo terrible y desconocido, a un virus extraño que ha venido a alterar y cambiar nuestras vidas, las de todos. Nuestro sistema sanitario ha tenido que enfrentarse a una circunstancia nueva y estresante, que ha evidenciado, por otro lado, sus déficits y carencias por causa de no haberle dedicado durante los últimos años los recursos y la inversión necesarios.

Los profesionales del sistema de salud han estado a la altura en unas circunstancias extremadamente difíciles y complejas dando lo mejor de sí mismos; también los **Servicios de Atención al Paciente/Ciudadano/Usuario**, las **Unidades de Gestión de Pacientes** y todos sus integrantes. Igual que los profesionales de los llamados "servicios esenciales" A todos ellos nuestro reconocimiento y gratitud.

La pandemia se ha llevado un número importante de vidas y proyectos y nos ha mostrado fortalezas y debilidades en el ámbito sanitario y social. Son pues tiempos para reflexionar, para reinventarnos y cambiar en un futuro próximo aquello que sea susceptible de cambio y mejora. Unos cambios y mejoras que el sistema de salud deberá implementar, pero siempre teniendo en cuenta y pensando en las personas, en los pacientes, en sus necesidades reales, en sus demandas y en sus derechos. Se deberá escuchar a los ciudadanos, a las asociaciones de pacientes y también a las sociedades científicas y profesionales. La voz de todos ellos ha de formar parte de las soluciones. La SEAUS quiere estar también presente en este foro.

En estos momentos, en el inicio del invierno, una segunda ola de la pandemia está poniendo de nuevo en estado de preocupación y alerta al sistema sanitario y a los profesionales. Una situación que nos obliga a no bajar la guardia. Es obvio que se necesitan recursos, **materiales y humanos** suficientes para hacer frente al desafío y cuidar de los profesionales como se merecen.

Durante estos meses han sido muchas las experiencias vividas. Así este número de nuestra revista Atención al Usuario, hemos querido dedicarlo a la Covid-19, presentando opiniones, reflexiones y experiencias entorno a la pandemia. Desde el Comité de Redacción de la revista queremos agradecer, de forma muy especial, a todos los autores su colaboración en esta nueva edición.

Para finalizar expresar un deseo: Que todos juntos, ciudadanía, profesionales y administraciones seamos capaces de vencer al virus, superar las actuales dificultades y mirar al futuro con renovada esperanza.

Diciembre 2020

USUARIOS N° 35 / DICIEMBRE 2020 PAG. 5

ARTÍCULOS REALIDADES E IMPOSTURAS DURANTE LA PANDEMIA

«LAS CRISIS
COMIENZAN SEGÚN EL
MODO EN QUE NOS
HACEMOS CARGO DE
ELLAS; EL DIAGNÓSTICO
QUE TRATA DE
HACERLAS INTELIGIBLES
CONDICIONA EL TIPO DE
RESPUESTA PRÁCTICA
QUE DAMOS.»

D. INNERARITY"

ALGUNAS IMPRESIONES EN PRIMERA PERSONA

RODRIGO GUTIÉRREZ FERNÁNDEZ

PRESIDENTE DE LA SEAUS E-MAIL: PRESIDENCIA@SEAUS.NET

COVID19 NO ES UNA PANDEMIA

Un reciente artículo de Richard Horton, editor principal de **The Lancet**[1] sostiene que estamos adoptando un enfoque demasiado estrecho para manejar la emergencia del nuevo coronavirus SARS-CoV-2. Hemos visto la causa de esta crisis exclusivamente como una enfermedad infecciosa. Todas nuestras intervenciones se han centrado en cortar las líneas de transmisión viral, controlando así la propagación del patógeno. La "ciencia" que ha guiado la actuación de los gobiernos ha sido impulsada principalmente por modelos mate-



máticos epidemiológicos y por especialistas en enfermedades infecciosas, lo que lógicamente ha enmarcado la actual emergencia sanitaria en términos de una peste centenaria. Sin embargo, señala, lo que hemos aprendido hasta ahora nos dice que la historia de la COVID-19 no es tan simple. Hay dos categorías de enfermedades que interactúan dentro de poblaciones específicas: la infección por el coronavirus SARS-CoV-2 y variedad de enfermedades (crónicas) no transmisibles. Estas condiciones se agrupan dentro de los grupos sociales de acuerdo con patrones de desigualdad profundamente arraigados en nuestras sociedades. La agregación de estas enfermedades en un contexto de disparidad social y económica exacerba los efectos adversos de cada enfermedad por separado. COVID-19 no es una pandemia. Es una sindemia[2], es decir, la suma de dos o más epidemias o brotes de enfermedades concurrentes o secuenciales en una población con interacciones biológicas, que exacerban el pronóstico y carga de la enfermedad. La naturaleza sindémica de la amenaza que enfrentamos significa que se necesita un enfoque más matizado si queremos proteger la salud de nuestras comunidades.

> [1] <u>Horton R. COVID-19 is not a pandemic. Lancet 2020.</u> Vol 396. September 26, 2020 DOI:

LA NOCIÓN SINDEMIA

fue concebida por primera vez por el antropólogo médico estadounidense Merrill Singer en la década de 1990. En un artículo de 2017 publicado también en The Lancet, Singer argumentaba que un enfoque sindémico revela interacciones biológicas y sociales que son importantes para el pronóstico, el tratamiento y la política sanitaria.

El modelo sindémico de salud pone el foco en el complejo biosocial, es decir en las enfermedades co-presentes o secuenciales que interactúan entre sí y en los factores sociales y ambientales que promueven y potencian los efectos negativos de la interacción de enfermedades. Este enfoque emergente de la concepción de la salud y de la práctica clínica reconfigura la comprensión histórica convencional de las enfermedades como entidades distintas de la naturaleza, separadas de otras enfermedades e independientes de los contextos sociales en los que se encuentran.

Por el contrario, todos estos factores tienden a interactuar de manera sinérgica de diversas formas consecuentes, lo que tiene un impacto sustancial en la salud de las personas y de la población en general. Más específicamente, un enfoque sindémico examina por qué ciertas enfermedades se agrupan (es decir, múltiples enfermedades que afectan a individuos y grupos); las vías a través de las cuales interactúan biológicamente en los individuos y dentro de las poblaciones y, por lo tanto, multiplican su carga general de morbilidad, y las formas en que los entornos sociales, especialmente las condiciones de desigualdad e injusticia social, contribuyen a la agrupación e interacción de enfermedades, así como a la vulnerabilidad.

Así pues, reducir y limitar el daño causado por el SARS-CoV-2 exigirá prestar mucha más atención a las enfermedades crónicas no transmisibles y a la desigualdad socioeconómica de la que se ha hecho hasta ahora[3]. Una sindemia no es simplemente una comorbilidad, las sindemias se caracterizan por interacciones biológicas y sociales entre condiciones y estados, interacciones que aumentan la susceptibilidad de una persona a sufrir daños o empeoran sus resultados de salud. En el caso de la COVID-19, hacer frente a las enfermedades crónicas no transmisibles será un requisito previo para tener éxito en su contención y control. Aunque según algunos informes la mortalidad prematura por enfermedades crónicas está disminuyendo[4], el ritmo del cambio es demasiado lento. El número total de personas que padecen enfermedades crónicas está aumentando. En este sentido, abordar la COVID-19 significa (también) abordar la hipertensión, la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas y el cáncer[5].

(TECNO) EXPERTOCRACIA FRENTE A LA POLÍTICA

En el momento de escribir estas líneas (primera semana de octubre) asistimos a un nuevo (otro) espectáculo de mediocridades y miserias que, una vez más, dificulta y complica la toma de decisiones y la adopción de medidas por parte de las distintas administraciones públicas frente a la crisis provocada por la pandemia de COVID-19. El resultado no puede ser más deplorable, pues es bien conocido que las batallas por saber quién dirá la última palabra (incluidos los tribunales, cuando hablan en último lugar) con demasiada frecuencia son tan pasionales como estériles.

[3] Clark A, Jit M, Warren-Gash Ch, Guthrie B, H X Wang H, W Mercer S et al.: Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. Lancet 2020. Aug 2020 Vol. 8 (8) 1003-1017 DOI

[4] AAVV. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4 Lancet 2020; 396: 918-34 DOI

«ES MÁS FÁCIL PENSAR QUE NUESTROS LÍDERES O GOBERNANTES SON INCOMPETENTES QUE ACEPTAR LA REALIDAD MENOS AGRADABLE DE QUE EL NUESTRO ES UN MUNDO DONDE LA INCERTIDUMBRE Y LA SORPRESA SON LA NORMA, NO LA EXCEPCIÓN.»

D. RUMSFELD

Es indudable que si algo se ha puesto de manifiesto en los meses transcurridos de este extraño y singular año de la peste[6], ha sido tanto el desmoronamiento de muchas supuestas seguridades, con un permanente cuestionamiento de la gestión y de las decisiones adoptadas a todos los niveles, como la utilización política de todo lo que tenga que ver con la pandemia. A ello se ha sumado la repentina aparición de todo tipo de expertos tertulianos y opinadores de toda laya, clase y condición (desde ínclitos juristas o economistas reconvertidos en sedicentes epidemiólogos sociales, hasta extravagantes comunicadores profesionales pseudoexpertos en salud pública y gestión sanitaria). Siempre dispuestos a emitir juicios categóricos y dictar sentencias con una (supuesta) autoridad técnica, más impostada que real, pontificando trivialidades y contribuyendo con sus ocurrencias a la ceremonia de la confusión desde redes sociales, medios digitales y los más variados púlpitos y pantallas. La verdad es que no acaba uno de comprender cómo puede haber(nos) acontecido esta catástrofe con tan abultada nómina de expertos que –casualmente– parecen no tener ningún conflicto de interés y revestidos de una (más aparente que real) neutralidad político-ideológica a la hora de proferir sus dicterios...

Soberbia, engreimiento e insolencia a partes iguales, constituyen con frecuencia el espeso engrudo que amalgama a estos heraldos. Algunos de estos comunicados y manifiestos[7] -con recogida de firmas incluida- han sido calificados de resultar cuando menos, tanto en su tono como en su contenido, desagradable(s), autoritario(s) y excluyente(s) [8]. En el fondo, proponen como solución -quizá sin saberlo- la vieja quimera platónica del rey filósofo [9]. (Según la formulación política no democrática y clasista de Platón el gobierno no debe estar en manos de unos dirigentes elegidos por la mayoría sino en manos de aquellos que han podido acceder al conocimiento de la ciencia verdadera y del Bien...).

[6] Daniel Defoe, Diario del año de la peste (1722).

[7] Decálogo para el correcto abordaje de la COVID-19 en España.

[8] Zaragoza Bernal JM. De la ciencia, la política y otras cosas. Instituto de Estudios Culturales y Cambio Social (IECCS)

[9] https://es.wikipedia.org/wiki/Rev_fil%C3%B3sofo

Con todo, y a pesar del ruido de esta 'tormenta perfecta', un artículo dirigido al gran público aparecido en la revista National Geographic del pasado mes de mayo, destacaba que «si algo está produciendo la pandemia planetaria desencadenada por el coronavirus SARS-Cov-2, es un avance sin precedentes en la investigación científica. Equipos de todo el mundo trabajan sin descanso para encontrar una vacuna que prevenga a la población de nuevos contagios y fármacos con los que tratar a los enfermos.»

No está de más recordar que el pasado 12 de enero, apenas un mes más tarde de su aparición, ya se había secuenciado el genoma del virus, lo que permitió que se empezaran a desarrollar test diagnósticos, cuya calidad, en términos de seguridad y fiabilidad, ha ido mejorando progresivamente. Como explica Beatriz González López-Valcárcel [10]: «nunca el talento del ser humano había estado tan concentrado para resolver con urgencia un mismo problema». Aunque ello ha supuesto la aparición de un cierto "excepcionalismo" de urgencia en algunos estudios e investigaciones sobre determinados tratamientos, también ha permitido acelerar los tiempos en que se ha ido modificando la práctica clínica para dar (mejor) respuesta a la (enfermedad) Covid-19. Reformas postergadas y pospuestas durante años en el sector sanitario han sido acometidas en estos meses de pandemia, incorporando nuevas fórmulas de gestión, coordinación, trabajo conjunto e interacción entre distintos equipos profesionales.

Sin embargo, como también señalaba Salvador Peiró en un reciente trabajo colectivo de AES [11], parece que existe un desmedido interés por buscar países o regiones que lo hacen peor que otros, no tanto con el loable interés de aprender y no incurrir en errores ya experimentados, como posiblemente con simples fines espurios de buscar culpables de manera interesada.

La pandemia no ha finalizado y será en fases posteriores cuando se podrán analizar, con mayor y más consolidado criterio, las estrategias adoptadas y las medidas puestas en marcha en los diferentes territorios y ámbitos (Servicios de Salud) que conforman el SNS. En agosto y septiembre pasados se publicaron sendas cartas de un grupo de expertos reclamando una evaluación independiente [12],[13] de la gestión realizada. En este sentido, el Consejo Interterritorial del

Sistema Nacional de Salud (CISNS) ha acordado ya (7 de octubre de 2020) la constitución un Grupo de Trabajo para definir el marco para la realización de una evaluación independiente del desempeño del SNS frente a la pandemia de COVID-19.

"BLAME SHIFTING" Y OTRAS ESTRATEGIAS: LA CULPA EN LA ÉPOCA DEL CORONAVIRUS

La crisis no es solo sanitaria; es también económica, social, política e institucional. En este sentido, la política de la culpa (o su evitación) ha florecido durante la pandemia.

[10] Gónzález López-Valcárcel B.: Ciencia, política y la dimensión humana de la COVID-19. Claves de Razón Práctica. 271(38-45). Julio/agosto 2020.

[11] <u>Abellán Perpiñán JM, Campillo Artero C. (eds.)</u>; <u>Economía de la salud (y más) de la COVID-19. AES. Julio 2020.</u>

[12] The need for an independent evaluation of the COVID-19 response in Spain. The Lancet, Correspondence, August 6, 2020 DOI

[<u>13</u>] <u>Evaluation of the COVID-19 response in Spain: principles and requirements. The Lancet, Correspondence, September 21, 2020 DOI</u>



La investigación y los estudios de **ciencia política** documentan que, con carácter general, los responsables públicos saben que cuando suceden cosas malas (desde un alto nivel de desempleo hasta un desastre o una catástrofe natural), intentar evitar la culpa por unos malos resultados en su gestión es siempre más importante (y suele ser más fácil) que obtener crédito por una buena política.

En general los actores políticos están motivados principalmente por el deseo de evitar la culpa de acciones impopulares en lugar de tratar de reclamar crédito por las populares. Esto es el resultado del denominado "sesgo de negatividad" de los votantes: su tendencia a ser más sensible a las pérdidas reales o potenciales de lo que lo son a las ganancias. Los incentivos para evitar la culpa llevan a los políticos a adoptar un conjunto distintivo de comportamientos y estrategias políticas para minimizar potenciales malos resultados.

La incapacidad de algunos políticos para controlar los debates y las distintas narrativas existentes en la opinión pública los lleva a tratar de gestionar a quién responsabilizan. Esto conlleva la adopción de estrategias de **cambio de culpa (blame shifting)**. De acuerdo con esta estrategia, los implicados reconocen la gravedad de los hechos o de una crisis determinada, pero se eximen de la responsabilidad trasladándola a otra parte, bien sea otra administración u otro grupo político.

Si bien todos los políticos buscan difundir la responsabilidad de los errores políticos convirtiendo a sus oponentes en **chivos expiatorios**, este incentivo es más fuerte en países con altos niveles de polarización política. Cuando el electorado está polarizado, la política se convierte en un juego de suma cero. Los puntos políticos anotados por un lado significan que el otro experimenta una pérdida.

Sabido esto, llama la atención y resulta cuando menos pintoresco, que muchos de los políticos y responsables públicos que en su día desatendieron obligaciones de buen gobierno, que recortaron la financiación de políticas de salud y servicios sanitarios públicos, tanto en recursos económicos como en equipamientos asistenciales o en personal (profesionales), contribuyendo así al crónico déficit estructural del sistema sanitario, se esfuercen ahora denodadamente en señalar culpables o detectar carencias y omisiones.



LA OPINIÓN DE LA CIUDADANÍA

Que la pandemia preocupa y genera incertidumbre en la ciudadanía parece innegable. El barómetro del CIS del pasado mes de septiembre [14] incluye algunas preguntas sobre la crisis del coronavirus y aporta bastante información sobre el modo en que fueron atendidas y cómo evolucionó la enfermedad en las personas afectadas:

A la pregunta: "¿Diría usted que la crisis del coronavirus le preocupa mucho, bastante, poco o nada?" hasta un 93.9% de los ciudadanos responde mucho o bastante. De ellos, un 36.6% está más preocupado por los efectos sobre la salud, un 24.1% lo está por los efectos sobre la economía y el empleo y un 38.5% manifiesta que le preocupan ambos por igual.

Hasta un 12.2% de la población manifiesta que tuvo que ponerse en contacto con los servicios sanitarios por pensar que tenía síntomas relacionados con el coronavirus y de ellos, un 68.5% recurrió a su médico/a de atención primaria (55.2%) o a los servicios de urgencia de este nivel asistencial (13.3%). Un 10.5% recurrió al servicio de urgencias del hospitalun 12.5% hizo uso de los teléfonos 061/112 y un 14.4 % a un teléfono 900 específico de la comunidad autónoma. Hasta un 70.5% de las personas manifestaron que la atención recibida fue buena o muy buena.

Se incluyen finalmente una serie de recomendaciones, entre las que destacaríamos:

- Trabajar para mejorar la gestión de pandemias [16], lo que supone:
- (i) la prevención, implicando difíciles cambios culturales relativos a la distancia social en la vida pública y laboral, a la protección personal o a la higiene de manos; (ii) la detección y la ampliación de los instrumentos de rastreo, tanto tradicionales como modernos; (iii) los protocolos de aislamiento de los casos detectados; (iv) la protección de grupos vulnerables, con especial énfasis en los mayores; y (v) la respuesta sanitaria, fortaleciendo la asistencia primaria y los recursos hospitalarios.
- Apoyar mecanismos eficaces de gestión de futuras crisis sanitarias a nivel europeo.
- Trabajar con el resto de la UE por el reforzamiento de los sistemas nacionales de salud.
- Impulsar la **transformación energética** y la **transformación digital**, lo que requiere más inversión en educación, formación continua e innovación.

Un segundo documento de trabajo [17] publicado en julio, explora algunas de las posibles razones por las que España ha sido uno de los países del mundo que ha registrado un mayor impacto de la COVID-19, tanto en número de contagios como de muertes, durante la primera mitad de 2020: «El limitado conocimiento sobre la naturaleza del virus, la falta de una contabilidad homogénea y veraz en los diferentes países, y los distintos ritmos de evolución de la enfermedad dificultan la comparación y no permiten establecer certezas. Aun con estas cautelas, pero teniendo en cuenta la información ya disponible, pueden plantearse algunas hipótesis sobre los motivos por los que la propagación ha sido tan severa en España.»

La sanidad pública ha sido tradicionalmente un motivo de orgullo en España y lo cierto es que, pese a la caída en gasto público sanitario registrada desde la Gran Recesión, el Sistema Nacional de Salud sigue ocupando una posición media-alta en los rankings comparados. En algunos indicadores (por ejemplo, personal médico por habitante) sale mejor parado que en otros, como el bajo número de profesionales de enfermería o de camas, si bien en número de camas UCI queda en torno a la media de la OCDE. En cualquier caso, la COVID-19 ha mostrado sus **debilidades**, tanto en la dimensión de salud pública como en la parte asistencial. Algunas de estas serían las siguientes:

- A) El sistema sanitario está diseñado de modo relativamente eficiente para ofrecer atención primaria, tratar las enfermedades habitualmente más frecuentes y afrontar epidemias similares a las ya conocidas. Pero España (que, como el resto de Europa, no habían sufrido anteriormente ni el SARS ni el MERS) no tenía experiencia ni recursos suficientes para prevenir, detectar y afrontar una pandemia como ésta.
- B) Numerosos epidemiólogos llevan tiempo denunciado los recortes producidos en el sistema, y la consecuente falta de recursos humanos y materiales [18]. El apartado de salud pública, incluyendo el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) que ha estado al frente de la gestión de la crisis, solo representa el 1% del presupuesto sanitario. Una cifra que explicaría en gran medida las carencias desde la recogida de datos, incluyendo las capacidades de rastreo, hasta la falta de respiradores y unidades de testeo. En todo caso, España comparte en buena medida estas limitaciones con otros países europeos, que también han tenido que enfrentarse a un sistema de salud pública desarmado, a una escasez de unidades de cuidados intensivos y a la necesidad urgente de material médico cuya fabricación está mayoritariamente deslocalizada en China.

