

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE MÉDICOS SIN FRONTERAS SOBRE PROTECCIÓN AL PERSONAL SANITARIO

Nota a fecha de impresión:

A fecha de 22 de julio, el Congreso de los Diputados aprobó el dictamen sanitario de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Incluye numerosas propuestas algunas que también incluimos en este informe, otras no han quedado recogidas.

Continuaremos trabajando para que se atiendan aspectos que consideramos esenciales en una preparación adecuada frente a posibles rebrotes u otras epidemias. El documento aprobado no tiene carácter es vinculante, necesitará la aprobación de propuestas legislativas y sobre todo dotación presupuestaria para las distintas CCAA. Por ello, seguiremos atentos para comprobar la implementación real de las medidas acordadas, trabajando para la mejora de la protección del personal sanitario, sociosanitario y de residencias.

La dificultad, y en muchos casos, incapacidad para asegurar una correcta protección del personal sanitario durante las fases más agudas de la epidemia de COVID-19 en España, constituyen una de las principales fallas detectadas en la respuesta a la enfermedad en nuestro país. Sus consecuencias se han dejado sentir tanto a nivel personal, en forma de un tremendo y dramático impacto en los profesionales, como sistémico, con una merma de la capacidad del sistema sanitario para hacer frente a la nueva enfermedad hasta el punto de llegar a colapsar en algunos puntos del país. Los contagios entre sanitarios solo disminuirán si se proporcionan equipos de protección adecuados. Sin embargo, todavía hoy, estos continúan siendo insuficientes, especialmente en centros de Atención Primaria de Salud y residencias.

Médicos Sin Fronteras (MSF) analiza en el presente informe el impacto que la ausencia de protección y de medidas de prevención ha tenido en el personal sanitario desde que entrara en vigor el Estado de Alarma (15 de marzo) hasta finales de junio.

El documento de MSF pone el acento en la inadecuada e incompleta protección del personal sanitario aun siendo el grupo de trabajadores de mayor exposición y riesgo al SARS-CoV-2. Este factor ha sido determinante para alcanzar una cifras de impacto que, a 17 de julio¹, situaban en 52.746 los profesionales sanitarios contagiados. Uno de cada cinco personas infectadas pertenece a este colectivo, la tasa más alta de Europa y sin incluir al personal de las residencias de mayores. El peor impacto lo encontramos los días 8 y 25 de abril, con 1.847 y 1.808 nuevos casos de Covid-19 entre sanitarios respectivamente. Otras fuentes apuntaría a un número incluso mayor. Así, según un sondeo del Sindicato de Enfermería SATSE, 74.000 enfermeros y enfermeras habrían tenido síntomas de la COVID-19.

La dificultad para determinar una cifra de fallecidos es similar; mientras que los datos del Ministerio de Sanidad afirman que han sido 63 los sanitarios fallecidos desde el inicio de la pandemia hasta el 5 de junio, otros informes incluyen números mayores: La Asociación de Médicos Unidos por sus derechos cifraba a principios de mayo en 76 el personal sanitario y socio sanitario fallecido. Y posteriormente, su presidente elevaba esta cifra a 98 fallecidos.

A la alta tasa de contagiados ha contribuido decisivamente la indudable falta de Equipos de Protección Personal (EPI), de pruebas de detección y diagnóstico y criterios claros para su uso para el COVID-19, y la escasez de personal y, por tanto de

¹ Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

descansos, que a buen seguro ha propiciado un uso incorrecto de los equipos de protección.

Los equipos de protección personal son indispensables para impedir que los sanitarios se conviertan en vectores de transmisión de la enfermedad. Además de evitar la altas tasas de bajas que se han producido en el sector dejando desatendidas otras patologías durante la fase más aguda de la epidemia.

La falta de EPI ha sido una constante generalizada durante toda la pandemia y, de forma especialmente dramática, durante el pico de la misma como ponen de manifiesto algunos de los testimonios de personal sanitario de hospitales, de residencias y de los propios equipos de MSF recogidos en el documento.

Según [un informe](#)², un 12% de profesionales de salud que habían contraído la enfermedad se reincorporó sin un test de diagnóstico que confirmara que estaban libres de coronavirus. [Una encuesta entre los profesionales de enfermería](#)³ revela cuestiones relativas a la falta de equipos de protección: la valoración sobre la cantidad y calidad de los EPI durante las peores semanas del brote se situó en 3,46 sobre 10. 3 de cada 4 consideraban que necesitarían más formación sobre su manejo y más del 35% declara no haber recibido ningún tipo de información al respecto. 7 de cada 10 profesionales tuvo que reutilizar la mascarilla FFP-2 o FFP-3; 6 de cada 10 han reutilizado mascarillas quirúrgicas y más de la mitad batas impermeables.

