

## NO HAY EXCUSAS. QUEDA MUCHO POR HACER.

Tras dos meses del estado de alarma un grupo de profesionales de distintos ámbitos de la atención sanitaria de la Comunidad de Madrid (CAM) queremos responder a la pregunta de **qué necesitamos para avanzar** en la gestión de la pandemia causada por el SARS-CoV-2.

A lo largo de este tiempo nos hemos enfrentado a unas necesidades asistenciales nunca antes experimentadas, y ha sido preciso tomar decisiones y realizar cambios en las dinámicas asistenciales de forma rápida y, a menudo, casi improvisada. Ha habido aciertos y errores tanto en la atención sanitaria como en la organización asistencial, y hemos trabajado mucho, con un alto coste personal traducido en largas jornadas, con agotamiento físico y emocional, y sobre todo en número de profesionales enfermos. No podemos olvidar a nuestros compañeros y compañeras que han perdido su vida cuidando las de sus pacientes.

Hemos aprendido muchas cosas sobre la enfermedad y sobre la mejor manera de afrontar esta pandemia. Por eso, entendemos que no hay excusas para implementar todas aquellas medidas que pueden ayudar a mejorar la atención a la población, independientemente de la fase de desescalada en la que nos encontremos.

Desafortunadamente, es muy probable que nos enfrentemos a repuntes y nuevas oleadas de esta enfermedad. Necesitamos estar preparados para que no representen un alto riesgo de salud y un nuevo parón de la sociedad.

### ¿Qué necesitamos en Atención Primaria?

En estos meses hemos lidiado con la escasez de equipos de protección, con la falta de acceso a pruebas diagnósticas, con la ausencia de refuerzos humanos y con la necesidad de atender una enorme carga burocrática. Muchos profesionales [han enfermado](#) y otros fueron destinados a cubrir puestos en el IFEMA, lo que ha supuesto que sigan cerrados muchos [Centros de Salud](#), así como los [Servicios de Urgencias de Atención Primaria](#) (SUAP).

Actualmente hemos afianzado nuestra organización interna, manteniendo circuitos separados para pacientes sospechosos de COVID-19 (en algunos centros con limitaciones estructurales importantes), hay una mayor disponibilidad de material de protección, desde la pasada semana (por fin) disponemos de termómetros sin contacto y se ha incrementado la disponibilidad de realizar PCRs (aunque todavía limitadas a 20 por Centro).

Sin embargo, **aún queda mucho por hacer** (ver [comunicado SoMaMFyC](#)). Necesitamos:

- Suficientes **equipos de toma de muestra nasofaríngea** para todos los pacientes visitados en Atención Primaria que cumplan los criterios establecidos en la Orden Ministerial SND/404/2020 de 11 de mayo. No se explica que sigan enviando equipos para muestras orofaríngeas, en contra de los propios protocolos de la CAM.
- **Protocolos unificados** para la atención de la pandemia. En ellos se debería definir de forma inequívoca qué tareas debe asumir cada nivel asistencial, a qué colectivo hay que hacer un determinado test diagnóstico y por parte de quién, y qué cauces y sistemas de información van a permitir el seguimiento riguroso de los contactos. No es

aceptable que en AP sigamos realizando tareas que no nos corresponden porque, de lo contrario, nadie las asumiría. Podemos hacer de todo, pero TODO no podemos hacerlo.

- **Disminuir la carga burocrática.** La Incapacidad Laboral (IT) en pacientes de riesgo para COVID-19 debe ser emitida por sus Servicios de Prevención de Riesgos Laborales , y se debe mantener la posibilidad de emisión de partes de IT de manera telemática, que de forma inexplicable se ha suspendido en los últimos días. A su vez, el aislamiento por contacto estrecho con paciente positivo no constituye un motivo de Incapacidad Temporal sino una prestación para reducir la circulación del virus. Por ese motivo, la justificación de la ausencia del trabajo frente al INSS y las empresas debería tramitarse de forma automática, como sucede con los permisos de maternidad/paternidad, aliviando así la carga de gestionar una baja a cada uno de los contactos.
- Que se desarrollen y se doten a los centros **de herramientas tecnológicas** que mejoren la atención y la relación con los pacientes de manera segura, manteniendo las garantías de confidencialidad. Una de ellas es el acceso a un **servicio de teletraducción** como el que existe en las urgencias hospitalarias.
- Y, sobre todo, necesitamos **recursos humanos**. Reforzar las plantillas no significa suplir a los profesionales que enferman, supone incrementar los profesionales con los que cuentan los Centros. De esta forma, además de poder asumir la carga asistencial de la pandemia, podríamos recuperar parte de la asistencia a la cronicidad, y atender otras tareas siempre relegadas, y cada vez más indispensables, como la [Atención Comunitaria](#). Es fundamental retener a los residentes de Medicina de Familia y Comunitaria que terminan este mes la especialidad, ofreciendo contratos dignos de larga duración, adscritos a un número reducido de centros para poder mantener la longitudinalidad de la asistencia.