También es destacable que, en las fechas en que se llevó a cabo el estudio (1 a 7 de septiembre), un 58.3 % de los encuestados manifestó que habría que tomar medidas de control y aislamiento más exigentes, a la vista de la evolución de la situación del coronavirus en España.

(ALGUNAS) PERSPECTIVAS PARA EL FUTURO

Ante un fenómeno tan disruptivo como la crisis provocada por el SARS-CoV-2 y frente a algunas actitudes y opiniones catastrofistas o interesadas, que denotan y dejan traslucir cierto pesimismo antropológico (es curioso, pero por alguna extraña razón el pesimismo parece haber tenido siempre un mayor prestigio intelectual), cabe tener en cuenta (también) algunos documentos importantes sobre la pandemia aparecidos en estos meses. Nos referiremos a dos de ellos.

En junio, un amplio equipo de investigación del Real Instituto Elcano publicó un estudio [15] que conjuga el enfoque analítico (¿a qué se enfrenta España en la crisis del coronavirus?) con el prescriptivo (¿cómo puede hacerlo en mejores condiciones?). Los autores señalan en la Introducción:

«España ha sido uno de los países más golpeados por el coronavirus, tanto en número de contagios como de muertes. La falta de homogeneidad (e incluso las dudas sobre la veracidad) en la contabilidad de los casos en los distintos países, el limitado conocimiento sobre la naturaleza de la pandemia, y los distintos ritmos de evolución de ésta por país dificultan la comparación y hacen que en vez de conclusiones solo se puedan establecer conjeturas. En todo caso, tiene sentido indagar en los posibles motivos por los que la propagación ha sido tan severa en España a la luz de los datos conocidos, y cómo prepararse para el futuro.»

El trabajo pretende llevar a cabo una aproximación global a lo sucedido durante la pandemia, analizando tanto las debilidades como las fortalezas más destacables, que suponen una cierta llamada a la esperanza. Entre las debilidades más específicas para hacer frente a la fase de reconstrucción se señalan:

«La dependencia del turismo (uno de los sectores más perjudicados) se une a la escasa base tecnológica de su modelo productivo, a la fragilidad del mercado laboral, a la desigualdad enquistada tras la anterior crisis y a un nivel previo de endeudamiento público que condiciona los planes de estímulo. Además, el clima político interno se caracteriza por la polarización gobierno-oposición, la escasa sintonía entre las autoridades territoriales y una alta desconfianza de la ciudadanía hacia los políticos.»

Pero también «...el país atesora fortalezas significativas. Ha demostrado resiliencia social y un alto cumplimiento del confinamiento, los servicios públicos no han colapsado durante el estado de alarma e incluso su economía presenta rasgos de mayor solidez que en la Gran Recesión de 2008-2013 (mayor potencia exportadora, un sistema financiero más sólido y, sobre todo, un enfoque europeo a la crisis más equilibrado que el de entonces).»

Como resumen, «...en el horizonte se dibujan amenazas que deben gestionarse para aminorar sus efectos perniciosos, pero también oportunidades que hay que saber aprovechar.»

C) Desde el punto de vista de la **gobernanza**, otro problema generalizado en Europa ha sido la descoordinación, tanto entre expertos y decisores como entre diferentes agencias y niveles de la administración. Esta última dimensión se ha agravado en algunos países de estructura territorial compuesta (EEUU, el Reino Unido, Italia y Bélgica). En el caso de España se han identificado diversas disfuncionalidades de gestión entre el Gobierno central y las Comunidades Autónomas, incluyendo la falta de datos fiables y homogéneos por parte de la Red Nacional de Vigilancia de la Salud Pública. Como destaca Miquel Porta [19], "si hace veinte o diez años se hubiese legislado sobre la obligatoriedad de cada CCAA de dar la información epidemiológica al sistema estatal de vigilancia epidemiológica y si se hubiesen dotado los recursos materiales, personales e institucionales necesarios, hoy estaríamos en una situación mucho mejor".

Terminamos con algunas de las fortalezas que destaca el documento (y de las que, sin duda, deberíamos sentirnos especialmente orgullosos):

- A) Por un lado, el estricto grado de cumplimiento de la cuarentena y del uso de mascarillas, así como su efectividad para aplanar la curva de contagios. La ciudadanía española ha hecho gala de una disciplina y responsabilidad cívica notables, complementada en su caso por una sólida capacidad estatal a partir de la declaración del estado de alarma el 14 de marzo, sobre todo por tratarse de uno de los más estrictos en el continente europeo.
- **B**) Elevado nivel de resiliencia social y apoyo a las medidas de confinamiento, pese a la aparición de protestas sobre todo en la ciudad de Madrid a mitad de mayo. Según el CIS, el 97,3% de la población española consideraba en abril que las medidas adoptadas para combatir la pandemia eran "necesarias" o "muy necesarias", mientras que el 91% dijo llevar el confinamiento "muy bien" o "razonablemente bien" pese a polémica generada por su complejidad y gradualidad. Esta actitud es importante para mantener medidas de distanciamiento social e incluso, si la situación epidemiológica lo requiriese, volver a un confinamiento (como se ha demostrado después, por cierto).
- C) Pese a las situaciones de estrés sufridas y el desbordamiento que se ha producido en algunos hospitales, sobre todo en Madrid y Barcelona (donde hay que recordar que se produjeron la mitad de las muertes del país), en el resto del Estado el sistema sanitario y demás servicios públicos no se han colapsado. En general, se ha demostrado la enorme profesionalidad y el compromiso del personal de las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud y de los demás empleados públicos que han sabido adaptar su trabajo, con cierta capacidad de improvisación, al estado de alarma, aplicado con carácter general y de modo prolongado.

Por nuestra parte así hemos querido destacarlo. Como explicábamos desde la SEAUS en el documento La crisis sanitaria de la COVID-19 y la atención al usuario/paciente [19] publicado en junio de este año: «Nuestro sistema de salud, en general y pese a las muchas dificultades, ha sabido responder a este reto demostrando un alto grado de motivación y profesionalidad por parte de sus integrantes. Las Unidades/Servicios de Atención al Usuario/Paciente y las Unidades de Gestión de Pacientes han respondido también con un alto grado de motivación y esfuerzo, se han visto obligadas a priorizar, modular su actividad y establecer un ritmo de actividad para cada lugar y circunstancia en función de las necesidades, las demandas y los recursos propios, definiendo líneas de actuación de acuerdo con su organización y teniendo en cuenta un escenario cambiante a cada minuto.»

Nos jugamos mucho en la resolución de esta crisis, tanto desde el punto de vista sanitario como también en el económico y social: «Para ello tiene que ser un sitio seguro a nivel doméstico, pero también a nivel internacional, porque mientras el virus siga activo en el resto del mundo ni España ni Europa estarán a salvo.»

RODRIGO GUTÍERREZ FERNÁNDEZ OCTUBRE, 2020



ANEXO

CRONOLOGÍA. ALGUNOS HITOS Y FECHAS SEÑALADAS A LO LARGO DE LA CRISIS SANITARIA

- 14 de marzo: Publicación del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [1]. Tras una reunión de más de siete horas, el Consejo de Ministros, aprueba la declaración de estado de alarma en todo el territorio durante 15 días naturales, con medidas de severa restricción al movimiento de personas y la actividad económica. Los desplazamientos se limitan a lo imprescindible.

 Salvo el precedente de la crisis de los controladores aéreos ocurrida en 2010, en el que le correspondió al Ministerio de Defensa militarizar el servicio y asegurar que se restablecía el tráfico aéreo, era la primera vez que se adoptaba una medida tan extraordinaria, por la cual el ministro de Sanidad pasaba a tener bajos sus órdenes directas a las autoridades civiles de las Administraciones Públicas de todo el país, en particular las sanitarias, para asegurar su plena disposición y garantizar una mejor distribución territorial de medios técnicos y humanos. Ello suponía que todos los medios sanitarios civiles y militares, públicos y privados, se ponían a disposición del ministro de Sanidad.
- 19 de marzo: Una enfermera de 52 años del hospital de Galdakao (Bizkaia), primera víctima mortal entre los sanitarios.
- 21 de marzo: El incremento de los casos presiona los servicios de las UCI hospitalarias, en especial en Madrid. Al día siguiente comienza a funcionar un hospital de campaña instalado en IFEMA.
- 29 de marzo: El Consejo de Ministros extraordinario celebrado en domingo aprueba una medida excepcional que supone la paralización de todas las actividades no esenciales a partir del lunes 30 de marzo a través del Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, por el que se regula un permiso retribuido recuperable para las personas trabajadoras por cuenta ajena que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19 [2]. La medida obliga a todos/as los/as trabajadores/as de esos sectores a quedarse en casa durante dos semanas con un permiso retribuido recuperable, de modo que no tienen que desplazarse a sus centros de trabajo desde el lunes 30 de marzo hasta el jueves 9 de abril ambos inclusive. Con ello, el país entró en una especie de "hibernación" con el objetivo de "torcer la curva". En la práctica supuso la paralización casi completa de toda la actividad económica y la drástica reducción de la movilidad en todo el país hasta el 13 de abril (lunes de Pascua).
- 21 de abril: El Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) aprueba el Acuerdo por el que todas las CCAA prestarán su colaboración y apoyo imprescindibles para la realización del Estudio Nacional Epidemiológico de la Infección por SARS-CoV2 en España (ENE-COVID-19) [3].
- 28 de abril: Acuerdo del Consejo de Ministros por el que se aprueba el Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad [4], que concibe el levantamiento de las medidas de contención de modo gradual, asimétrico, coordinado con las comunidades autónomas y adaptable a los cambios de orientación necesarios en función de la evolución de los datos epidemiológicos y del impacto de las medidas adoptadas.
- [1] Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3692
- [2] Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/29/pdfs/BOE-A-2020-4166.pdf
- [3] Estudio Nacional de sero-Epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España (ENECOVID)
- (4) Plan para la Transición hacia una Nueva Normalidad

- 9 de junio: Aprobación del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 [5]. De cara a la finalización del estado de alarma y ante los posibles riesgos que pudieran derivarse de la pérdida de vigencia automática de algunas de las medidas adoptadas para la favorable evolución en el logro de los objetivos de contención de la pandemia, por la aparición de nuevos brotes epidemiológicos y nuevas cadenas de transmisión no identificadas que comprometieran la garantía de la integridad física y la salud de las personas y que situasen de nuevo bajo una enorme presión asistencial los recursos sanitarios disponibles. Desde la óptica del deber constitucional de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, se hace urgente y necesaria la adopción de dichas medidas preventivas, mientras no sea declarada oficialmente la finalización de la situación de crisis sanitaria. El real decreto-ley establece un deber general de cautela y protección para afianzar comportamientos de prevención en el conjunto de la población, con la adopción de una serie de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación, dirigidas a garantizar el derecho a la vida y a la protección de salud mientras perdure la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, una vez expirada la vigencia del estado de alarma y de las medidas extraordinarias de contención, incluidas las limitativas de la libertad de circulación, establecidas al amparo de aquel.
- 21 de junio: Finaliza el estado de alarma decretado el 14 de marzo, y prorrogado hasta en seis ocasiones por decisión del Pleno del Congreso de los Diputados, en las sesiones celebradas el 25 de marzo, 9 de abril, 22 de abril, 6 de mayo, 20 de mayo y 3 de junio de 2020.
- 16 de julio: Aprobación en el seno del CISNS del Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19 [6], con el objetivo de:
 - 1. Diseñar las bases de la preparación y respuesta en el escenario actual y ante posibles escenarios futuros para el control de la enfermedad.
 - 2. Establecer un marco de evaluación del riesgo asociado a la información disponible.
 - 3. Recomendar intervenciones en salud pública proporcionales al nivel de riesgo.
- 14 de agosto: Por primera vez se acuerdan en el CISNS un conjunto de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública [7] aprobadas por unanimidad y centradas en el control de la transmisión en los ámbitos origen de los brotes epidémicos de mayor impacto y riesgo y en aquellas que puedan controlar la transmisión comunitaria asociada a dichos brotes detectados a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Se trata de once medidas de control en siete ámbitos diferentes, tres recomendaciones y una indicación de observancia de los aspectos incluidos en el Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19.
- 25 de agosto: Una excelente noticia que pasa casi desapercibida en mitad de la pandemia: la Comisión Regional de Certificación de África certifica la ausencia de poliomielitis por virus naturales (o «salvajes») en la Región de África de la OMS después de cuatro años sin ningún caso [8]. Con este hito histórico, ("...acabar con los poliovirus naturales en África es uno de los mayores logros de salud pública de nuestra era", en palabras del Director General de la OMS), cinco de las seis regiones de la OMS —en las que vive más del 90% de la población mundial— están ya libres de poliovirus naturales, de manera que el mundo está más cerca de lograr la erradicación mundial de la poliomielitis. Solo dos países de todo el mundo siguen registrando transmisión de poliovirus naturales: Pakistán y Afganistán.
- [5] Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-5895
- [6] Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19
- [7] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5025
- {8} <u>La Iniciativa de erradicación mundial de la poliomielitis aplaude a la Región de África de la OMS por obtener la certificación de ausencia</u> de poliomielitis salvaje

- 27 de agosto: El Gobierno acuerda con las CCAA una Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública [9] frente a la COVID-19 para centros educativos, con objeto de retomar "de forma prioritaria" la actividad educativa presencial adoptando para ello una serie de medidas de prevención, higiene y promoción de la salud que garanticen la vuelta a las aulas de forma segura.
- 9 de septiembre: El Gobierno acuerda con las CCAA una nueva Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública [10] destinadas a reforzar las medidas de control de la Covid-19 con una mayor vigilancia y control y minimizar así los riesgos para la salud de los grupos vulnerables y de la población en general. Contiene medidasrelativas a la (futura) vacunación frente a la COVID-19, que se hará siguiendo una estrategia común elaborada de forma conjunta, teniendo en cuenta la opinión de expertos en bioética y desociedades científicas; con los cribados, la coordinación con las Entidades Locales y una nueva realización del estudio nacional de seroprevalencia (ENE-COVID-19).
- 30 de septiembre de 2020: El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas acuerdan, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, nuevas Actuaciones Coordinadas en materia de Salud Pública [11] para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de la Covid-19. Las nuevas medidas, más estrictas, están dirigidas a doblegar la curva de contagios en los territorios más afectados por la pandemia para lograr un mayor beneficio para la salud pública y minimizar el impacto social y económico para la población.

Las poblaciones con más de 100.000 habitantes que tengan una incidencia acumulada superior a los 500 casos por 100.000 personas en los últimos 14 días, una positividad de las pruebas diagnósticas de infección activa superior al 10% y que se encuentren en CCAA con una ocupación de camas UCI por pacientes COVID-19 superior al 35% de la dotación habitual, tendrán que tomar medidas especiales. El acuerdo afecta a la ciudad de Madrid y a otras diez ciudades de la Comunidad Autónoma, que superan los límites establecidos. El Gobierno autonómico manifiesta su disconformidad con las medidas.

Al día siguiente, el BOE publica la Resolución de 30 de septiembre de 2020, de la Secretaría de Estado de Sanidad, por la que se da publicidad al Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre la Declaración de Actuaciones Coordinadas en Salud Pública para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-Cov-2, de fecha 30 de septiembre de 2020 [12].

- 7 de octubre de 2020: El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas acuerdan, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la creación de un grupo de trabajo para definir el marco para la realización de una evaluación independiente sobre la gestión y el desempeño del Sistema nacional de salud frente a la pandemia de COVID-19 [13].
- 8 de octubre de 2020: El Tribunal Superior de Justicia de Madrid anula las restricciones impuestas en Madrid, en virtud del acuerdo del CISNS de 30 de septiembre, para frenar los contagios de covid-19 (ver notas 11 y 12). La justicia deniega la ratificación de las medidas al "verse afectados los derechos y las libertades fundamentales"...
- 9 de octubre de 2020: El Consejo de Ministros reunido en sesión extraordinaria decreta el estado de alarma para controlar la pandemia en los territorios más afectados [14]. Real Decreto 900/2020, de 9 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2. [15]
- [9] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5034
- [10] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/va/gabinete/notasPrensa.do?id=5048
- [11] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5066
- $\textbf{\{12\} Disponible en: } \underline{\text{https://www.boe.es/boe/dias/2020/10/01/pdfs/BOE-A-2020-11590.pdf}}$
- {13} Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/va/gabinete/notasPrensa.do?id=5069
- {14} Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5074
- {15} Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2020/10/09/pdfs/BOE-A-2020-12109.pdf

USUARIOS N° 35 / DICIEMBRE 2020 PAG. 16

ARTÍCULOS

CONVIVIR CON EL COVID-19

"NI TODO NI LO ÚNICO ES COVID, Y LAMENTÁNDOLO, SON MUCHOS LOS FRENTES QUE EN SALUD ESTÁN ABIERTOS"

JOSE LUIS BAQUERO ÚBEDA

empeoramiento de su salud.

DIRECTOR Y COORDINADOR CIENTÍFICO DEL FORO ESPAÑOL DE PACIENTES (FEP) E-MAIL: JLBAQUERO@SCIENTIASALUS.NET

La situación creada por la pandemia del COVID-19 ha supuesto un impacto importante a la población y en especial para las personas afectadas por una enfermedad crónica, que además de más vulnerables a sufrir un proceso grave, ha alterado la atención de su patología de base y, en muchos casos, ha supuesto un

Paralelamente, hay pacientes que debutan con una enfermedad con cuadros más complejos y avanzados, ya sea por haber acudido tarde al especialista por el temor a ir al especialista, o por demoras en las pruebas diagnósticas, cirugías programadas, etc.

Tanto los servicios ofrecidos por el Sistema Nacional de Salud como desde las Organizaciones de Pacientes han interrumpido terapias complementarias como la fisioterapia, la terapia ocupacional, la atención psicológica tan importante ante alteraciones emocionales, etc., siendo ejemplo los pacientes con espasticidad, muy afectados por la primera y sufriendo por ello mayores dolores; o la segunda tan necesaria en procesos de salud mental.

Se trata de una situación singular, frente a la que no estábamos ningún país preparado y se ha venido improvisando, intentando actuar de la mejor manera posible. Pero por esto, hemos de hacer un análisis de lo hecho bien y mal, aprendiendo de ello.

Medidas muy acertadas han sido las de alargar los tratamientos prescritos por receta electrónica, suprimir la intermediación de los visados, acercar la medicación hospitalaria a los domicilios de los pacientes, fijar precios máximos (de mascarillas, etc.), generación de stocks de seguridad y prevenir el desabastecimiento, la implementación de la enfermera escolar (aun solo parcial), el impulso a la campaña de vacunación antigripal a ciudadanía y profesionales, la información dispensada desde las Administraciones central y autonómicas, etc.

Sin embargo, aun pudiendo hacer una lista mayor, querría destacar cinco aspectos, donde creo que debemos mejorar:

1) La protección frente al contagio y su diseminación es esencial, pero no podemos desatender las enfermedades de base de los pacientes crónicos. Ahora resulta esencial esforzarse en gestionar los retrasos producidos durante estos últimos meses (consultas, intervenciones quirúrgicas, fisioterapia, etc.) con un plan de abordaje del paciente crónico, jerarquizando prioridades, aumentando los turnos, días, espacios y personal. Al menos una tercera parte de la población española convive con una enfermedad crónica y debemos protegerlos del contagio de SARS-CoV2, pero sin desatender su enfermedad de base. Hemos de aprender a convivir con esta "nueva normalidad".