El elevado número de demandas judiciales a nivel nacional y autonómico en estos meses refleja la desprotección a la que se han visto expuestos los colectivos sanitarios. Mientras esperan su resolución, las demandas han conseguido forzar medidas cautelares encaminadas a reforzar la protección del personal sanitario.

El informe también repasa los problemas de desabastecimiento y los distintos intentos de aprovisionamiento realizados por las Administraciones. A comienzos de marzo, la OMS exhortó a la industria y a los Gobiernos a que aumentaran la producción en un 40% para satisfacer la demanda mundial. En algo menos de tres meses, España recibió 498 de vuelos de carga dedicados exclusivamente al transporte de material sanitario. Aun así, el personal sanitario se encontró con una falta flagrante de material durante las peores semanas de la pandemia. La primera ola nos ha demostrado que, frente a la competencia feroz por los recursos en el mercado mundial, es esencial generar una capacidad de producción propia para abastecer al mercado interno.

Además de la desprotección meramente física, los profesionales sanitarios también se han enfrentado a las consecuencias psicológicas de trabajar en medio de lo que se ha denominado “medicina de catástrofe”. Diversos estudios muestran los niveles de ansiedad y estrés, el agotamiento emocional y el coste en términos de salud mental que la primera oleada ha dejado entre el personal sanitario y sociosanitario. La atención psicosocial continuada será fundamental ante futuros escenarios.

La preocupación de MSF por la falta de protección del personal de primera línea ante la COVID-19, acrecentada por lo que sus equipos observaban en el terreno y por la información que proporcionaba un grupo de trabajadores de la organización empleados en el sistema de salud, llevó a la organización a realizar varias acciones de

² Informe [Factores relacionados con el contagio por SARS-CoV-2 en profesionales de la salud en España](#). 10 de mayo. Análisis de datos de 2.230 sanitarios, provenientes de cuestionarios respondidos entre el 4 y el 30 de abril. Los datos son aún preliminares y cuentan con algunas limitaciones en la recogida y análisis de información, como la variabilidad de respuesta por comunidades autónomas, una tasa de respuesta no muy alta y el propio sesgo que supone obtener respuestas sólo de profesionales contagiados.

³ Análisis que la empresa especializada en estudios online Sondea realizó para el Sindicato de Enfermería, SATSE, tras realizar una encuesta a finales de mayo y principios de junio a un total de 8.218 enfermeras y enfermeros del conjunto del Estado sobre su situación y condiciones de trabajo en la actual crisis sanitaria de la Covid-19. <https://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/5.500-enfermeras-y-enfermeros-graves-por-la-covid-19>

incidencia política, junto a Amnistía Internacional y sociedades médicas y de enfermería, y a mantener contactos con autoridades y partidos políticos para provocar cambios sustanciales y la puesta en marcha de medidas inmediatas de mejora de la protección.

Un sistema frágil y fragmentado

Desde hace años se han ido relegando las políticas de Salud Pública. Y se ha hecho tanto desde un punto de vista financiero [con una inversión media del 1,1% de toda la inversión sanitaria desde 1988](#), como desde un punto de vista de desarrollo institucional, como demuestra la ausencia de avances desde la aprobación de la ley general de Salud Pública hace nueve años. La pandemia también ha puesto en evidencia que la responsabilidad en salud pública ha quedado fragmentada entre los distintos niveles de gestión. Ejemplo de ello son el cruce de acusaciones entre los distintos actores políticos sobre la responsabilidad en las residencias de mayores o las diferencias en el cómputo de casos entre CCAA y gobierno central.

A la luz de los hechos examinados y ante la posibilidad de una segunda ola, el personal sanitario y de residencias tiene que estar blindado de protección. Con este fin, MSF dirige una serie de recomendaciones a las Administraciones públicas orientadas a la preparación de planes de contingencias para reforzar el Sistema de Salud Pública **sobre el personal sanitario, sociosanitario y de residencias**. Estas son algunas de ellas:

Al Ministerio de Sanidad

- Efectuar una evaluación independiente, con la participación de sanitarios y pacientes, del impacto de la COVID-19 en el personal sanitario, sociosanitario y de residencias para identificar los fallos y cuellos de botella que incluya información sobre la distribución y número de EPI, protocolos, y recursos psicosociales disponibles durante la fase aguda de la primera ola.
- Mejorar la recogida, el reporte, el análisis, la publicación y el **tratamiento informativo**, estableciendo un sistema de reporte transparente, cotejable, accesible, con datos desagregados y actualizada por tipo de profesional y de centro donde se han producido los contagios.
- Para ello, es necesario:
 - Armonizar el sistema **de recogida, análisis, publicación y reporte central de datos** para las Comunidades Autónomas con criterios unificados, y la aprobación de unos indicadores de información públicos, transparentes, actualizados y flexibles para adaptarse a nuevas realidades pandémicas con rapidez.
 - Incluir al personal sociosanitario y cuidadores como grupo de riesgo al encontrarse en primera línea de respuesta.
- Incorporar en todo plan de contingencia y de vigilancia epidemiológica la protección de los sanitarios y cuidadores en el desempeño de sus funciones.
- Asegurar capacidad para disponibilidad de EPI y un stock suficiente para futuros escenarios y unos protocolos de validación de compras adecuados y expeditivos con una regulación de los precios de venta al público.
- Diseñar protocolos claros y ejecutables, adaptados a la realidad del material disponible que incluyan información cuantitativa de los tiempos de uso de los EPI y los riesgos de su mal empleo, escasez, reutilización o desinfección.
- Apoyar a las Comunidades Autónomas con medios económicos y técnicos

- Incorporar la protección al personal sanitario y sociosanitario en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2021 - 2025.
- Reforzar y potenciar la Salud Pública dotándola de recursos humanos y económicos y desarrollando la Ley General de Salud Pública.

A las Comunidades Autónomas:

- Reforzar los recursos humanos, adaptando el ratio de personal al número de pacientes y la complejidad de su manejo, especialmente en Cuidados Intensivos y servicios de urgencias.
- Garantizar la distribución de EPI en cantidad y calidad suficiente y fortalecer aquellos servicios que durante la pandemia no han contado con suficiente material como Urgencias, centros de salud, visitas domiciliarias, o residencias de mayores.
- Desarrollar la formación continuada del personal sanitario y de residencias sobre procedimientos para un correcto uso de los EPI, formas de transmisión, y medidas de prevención y control de infecciones.
- Garantizar un paquete de medidas de apoyo psicosocial.
- Asegurar el acceso a medios diagnósticos para todo el personal sanitario, sociosanitario y personal de residencias. La falta de pruebas de detección ha encubierto situaciones en las que profesionales de la salud asintomáticos continuaron trabajando y se convirtieron en un vector de propagación del virus para compañeros, pacientes y familiares.
- Mejorar los mecanismos de detección y búsqueda activa de casos y de rastreo entre el personal en primera línea para evitar el contagio cruzado dentro de los centros sanitarios.
- Dotar a la Atención Primaria de Salud de los medios adecuados de protección y de un plan de movilización de personal proporcional a las necesidades. La falta de medios de protección y de personal, que en ocasiones fue derivado a los hospitales, provocaron el cierre de numerosos centros sanitarios.

A las estructuras de salud sanitarias y sociosanitarias y residencias público-privadas:

- Certificar que el interés económico no se anteponga al cuidado y protección del personal, asegurando un acceso adecuado a los materiales de protección.
- Garantizar que la distribución de materiales de protección se realiza de forma equitativa independientemente del origen de los pacientes (sanidad pública o seguro privado).

A las gerencias de los hospitales:

- Contar con un plan de contingencia que incluya un listado de profesionales sanitarios formados en la atención a los casos de COVID-19 para realizar rotaciones y cubrir posibles bajas.
- Reforzar los planes en salud laboral y preventiva, detectar de manera inmediata casos sospechosos y confirmados, realizar test de diagnóstico y facilitar las bajas en caso de que sea necesario.
- Asegurar stock suficiente de materiales de protección adaptados a cada servicio a partir del mejor conocimiento de la enfermedad y de las tareas. Organizar medidas para evitar el contagio intrahospitalario

A la sociedad civil organizada

- Continuar su labor de vigilancia fortaleciendo sus capacidades de seguimiento.

A sindicatos:

- Promover y reivindicar los mecanismos para que se cumplan las obligaciones de prevención de riesgos laborales y suministro de EPI al personal sanitario.

Al Defensor del Pueblo

- Habilitar los recursos para hacer un seguimiento de oficio de la situación e incidir en el cumplimiento estricto de la legislación en la protección del personal sanitario.

A los organismos judiciales

- La adopción de medidas cautelares que refuercen la mejor distribución de los medios de protección y la agilización de la resolución de las demandas.