### ¿Qué necesitamos en los laboratorios de Microbiología?

Al inicio de la pandemia la mayoría de los laboratorios de los hospitales públicos realizamos un tremendo esfuerzo para implementar en tiempo récord pruebas moleculares para detectar SARS-CoV-2, en momentos de escasez de reactivos comerciales. Pero, con nuestras capacidades al límite, necesitamos:

- **Recursos adecuados** (espacio, instrumentos y personal) para atender el **incremento de demanda** procedente de Centros de Salud como consecuencia de la nueva normativa (Orden Ministerial SND/404/2020 de 11 de mayo). Con los recursos actualmente disponibles estamos consiguiendo hacer frente a un **incremento de cinco veces en la carga de trabajo procedente de Atención Primaria**. Sin embargo, **se está produciendo un retraso en la respuesta** que podría afectar negativamente tanto a los pacientes hospitalizados como a los de centros de salud. A medida que se recupere la actividad asistencial habitual, los espacios e instrumentos que empleamos para realizar los estudios de SARS-CoV-2 tendrán que ser compartidos con otras tareas y el personal sanitario será insuficiente para asumir todas las funciones.
- **Recursos materiales y humanos para la recogida de los datos** según requerimiento de la Consejería de Sanidad, la cual solicita información más detallada que la Orden Ministerial arriba aludida. En estos momentos **en algunos servicios no hay otra opción para obtenerla que la forma manual**, consumiendo un tiempo que se debería dedicar

a labores asistenciales. Esta situación se ha generado por la precipitación con la que se han solicitado los datos. Por ello, no ha sido posible aún organizar el cruce de la información albergada en los servidores de los laboratorios, los de los hospitales y los de Atención Primaria.

- Realización en los laboratorios de **los hospitales de gestión privada de las pruebas de PCR** de los pacientes pertenecientes a los centros de salud que atienden y que en la actualidad se están remitiendo a hospitales públicos tradicionales. Si cada Servicio de Microbiología llevase a cabo las pruebas solicitadas por los equipos de primaria que le corresponden, se paliaría la sobrecarga de los laboratorios de los centros públicos. Así mismo, es preciso que se puedan estudiar mediante **PCR las muestras de todos los pacientes atendidos en hospitales de gestión privada** que las precisen, sin más limitación que la de la correcta práctica clínica.

### ¿Qué necesitamos en los hospitales?

En las semanas más críticas fuimos capaces de multiplicarnos y adaptarnos a lo que cada etapa de la pandemia nos exigía, teniendo salas de urgencias abarrotadas, aumento de número de camas de hospitalización y de críticos, creando incluso UCIS de novo. En muchas circunstancias, todo se hizo con espíritu de servicio y entrega hacia nuestros pacientes, si bien las condiciones no eran las adecuadas: ausencia de material específico, personal con escasa formación desempeñando funciones nuevas, comprometiendo o incluso rozando la desatención en patología no COVID-19.

- Necesitamos que lo que se hizo y de la manera que se hizo no “valga” para pasar de fase, sino que aprendamos de los errores y **hagamos frente a nuevos rebrotes con seguridad y sin colapso hospitalario.**
- Es necesario trabajar para hacer compatible la atención hospitalaria normalizada y la reanudación de actividad diagnóstica y quirúrgica, con la respuesta a las necesidades asistenciales de la pandemia. Necesitamos **planes de actuación alcanzables y realistas**, que no se queden en papel mojado.
- Necesitamos **diseño y planificación de circuitos adecuados** para poder atender con seguridad a nuestros pacientes, separando a los pacientes COVID-19 de los que no lo son. Esto conlleva clasificar a todos los pacientes a los que se van a someter a una prueba invasiva o intervenir quirúrgicamente, para poder usar esos circuitos con garantías. No podemos ser origen de un posible foco de contagio. Necesitamos **realización de PCR a todos los pacientes que lo precisen.**
- **Necesitamos material suficiente** de monitorización, de infusión de fármacos, respiradores idóneos para pacientes críticos, adecuación o creación de espacios hospitalarios para pacientes que requieran aislamiento. Necesitamos personal cualificado y entrenado suficiente para lo que es imprescindible la **adecuación de plantillas**, tanto en número como en formación.
- Necesitamos **material de protección adecuado**, homologado y suficiente, para desempeñar nuestra labor asistencial. Y que se implanten sistemas de screening periódicos de COVID-19 entre el personal sanitario de manera voluntaria, para proteger a los pacientes y sus familias, así como al resto de compañeros.
- También creemos necesario repensar la creación de hospitales nuevos anunciados (¿de dónde saldrá su plantilla?), y centrarse en la adecuada utilización de recursos

construidos y no utilizados (edificios por abrir en nuevos hospitales) y “viejos” hospitales desmantelados y no utilizados (Hospital Carlos III y antiguo Hospital Puerta de Hierro). Llegado el momento de la desescalada, creemos que la Sanidad Privada debe ser un recurso más para utilizar por el Sistema Sanitario para asegurar la adecuada atención de los ciudadanos.