2) Creo que resulta esencial contar con la participación de las Organizaciones de Pacientes en los órganos de consulta y decisión, no solo por justicia al ser principales implicados, sino también como aliados a la hora de establecer medidas hacia la ciudadanía. No haber sido llamados a la Comisión de Reconstrucción resulta además ofensivo y máxime cuando fruto de la misma, se pretenden establecer medidas que afectan a este colectivo. Estas actitudes miopes no solo no ven la oportunidad y apoyo que puede suponer su alianza, sino que menosprecia el empoderamiento y autonomía de los pacientes. Se enriquecería el dialogo y evitaríamos agravios. Por citar un ejemplo, las personas hipersensibles a productos químicos pasan un calvario con las nebulizaciones de los desinfectantes generalmente empleados, cuando está también indicado y resulta inocuo el peróxido de hidrogeno (agua oxigenada) y de la misma no debería limitárseles el uso de máscaras especiales y sistemas de protección que precisan. Paralelamente, las medidas de contención y autocuidado, seguro que resultarían más eficaces, los movimientos "anti" serian combatidos desde la propia sociedad; y no se contribuiría a la intoxicación.

3) Ni todo ni lo único es COVID, y lamentándolo, son muchos los frentes que en Salud están abiertos. Estamos llamados a convivir con el COVID y deberán atenderse eficientemente el resto de las tareas, como es por ejemplo garantizar el acceso a los nuevos tratamientos, tecnologías, etc. Lasituación actual en relación con el acceso a los nuevos medicamentos en España es lenta y, además, ha empeorado con la situación de alarma. La Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos hasta la fecha se ha centrado en mascarillas y geles hidroalcohólicos, genéricos y biosimilares, revisiones de fármacos ya existentes, etc.; siendo pocos los productos innovadores aceptados.

4) La implementación y renovación tecnológica se hace también necesaria, pero concretamente la telemedicina ha demostrado facilitar soluciones y el Sistema Nacional de Salud debe desarrollarse en esta materia, de forma ordenada adaptando sistemas comunes en las comunidades y ciudades autónomas para evitar inequidades. Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) reducen el riesgo de contagio, ofreciendo una alternativa a la visita tradicional, pero faltan medios y entrenamiento por ambas partes, profesionales y pacientes. La

humanización no significa que todo tenga que ser cara a cara, sino que define un estilo. Creemos que las TICs pueden ser un complemento del contacto físico entre el profesional y el paciente, que puede aportar mucho valor y mejorar el servicio prestado siempre que sea adecuadamente empleado. Sin embargo, contrasta con que el medio más común en el sistema público este siendo el teléfono, que además de resultar impersonal e insuficiente, no es atendido con la celeridad necesaria, ni permite una aproximación

5) La rivalidad política y ejercicio disruptivo de ciertas ideologías, lleva a un estado de crispación que dificulta el entendimiento y la consecución de acuerdos, que en nada contribuye a combatir el problema, ni a transmitir confianza en la población.

humanizadora.



El presupuesto de la Sanidad pública en España ha venido siendo bajo frente a la media europea, como se observa al comparar la inversión frente al PIB (más de un punto porcentual); y en estructuras profesionales como enfermería y médicos de familia. Sin embargo, esta pandemia ha servido para poner en valor a la Salud, que como hemos visto, afecta profundamente a toda la Sociedad y la economía del país.

Ahora, todos debemos convivir con el COVID, implicándonos porque todos podemos hacer mucho yme gustaría insistir a la ciudanía, los profesionales de la salud y las administraciones, sobre la contribución de las Organizaciones de Pacientes, quienes también formamos parte de la solución.



ARTÍCULOS

IMPACTO DEL SARS-COV-2 EN EL ÁREA DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

AUTORAS: IRENE FELIU PÉREZ.
RESPONSABLE DEL ÁREA DE
ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA.
SÍLVIA MILLAT SERVENT. JEFA DE LA
UNIDAD DE ATENCIÓN A LA
CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE. FEIXA LLARGA, S/N. 08907 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT IFELIU@BELLVITGEHOSPITAL.CAT 932 60 78 31 / 634 74 06 07



"LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, TUVIERON QUE REINVENTARSE Y HAN ESTADO, SIN DUDA, A LA ALTURA DE LAS CIRCUNSTANCIAS"

Objetivos

La pandemia por el SARS-CoV-2 ha supuesto un cambio en la organización del Área de Atención a la Ciudadanía y, en general, de todo el hospital. La situación ha obligado a hacer cambios organizativos, así como la realización de tareas no habituales. El objetivo de este artículo es documentar las diferentes situaciones vividas, analizarlas y prever posibles actuaciones futuras.

Material y Método

El Área de Atención a la Ciudadanía (AAC) tuvo que reinventase y ponerse a disposición de la dirección del hospital para dar respuesta a los pacientes y familiares y apoyo a los profesionales. Así mismo, también se tenía que dar respuesta a las situaciones excepcionales de los profesionales del Área, ya fuera por conciliación familiar como por problemas de salud de los propios profesionales. El AAC está certificada en la ISO 9001:2015, y esta sistemática de trabajo nos facilitó hacer una planificación de los riesgos y estrategias ue la situación de pandemia podía producir en el área.

Resultados

Los cambios en la actividad asistencial del hospital hicieron que disminuyeran, considerablemente, tanto las reclamaciones como las gestiones derivadas de la asistencia. La AAC impulsó y lideró proyectos para respuesta a los pacientes y familiares y apoyo a los profesionales.

Conclusiones

El Área de Atención a la Ciudadanía se ha consolidado como una unidad de apoyo tanto para los pacientes y familiares como para los profesionales.

Palabras clave: pandemia, atención a la ciudadanía, pacientes, COVID, profesionales

LA PANDEMIA POR EL SARS-COV-2

ha supuesto un cambio en la organización del Área de Atención a la Ciudadanía (AAC) y, en general, en todo el hospital. La situación ha obligado a hacer cambios organizativos, así como la realización de tareas no habituales. El Área de Atención a la Ciudadanía del Hospital Universitario de Bellvitge forma parte de la Unidad de Atención a la Ciudadanía y Participación (UACiP). Esta área está formada por dos auxiliares administrativas, cuatro administrativas y una responsable. El área dispone de dos puntos de atención directa a la ciudadanía, uno en el edificio de consultas externas y otro en el vestíbulo del edificio principal del hospital. Así mismo, dos de las profesionales realizan trabajos de back office. El objetivo de este artículo es documentar los cambios en la organización y en las tareas del área, analizarlos y prever posibles actuaciones futuras.

CRONOLOGÍA DE LA PANDEMIA Y EL EFECTO EN EL HOSPITAL Y EL ÁREA DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

- El día 05 de marzo el Departamento de Salud anuncia en rueda de prensa la publicación de una instrucción para suspender toda actividad dirigida a profesionales de la salud, como congresos, seminarios, cursos o cualquier otra actividad formativa.
- El día 11 de marzo la OMS declara la pandemia.
- El día 12 de marzo el Departamento de Enseñanza suspende las clases de las escuelas, institutos y universidades. En ese momento, algunos profesionales de la AAC manifiestan la necesidad de conciliar la vida laboral con la familiar.
- El día 15 de marzo entra en vigor el estado de alarma. El día 16 de marzo, la Unidad de Atención a la Ciudadanía y Participación elabora un Plan de Contingencia que entrará en vigor al día siguiente.
- El día 17 de marzo se cierra el punto de atención que el área tiene ubicado en el edificio de consultas externas

IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DEL ÁREA DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

A causa de las medidas establecidas por el hospital por la declaración de pandemia, la organización y las tareas del Área de Atención a la Ciudadanía (AAC) se vieron afectadas. El hospital anuló su actividad ambulatoria y quirúrgica no urgente y se cerró la entrada a acompañantes de pacientes. Esta situación, junto al confinamiento domiciliario de la población decretado durante el estado de alarma, hizo que la afluencia de ciudadanos a la AAC descendiera significativamente.

Durante el período del estado de alarma (15 de marzo a 21 de junio), se recibieron 142 reclamaciones frente las 618 del mismo período del año 2019. Esto supone un descenso del 77,02%. En relación con las gestiones, se atendieron 551 ante las 2541 del año 2019 (descenso de 78,31%).

ACTIVIDAD DURANTE EL PERÍODO DEL ESTADO DE ALARMA

Del 16/03 al 21/06	2019	2020	VARIACIÓN
RECLAMACIONES	618	142	-77,02%
MOTIVOS	827	188	

MOTIVOS

	2019	2020	VARIACIÓN
ASISTENCIALES	145	47	-67,59%
TRATO	27	14	-48,15%
INFORMACIÓN	45	11	-75,56 %
ORGANIZACIÓN	563	108	-80,82%
HOTELERÍA	26	5	-80,77%
DOCUMENTACIÓN	21	3	-85,71%

	2019	2020	VARIACIÓN
QUEJAS	0	2	200,00%
SUGERENCIAS	7	3	-57,10%
AGRADECIMIENTOS	37	24	-35,16 %
GESTIONES	2541	551	-78,31%

No obstante, sí se incrementaron el número de llamadas solicitando información sobre la nueva normativa del hospital respecto a citación de pruebas y/o visitas y al cierre de puertas. Este dato no se cuantificó.

IMPACTO EN LOS PROFESIONALES DEL ÁREA DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA

Desde el inicio del estado de alarma se planteó la dificultad, por parte de algunos profesionales, de conciliar la vida familiar y la laboral dado que las escuelas se cerraron. En concreto, esta situación afectaba a dos profesionales del área. Esta situación, juntamente con el comunicado de la Gerencia del hospital de facilitar el teletrabajo siempre que fuera posible, hizo que se tomara la decisión de organizar el área para que cada semana tres profesionales pudieran realizar teletrabajo. También favoreció esta situación el hecho de que se cerrara el punto de atención de consultas externas. Por lo tanto, toda la atención a la ciudadanía se concentró en la oficina del vestíbulo del edificio principal del hospital.

Se establecieron dos turnos de teletrabajo en períodos de una semana. Esta medida se inició el día 17 de marzo y finalizó el día 09 de abril. El día 13 de abril se incorporaron a trabajar en presencia física todas las profesionales. Por otro lado, durante este período, dos profesionales solicitaron una reducción de horario para poder cuidar a sus hijos. La COVID también tuvo una afectación directa sobre los profesionales de la UACiP, puesto que la Unidad sufrió tres bajas laborales de profesionales durante un período de 17 días en un caso a los tres meses en otro.

ACCIONES DE APOYO A LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL

La situación de excepcionalidad, igual que ha supuesto un cambio en las tareas y la organización del área también lo ha sido para el resto de los servicios y profesionales del hospital. Por ello, nos pusimos a disposición de la dirección para dar apoyo a aquellos servicios y/o ámbitos que lo pudieran necesitar. Algunas de les intervenciones de l'AAC han sido:.

Objetos personales de pacientes

El Servicio de Azafatas del hospital es el responsable del circuito de recogida de objetos personales de los pacientes. En este circuito se especifica que los objetos que no son de valor, como puede ser la ropa del paciente, se depositan en una bolsa debidamente identificada y las azafatas la custodian hasta que se le pueden entregar al mismo paciente o sus familiares. En el Servicio de Urgencias hay habilitado un espacio para esta finalidad. Los objetos de valor se depositan en el Servicio de Vigilancia.

Los primeros días del inicio de la pandemia se dieron diferentes circunstancias que hicieron que se planteara la necesidad de revisar el circuito. La gran afluencia de pacientes al Servicio de Urgencias y la situación excepcional de que el paciente permaneciera sin acompañamiento familiar en el hospital, ya fuera en urgencias como en planta de hospitalización, hizo que se acumularan un gran número de pertenencias de pacientes que desbordaron la capacidad de almacenamiento prevista.

La responsable de l'AAC colaboró con la responsable de azafatas en identificar las bolsas, localizar un espacio donde ubicarlas y ordenarlas para facilitar su custodia. Se trasladaron todas las bolsas desde el Servicio de Urgencias a una sala del edificio de hospitalización. Se organizaron por orden alfabético para facilitar su localización. Se elaboró un procedimiento de objetos perdidos en el que la AAC participó, tanto en el diseño, como de actor en el mismo proceso.









Donaciones

Desde el inicio del estado de alarma, el hospital fue recibiendo ofrecimientos por parte de la ciudadanía que se canalizaron a las diferentes direcciones desde la UACiP. Éstos podían ser de diferentes tipos: ofrecimiento de profesionales para trabajar, donaciones económicas, donaciones de material sanitario y donaciones de otros productos. Desde la Dirección de Personas y, en concreto, desde la Unidad de Gestión del Talento, se hizo el encargo a la responsable de azafatas y a la responsable del Área de Atención a la Ciudadanía de gestionar las donaciones de material no sanitario y de productos de alimentación destinadas a los profesionales.

El día 07 de abril se estableció el circuito a seguir y el día 08 de abril se puso en marcha. Se habilitó una sala del hospital y todas las donaciones se centralizaban y se repartían a los profesionales del hospital siguiendo el circuito establecido. Cada día se recogía en un listado las donaciones que se habían entregado y a qué servicios. Aproximadamente se recibieron unas 80-90 donaciones de diferentes empresas durante el período del 08 de abril al 05 de junio.

• Festividad de Sant Jordi

El día de Sant Jordi el hospital recibió diferentes donaciones de rosas para los profesionales: 3250 rosas y 90 ramos de rosas. Las 3250 rosas se repartieron en el vestíbulo del hospital a los profesionales. Los 90 ramos se repartieron en mano a los diferentes servicios y unidades del hospital.

ACCIONES PARA DAR RESPUESTA A LA CIUDADANÍA, PACIENTES Y FAMILIARES

• #Pensoentu (#Piensoentí)

Ante la situación de excepcionalidad en que los pacientes ingresados en el hospital no podían recibir visitas ni contar con la compañía de sus familiares, se puso en marcha la campaña #Pensoentu, diseñada para que pudieran recibir cartas y mensajes de apoyo de sus familiares, en particular, y de la ciudadanía en general.



Así mismo, se facilitó que la ciudadanía pudiera enviar mensajes de apoyo a los profesionales. Se habilitaron dos direcciones de correo electrónico: suportpacients@bellvitgehospital.cat y suportprofessionals@bellvitgehospital.cat en función de si el mensaje era para un paciente o un profesional. También se facilitó que los mensajes se pudieran enviar por correo postal. El día 30 de marzo se publicó la campaña en la web del hospital y el día 03 de abril en la intranet. Durante el período de abril a junio se recibieron 623 mensajes para pacientes y 255 para profesionales.

• Dispositivos móviles y tabletas

La AAC gestionó, también, las donaciones de dispositivos móviles y tabletas que se utilizaban para la comunicación entre los pacientes y sus familiares mediante una vídeo llamada. Se recibieron 74 móviles y 31 tabletas que se pusieron a disposición de los servicios que los pudieran necesitar.

Apoyo psicológico

Se colaboró con el Servicio de Psiquiatría en la definición del circuito de detección y tramitación de las solicitudes de familiares de pacientes COVID que pudieran necesitar algún tipo de ayuda psicológica. La demanda podía llegar a través de algún profesional del equipo asistencial o bien directamente del familiar.

• Contacto pacientes-familiares

L'AAC se puso a disposición de los equipos asistenciales para ser el medio de comunicación entre ellos y/o los pacientes con los familiares para cuestiones que no fueran asistenciales. Si el paciente necesitaba que le trajeran algún objeto personal, el equipo asistencial lo podía comunicar a la AAC y se gestionaba la solicitud con la familia.

· Peticiones de elementos de entretenimiento para pacientes ingresados

A través de los Servicios de Psiquiatría y de Rehabilitación se recibió la petición de proporcionar material de entretenimiento a pacientes ingresados. Se elaboraron unas carpetas donde había algunas actividades de entretenimiento, bolígrafo, revistas y algún libro. A petición del equipo asistencial la AAC entregaba las carpetas al paciente.

LECCIONES APRENDIDAS

Resultados inmediatos

Durante el período COVID, l'AAC ha continuado dando apoyo a pacientes/familiares y a los profesionales. Se han trabajado proyectos para atender aquellas necesidades de los pacientes y sus familias en esta situación de excepcionalidad (#Pensoentu, gestión dispositivos móviles, etc.). Así mismo, también se ha colaborado con los profesionales dando apoyo a la gestión asistencial. Por lo que respecta a la organización del área, la implantación del teletrabajo no ha sido efectiva a nivel de resultados, ya que no se disponía de las herramientas adecuadas ni experiencia para llevarlo a cabo.

Planteamientos de futuro

De la experiencia vivida durante el período de pandemia, hay una serie de mejoras que han venido para quedarse y en las que estamos trabajando:

 Innovar la unidad. Esto supone que cada vez más se tendría que trabajar de forma telemática, aprovechando las herramientas de que disponemos. Debemos potenciar la línea de trabajar sin papel

- Teletrabajo. Se realizará un documento sobre la implantación del teletrabajo en el área y los cambios y adaptaciones del sistema necesarios para que sea efectivo.
- Trámites telemáticos. El período de confinamiento de la Ciutadania nos ha hecho plantearnos hasta qué punto podemos evitar los desplazamientos al hospital para hacer trámites. Por ello, se inicia un proyecto para abrir la opción de realizar trámites a través de la web del hospital.

Finalmente, y ante la posibilidad de que se vuelva a dar una situación de excepcionalidad como la vivida, el Área de Atención a la Ciudadanía valora recuperar la campaña #Pensoentu así como las diferentes colaboraciones que se han llevado a cabo (donaciones, dispositivos móviles, etc.) Por otro lado, también se puede dar apoyo a diferentes áreas del hospital ya sea de forma presencial o en formato de teletrabajo, ya sea atendiendo llamadas telefónicas, gestionando visitas, etc.



CONCLUSIONES

La Unidad de Atención a la Ciudadanía y Participación, y en concreto el Área de Atención a la Ciudadanía se ha consolidado como un apoyo a los equipos asistenciales y se ha alejado de la visión de Atención a la Ciudadanía igual a reclamaciones. Así mismo, ha demostrado, también, su capacidad de adaptarse a los cambios y su disposición a colaborar con otras áreas del hospital.

Es innegable que la situación vivida con la pandemia COVID ha sido de un gran impacto emocional y, como acostumbra a pasar en estas situaciones límites, las relaciones humanas se ven reforzadas y se establecen vínculos muy fuertes. Dentro de lo duro de la situación vivida, y si tuviéramos que buscar el lado bueno de la pandemia, éste sería la solidaridad de la ciudadanía y las relaciones que se han establecido entre los profesionales del hospital, independientemente de las categorías profesionales.

ENTREVISTA

ENTREVISTA A ANA CASTAÑO BELLÓN.

RESPONSABLE DEL CENTRO INTEGRADO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA, CIAT, DE LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS TERRITORIALES, OSI, DONOSTIALDEA. ANACASTANOBELLON@OSAKIDETZA.EUS.

ANA CASTAÑO BELLÓN ES LA RESPONSABLE DE UN SERVICIO QUE DA COBERTURA TELEFÓNICA A 16 CENTROS DE SALUD, 5 CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y A UN HOSPITAL UNIVERSITARIO, EL DE DONOSTIA, CUBRIENDO UNA POBLACIÓN APROXIMADA DE 400.000 HABITANTES. EN UNOS MOMENTOS, A RAÍZ DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19, EN LOS QUE LA ATENCIÓN TELEFÓNICA HA SIDO TAN IMPORTANTE, QUEREMOS HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS.

1) Descríbanos cuál era la actividad del servicio antes de la pandemia, qué actividad realizaba y qué numero de llamadas atendía a diario.

El CIAT, debido a sus características y a todas las áreas que abarca (Citación de atención primaria y especializada, centralita, localizaciones urgentes, protocolos de parada, códigos de asistolia, etc.) siempre ha sido un servicio de gran actividad, pero, a partir de la pandemia, lo cierto es que hemos llegado a un volumen de trabajo que no imaginábamos ni en la peor de las pesadillas.

Si lo resumimos en cifras, el número de llamadas entrantes literalmente se duplicó respecto a mismas fechas del año anterior, y en cuanto a lo que éramos capaces de resolver, si en épocas "normales" de mayor pico de atención, la media llegaba a unas 72.000 llamadas mensuales relacionadas con citación y unas 45.000 de centralita, para evitar el gran desplome que podía suponer en la tasa de accesibilidad, y gracias a los refuerzos de los que se nos dotó, pudimos dar respuesta a unas 30.000 llamadas más de media mensuales.

En cifras diarias se han llegado a contestar diariamente cerca de 5.000 llamadas para citación y una media de 1.700 llamadas diarias desde centralita.



2) A raíz de la implantación del "Estado de Alarma" ¿qué cosas cambiaron y cómo afectaron al servicio y a sus profesionales?

El estado de alarma para nosotros lo cambió todo. Todos los protocolos y manuales establecidos para la citación, tan heterogénea en los diferentes centros de salud y que con tanto esfuerzo habíamos elaborado, dejaron de servir. Las agendas, prestaciones y funcionamiento de todos y cada uno de los ambulatorios, y del propio hospital, se tuvieron que adaptar a la situación y eso generó mucha inseguridad y nerviosismo entre los profesionales, ya que todo ello se sumaba a los miedos personales ante una situación tan desconocida e incierta para todas y todos. A nivel técnico también nos tuvimos que adaptar a la necesidad de líneas adicionales, usuarios de aplicación telefónica, etc.

Si el canal telefónico ya era uno de los principales para la gestión de lo relacionado con petición de citas, dudas, etc., a partir del estado de alarma se hizo imprescindible, lo que supuso un incremento de actividad que no dejaba un segundo de respiro entre llamada y llamada, todo el mundo sufría mucho estrés, pero, aun así, hay que remarcar que las personas del equipo fueron en todo momento tremendamente comprensivas y empáticas con quién llamaba. A pesar de lo difícil de la situación, se hizo un esfuerzo titánico para intentar ayudar y dar respuesta.

3) ¿Qué demandaban los usuarios en esas circunstancias y cuáles fueron las principales dificultades?

"Encerrados" en sus casas y con el teléfono como vía de contacto con el exterior, nos llamaban absolutamente para todo. Si un familiar daba positivo en el PCR, antes de media hora nos habían llamado muchos familiares, amigos e incluso vecinos que se habían enterado, queriendo contactar para que se les diera información sobre cómo actuar. Si salía cualquier noticia en prensa, o en el Teleberri, relacionada con Osakidetza, por ejemplo, un futuro estudio o cualquier novedad, inmediatamente muchas personas cogían el teléfono y nos llamaban para preguntar cómo acceder a ese estudio, para pedir información sobre él. La irresponsabilidad de las «fake News» en redes sociales por ejemplo nos hacía polvo, ya que nos ocupaban los teléfonos con cosas sin sentido, y, claro, en esos meses en los que había continua y variada información, la dificultad era grande... Pero hay que decir que también tuvimos muchísima llamada solidaria preguntando cómo o en qué podían ayudar, o porque estaban interesados en donar algún artículo o tipo de material...

4) ¿Cuáles fueron los peores y los mejores momentos vividos durante ese "estado de alarma"?

Lo más duro era recibir las llamadas de familiares nerviosísimos llorando porque acababan de traer a urgencias o ingresar a sus familiares y suplicaban que les diéramos una información que ni conocíamos ni podíamos darles.

Lo mejor sin duda ha sido constatar la empatía, humanidad e implicación de todas las personas que componen el equipo de trabajo. Ha sido increíble. Aun soportando niveles de estrés impresionantes, se han volcado en intentar solucionar o prestar ayuda incluso en temas de los que conocíamos muy poco, o que no eran los habituales en nuestra OSI.

5) ¿Oué fue para Ud. lo más difícil de gestionar?

La coordinación y la información, ya que somos tan grandes y los cambios se daban tan a menudo y de un minuto para otro que todo se complicaba, porque a veces ya nos estaban haciendo consultas por teléfono de algo que todavía ni había llegado al hospital, o que todavía ni había empezado a funcionar en los centros de salud. Pero se hizo un gran esfuerzo de coordinación por parte de todos, tanto con los

responsables de primaria como de especializada, así como con el Servicio de Atención al Paciente y lo importante es que hemos sido

capaces de sortear obstáculos e incluso salir reforzados de

esta situación.

6) Estamos ya en el mes de octubre, ha pasado un verano sin "estado de alarma" pero con inseguridad, multitud de incidencias y rebrotes ¿Cómo se está viviendo ahora la situación v en qué ha cambiado la demanda y la respuesta en la atención telefónica?

Todas aquellas personas que esperaron pacientemente a la realización de sus pruebas y consultas no urgentes cuando existían situaciones, que sin ninguna duda tenían prioridad, ahora ya no son tan pacientes y nos llaman mucho para intentar adelantos de citas, reclamar consultas presenciales, cuanto tiempo tienen que esperar, etc. Con los brotes o los positivos de los centros educativos, seguimos teniendo muchísimo volumen de llamada entrante, pero nos da otra tranquilidad saber con más certeza cómo tenemos que actuar en cada caso, y que rara será la llamada que tenga tantísima urgencia o gravedad como al comienzo. Los protocolos de citación siguen cambiando casi a diario, reorganizándose y adaptándose poco a poco a la nueva situación, pero ya tenemos establecidos unos buenos circuitos

coordinación y no supone tanto en comparación con lo vivido. Resistimos sin problema la presión.



7) A la vista de cómo ha evolucionado todo en estos meses ¿Cómo ve Ud. el futuro de la atención telefónica y el futuro del servicio que Ud. lidera?

Yo veo la atención telefónica como un valor estratégico dentro de cualquier empresa, pero más si cabe como herramienta en sanidad. Hoy en día, la mayoría de las empresas, disponen de un servicio de atención telefónica de calidad que ayude a resolver en un primer momento y con agilidad muchas de las incidencias que se generan, mejorando así la imagen que los usuarios tienen de ellas.

Pienso que el nuestro también es un servicio estratégico que se debería impulsar y reforzar en la medida de lo posible. Es una de las primeras puertas y, en cierta medida, el escaparate de nuestra OSI, ya que es el primer contacto para todas aquellas personas que vía telefónica quieren contactar con sus centros de salud, con las especialidades, o intentan solucionar cualquier problema relacionado con Osakidetza, no sólo lo que es la propia citación. Las distintas áreas que abarca el CIAT, centros de salud, de atención primaria, todo el hospital y centros de extrahospitalaria para consultas, centralita para localizaciones urgentes e infinidad de demanda, comunicación de preoperatorios, etc., hace que el servicio sea requerido por un gran número de la población a la que intentamos dar solución cuando se puede, o al menos coordinar y redirigir para facilitarles la gestión en lo posible.

8) ¿Cree que la ciudadanía ha asumido el contacto telefónico como algo útil y eficaz o va a depender del quién, cómo, cuándo y por qué de ese contacto?

Siempre hay casos en los que dependerá del quién, cómo, cuándo y por qué, pero creo que no hay duda de que en muchos casos ha sido una ventaja que ha permitido ganar tiempo tanto a profesionales como a pacientes. En mi opinión es una herramienta útil y ágil que ha venido para quedarse.

9). ¿Cree que es posible "humanizar" la atención a través de un teléfono?

Con la formación, implicación y dedicación adecuadas por parte de nuestras y nuestros profesionales pienso que sí. Nunca va a ser igual al contacto humano cara a cara, pero creo que incluso puede que permita al paciente una comunicación más franca en según qué situaciones.

9). Para finalizar, ¿desea añadir alguna cosa más respecto a este tema?

Me gusta aprender de los malos momentos y centrarme en lo positivo de todas las situaciones, y si algo ha habido para mí de positivo en esta, ha sido poder comprobar la energía que podemos generar como grupo en los momentos difíciles, y poder constatar que tenemos la suerte de contar con un equipazo con un nivel de resistencia, sentido de pertenencia, responsabilidad y positividad envidiables.

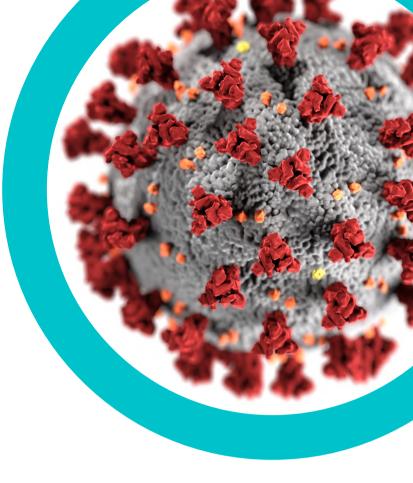
Personalmente, me quedo con la satisfacción de contar con este equipo de personas que pone el foco en las soluciones y en salir de los problemas, más que en los problemas en sí, y así es como se puede con todo. ¡Un lujo poder representarlas!

Donostia, octubre 2020

USUARIOS N° 35 / DICIEMBRE 2020 PAG. 30

TEMAS ENTORNO A LA COVID-19

RECOGEMOS EN ESTE APARTADO SEIS TEMAS QUE TIENEN QUE VER CON EL PERIODO DE LA PANDEMIA Y QUE NOS HA PARECIDO INTERESANTE REPRODUCIR POR LO QUE COMPORTAN DE COMPROMISO CON LAS PERSONAS Y LOS VALORES QUE REPRESENTAN.



PROYECTO #PENSOENTU #PIENSOENTÍ

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE. FEIXA LLARGA, S/N. 08907 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT ACOMPAÑAMIENTO A PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

AUTORAS: IRENE FELIU PÉREZ. RESPONSABLE DEL ÁREA DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA. SÍLVIA MILLAT SERVENT. JEFA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA Y PARTICIPACIÓN.

E-Mail: ifeliu@bellvitgehospital.cat. Teléfonos 932 60 78 31 / 634 74 06 07

El pasado mes de marzo pasado el mundo cambió. Los Servicios de Atención al Paciente/ Ciudadano también y tuvieron que reinventarse ante unas circunstancias nuevas y desconocidas y adaptar sus recursos, poniéndolos al servicio de pacientes y profesionales siempre en línea con los que siempre han sido sus valores. El Área de Atención a la Ciudadanía y Participación del Hospital Universitario de Bellvitge fue uno de ellos, y aquí nos presenta su experiencia en estos tiempos tan complejos, una emotiva experiencia que tiene a los ciudadanos y pacientes por protagonistas.

OBJETIVOS

Dar apoyo a pacientes, familiares y profesionales en el período de pandemia COVID-19 en el que no se ha permitido la entrada de familiares al hospital para visitar a los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se habilitaron dos direcciones de correo electrónico en función de si el mensaje era para los pacientes o los profesionales. También se facilitó que los mensajes se pudieran enviar por correo postal. Cada mañana, en coordinación con los responsables de cocina, se enviaban los mensajes a los pacientes en las bandejas del desayuno, tanto los dirigidos a un paciente en concreto como los generales, que se repartían a los pacientes que no habían recibido ningún mensaje a su nombre. Los mensajes dirigidos a los profesionales se publicaban en la intranet del hospital.

RESULTADOS

Durante el período de abril a junio se recibieron 623 mensajes para los pacientes y 255 para los profesionales.

CONCLUSIONES

El proyecto ha sido muy bien valorado tanto por pacientes y familiares como por los propios profesionales. Además de las cartas dirigidas a los pacientes, la UAC ha recibido correos de los familiares y entidades que han participado enviando cartas (escuelas, organizaciones,) agradeciendo esta iniciativa

Palabras clave: mensajes de apoyo, pandemia, hospital, cartas, pacientes, profesionales, COVID La pandemia del SARS-CoV-2 y la situación de excepcionalidad que se ha derivado de la misma, han supuesto un cambio en la organización del hospital, así como de la Unidad de Atención a la Ciudadanía y Participación y, en concreto, del Área de Atención a la Ciudadanía (AAC). La situación ha obligado a hacer cambios organizativos, así como la realización de tareas no habituales y nuestra área ha estado a disposición de la dirección para dar apoyo a aquellos servicios y/o ámbitos que lo pudiesen necesitar.

Una de las situaciones excepcionales que se produjeron fue que los pacientes ingresados en el Hospital Universitari de Bellvitge no podían recibir visitas ni estar acompañados por sus familiares. Esto provocaba un alto grado de estrés, tanto en unos como en los otros. Para poder paliar, en cierta medida, la situación de soledad de los pacientes y la angustia de las familias se puso en marcha la campaña #Pensoentu, #Piensoentí, diseñada para que pudiesen recibir cartas, dibujos y mensajes de apoyo de sus familiares y amigos, en particular, y de la ciudadanía en general.

Por otro lado, nos encontramos con una ciudadanía muy concienciada con la situación que se estaba viviendo y que manifestaba sus ganas de colaborar con el hospital. Dado que no era factible abrir las puertas del hospital para estas colaboraciones, sí que se abrió una ventana en forma de apoyo a los profesionales. Para ello, se facilitó que la ciudadanía pudiera enviar mensajes de apoyo a los profesionales. Se habilitaron dos direcciones de correo electrónico en función de si el mensaje era para un paciente o un profesional:

suportpacients@bellvitgehospital.cat (apoyopacientes) suportprofessionals@bellvitgehospital.cat (apoyoprofesionales)

Así mismo, también se facilitó que los mensajes se pudieran enviar por correo postal. Los mensajes recibidos de apoyo a los pacientes podían ser de dos tipos:

- Mensajes dirigidos de forma nominal a un paciente
- Mensajes no nominales, sino dirigidos a pacientes anónimos.

SE BUSCÓ UNA IMAGEN

que identificara y diera visibilidad al proyecto y se escogió el dibujo que la nieta de un trabajador jubilado del hospital había colgado en redes sociales.



Imagen de la campaña

Ya teníamos las direcciones de correo electrónico y la imagen que identificara la campaña. El siguiente paso era establecer el circuito:

- a. Desde el Área de Atención a la Ciudadanía se revisaban todos los mensajes y se localizaban los datos del paciente (nombre y número de habitación) de aquellos que eran nominales.
- b. Cada día, a las 07:30 horas, una profesional de la UAC entregaba los mensajes a la responsable del turno de mañana de cocina para que se dispusieran en la bandeja del almuerzo del paciente.
- c. Los mensajes genéricos y que no fueran destinados a un paciente en concreto se repartían en el resto de las bandejas que no tuvieran ningún mensaje. Cada día se enviaban estos mensajes a unidades de hospitalización diferentes para intentar que llegaran al máximo número de pacientes posibles, no repitiendo destinatario.
- d. Las cartas, correos electrónicos, dibujos, etc. se entregaban dentro de un sobre en el que constaba la leyenda: "Tengo un mensaje para tí" y en el que también se incluía una hoja informativa del proyecto.

El hospital estrena la campaña #Pensoentu, dirigida a pacientes y profesionales

Ante una situación excepcional, en la que los pacientes ingresados en el Hospital Universitari de Bellvitge no podéis recibir visitas ni contar con la compañía de vuestros familiares, ponemos en marcha la campaña #Pensoentu, diseñada para que podáis recibir cartas y mensajes de apoyo de vuestros familiares en particular y de la ciudadanía en general.



Junto a esta carta te adjuntamos un mensaje de una persona anónima que te ha querido enviar sus mejores deseos.

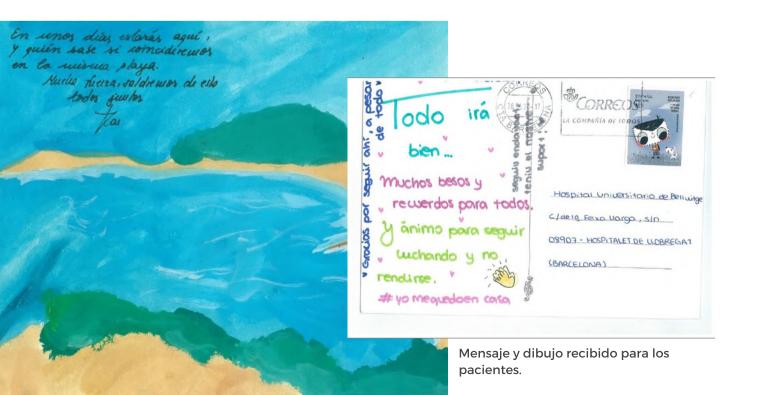
Te deseamos una rápida recuperación.

Por otro lado, los mensajes recibidos de apoyo a los profesionales se derivaban al Servicio de Comunicación y Prensa para que se publicaran en la Intranet del hospital y lo pudieran consultar todos los profesionales. Así mismo, también se proyectaban en las pantallas de televisión que se encuentran en el vestíbulo del hospital y en la cafetería de los profesionales. Si alguno de estos mensajes era nominal también se le enviaba al profesional referido para que tuviera conocimiento. A los remitentes de los mensajes, tanto si eran para pacientes como para profesionales, se les enviaba una nota de acuse de recibo agradeciéndoles su apoyo.

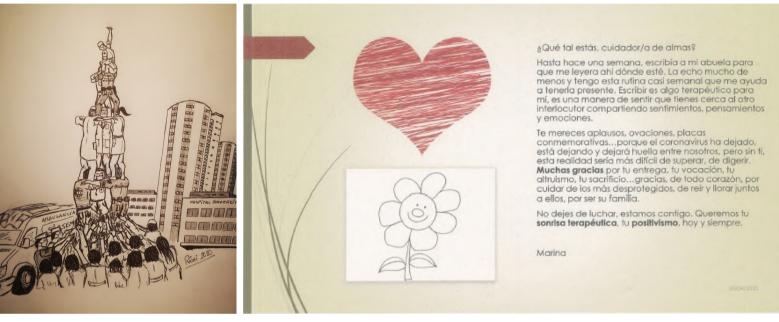
El día 30 de marzo se publicitó el proyecto en la web del hospital y en redes sociales y el día 03 de abril en la Intranet. Así mismo, el día 16 de abril se explicó el proyecto en el programa "En primera línea" de TV3, la televisión pública de Catalunya. El mismo día 30 de marzo se empezaron a recibir los primeros correos. La tipología de estos ha sido muy variada. En el caso de los correos de apoyo a los pacientes encontramos diferentes situaciones:

- Había algunas personas que, mediante este sistema, enviaban mensajes prácticamente cada día a su familiar ingresado. De esta forma, el paciente recibía mensajes de cuántos familiares y amigos le quisieran escribir, puesto que no había límites establecidos.
- Se dieron casos de familias que enviaban fotografías y dibujos para que se colgaran en la habitación de pacientes de medicina intensiva para que cuando el paciente despertara se sintiera acompañado por su familia.
- En un caso, nos pedían si se le podía leer el mensaje puesto que la paciente no sabía leer. Así que, cuando la paciente recibía los correos de su familia, el personal de enfermería se los leía. También se dio el caso de que la paciente cumplió años durante su ingreso hospitalario y la hija nos lo comunicó. El equipo de enfermería la felicitó en nombre de la familia y del hospital.
- A parte de las familias y amigos de los pacientes, se recibieron muchos mensajes de ciudadanos anónimos que querían transmitirles ánimo y apoyo. Así mismo, algunas escuelas trabajaron con sus alumnos proyectos que incluían la elaboración de estas cartas para los pacientes.

Durante el período de 30 de marzo a 30 de junio se recibieron 623 mensajes para pacientes.



Por lo que respecta a los correos dirigidos a profesionales, durante este mismo período se recibieron 255. En algún caso iban dirigidos a un profesional en concreto, pero la mayoría de ellos no eran nominales, sino que eran de apoyo a todos los profesionales del hospital. Se recibieron mensajes en forma de dibujos, cartas, cuentos, etc. Estos mensajes se publicaban en la intranet del hospital para que todos los profesionales los pudieran consultar. En el caso de los dibujos, también se colgaron por el centro (pasillos, salas de reuniones, ascensores, etc.)