### ¿Que necesitamos en Salud Pública?

A nadie se le escapa que el papel de los servicios de Salud Pública debe ser clave en la el control la gestión y el control de una pandemia. Hasta la fecha esta relevancia no se ha visto acompañada de la dotación de recursos suficientes, lo que va en detrimento de nuestra capacidad de controlar los posibles focos de contagio.

- Necesitamos desarrollar un **sistema de información** sencillo que aporte información oportuna para detectar rápidamente pequeños incrementos en la incidencia de la enfermedad o cambios en su patrón de presentación y permita tomar decisiones rápidas. El sistema debe estar integrado con los sistemas de información asistenciales, tanto de hospitales como de Atención Primaria y de laboratorios, tanto públicos como privados, de modo que la información pueda obtenerse de la manera más automática posible, sin generar cargas de trabajo adicionales a los servicios que ya funcionan al límite de su capacidad. Además el acceso a la información debe devolverse de manera fácilmente comprensible a todas las personas que participan en los circuitos de notificación con casos COVID-19 sea rápida y bilateral.
- Personal, personal y **personal con formación en salud pública**. Durante muchos años no ha existido una Dirección General de Salud Pública en la Comunidad de Madrid y sus competencias quedaron diluidas en otras estructuras. La DGSP, debería tener las capacidades suficientes para coordinar las actividades relacionadas con la identificación precoz y aislamiento de casos y liderar las actividades relacionadas con el estudio y seguimiento de contactos. Además, esta dirección debería llevar a cabo intervenciones encaminadas al control de la enfermedad en distintos colectivos. Estas tareas, hasta ahora, han resultado imposibles por la limitada plantilla de la que disponen el Servicios de Epidemiología en la actualidad. La contratación de especialistas y de otros profesionales con experiencia en Salud Pública es un paso obligado e imprescindible para que Madrid esté preparado ante los nuevos rebrotes de COVID-19.
- **Establecer de un muro de contención**, en colaboración con Atención Primaria, que haga de [cortafuegos](#) desde el primer nivel. Esto debe hacerse de forma coordinada con los servicios asistenciales, garantizando la posibilidad de cumplir un aislamiento para los casos o una cuarentena para los contactos en los domicilios o en los centros para ello designados. Para ello hay que capacitar a técnicos que hagan seguimiento de los contactos, lo que en el caso de Madrid, con 6,5 millones de habitantes, implica la contratación de cientos de profesionales.

Faltarían en este análisis otras miradas como las de los **centros sociosanitarios**, pero hemos preferido reflejar sólo aquellas de las que tenemos conocimiento directo. Sin embargo, aunque se esté haciendo un esfuerzo en medicalizar estos centros, es fundamental garantizar que todos los servicios del Sistema Público de Salud cuentan con los medios necesarios para

dar respuesta a las necesidades asistenciales de los residentes, en especial cuando se requiere el traslado a un centro hospitalario.

Es imprescindible también que exista un **acceso universal al Sistema de Salud**, sin discriminación, sin barreras, y con la emisión de tarjetas sanitarias de ámbito nacional o autonómico, que permitan el correcto seguimiento y la dispensación de los tratamientos mediante receta electrónica.

Si queremos llevar la barca a buen puerto no vale con mantenerla a flote, necesitamos remar todos en la misma dirección, y sobre todo, necesitamos remos. Los profesionales sanitarios no somos un recurso ilimitado, necesitamos contar con herramientas suficientes para cuidar a la población, a toda la población.

En Madrid a 17 de Mayo de 2020.

Fdo:

Ignacio Revuelta Lucas. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

M<sup>a</sup> Teresa Pérez Pomata. Especialista en Microbiología y Parasitología.

Beatriz Tallón González. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.

Natalia Flores Amador. Especialista en Anestesiología y Reanimación.

Juan Antonio Gómez Liébana. Enfermero.

Alberto Cabañas Cob. Médico residente de Medicina de Familia y Comunitaria.

Dolores Pérez Rojas. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.

Guillermo González Casaurrán. Especialista en Cirugía Torácica.