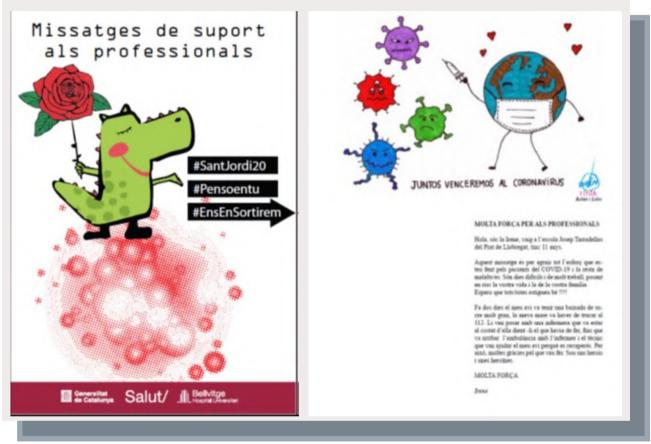


Dibujo y mensaje recibido para los profesionales Dibujo y mensaje recibido para los profesionales

El día de Sant Jordi en Catalunya es el día de la fiesta del libro y de la rosa. Este día se vive con mucha alegría en el hospital, igual que como ocurre en la calle. Habitualmente se venden rosas y libros en diferentes puestos en el exterior del hospital y se puede disfrutar de actuaciones musicales en el vestíbulo de este. A los pacientes se les entrega una rosa. Este año, y como tantas otras, esta festividad también se vio alterada con la pandemia. Pero no se quiso dejar de celebrar. Por ello, con una selección de los mensajes y los dibujos dirigidos a los pacientes, se elaboró una revista que, junto con una rosa, se entregó a los pacientes ingresados.



Portada y detalle de la revista entregada a los pacientes. A los profesionales se les entregaron rosas en el vestíbulo del hospital y un ramo a cada unidad y servicio del centro, todos ellos donaciones de ayuntamientos o entidades. Así mismo, también se elaboró una revista con algunos de los mensajes recibidos para los profesionales y se podía consultar la misma de forma telemática en la intranet del hospital.



Portada y detalle de la revista entregada a los profesionales

También queremos destacar una iniciativa que, aunque no forma parte directamente de la campaña, sí está relacionada, pues iba dirigida a los pacientes afectados por la COVID ingresados al hospital. Una escuela de Barcelona, durante el período de confinamiento, trabajó con sus alumnos de primero de primaria un proyecto sobre la pandemia. Se les propuso hacer un pequeño presente para entregar a los pacientes afectados de Covid en el momento del alta del hospital. Los tutores enviaron al hospital la propuesta de proyecto. A la dirección del centro le pareció una iniciativa muy bonita y creativa y los alumnos se pusieron manos a la obra. Cada uno en su domicilio hacía la manualidad, siempre teniendo en cuenta las medidas de higiene que habían trabajado previamente con la tutora. Cuando tuvieron todos los regalos "los pusieron en cuarentena" en el colegio antes de entregarlos al hospital.

De esta forma, cuando un paciente era dado de alta se le hacía entrega de uno de los regalos preparados por los alumnos. En las redes sociales del hospital se publicaron las fotos de los primeros pacientes que recibieron el presente y también se le envió un mensaje a la escuela para que le hicieran llegar nuestro agradecimiento a los alumnos y sus tutoras. La valoración de la experiencia ha sido muy positiva tanto por parte de los profesionales como por los pacientes y familiares. En el caso de los profesionales, el agradecimiento ha sido por partida doble. Por un lado, por el apoyo recibido por parte de la ciudadanía. Pero, por otro lado, se ha valorado muy positivamente que los pacientes recibieran las cartas de su familia, los dibujos de sus hijos/nietos, o simplemente el mensaje de alguien que, desde su casa, estaba pensando en él/ella y transmitiéndole fuerza y solidaridad.

En un momento en que el paciente está solo, los profesionales valoraban muy positivamente este puente de contacto con el exterior. Había pacientes que esperaban la hora de llegada de la bandeja de desayuno para ver qué sorpresa traía. Igualmente, por parte de los familiares, la valoración también ha sido muy positiva. Y así lo han manifestado en los mensajes recibidos agradeciendo esta iniciativa. Expresaban su satisfacción por poder tener este contacto con el paciente ya que, en algunos casos, éste no tenía teléfono móvil y el contacto era esporádico limitándose a las vídeollamadas que realizaba el personal de enfermería.



del Área de Atención a la Ciudadanía también ha sido muy positiva. La experiencia ha sido enriquecedora y muy emotiva. En unos días en que la situación del hospital era muy complicada y de una gran tristeza y preocupación, recibir estos mensajes era una bocanada de aire fresco y de esperanza. Por último, destacar que, a pesar de que la Unidad de Atención a la Ciudadanía y Participación lideraba esta iniciativa, no se hubiera llevar a cabo colaboración de todo el personal sanitario y del equipo de cocina del hospital.

Finalmente, la valoración por parte

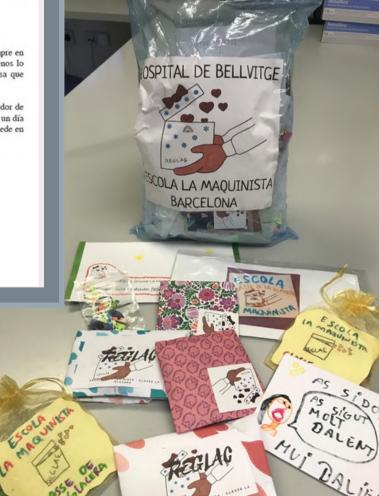
ola amig@:
Soy José-Luis, tengo 69 años y estoy jubilado.
Quiero dirigirme a ti ante la difícil situación
por la que estas pasando, piensa que esta enfermedad es
solo una prueba más de la vida, que no podrá destruir tu
espíritu, y que no detendrá ni tus sueños ni tus ilusiones,
así que ¡¡ Arriba ese ánimo ¡ que con el cariño de todos
los tuyos que están contigo, saldrás adelante y volverás
a ser el de siempre.

Quiero contarte la experiencia que yo viví. Soy persona en que se me tuvo que hacer un trasplante de corazón ahí en el Hospital de Bellvitge, recuperándome muy bien y debido a ello vuelvo a tener una vida de calidad. Calidad que había perdido anteriormente al trasplante. Estuve ingresado 2 meses en el año 2017 en que se implanto un Dispositivo de Asistencia Ventricular y otros 2 meses en el año 2019 en que se me realizó el trasplante. Pasé ratos y momentos muy duros, pero lo que más me ayudó fue que NUNCA PERDI EL ANIMO Y LUCHABA cada día para salir adelante y lo conseguí.

Por eso NUNCA te desanimes y ve la vida siempre en POSITIVO, por ti y por los tuyos y cuando menos lo pienses disfrutareis los unos de los otros. Piensa que siempre después de la tormenta sale sol

Que te mejores pronto, ánimo que saldrás vencedor de todo esto, que la batalla está casi ganada y que ¡¡ un día más es uno menos para que todo termine y se quede en un mal sueño ¡¡

José-Luis Ramón Vidal



Regalos para los pacientes dados de alta

TEMAS ENTORNO A LA COVID-19

PROYECTO VALL D'HEBRON ACOMPAÑA

ANA MARTÍ DELGADO, GLORIA GÁLVEZ HERNANDO, MARINA MARTÍNEZ JIMÉNEZ, CARMEN CERESUELA ALONSO, MARTA GASCÓN MARTÍ, CAROLINA LÓPEZ PÉREZ.

SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL HEBRON. INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. BARCELONA. E-MAIL: ANA.MARTI@VHEBRON.NET

WIKE SANTIAGO

LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE Y DE ATENCIÓN A LA CIUDANÍA HAN TENIDO UN PAPEL SIGNIFICATIVO DURANTE LA PANDEMIA Y. ESPECIALMENTE. **DURANTE LA PRIMERA OLA. EN UN** MOMENTO MUY COMPLEJO Y DIFÍCIL DE ABORDAR Y GESTIONAR QUE HIZO **OUE SUS PROFESIONALES BUSCASEN** LA MEJOR MANERA DE ADAPTARSE A ÉL, BUSCANDO <u>SIEMPRE LA</u> HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA. LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS. A CADA **UNA DE ELLAS Y A SUS FAMILIAS EN EL** ÁMBITO DE LO PERSONAL, SOCIAL Y PSICOLÓGICO. EL EQUIPO DEL HOSPITAL VALL D'HEBRÓN DE **BARCELONA PUSO EN MARCHA UN** PROYECTO CON ESTA FINALIDAD QUE PRESENTAMOS."

El Hospital Universitario Vall Hebron está comprometido con la ciudadanía, humanizando la asistencia, con la firme convicción de que es el camino para la mejora de la calidad de la atención que prestamos a las personas. Por este motivo, durante el periodo de la primera ola de la pandemia COVID, se puso en marcha el proyecto "Vall Hebron Acompaña", para dar respuesta a las necesidades de las personas hospitalizadas durante este periodo, complementando de esta manera, las actuaciones que el equipo asistencial realizaba en las unidades de hospitalización.

El objetivo del proyecto "Valle Hebron Acompaña" fue detectar las necesidades no cubiertas de las personas hospitalizadas, mediante la escucha activa, concretamente preguntándoles sus necesidades, y tratando cada persona de una manera única y personalizada, respetando sus preferencias, buscando el confort físico, el apoyo emocional y la ayuda para reducir la ansiedad, siguiendo un modelo de atención a las necesidades de la persona.

Por una parte, fue un proyecto integral centrado en la persona y sus necesidades, y por la otra, se trataba de un proyecto profesionalizado que involucraba al equipo de enfermería y al equipo de administrativos sanitarios, de la coordinación de atención a la ciudadanía.

El proyecto incrementó la calidad asistencial desde las dimensiones relacionadas con la situación de la persona: el entorno, el entretenimiento y la comunicación con sus seres queridos. Con este fin, el equipo de enfermería de la coordinación de atención a la ciudadanía visitaba diariamente a las personas, dialogaba con ellas y les daban la posibilidad de expresar sus necesidades.

Estas evaluaciones de necesidades, según la persona demandó, se clasificaron en cuatro categorías:

- 1) Evaluación de la situación de la persona. Se evaluó la necesidad de apoyo del equipo de Trabajo social y / o Psicología, la evaluación de su estado de ansiedad o la necesidad de traductor o traductora por problemas de barreras de idioma. Al mismo tiempo, se valoraban las necesidades de recursos espirituales y sociales. Se daba respuesta a las necesidades básicas como cepillos de dientes, pasta de dientes, gel, desodorantes, peines, cuchillas, espuma de afeitar, limas, zapatillas y ropa interior.
- **2) Evaluación del entorno.** Fue un análisis de apoyo familiar, como parte integrante de la atención a la persona. En función del apoyo social de la persona y de sus necesidades, se trasladaba al equipo de trabajo social para su abordaje.
- **3) Evaluación de entretenimiento.** Se analizó las preferencias y habilidades con las nuevas tecnologías para personalizar la oferta y cuidar a la persona acompañándola a combatir el estrés y la perturbación del humor durante su hospitalización. Se ofrecían a las personas libros de lectura, revistas, pasatiempos y/o tablets.
- **4) Evaluación de la comunicación.** Haciendo uso de las tablets, el equipo de enfermería de atención a la ciudadanía ofrecía diariamente videollamadas con familiares y entorno. La solicitud de videollamada se podía hacer por parte de la persona ingresada o del familiar. La solicitud del familiar era evaluada, en función del estado de la persona ingresada.

Las necesidades expresadas por las personas eran reportadas por las enfermeras de atención a la ciudadanía al resto del equipo de administrativos sanitarios, en una reunión diaria, a fin de que el equipo de administrativos pudiera dar respuesta a las necesidades generadas. Según la demanda, se contactaba con el equipo de psicología o el equipo de trabajo social. Asimismo, se hicieron gestiones como solicitudes de agrupamiento familiar o contactos con el exterior.

Se gestionaban donaciones para el proyecto, dando respuesta a necesidades como la lectura, el entretenimiento o la higiene personal básica que, debido de las restricciones de visita, la familia no podía prestar. El equipo también recogía las peticiones de necesidades de comunicación para videollamadas que se realizan a través de las tablets, entendiendo que la comunicación con los seres queridos era un apoyo terapéutico esencial.

Durante el periodo comprendido entre el 10 de abril y el 5 de mayo:

- Se realizaron 4924 visitas.
- Se repartieron 1303 enseres personales y 813 pasatiempos/libros.
- Se realizaron 597 videollamadas
- Hubo 48 solicitudes de revisión de trabajo social y 20 derivaciones a psicología.

El proyecto "Vall Hebron Acompaña" agrupaba una serie de actividades transversales e interdisciplinares. El resultado alcanzado fue **humanizar la atención** en la hospitalización de las personas durante el periodo de la primera ola de la pandemia COVID, individualizando el trato con cada persona y detectando sus necesidades, para garantizar que toda persona estuviera acompañada durante su estancia hospitalaria.

USUARIOS N° 35 / DICIEMBRE 2020

PAG. 39

TEMAS ENTORNO A LA COVID-19

RECOMENDA-CIONES ANTE EL DUELO

LA FUNDACIÓN EDAD&VIDA ES UNA ORGANIZACIÓN OUE SE **ORIENTA AL ENTORNO DE LAS** PERSONAS MAYORES Y SU **BIENESTAR. REALIZA UN GRAN NÚMERO DE ACTIVIDADES Y CUENTA CON UN EXTENSO FONDO** DOCUMENTAL, EN PLENA PANDEMIA. ANTE EL IMPORTANTE **NÚMERO DE FALLECIMIENTOS Y** LAS DIFICULTADES DE LOS FAMILIARES PARA ACOMPAÑAR Y **DESPEDIR A SUS SERES OUERIDOS. ELABORÓ UN DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES ANTE EL DUELO QUE REPRODUCIMOS.**

EQUIPO FUNDACIÓN EDAD&VIDA

E- MAIL: EDAD.VIDA@EDAD-VIDA.ORG

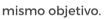
En estos días de aislamiento y confinamiento, lo más difícil de sobrellevar quizás sea, la muerte de un ser querido. Las medidas sanitarias nos impiden estar cerca de esa persona en los momentos finales de su vida y nos obligan a modificar nuestros rituales de despedida.

Desde Fundación Edad&Vida queremos aportar nuestro granito de arena con una serie de recomendaciones para todas aquellas personas que se encuentren en esta situación.

RITUALES DE DESPEDIDA

Una de las características que compartimos todos los seres humanos sin importar raza, cultura o religión es la realización de diferentes rituales de despedida de las personas que fallecen. Así, se celebran diferentes tipos de velatorios y funerales que nos sirven para recordar en comunidad a esa persona, para mostrar nuestro afecto hacia ella y hacia sus familiares, además de acompañarlos y sostenerlos en estos momentos. Es obvio que, estos días, dichos rituales no se pueden llevar a cabo de manera normal. Esto no

quiere decir que no se puedan realizar. Es posible hacer otros actos con el





- 1) Se pueden realizar rituales individuales de despedida de la persona como preparar un escrito, una carta o un dibujo dedicados a ella. También se puede crear un espacio de recuerdo, que puede ser físico en nuestra casa o virtual en alguna red social o en internet, en el que compartamos aquellos recuerdos y anécdotas que nos deja esta persona, además de poder decorarlo con objetos que le gustan a esa persona, con fotos compartidas o, incluso, vídeos con varias fotos y la música que nos gustaba escuchar juntos.
- 2) Se pueden realizar despedidas sociales a distancia usando las diferentes tecnologías de las que disponemos. Podemos utilizar las redes sociales para hacer un espacio de recuerdo para que todas las personas que la conocían puedan homenajearla y expresar sus sentimientos. Además, se pueden realizar videollamadas con varias personas para participar en alguna actividad compartida de despedida como, por ejemplo, hablar de los recuerdos que tenemos de ella, leer cada uno una carta dirigida a la persona fallecida, etc.

PROCESO DE DUELO

De la misma forma, el proceso de duelo en estos momentos va a ser, necesariamente, diferente al que hubieras experimentado en una situación de normalidad. Creemos, en primer lugar, que es importante recordar una serie de consejos sobre autocuidado y de acompañamiento a otras personas que están experimentando algún duelo por un ser querido.

Entre las <u>recomendaciones de autocuidados</u>, la persona que está experimentando un duelo:

- **3) Cuidados físicos:** En estos momentos es importante alimentarse e hidratarse correctamente, implicarse en actividades físicas que mantengan activo el cuerpo. También puede resultar de ayuda cuidar nuestro cuerpo y mantener una correcta higiene personal. Por último, hay que recordar que es importante ser consciente de que algunos días nos sentiremos más cansados y otros más enérgicos, incluso con cambios en el mismo día, así, no hay que culpabilizarse por ello y respetar nuestro ritmo y sensaciones.
- 4) Cuidados emocionales: En un proceso de duelo es probable que aparezcan emociones intensas y negativas de soledad, tristeza, culpabilidad por no haber podido acompañar a la persona que ha fallecido, enfado, incomprensión, desamparo, etc. Si esto ocurre, debes tener en mente que son normales en cualquier proceso y mucho más en estos momentos de excepcionalidad. Por ello, no las reprimas ni te compares con nadie ni con otros duelos previos, como decíamos, es un momento único y, por lo tanto, nuestro proceso puede ser diferente al de otras personas o duelos previos. Asimismo, es positivo establecer momentos de recogimiento personal en los que podamos estar a solas con nosotros mismos y aislarnos del resto de personas. No obstante, recuerda que tienes gente a tu alrededor, gente a la que importas y te quiere. Habla con ellos, confía en ellos, expresa tus emociones y sentimientos. Todo esto te ayudará a airear todas las emociones negativas que puedan surgir y superar mejor los momentos más complicados.
- 5) Cuidados mentales: Es posible que tengas dificultades para pensar, para concentrarte, es probable que te encuentres pensando en nada, con momentos ausentes, confuso. Es perfectamente normal, no te exijas demasiado a ti mismo en estos momentos, no tomes decisiones demasiado importantes estos días. Es importante que encuentres momentos para distraerte, momentos de ocio que te permitan evadirte momentáneamente de tu dolor. Además, durante el proceso de duelo es conveniente evitar la sobreinformación acerca del virus, de la situación, de las cifras, etc. para minimizar la aparición de nuevas preocupaciones que deriven en ansiedad o miedo. Finalmente, es posible que sientas que pierdes el control de tu día a día, así es recomendable que te planifiques y establezcas una rutina diaria para ordenar el día.
- **6) Cuidados espirituales:** La espiritualidad es una necesidad humana y va mucho más allá de profesar una determinada creencia religiosa. De esta forma, si lo necesitas, te recomendamos que crees ese espacio del recuerdo del que hablábamos más arriba, aprovecha para meditar o estar en silencio con tus pensamientos, aprovecha para escribirlos y/o desarrollar tu creatividad.

DE IGUAL MANERA, DURANTE ESTOS DÍAS DE CONFINAMIENTO ES POSIBLE QUE NO PODAMOS ACOMPAÑAR DE LA FORMA EN LA QUE NOS GUSTARÍA A ALGUNA PERSONA DE NUESTRO ENTORNO QUE ESTÉ PASANDO POR UN DUELO. EN ESTOS CASOS, PARA OFRECER UN ADECUADO ACOMPAÑAMIENTO A PERSONAS QUE ESTÁN PASANDO POR UN DUELO, DEBEMOS TENER EN CUENTA:

- 7) Es posible que experimentes sentimientos de tristeza, rabia, impotencia o enfado por no poder estar al lado de esa persona y prestarle tu soporte en estos momentos. Es normal que te sientas así, todos nos sentimos así. No obstante, recuerda que, afortunadamente, hoy en día tenemos una infinidad de recursos a nuestra disposición para poder transmitir nuestros sentimientos y apoyos a estas personas. Usa todas las aplicaciones tecnológicas disponibles para acompañar. En estos momentos recuerda que es importante respetar los ritmos propios de la persona, acompañala en su silencio, sé empático facilitando su desahogo, deja que se exprese en la forma en que lo necesite, evita frases hechas, etc.
- 8) Participa de alguna forma en la despedida de la persona que ha fallecido. Puedes expresar tus sentimientos y compartir tus recuerdos de las diversas formas que hemos comentado anteriormente.
- 9) Hay que prestar especial atención a los niños y menores en proceso de duelo. Se debe incluirlos en los rituales, explicarles según su nivel de comprensión lo que ha pasado, escuchar sus miedos y tranquilizarles, desculpabilizarles, no ocultarles nuestros sentimientos, proporcionarles afecto y ofrecer oportunidades para el diálogo sobre lo ocurrido y la despedida de la persona (se le puede decir que haga un dibujo o escriba una carta de despedida)

Asimismo, es posible que en estos momentos tengamos alguna persona ingresada en un hospital, en un centro residencial, en las unidades de cuidados intensivos o en las de paliativos con un pronóstico de vida muy limitado. Somos conscientes de lo duro que es no poder estar al lado de esta persona, acompañándola. Confía en los profesionales sanitarios. Pídeles que trasladen tu cariño, afecto y mensajes de apoyo. Además, si es posible, facilítales un móvil u otro dispositivo para poder realizar llamadas a tu ser querido.

Finalmente, recuerda que esta situación pasará y volveremos a nuestras vidas cotidianas. Ese momento en que volvamos a encontrarnos con nuestros allegados podemos aprovecharlo para realizar una ceremonia tradicional de despedida de las personas que han fallecido en estos días. Esto nos ayudará a normalizar y superar nuestro proceso de duelo en estos días de confinamiento.

USUARIOS N° 35 / DICIEMBRE 2020

PAG. 42

TEMAS ENTORNO A LA COVID-19

RUTAS SALUDABLES. EXPERIENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE VILA EN IBIZA.

ESTELA TERRER HERNÁNDEZ ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA. CENTRO DE SALUD DE VILA. IBIZA. E-MAIL: ETERRER@ASEF.ES ALGUNOS PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA SE HAN QUEJADO **DURANTE ESTOS MESES DE NO PODER ACCEDER A SUS** PROFESIONALES DE REFERENCIA. UNA ENFERMERA DE UN CENTRO DE SALUD DE IBIZA NOS MUESTRA COMO NO DEJÓ DE ESTABLECER **CONTACTO CON SUS PACIENTE** UTILIZANDO LA TECNOLOGÍA, Y COMO. ASÍ OUE LE FUE POSIBLE. RECUPERÓ CONTACTO PRESENCIAL Y ACTIVIDADES CON ELLOS. DESDE AOUÍ FELICITAR AL CENTRO DE **SALUD Y A LA PROFESIONAL POR** ESTA EXCELENTE IDEA.

Llevo 20 años siendo enfermera, gran parte en atención primaria. Lo vivido en estos últimos meses nos ha hecho reflexionar y reorganizar nuestra forma de trabajo. Nos hemos tenido que ir adaptando a cada momento de la pandemia. Os cuento mi humilde experiencia.



Creo fielmente en la educación para la salud, en el centro de salud realizo múltiples actividades comunitarias. Soy la responsable de Rutas Saludables del Centro de Salud de Vila en Ibiza, dicha actividad consiste en fomentar la vida activa entre nuestros pacientes y realizar conjuntamente ejercicio con ellos.

El día de 10 de Marzo realizamos la última actividad justo antes de iniciarse al confinamiento. Hemos tenido la suerte de contar con un grupo de WhatsApp, en el que vamos indicando las actividades a realizar. Utilicé esa vía para informar y dar tranquilidad a los paciente de la nueva situación. Durante estos casi 3 meses de confinamiento han habido risas, llantos y mucho miedo. Seguí utilizando el grupo de WhatsApp para continuar en contacto con los pacientes. Para ellos fue una válvula de escape ya que iban recibiendo informaciones, unas contrastadas, otras no, y yo como profesional sanitario les iba dando información veraz. Entre todos se iban animando.

Desde el centro tuvimos la idea de realizar un vídeo sorpresa con algunos de los pacientes para animar al grupo ya que algunos de ellos estaban deprimidos, asustados, agobiados y desconcertados. Fue todo un acierto ya que esos días fueron días de risas y complicidad.

Lo más difícil fue la desescalada. Muchos de los pacientes estaban temerosos de esa vuelta a la "normalidad". Cuando comenzaron a venir al centro para controles de salud, nos dimos cuenta de que los pacientes de rutas estaban más tranquilos, alegres y no tan angustiados. El haber estado en tan estrecho contacto con un profesional sanitario les había dado seguridad y tranquilidad. En cambio aquellos, que aun habiamos hablado con ellos telefónicamente al realizar el seguimiento del paciente crónico, llegaban a consulta con un alto grado de estres, depresiones e incluso demencias.

En fase I empecé a indagar cuáles eran los requisitos para poder retomar las actividades de rutas. Tanto mis compañeros profesionales sanitarios como los pacientes demandaban poder realizar dichas actividades. Y por fin llegó el gran día, el 10 de junio nos volviamos a reunir con todas las medidas de seguridad que nos habían indicado desde la Consellería de Salud Pública. Fue un día muy emocionante. No podiamos darnos besos ni abrazos pero las miradas y la entonación de nuestra voz lo decía todo. Parecía un día festivo para todo el grupo. (Figura 2) Durante esa actividad una paciente, "Sully", tuvo la gran idea de realizar mascarillas con el logo de Rutas Saludables. Sully y yo nos pusimos manos a la obra y en un par de semanas las teniamos listas. Volvimos a sorprender al grupo con este bonito regalo. Un regalo que hicimos llegar también a la Sra. Patricia Gómez Picard, Consejera de Salud de Baleares. (Figura 1)







Figura 1 Figura 2 Figura 3

A parte de la actividad en rutas, también tenemos un grupo que, durante el periodo de verano, practica aquagim (figura 3) una actividad que pudimos reemprender en el mes de agosto y que completa la actividad de rutas. Decir que esta actividad la realizamos en colaboración con el Ayuntamiento de Ibiza, que nos facilita además una monitora.

Este grupo de pacientes es un gran grupo y demuestra que, si se trabaja conjuntamente con la población, el éxito está garantizado. Los profesionales tenemos que dar herramientas para que los pacientes sean participes de su propia salud y así puedan tener una buena calidad de vida.

TEMAS ENTORNO A LA COVID-19

ACTO DE HOMENAJE EN RECUERDO DE LOS FALLECIDOS VÍCTIMAS DE LA COVID-19

AROA LÓPEZ MARTÍN

SUPERVISORA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL VALL D'HEBRÓN DEL INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT. ICS. BARCELONA.

Participar en este acto es un privilegio triste. Hoy rendimos homenaje a los miles de personas que murieron a causa de la COVID-19 durante estos meses de lucha incansable, compartiendo el dolor de sus familiares y seres queridos. Ojalá nada de esto hubiera ocurrido. Ojalá yo no estuviera aquí, pronunciando estas palabras.

EL DÍA 16 DE JULIO TUVO LUGAR EN MADRID UN ACTO DE ESTADO EN RECUERDO DE LOS FALLECIDOS A CAUSA DE LA COVID-19. A ESTE ACTO ASISTIERON LAS MÁS ALTAS AUTORIDADES DEL ESTADO, DE LA UNIÓN EUROPEA Y DE LA OMS. ASISTIERON TAMBIÉN REPRESENTANTES DE FAMILIARES DE LOS FALLECIDOS Y DE LOS PROFESIONALES QUE ESTUVIERON EN PRIMERA LÍNEA. EN NOMBRE **DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y DE** LOS LLAMADOS "SERVICIOS ESENCIALES" TOMÓ LA PALABRA AROA LÓPEZ MARTÍN, SUPERVISORA DEL SERVICIÓ DE URGENCIAS DEL HOSPITAL VALL D'HEBRÓN, EL HOSPITAL QUE ATENDIÓ UN MAYOR NÚMERO DE PACIENTES DE COVID EN CATALUÑA. LAS PALABRAS DE AROA LÓPEZ, SOBRIAS, MEDIDAS Y PROFUNDAS, NOS PUSIERON FRENTE A UNA DURA REALIDAD QUE NO PODEMOS NI DEBEMOS OLVIDAR. TODA LA PRENSA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN SE HICIERON ECO DE SUS PALABRAS, **NOSOTROS HEMOS CREÍDO OPORTUNO** RECORDARLAS TAMBIÉN.



Pero es un inmenso honor poder hablar en nombre de mis compañeros y compañeras: los profesionales sanitarios. Enfermeras, auxiliares, médicos, fisioterapeutas o celadores. Personal administrativo, de limpieza, de cocina, de radiodiagnóstico, de mantenimiento, de laboratorios y microbiología, de psicología y del resto de áreas que dan apoyo a los asistenciales. Y no solo ellos. Comparezco en representación de lo que se llamó entonces "la primera línea": transportistas, reponedores, cajeras y tenderos, trabajadores de la energía y de las comunicaciones. farmacéuticos. personal saneamientos, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado; es imposible citarlos a todos. Porque fueron miles de hombres y mujeres los que cuidaban con su trabajo a los millones de españoles confinados.

En mis años como supervisora del Servicio de Urgencias en el Hospital Vall d'Hebrón he tenido experiencias muy difíciles; pero esto nos marcará para siempre. Ha sido muy duro. Nos hemos sentido impotentes, con una sensación brutal de incertidumbre, y la presión de tener que aprender y decidir sobre la marcha. Hemos dado todo lo que teníamos. Hemos trabajado al límite de nuestras fuerzas. Y hemos vuelto a entender, quizás mejor que nunca, por qué elegimos esta profesión: cuidar y salvar vidas. Aunque muchos compañeros tuvieron que dar su propia vida para ello.



Hemos cubierto necesidades básicas y emocionales. Hemos sido mensajeros del último adiós para personas mayores que morían solas, escuchando la voz de sus hijos a través de un teléfono. Hemos hecho vídeollamadas, hemos dado la mano, y nos hemos tenido que tragar las lágrimas cuando alguien nos decía: "no me dejes morir solo".

Hemos vivido situaciones que te dañan el alma. Porque quién había detrás de los EPIS no eran héroes: éramos personas, que se alejaban de sus familias para protegerlas de un posible contagio. Personas que salíamos del hospital cargadas con todas esas emociones, y que regresábamos a nuestro trabajo desde la soledad y el agotamiento, un día más. Dispuestas a transmitir fuerzas y ánimo a los enfermos, más allá de nuestros propios miedos.

Fuerzas transmitidas a través de los ojos, de las miradas, porque era la única parte del cuerpo que nos quedaba visible. Entre nosotros hemos aprendido a comunicarnos a través de ellas, miradas que algunos llevamos tatuadas en la piel. Miradas que han significado tanto.

Parafraseando al grupo Vetusta Morla en su canción "abrazos prohibidos": "por los que hacen del verbo cuidar su bandera y tu casa y luchan porque nadie muera en soledad. Sin temerle a su miedo y usando su piel como escudo. Por los que hacen del trabajo sucio la labor más bonita del mundo y pintan de azul la oscuridad".

Quiero agradecer, de corazón, aquellos aplausos que nos dedicaba la ciudadanía. Y quiero pedir, también de corazón, que no se olviden de aquello. Que mantengan ese reconocimiento, respetando ahora las recomendaciones sanitarias. Quiero que piensen en los que fallecieron, y también en los profesionales sanitarios que dejaron sus vidas en la lucha. Por favor: que su esfuerzo no sea nunca en vano.



TEMAS ENTORNO A LA COVID-19

CARTA DE LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN A LOS PACIENTES.

EL DÍA 1 DE JULIO, YA EN EL INICIO DE LA DESESCALADA. LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN, DE MADRID, DIRIGÍAN UNA CARTA A SUS PACIENTES, ERA UNA CARTA, DECÍAN ELLOS "DESDE EL CORAZÓN" Y DE **ELLA SE HICIERON ECO LOS MEDIOS DE** COMUNICACIÓN. ES UNA CARTA QUE ENTRONCA CON LOS VALORES ÉTICOS Y LA HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA, CON LO MEJOR DE LA PROFESIÓN SANITARIA. UNOS **VALORES OUE SIEMPRE HEMOS** PROMOCIONADO DESDE LA SEAUS. POR ELLO HEMOS CREÍDO OPORTUNO REPRODUCIRLA AOUÍ.

Hoy los que formamos esta Casa, el Hospital Gregorio Marañón, os hablamos desde el corazón. Desde el mismo corazón que estos días hemos utilizado como un impulso de trabajo, como un arma de construcción masiva, porque hemos aprendido que quien elige el corazón, no se equivoca nunca.

Estas palabras van dirigidas a todos vosotros, a los que no queremos llamar pacientes, sino familia, porque durante esos interminables días y temidas noches habéis sido nuestras parejas, padres y hermanos, nuestros abuelos, hijos, compañeros y amigos... y la familia no es una opción, ni un contrato, no es nada más, ni nada menos, que entrega.



Aprendimos vuestros nombres para que supierais que estabais con nosotros, para que sintierais que estábamos con vosotros como una necesidad mutua de reconocimiento y "porque dicen que nadie sabe su verdadero nombre hasta que no es llamado por una voz ajena".

Os hemos tratado, os hemos cuidado, pero también os hemos tenido una mano amiga para ofreceros la humanidad de la compañía, esa que os han arrebatado durante tanto tiempo, soledad a la que nos hemos tenido que condenar tantas veces, extirpándonos el primitivo alivio del cariño.

Por eso hemos hablado con vosotros, reído y llorado, hemos apretado los dientes de rabia y para coger impulso. Tuvimos que aprender a leer en vuestros ojos preguntas calladas e intentamos que hallarais en los nuestros miradas de comprensión, consuelo, esperanza, de gratitud y fuerza.

Tenemos que confesaros que el miedo a perderos nos ha hecho temblar, sollozar y derrumbarnos, pero también nos hizo levantarnos, porque no era fácil llevar bien lo difícil, pero era imprescindible. Lo hemos intentado con tesón, peleando por daros calidad y ofreciendo siempre calidez. Sin ser conscientes llegamos a acompasar nuestras respiraciones, porque vuestros suspiros eran nuestro aliento, porque cada día era necesariamente uno más y nunca uno menos.

Celebrábamos con vosotros la vida a pie de vida, porque sabíamos que perderla era perderos. Aprendimos con dolor e impotencia que hay palabras que no se materializan, que decir mascarilla, no protege, y repetir respirador no salva vidas, por mucho que lo intentáramos o lo gritáramos. Sin embargo, nada nos paró, ya que cuando uno tiene un porqué siempre encuentra el cómo.

Cuando tuvimos que debatirnos entre el miedo y la vocación, siempre optamos por vosotros, y cuando no pudimos remediar lo irremediable, aprendimos que a veces aceptar no es perder, sino vencer. Os confesamos que guardamos con amargura ese adiós o esa cama vacía, convivir con lo inevitable no doblega la pena, solo obliga a sobreponerse.

Tuvimos mil errores, dos mil aciertos, tres mil maneras de ayudar, cuatro mil desalientos, cinco mil esperanzas, pero una sola razón, todos y cada uno de vosotros. Supimos siempre "que la vida es un don que nos ha sido dado y sólo se merece dándola", por eso decidimos abrazar a este cruel enemigo común con nuestras vidas para salvar las vuestras.

Hoy todos los que conformamos el Hospital Gregorio Marañón, queremos celebrar con vosotros la salud, porque intentamos suturar el alma y, ahora sí cada salida es un triunfo, cada despedida es un aplauso, cada vida una victoria.

PORQUE YA NUNCA ESTAREMOS SOLOS, Y PORQUE HOY, POR FIN JUNTOS, HEMOS FORMADO UN NOSOTROS.

USUARIOS N° 35 / DICIEMBRE 2020 PAG. 48

OPINIÓN

EL TRATO HUMANO POR ENCIMA DE TODO

"EXISTE, EN ESTE
MOMENTO, UNA GRAN
PREOCUPACIÓN POR
PARTE DE LA
CIUDADANÍA SOBRE
CÓMO ACCEDER A SU
MÉDICO DE FAMILIA. EL
SISTEMA DEBE RETOMAR
LA ATENCIÓN
PRESENCIAL DEL
PACIENTE CON SU
MÉDICO HABITUAL."

MERCÈ TELLA BERNAUS

VICEPRESIDENTA DE LA SEAUS E-MAIL: MERCEDESTELLA@TELEFONICA.NET

Casi estamos a final de otoño y el invierno viene marcado por la pregunta y el interrogante de la evolución de la pandemia de coronavirus. Buena parte de los profesionales sanitarios, los ciudadanos, los empresarios viven pendientes ante el temor y la inseguridad de que el virus les impida desarrollar la actividad "habitual". Está claro que el virus sigue presente entre nosotros y que los contagios continúan, pero queremos creer que los esfuerzos de todos parece que están logrando no volver a la situación de marzo y abril.

Hecha esta pequeña introducción, y desde una visión sanitaria, nos gustaría reflexionar sobre la situación y los problemas de los servicios de salud en estos momentos, la atención que se está prestando a los ciudadanos que precisan ser atendidos en el sistema público de salud, hoy por hoy y en un futuro. Reflexionar cómo se debe planificar para garantizar el acceso, no sólo a las personas con síntomas y enfermedad de la Covid-19, sino también a las que padecen otras patologías sean nuevas o crónicas.



Nuestro sistema sanitario era y "es" muy completo y a lo largo del tiempo ha experimentado mejoras continuas. Podríamos recordar los años ochenta en los que la reforma en atención primaria supuso una gran mejora en el ámbito de la salud pública, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la coordinación interinstitucional y la participación de la ciudadanía.

En este momento se vuelve a plantear, y en diferentes foros se debate, cómo ha de ser la atención sanitaria en estos momentos de pandemia y en un futuro inmediato. Se habla del modelo organizativo de prestación de servicios sanitarios en el ámbito de la Atención Primaria, APS. Recordemos que se consiguió, con la reforma, que se trabajara en equipo, enfocados a la comunidad y con una jornada laboral de dedicación completa. La mejora del tiempo que se dedicaba a la asistencia en los Equipos de Atención Primaria frente a la llamada "medicina de cupo" fue notable. Todo esto se consiguió sin olvidar que el sector sanitario estaba lleno de dificultades y que la ordenación, la planificación y la gestión no eran fáciles. La población tenía asignado un médico de familia y una enfermera con el soporte de personal administrativo dependiendo este, en la mayoría de los centros, del servicio de Atención al Usuario hoy Atención al Ciudadano.

No vamos a hacer un repaso de lo que fue la reforma en el Sistema Sanitario y en la APS, pero si queremos hacer unas reflexiones/aportaciones, a nuestro entender, sobre cómo deberían ser en este momento las reformas para mejorar la accesibilidad al sistema sin olvidar la humanización y las nuevas tecnologías, tan importantes y necesarias en el momento actual.

Existe, en este momento, una gran preocupación por parte de la ciudadanía sobre cómo acceder a su médico de familia, no tanto como acceder al sistema de salud, que también. Se han creado estrategias, que en estos momentos de Covid, permiten establecer prioridades para determinar cuáles son los problemas mas relevantes, cuál ha de ser la intervención más pertinente y dónde y cómo se han de atender, aunque esto lo han decidido las autoridades sanitarias sin preguntar al ciudadano.

¿Cuál es la necesidad real que expresa el ciudadano? Nos referimos a personas de diferentes edades, enfermedades y necesidades. Ante esto ¿Qué respuesta se le da?: Si tiene síntomas de Covid llame por teléfono, a un número predeterminado en general; si tiene otro problema de salud llame a su centro o pida cita previa.

Una gran mayoría de las personas están preocupadas por el hecho de no poder acceder presencialmente a visita con su médico de familia. En estos momentos nos encontramos con muy pocas visitas con presencia física y en algunos casos, si la visita ha de ser presencial y no está programada, la realiza un profesional que no es el médico del paciente.

En esta nueva situación se hace necesario evaluar y corregir todo aquello que es mejorable y no repetir errores anteriores. Se han de plantear nuevas soluciones a las necesidades que tenemos los ciudadanos. Por esta razón hemos creído oportuno aportar una serie de recomendaciones esenciales para atender a las personas, siempre en base a los valores y a los criterios de calidad definidos desde la SEAUS. Recomendaciones orientadas a garantizar la atención personal, la humanización de la asistencia y el respeto a los derechos de los pacientes.

En las circunstancias que nos ha tocado vivir y cuando muchas de las necesidades de la ciudadanía y profesionales han cambiado, será necesario conocer las experiencias de los profesionales, de los gestores, de los ciudadanos y pacientes, estudiarlas y tenerlas en cuenta para poner en marcha las reformas necesarias y seguir avanzando, sin olvidar la necesaria reflexión ética.

ALGUNAS RECOMENDACIONES

- Tanto en el ámbito de atención primaria, fundamental en este nuevo escenario, como de la atención especializada, el sistema debe retomar la atención presencial del paciente con su médico habitual.
- La atención domiciliaria ha de ser realizada por el equipo médico-enfermera asignada al usuario, sólo en caso excepcional podrá realizarla otro profesional.
- Se deben establecer protocolos claros para dar respuesta a las necesidades del ciudadano y distinguir la visita presencial, telemática o con atención telefónica.



- Debe revisarse la gestión de pacientes y el modelo de listas de espera y asumir con la máxima rapidez posible toda la actividad paralizada hasta el momento.
- Garantizar los recursos sanitarios a toda la población, tanto técnicos como humanos. Actualizar las
 plantillas de los profesionales según ratios de población en APS, AE, en Salud Mental y Sociosanitario
 para atender con eficacia y eficiencia las necesidades del ciudadano y revisar los salarios de todos los
 profesionales.
- Promover y respetar los Derechos de los Pacientes y la Humanización de la asistencia.
- Promover la formación continuada de todos los profesionales a nivel técnico, humano y ético.
- La atención ha de estar "centrada en la persona" y no en las necesidades de la Institución.
- Los Servicios y Unidades de Atención al Paciente/Usuario y las Unidades de Gestión de Pacientes son estratégicas en cualquier organización sanitaria. En estos momentos han de ser imprescindibles para dar soporte a la actividad asistencial, por su conocimiento de la opinión de los usuarios y por su papel mediador en la resolución de conflictos.

ESTAMOS SEGUROS DE QUE HAY MOTIVOS SUFICIENTES PARA REVISAR NUESTRO SISTEMA DE SALUD Y TAMBIÉN PARA SER OPTIMISTAS.

FINALMENTE QUEREMOS HACER ÉNFASIS EN QUE EN EL SISTEMA DE SALUD SÓLO PODREMOS DEJAR ATRÁS ESTA SITUACIÓN QUE NOS HA TOCADO VIVIR MEDIANTE LA COLABORACIÓN DE CIUDADANOS, PROFESIONALES Y ADMINISTRACIÓN. USUARIOS N° 35 / DICIEMBRE 2020 PAG. 51

<u>OPINIÓN</u>

LOS OTROS AFECTADOS POR LA COVID-19

DURANTE TODO EL PERIODO
DE PANDEMIA LA ATENCIÓN A
LOS CASOS Y PACIENTES
CON COVID HA SIDO
PRIORITARIA. NO OBSTANTE,
ALGUNAS SOCIEDADES
CIENTÍFICAS Y
PROFESIONALES ESTÁN
ALERTANDO DE LOS
DAÑOS COLATERALES QUE
HA CAUSADO Y ESTÁ
CAUSANDO LA PANDEMIA,
SON LO QUE LLAMARÍAMOS
"LOS OTROS AFECTADOS"
POR LA COVID-19.

MARÍA PILAR GONZÁLEZ SERRET

ENFERMERA. VOCAL DE IMAGEN CORPORATIVA, WEB Y PUBLICACIONES DE LA SEAUS
E-MAIL: MPILARGONZALEZSERRET@GMAIL.COM

La pandemia de la Covid-19 se ha llevado en nuestro país un número importante de vidas humanas, personas que dejan atrás familias y amigos, historias personales y proyectos. Personas de las que no siempre pudieron despedirse sus más allegados ni hacer el duelo como hubiesen deseado. Esta es la parte más triste de un tiempo que nunca imaginamos y que ha cambiado nuestras vidas, las de todos, de una u otra forma.

Nuestro sistema de salud se ha enfrentado a una situación muy difícil y compleja para la que no estábamos preparados. Una situación nueva y desconocida ante la que los profesionales de la salud tuvieron que reinventarse y han estado, sin duda alguna, a la altura de las circunstancias, enfrentándose a un enemigo desconocido y dando la mejor atención a los afectados por la enfermedad; algunos de esos profesionales han pagado con su propia vida el esfuerzo realizado. También los trabajadores de los llamados "servicios esenciales" han estado al servicio de los ciudadanos. Nuestra sociedad está en deuda con todos ellos.



Durante estos meses el sistema sanitario en su conjunto se ha puesto a prueba, las administraciones han tomado decisiones, unas más afortunadas que otras; algunas de estas decisiones han tenido un impacto importante en la ciudadanía y en los usuarios del sistema de salud. La falta de recursos materiales y humanos, por causa de los déficits acumulados en los últimos años, ha pasado factura en muchos casos.

Durante todo este periodo de pandemia la atención a los casos y pacientes con Covid ha sido prioritaria. No obstante, algunas sociedades científicas y profesionales están alertando de los daños colaterales que ha causado y está causando la pandemia, son lo que llamaríamos "los otros afectados" por la Covid-19. Se puede afirmar que ha habido un impacto directo, difícil de cuantificar, muy importante en el sistema de salud y en sus usuarios y, a la vez, un impacto que, desde el ámbito social, repercute ya o acabará repercutiendo también en el sistema de salud. Un impacto que podemos apreciar en los distintos niveles asistenciales, pero también en determinados colectivos de la población, como son las personas mayores, los niños o los colectivos más vulnerables. No en vano estamos ante una crisis sanitaria, económica y social. Sobre ello querría incidir y reflexionar brevemente.

LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

La atención a los pacientes de la Covid-19 llenó los hospitales, los colapsó en un momento determinado y su atención era lógicamente preferente. Se requerían además unas especiales connotaciones organizativas y de seguridad que anularon, limitaron o invalidaron otras actividades programadas o pendientes de programar. Así

mismo se prohibieron o restringieron, por motivos de seguridad, los acompañantes en todos los casos, para pacientes Covid y no Covid. Se paralizaron ingresos, pruebas complementarias y visitas no urgentes. Esto dejó a muchos pacientes en espera y en algunos casos con poca o nula información al respecto. Con la llamada "desescalada" la mayoría de los centros y hospitales retomaron la actividad, siempre condicionada por la atención a los pacientes Covid y a los rebrotes.

Hoy, ya en la segunda ola de la pandemia, todavía hay pacientes en espera de una llamada, un mensaje o una carta que les indique cuando podrán realizar una visita, una prueba o una intervención que quedó pendiente. En algunos casos ha sido el propio especialista el que ha ido llamando a los pacientes explicando la situación y resolviendo la nueva cita, siendo esta una buena forma de abordar el problema, aunque sea en parte. En otros casos el paciente recibió una carta diciendo que no se presentase en la consulta o que su cita o intervención había quedado anulada sin ofrecerle una alternativa a corto plazo. En el caso de llamar por teléfono, en general, lo primero que escuchaba el usuario era que "toda la actividad no urgente ha sido desprogramada" sin aclarar cómo quedaba la actividad pendiente. Todo esto es perfectamente comprensible que haya sucedido, pero es necesario ir dándole solución y, sobre todo, ir contactando con los pacientes para evitar la desinformación y un cierto sentimiento de desprotección.

No todos los casos son iguales, ni las necesidades las mismas. No podemos saber con exactitud cuáles han sido las consecuencias de toda esta situación, cómo ha afectado a diagnósticos, tratamientos y seguimiento de muchos pacientes.

Podemos imaginar el impacto de esta desprogramación en los pacientes de **Servicios de Salud Mental** o en pacientes que acudían a grupos de terapia y tratamiento. La Salud Mental es esa especialidad silenciosa y, consciente o inconscientemente, muchas veces silenciada. La actividad habitual de estos servicios debe remprenderse teniendo en cuenta las diferentes situaciones. Sin olvidar la salud mental en la infancia y la adolescencia ahora, y por muchos motivos, prioritaria.

Muy posiblemente, un número importante de ciudadanos, niños y adultos, debido a las consecuencias de la pandemia necesitan y van a necesitar soporte psicológico y atención especializada durante bastante tiempo. Es esta una situación que ha mencionado especialmente la OMS y en nuestro país nos lo ha recordado la Asociación Española de Psiquiatría.

LA ATENCIÓN PRIMARIA

El impacto de la pandemia en los usuarios de los Centros de Salud no ha sido el mismo en todos puntos ni en todas las Comunidades Autónomas. Ha dependido mucho de las circunstancias, en el medio rural o urbano, y también de la gestión realizada en cada caso. Hemos visto cerrar consultorios locales o municipales, unos por no reunir los mínimos requerimientos para atender pacientes de Covid y no Covid (cosa que hará replantear la seguridad de muchos equipamientos a partir de ahora) y otros por no disponer de los recursos humanos necesarios. Algunos centros de salud han recortado o variado sus horarios de atención. Todo ello ha provocado, aún sin quererlo, un empeoramiento de la accesibilidad a centros, profesionales y prestaciones.

Los centros de salud, sobre todo con el inicio de la "desescalada" han tenido que afrontar un aumento importante de la demanda por causa del seguimiento de los pacientes de Covid, sus contactos y el rastreo y seguimiento de estos.

URGE BUSCAR Y OFRECER SOLUCIONES EN UN MOMENTO EN QUE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y SUS PROFESIONALES ESTÁN DESBORDADOS Y DOTARLOS DE RECURSOS

En general y por motivos de seguridad se ha impuesto la atención telefónica "previa" a cualquier tipo de atención. Esto ha hecho que se haya alterado de forma importante la relación personal médico-paciente y que en algunos casos el paciente no haya podido contactar con su médico de familia en todo este tiempo. No podemos ignorar que esto ha generado, en algunos casos, insatisfacción y también un cierto sentimiento de pérdida. El hecho de que un paciente, pendiente de un diagnóstico, no haya podido ser atndido por su médico habitual o no haya podido acceder a tiempo a alguna prueba complementaria puede tener consecuencias no deseables. Un hecho positivo es que se ha fomentado la atención en el domicilio.

Se ha recurrido a la atención telefónica y telemática y se dice que ambas han venido para quedarse. Sin duda alguna, pero deberá tenerse en cuenta cada circunstancia, los tipos de público y sus demandas, no se puede generalizar. Es conveniente retomar la actividad habitual, redefiniendo actividades y protocolos. Volver, en la medida de lo posible, a la situación de antes de la pandemia, garantizando el contacto médico-paciente y enfermería-paciente tan importantes en la atención primaria de salud.

Urge buscar y ofrecer soluciones en un momento en que la atención primaria y sus profesionales están desbordados y dotarlos de los recursos necesarios.

LAS RESIDENCIAS DE MAYORES

Alrededor de un cuarenta por ciento de las muertes en España por causa de la pandemia se han producido en residencias de mayores. El drama en estos centros ha sido significativo por diferentes motivos. Alta ocupación, aislamiento, falta de medios en general... Son muchas las cuestiones que se han puesto sobre la mesa al respecto. Lo que sí es cierto es que, todo y los esfuerzos realizados, el número de fallecidos es importante y muchos de ellos han muerto en soledad o en circunstancias no deseables. No voy a referirme aquí al debate de si era necesario y adecuado su ingreso en un centro hospitalario, es ésta una reflexión ética pendiente y que todos los implicados deben hacer.

PAG. 54

La atención a los mayores es hoy una necesidad por el envejecimiento de la población y el grado de dependencia; está bien resuelta en muchos casos, no en todos. En los últimos tiempos han proliferado los centros de mayores para albergar y cuidar a estos en sus últimos años de vida, unos mejor dotados y con buenas infraestructuras y otros no. A pesar de la normativa al respecto existente en cada comunidad, no siempre esta se cumplía ni, posiblemente, el personal era el más adecuado en todos los casos. Todo esto, junto a la desprotección y falta de medios al principio de la pandemia, provocó un alto numero de fallecidos, pese a los esfuerzos realizados por los profesionales en muchos de estos centros. Los que no se contagiaron o pudieron salir adelante han tenido que afrontar situaciones dramáticas, aparte de verse privados de la visita de familiares. Será necesario volver a socializar de nuevo y rehabilitar física y emocionalmente a esas personas. Hoy todavía hay contagios y se están limitando visitas a los residentes.

Ahora se habla de posibles soluciones: Residencias medicalizadas, necesidad de un médico referente o con presencia física, presencia de une enfermera las 24 horas del día, dependencia de la atención primaria de salud, mejora de la formación del personal gestor y de cuidados...Es este un tema a debatir para mejorar. Ahora bien, quizás lo primero sería preguntarle a nuestra sociedad cómo y dónde quiere envejecer, cómo quiere ejercer su autonomía en este periodo de su vida, cómo y dónde quiere morir. El modelo actual ¿Es satisfactorio o debería cambiarse? Es un tema que, con toda seguridad, tiene muchas respuestas, tantas como personas y circunstancias distintas conviven en nuestra sociedad.

LAS "PERSONAS MAYORES" EN GENERAL

Son aquellas que cuidan habitualmente de nietos o de otros miembros de la familia con dificultades. Son aquellas que nutren de forma importante de voluntarios a ONG, asociaciones de ayuda a la infancia, familias con problemas, bancos de alimentos, etc. organizaciones que, de un día para otro, se vieron privadas de ellos. Esas personas tuvieron que encerrarse en sus casas y se vieron alejadas de sus familiares más directos como hijos, nietos o amigos y privadas de sus actividades habituales. Algunas de estas personas, con más o menos buena salud, vivían solas con lo que

esta circunstancia añade al hecho de su confinamiento. El impacto psicológico de la pandemia en su salud física y psíquica está por

valorar.

Creo que no se deben crear estereotipos al referirnos a las personas mayores por razón de su edad sino considerarlas según sus circunstancias, aceptando que las personas mavores son plurales y diversas. Alguien ha dicho que se debería diferenciar entre "personas mayores" y "personas mayores enfermas" El llamado "edadismo" es una forma más de discriminación y puede tener efectos negativos sobre la persona. En el tiempo del "Estado de Alarma" se prestó especial atención a las llamadas "personas mayores" o "más vulnerables" primero a los mayores de 65 años y más tarde a los mayores de 70. Para ellos se establecieron recomendaciones especiales, sobre todo no salir de casa, excepto para aquello más imprescindible, más tarde regulando sus horarios de salida y ejercicio físico. Unas medidas sin duda necesarias pero que, en algunos casos, podrían ser discriminatorias en el trato y atención por razón de la edad. Me estoy refiriendo en concreto a aquellas "personas mayores" con una buena autonomía, quizás con algún problema de salud, pero capaces de vivir plenamente ese periodo de sus vidas. Son aquellas personas que, en la pasada crisis económica, abrieron sus puertas a hijos y nietos haciéndose cargo de nuevo de una familia extensa.



LOS AFECTADOS POR LA CRISIS ECONÓMICA Y SOCIAL

Son aquellas personas que, de una forma u otra, se han visto afectadas por la crisis económica derivada de la pandemia o agravada por ésta, con graves consecuencias en su entorno personal y social. Personas que han perdido el empleo o la vivienda, personas que tuvieron que recluirse en viviendas de pequeñas dimensiones, en viviendas compartidas o con malas condiciones. Niños y adolescentes, algunos ya con problemas previos, compartiendo infraviviendas, con deficiente alimentación en un país como el nuestro con una ya muy deficiente atención a la infancia según las ratios de la UE.

Niños que se quedaron sin actividades extraescolares de refuerzo o sin servicio de comedor escolar, un servicio que, no siempre, fue sustituido de la forma más adecuada cuando más necesario era. Empleo, vivienda, acceso a la educación son determinantes de la salud en la población que, cuando no funcionan adecuadamente, hacen vulnerables a las personas y a la comunidad. En todas estas personas, sean adultos o niños, la crisis ha tenido y tiene un impacto importante en su salud física y mental. Todas son situaciones a las que dar cobertura y nuestro sistema de salud y de atención social no puede descuidarlas.

A todos estos grupos deberíamos añadir al colectivo de personas con alguna minusvalía que durante este tiempo han perdido ayudas y contactos, como grupos de soporte, actividades específicas, ayuda de voluntarios, etc. Valorar el impacto que todo esto ha tenido en ellos y recuperar el tiempo perdido se hace imprescindible.

Para finalizar: Es obvio que la crisis de la Covid-19 ha tenido, tiene y tendrá muchos afectados y repercusiones en la salud física y mental de los ciudadanos, aparte de las consecuencias económicas y sociales especialmente para las clases más desfavorecidas y vulnerables en un país como el nuestro con diferencias sociales significativas. La coordinación entre los diferentes servicios y administraciones ha de ser la prioridad si buscamos una atención integral e integrada para las personas.



Hoy más que nunca hemos de poner énfasis: En la atención centrada en la persona ya que, si no individualizamos, estamos negando el valor diferencial de cada una de ellas. En la humanización de la asistencia sanitaria y en la reflexión ética sobre todo lo acontecido y sus consecuencias.

Esta crisis ha demostrado, y esperemos no olvidarlo, la necesidad de contar con un sistema de salud fuerte y sólido, y así lo han recomendado la OMS y la UE. La crisis ha elevado a héroes a los profesionales del sistema de salud, a todos ellos, unos profesionales que, ante un elemento desconocido y desestabilizador, han sabido enfrentarse a él, reinventarse y dar lo mejor de ellos mismos. Es hora de que las administraciones públicas hagan lo mismo. Esta crisis también nos ha recordado la necesidad de la buena gestión y el liderazgo, un liderazgo, eso sí, desde el conocimiento y la cercanía.

Es necesaria la coordinación de las diferentes administraciones para facilitar todos los recursos materiales y humanos que el sistema de salud y el sistema social necesita y los ciudadanos demandan. Sin olvidar, como se recuerda en otras páginas de esta revista, que escuchar y atender la voz de los ciudadanos es ya imprescindible para encontrar soluciones, es más su voz es parte de la solución.

Desde las asociaciones científicas y de profesionales, en nuestro caso desde la SEAUS, debemos contribuir a realizar una profunda reflexión sobre esta crisis, poniendo más que nunca en valor la Atención a las Personas y los Derechos de la Ciudadanía.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Mesa Estatal para los Derechos de las Personas Mayores. Propuestas ante la pandemia del coronavirus en defensa de los derechos de las personas mayores. Mayo 2020.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. SemFyC. Fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en Atención Primaria. Mayo 2020.

<u>SEAUS. La pandemia de la Covid-19 y la Atención al Usuario. Junio 2020.</u>

<u>Fundación SIGNO. Aprendiendo de Covid-19. La</u> visión de los directivos. Junio 2020.

FADSP. La Atención Primaria necesita atención presencial. Julio 2020.

CUANDO ACABO DE
ESCRIBIR ESTAS
LÍNEAS, LA TERCERA
SEMANA DEL MES DE
OCTUBRE, ESTAMOS
ASISTIENDO YA A UNA
SEGUNDA OLEADA DE LA
PANDEMIA QUE APUNTA
UN TIEMPO
COMPLICADO.
LAMENTABLEMENTE
ALGUNOS DE LOS
PROBLEMAS
EXPLICITADOS VAN A
AGRAVARSE."

USUARIOS N° 35 / DICIEMBRE 2020 PAG. 57

<u>OPINIÓN</u>

LOS ADMINISTRATIVOS SANITARIOS REIVINDICAN SU PAPEL EN LA NUEVA TAREA DE RASTREO DE CASOS DENTRO DE LA SANIDAD PÚBLICA

JUAN CARLOS GARCÍA BENITO. JAVIER MORENA TEMPRADO. ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ. PATRICIA Mª OLIVARES VENTURA. MIGUEL GALINDO CÁNOVAS.

ORGANIZACIÓN: ASOCIACIÓN DE ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD, AAS.

E- MAIL: INFO@ADMINISTRATIVOSDELASALUD.COM

TELÉFONO: 618 347 845

"EL COLECTIVO DE ADMINISTRATIVOS SANITARIOS, HA ASUMIDO LA RELACIÓN Y CONTACTO CON PACIENTES Y USUARIOS A DIARIO, ATENDIENDO SUS DEMANDAS, DANDO RESPUESTA A SUS INCERTIDUMBRES, BRINDÁNDOLES APOYO E INFORMACIÓN EN UNA SITUACIÓN TAN CRÍTICA Y DIFÍCIL COMO LA QUE HEMOS VIVIDO Y ESTAMOS VIVIENDO"

Con el inicio de la desescalada, a finales del mes de junio de este año 2020 en todo el país, se puso en evidencia la necesidad de contar con un número importante de los llamados "rastreadores" La misión de estos profesionales era localizar, recoger información y hacer un seguimiento de los contactos estrechos de las personas afectadas de la Covid-19, es decir de aquellas personas que habían dado positivo en una prueba PCR.



Una vez localizados esos contactos se les debía hacer una llamada para informarles y posteriormente hacerles un seguimiento de acuerdo con un protocolo establecido al efecto. El rastreo era necesario para hacer seguimiento y frenar la posible cadena de contagios. Esta fue la recomendación del Ministerio de Sanidad y, en reunión con las CCAA, se acordó que cada una de ellas se prepararía en este aspecto y dispondría de un número suficiente y necesario de rastreadores para esta labor. Fruto de la urgencia por incorporar estos nuevos roles y de la heterogeneidad de los sistemas autonómicos de salud, no se puede hablar de una definición clara y unívoca del tipo de profesional que debe ejercer este trabajo, ni las competencias que debe desarrollar.

Así algunas Comunidades Autónomas subcontrataron el servicio de rastreado, algunas de ellas al sector privado, otras crearon sistemas de comunicación como Centros de Atención Telefónica, en algunos casos en paralelo al trabajo realizado desde los centros de salud, y otras utilizaron como rastreadores a médicos y enfermeras. Quedó claro que, no en todos los casos el número de rastreadores era, y no es hoy en día, el suficiente, con evidentes diferencias en las distintas comunidades. Finalmente, el Ministerio de Defensa ofreció miembros de las Fuerzas Armadas como rastreadores a aquellas comunidades que lo solicitaran para completar este déficit.

DESDE LA AAS

(Asociación de Administrativos de la Salud) queremos manifestar nuestra opinión al respecto y promover para este trabajo a los profesionales administrativos de la salud, teniendo en cuenta que la comunicación diaria y directa, tanto personal como telefónica, es la labor que desarrollan habitualmente y que su experiencia y conocimiento puede considerarse una base muy sólida y apreciable a tener en cuenta para la labor del rastreo de pacientes.

A su vez existen en todos los Servicios de Salud bolsas de trabajo formadas por personal administrativo, baremadas con especial rigor, que pueden ser muy útiles para hacer frente a esa demanda surgida en el momento actual. Es por lo que queremos poner de manifiesto que existe una importante dotación de recursos humanos que, con una formación específica en las nuevas funciones de rastreo, supondría una buena solución y con una inversión menor, comparada con la nueva contratación y formación de personal.

Se trataría de mejorar las capacidades y especialización de un colectivo que ya existe y que ya viene desarrollando de manera habitual el manejo de bases de datos, la gestión de citas y agendas, la búsqueda de pacientes y la atención al usuario, entre otras tareas. Esta tarea de rastreadores podría desarrollarla el personal administrativo que forma parte del sistema de salud, eso sí siempre con la supervisión y apoyo de otros colectivos como enfermería o médicos.

Nuestra Asociación considera que durante la pandemia se ha puesto en valor el trabajo diario de profesionales de enfermería y medicina, pero quizás ha quedado algo desdibujada la función del colectivo de administrativos sanitarios, que, sin embargo, han asumido la relación y contacto con pacientes y usuarios a diario, atendiendo sus demandas, dando respuesta a sus incertidumbres, brindándoles apoyo e información en una situación tan crítica y difícil como la que hemos vivido, estamos viviendo. Dado que esta situación muy posiblemente se alargue en el tiempo creemos oportuno ofertar al conjunto de profesionales administrativos como rastreadores, una oferta que creemos, viable, factible y muy asequible.

Es por lo que la AAS hizo público, el pasado mes de septiembre, un manifiesto dirigido a las autoridades sanitarias y a la prensa <u>VER MANIFIESTO</u> a favor de ofrecer la colaboración de un colectivo, el de los administrativos sanitarios, para una tarea como la de "rastreador". Con el convencimiento de que sus conocimientos y habilidades, a parte de su motivación para la atención a los pacientes y usuarios, pueden ser de gran utilidad al sistema.

<u>OPINIÓN</u>

LOS ADMINISTRATIVOS SANITARIOS. UN NUEVO ROL PROFESIONAL EN EL SISTEMA SANITARIO CATALÁN.

"EL ADMINISTRATIVO
SANITARIO DEBERÍA SER
UNA PROFESIÓN
SANITARIA CON UN ROL
CLARO Y DEFINIDO, QUE
PUEDE APORTAR
MUCHO VALOR A LA
ATENCIÓN QUE RECIBEN
LOS CIUDADANOS DE
NUESTRO SISTEMA
SANITARIO"

NÚRIA PAGÈS CASAS

VOCAL CATALUÑA Y BALEARES DE LA SEAUS DIRECTORA GESTIÓ PACIENTS I ATENCIÓ AL CIUTADÀ (GPAC). CONSORCI SANITARI DE TERRASSA. E-MAIL: NPAGES@CST.CAT

Este artículo es el resultado de compartir mis inquietudes con otros colegas de la SEAUS en Cataluña, responsables de servicios de atención al ciudadano, administrativos con los que he compartido turnos de trabajo y compañeros de otras profesiones sanitarias en mi organización (Consorci Sanitari de Terrassa) Me he propuesto hablar del tema de los administrativos sanitarios, aprovechando que desde hace un tiempo se habla de nuevos roles profesionales.

Los **profesionales de atención al usuario** han adquirido un papel fundamental en nuestro sistema sanitario. Sus funciones han evolucionado con las necesidades del sistema y es importante e imprescindible garantizar la profesionalización de este colectivo, de manera que sean profesionales con la formación adecuada.



A menudo, éstos no disponen de una formación académica reglada, que tiene que reemplazarse con la formación continuada. Una formación que, en ocasiones, no está diseñada para adquirir las competencias necesarias para atender a las personas que acuden a los servicios de salud.

A menudo, éstos no disponen de una formación académica reglada, que tiene que reemplazarse con la formación continuada. Una formación que, en ocasiones, no está diseñada para adquirir las competencias necesarias para atender a las personas que acuden a los servicios de salud. La gestión de pacientes es actualmente imprescindible en la gestión de la demanda y flujos de los centros, y por este motivo los administrativos sanitarios han ido desempeñado esta función progresivamente. Es necesario, no obstante, diferenciar este colectivo del resto de administrativos que trabajan en la organización sanitaria, me refiero a aquellos que desempeñan sus funciones en departamentos que no son asistenciales (servicios de soporte como recursos humanos, compras o contabilidad, por ejemplo) y que no atienden pacientes y familiares.

PAG. 60

En el sistema sanitario catalán, el Plan de Acción del CatSalut establece que se han de revisar las funciones de los administrativos sanitarios, mencionando la palabra **apoderamiento por tanto hablamos de aumentar su fortaleza, mejorar sus capacidades y acrecentar su potencial.**

Un ejemplo claro de la necesidad de profesionalizar y apoderar este colectivo es, en Cataluña, el documento de conclusiones del <u>"Fórum de diàleg</u> profesional" "Foro de dialogo profesional"

En este documento queda reflejado el resultado de las sesiones de trabajo, en las que han participado colectivos profesionales del sistema sanitario catalán, pero los administrativos sanitarios han quedado al margen de esta participación, hecho que se puede



atribuir a la falta de un colegio profesional que represente a este colectivo. Tampoco se han incluido en el debate asociaciones de administrativos o sociedades científicas como la SEAUS, que cuenta con un gran número de socios en Cataluña y que tiene publicado un libro "El administrativo de la salud: conceptos básicos para alcanzar la excelencia profesional" en el que se aborda la "competencia" de los administrativos del sistema de salud.

Considero que el administrativo sanitario debería ser una profesión sanitaria con un rol claro y definido, que puede aportar mucho valor a la atención que reciben los ciudadanos de nuestro sistema sanitario. Me permito proponer algunas líneas de trabajo para alcanzar dicha profesionalización: Formación académica, Competencias, Formación continuada y Reconocimiento profesional.

La formación reglada que tienen actualmente nuestros profesionales es heterogénea, ya que no ha existido una formación específica para los administrativos sanitarios. Sí existe una formación específica de **Documentación y Gestión Administrativa Sanitaria**. Se trata de una formación profesional de la rama sanitaria y que se ajusta a los conocimientos necesarios para desempañar tareas de administrativo sanitario, que ofrece una titulación de Técnico Superior y sustituye al ciclo de documentación sanitaria (LOGSE). Diferentes centros educativos están impartiendo estos estudios, el contenido docente de los cuales está publicado, en el caso de Cataluña, en el Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya <u>Formació professional, família professional sanitat</u>

En algunos casos, estos estudios se imparten en colaboración con centros sanitarios que tienen experiencia en la formación de la rama sanitaria, por ejemplo, en Cataluña:

- <u>Tècnic superior en documentació i administració sanitàries, que imparte el Campus Docent de Sant</u> <u>Joan de Déu</u>
- <u>Tècnic superior en documentació i administració sanitàries, que imparte el Campus Docent de Sant</u> <u>Joan de Déu</u>

Para hablar de competencias necesarias, hay que definir primero la misión de los administrativos sanitarios. Su principal función sería facilitar la actividad asistencial, desempeñando tareas de gestión de pacientes y atención al ciudadano. Su trabajo en equipos multidisciplinares es imprescindible, es el punto de unión entre pacientes y profesionales sanitarios.

LA VISIÓN PARA ESTE COLECTIVO ES LA PROFESIONALIZACIÓN Y LLEGAR A SER UN COLECTIVO DE ADMINISTRATIVOS SANITARIOS (DIFERENCIADO DE OTROS ADMINISTRATIVOS DE SOPORTE) QUE SE INTEGRE EN LOS EQUIPOS ASISTENCIALES Y QUE SEA CLAVE EN LA RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL EQUIPO SANITARIO Y LA ORGANIZACIÓN.

Para poder alcanzar esta misión, hay que definir el perfil profesional y las competencias que deben tener, basándonos en las que están definidas en el plan de estudios de la formación académica mencionada anteriormente. Una propuesta podría ser agrupar las competencias en cuatro grandes bloques:

- 1) Competencias técnicas: conocimientos específicos en el ámbito sanitario.
- 2) Competencias comunicativas y relacionales: la comunicación tiene un gran impacto en la relación con las personas que atiende el sistema sanitario. Incluye todas aquellas materias que mejoran las habilidades comunicativas.
- **3) Competencias normativas:** el sistema sanitario se rige por instrucciones y normativas que hay que conocer.
- **4) Competencias organizativas o corporativas:** son las que aportan conocimiento del ámbito específico de trabajo y de la organización.

Se debería avanzar en definir un proceso para acreditar las competencias de los profesionales que están desempeñando estas funciones y no disponen de la formación de **Tècnic superior en documentació i administració sanitàries**. Este trabajo debería hacerse en colaboración con el Departament de Salut, Departament de Treball i Departament d'Educació.

Como cualquier otro profesional sanitario, los administrativos sanitarios deben tener un plan de formación continuada, que les permita actualizar sus conocimientos, para adaptarse a las necesidades de nuestro sistema de salud y de las personas que se atienden cada día. Esta formación debe ser de calidad y adecuada a las necesidades de este perfil profesional.

El reconocimiento profesional es necesario para cualquier colectivo. Así en el marco del nuevo convenio SISCAT se podría materializar, reconociendo la categoría y grupo profesional a las personas que disponen de la Titulación Reglada (Técnico Superior) y promoviendo un proceso de acreditación de competencias para el resto con la finalidad de alcanzar la categoría profesional y valorando la incorporación del complemento de atención directa (homologación ICS). En definitiva, deberíamos avanzar hacia la formación académica reglada de Técnico Superior y la categoría profesional que establece el convenio SISCAT para el grupo 3: **Personal assistencial amb titulació i/o formació professional o tècnica**.

Tenemos la oportunidad de enfrentarnos a un nuevo reto y hará falta que todos los agentes implicados hagan un paso al frente.

- En primer lugar, los propios administrativos sanitarios, que deben identificar su trabajo como imprescindible para el buen funcionamiento de los centros y del sistema, y por lo tanto para dar una atención de calidad a las personas usuarias.
- En segundo lugar, los responsables de los servicios, que debemos apostar claramente por la titulación de Tècnic superior en documentació i administració sanitàries, ofreciendo una salida profesional a este grado superior. A su vez, debemos ser exigentes con la formación y los conocimientos de los profesionales, pero también rigurosos en la selección, exigiendo las capacidades y habilidades que son necesarias. También se necesita la implicación de las gerencias y direcciones ejecutivas y asistenciales de las organizaciones para, por un lado, reconocer a los responsables de estos equipos como interlocutores válidos y necesarios en las organizaciones y, por otro, reconocer el Grado Superior como punto de partida para promover la carrera profesional de este nuevo rol.

Por último, necesitamos la implicación de la Administración para regular como corresponde este nuevo rol profesional, situándolo en el **mapa de las profesiones sanitarias**.



NOSOTROS

EN UN AÑO ATÍPICO Y COMPLICADO PARA TODOS, TAMBIÉN PARA LA SEAUS, DESTACAMOS EN ESTE APARTADO:

XIX CONGRESO DE LA SEAUS

Por causa de la pandemia de la Covid-19, y a pocas fechas de su celebración, se tuvo que suspender nuestro XIX Congreso, que con el lema HUMANIZANDO LA ATENCIÓN, estaba previsto celebrar en la ciudad de Pamplona. Un congreso organizado por la SEAUS con la colaboración del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, y cuyas actividades científicas debían tener lugar en la sede del Colegio Oficial de Médicos de Navarra. El Congreso no se ha suspendido y está previsto celebrarlo el próximo año, en fechas aún por determinar, en la ciudad de Pamplona. Queremos desde aquí agradecer el trabajo, la colaboración y el soporte de los integrantes de los Comités Organizador y Científico, tanto de la SEAUS como de la Comunidad Foral de Navarra. Nuestro deseo es reencontrarnos todos en Pamplona en el 2021 para seguir hablando de todo aquello que ocupa y preocupa a profesionales y pacientes y en especial de "humanización"



COLABORACIÓN DE LA SEAUS EN UN ESTUDIO DELPHI

La SEAUS ha colaborado en un "Estudio Delphi" llevado a cabo por la Universidad Miguel Hernández y el Dr. José Joaquín Mira, con el objetivo de: Identificar cuáles son las principales necesidades y herramientas que pueden facilitar, a los profesionales sanitarios, lograr metas en la atención centrada en la persona, ACP, en el nuevo marco de relación pacientes-profesionales sanitarios que es necesario definir tras la pandemia del SARS-CoV-2. Esta colaboración se ha realizado desde la Junta Directiva y desde el conjunto de socios de la SEAUS.

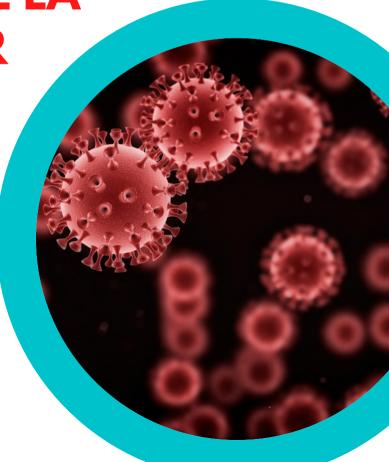
Está prevista para el día 16 de diciembre una actividad on-line dirigida a diversos colectivos, y en la que podrán participar todos los socios de la SEAUS que lo deseen, en ella se darán resultados e información sobre este estudio. Adjuntamos información de esta actividad.

VER PROGRAMA WEBINAR

DOCUMENTO SOBRE FASE DE TRANSICIÓN DE LA

PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN ATENCIÓN PRIMARIA.

En este caso se trata de un documento liderado por la "Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria" semFyC, en el que la Junta Directiva de la SEAUS ha formado parte del grupo revisor. Se trata de un documento que, para la fase de transición de la pandemia, marca una serie de medidas organizativas y asistenciales para ayudar a los equipos de atención primaria a diseñar su propio modelo organizativo y atender a las necesidades de la población.



LA CRISIS SANITARIA DE LA COVID-19 Y LA ATENCIÓN AL USUARIO/PACIENTE. DOCUMENTO SEAUS

Documento elaborado por la SEAUS sobre la crisis de la COVID-19 y su impacto en la atención a los usuarios y pacientes, especialmente dirigido a los profesionales de las Unidades/Servicios de Atención al Usuario/Paciente y de las Unidades de Cestión de Pacientes. También a todos los profesionales implicados en la atención al usuario y en la humanización de la asistencia. En él se contemplan una serie de recomendaciones para tener en cuenta en la fase de vuelta a la que se ha llamado "nueva normalidad".

VER DOCUMENTO

OTROS DOCUMENTOS DE INTERÉS

Durante estos meses de pandemia hemos recogido una serie de documentos en relación con la Covid-19 que se pueden visualizar en nuestra Web, en el apartado Documentos de Interés y que nos pueden ayudar en la reflexión y gestión de todo lo acaecido.

VER DOCUMENTOS

FONDO DOCUMENTAL DE LA SEAUS

Tal y como informamos en su momento, hemos puesto ya a disposición de nuestros socios un Fondo Documental que recoge documentos, informes y otros registros que forman parte de la vida y la historia de la SEAUS, desde su fundación hasta la actualidad. Este Fondo Documental de la SEAUS, al que pueden acceder todos los socios/as de la SEAUS tiene dos modalidades:

- FONDO DOCUMENTAL EN FORMATO PAPEL: Incluye libros, guías y otros documentos que no están digitalizados o que están en los dos formatos. Está depositado en la sede de la SEAUS, bajo la custodia del **Servicio de Atención a la Ciudadanía** del Consorci Sanitari Integral, en Hospitalet de Llobregat, Barcelona.
- FONDO DOCUMENTAL EN FORMATO DIGITAL: Incluye diversos documentos, informes y otros registros que pueden ser de utilidad o interés para los socios/as, agrupados en diferentes carpetas y subcarpetas. Este Fondo Documental es accesible para los socios/as, y únicamente para ellos, en el apartado específico de la página Web de la SEAUS.

JUBILACIÓN



Este año se ha jubilado Encarna Sales Gracián, del Servicio de Atención a la Ciudadanía, del Consorci Sanitari Integral de Hospitalet de Llobregat, que fue durante muchos años socia de la SEAUS y participó activamente en todas nuestras actividades y congresos. Encarna fue durante muchos años una de las caras visibles del SAU del Hospital de Cruz Roja, primero, y más tarde Hospital General de L'Hospitalet, y lo fue muy especialmente para los profesionales del Baix Llobregat. Excelente profesional y gran amiga, siempre dispuesta a ayudar y a echar una mano en beneficio de los pacientes y usuarios y de nosotros, sus compañeros/as. Siempre con la sonrisa puesta y siempre abierta a escuchar. Una sonrisa que no perdió ni en momentos personales difíciles para ella. Los recuerdos son muchos sobre todo aquellos inolvidables días del Congreso de Hospitalet de Llobregat en 1992.

Desde la SEAUS, desearle a nuestra compañera y amiga lo mejor en esta nueva etapa de su vida. ¡Amigos/as para siempre Encarna!





DESDE LA SEAUS...

Nuestra sociedad, la SEAUS, como organización se orienta a fomentar los derechos de los pacientes y usuarios del sistema de salud a través de sus profesionales. Por este motivo estamos viviendo con interés y preocupación la situación creada por la pandemia de la Covid-19 en nuestro país. En estos tiempos difíciles el sistema de salud ha demostrado su verdadero valor, cuyo principal activo son sus profesionales como ha quedado demostrado.

Esta pandemia ha puesto en valor la magnífica labor y la dedicación de unos profesionales, los que están en la primera línea y los que trabajan desde diferentes puestos y responsabilidades, que lo han dado todo en beneficio de los pacientes y de la sociedad a la que sirven, actuando con eficacia, eficiencia y con una dedicación total a las personas enfermas, a sus familias y a la ciudadanía en general. Así lo hemos venido manifestando desde la SEAUS en diferentes foros y publicaciones a lo largo de todos estos meses.

DESDE ESTAS PÁGINAS, UNA VEZ MÁS, HACER LLEGAR NUESTRO RECONOCIMIENTO, SOPORTE Y SOLIDARIDAD A TODOS LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIONS DE ATENCIÓN AL PACIENTE/CIUDADANO/USUARIO Y UNIDADES DE GESTIÓN DE PACIENTES, Y A TODOS NUESTROS SOCIOS Y SOCIAS.



