

IMPACTO EN LA MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE ANDALUCÍA DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2. PROPUESTAS DE AVANCE Y MEJORA

IMPACT OF THE SARS-COV-2 PANDEMIC ON PREVENTIVE MEDICINE AND PUBLIC HEALTH IN ANDALUSIA. PROPOSALS FOR PROGRESS AND IMPROVEMENT

Rafael Martínez Nogueras¹; Inmaculada Salcedo Leal²; María Jesús López Fernández³; Álvaro Serrano Ortiz²

¹ Hospital Universitario de Jaén.

² Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

³ Hospital Universitario Regional de Málaga.

Recibido: 17/08/2021 | Revisado: 21/08/2021 | Aceptado: 30/08/2021

Actual Med. 2021; 106(814). Supl2: 99-103

Revisión

RESUMEN

Previo al inicio de la Pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2, los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública de Andalucía comenzaron a prepararse de manera anticipada para hacer frente a su posible llegada a nuestra Comunidad Autónoma.

Se relata la situación de partida, algunas de las medidas de mejora esenciales desarrolladas en este periodo y propuestas de mejora que consideramos clave para disponer de una Medicina Preventiva y Salud Pública más robusta, que nos capacite para hacer frente de manera más eficiente a los problemas de salud actuales y futuros de nuestra población.

ABSTRACT

Prior to the start of the SARS-CoV-2 pandemic, the Andalusian Units of Preventive Medicine and Public Health began to prepare with anticipation in order to deal with its possible arrival in our Autonomous Community. We describe the initial scenario, some of the essential improvement measures developed during this period and proposals for improvement that we consider key to having a more robust Preventive Medicine and Public Health, which will enable us to deal more efficiently with the current and future health problems of our population.

Palabras clave:

Pandemia por COVID-19; Control de enfermedades transmisibles; Medicina preventiva; Salud pública.

Keywords:

COVID-19 pandemic; Communicable disease control; Preventive medicine; Public health.

INTRODUCCIÓN

El inicio de la Pandemia por SARS-CoV-2 hizo conscientes a los profesionales especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública de Andalucía de una realidad para la salud de nuestra población con consecuencias desconocidas hasta la fecha para la Sanidad Moderna. A este nuevo escenario pandémico tuvimos que enfrentarnos con una estructura y recursos escasos, que fuimos complementando con la capacitación y formación continuada de nuestros profesionales.

Las estructuras de los Servicios de Medicina Preventiva y de las Unidades de Epidemiología venían de

sufrir una importante prueba de estrés tras el reciente brote por *Listeria* en Andalucía durante el verano del año 2019. Durante esa crisis se establecieron una serie de mejoras en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que posteriormente demostraron ser muy valiosas durante la Pandemia. Sin embargo, algunas quedaron pendientes; entre ellas, el incremento del número de profesionales cualificados disponibles en esos Servicios.

La capacitación profesional estaba más que demostrada y consolidada, tras muchos años de experiencia y de mejora en los planes de formación de los residentes de nuestra especialidad (comenzando con el Máster de Salud Pública y Gestión Sanitaria impartido por la Es-

Correspondencia

Rafael Martínez Nogueras

Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública

Hospital Universitario de Jaén. Avd. del Ejército Español, 10· 23007, Jaén

E-mail: rafael.martinez.sspa@juntadeandalucia.es

cuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y seguido de todas las actividades de mejora y de formación continua posteriores).

La posibilidad de exponer el todos los conocimientos y experiencia acumulada desde el inicio de la Pandemia y de poder debatir sobre el coronavirus SARS-CoV-2 y la COVID-19 ofrece un escenario de enorme extensión. Tal vez merezca una especial atención el análisis del impacto que ha tenido esta enfermedad sobre la Medicina Preventiva y Salud Pública en Andalucía, exponiendo medidas de mejora que nos pueden preparar para hacer frente a una posible nueva pandemia.

Durante esta crisis sanitaria nos hemos enfrentado a un virus sin tratamiento eficaz demostrado, por desgracia, aunque se hayan destinado y cuantiosos fondos de investigación a la tarea de su descubrimiento. Es en esta situación de emergencia donde se ha vuelto a demostrar la eficacia de la Prevención; las Medidas No Farmacológicas y las vacunas eficaces frente al virus han demostrado su efectividad para proteger a la población frente a la expansión del virus y paliar sus efectos. Los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública somos, por tanto, los conocedores de este tipo de medidas y reglamentos a aplicar, y los referentes en cuanto a actuaciones rápidas en brotes, epidemias y pandemias.

Se han realizado importantes reflexiones sobre el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en el Sistema Sanitario de España y de Andalucía. En estas reflexiones ha participado nuestra Sociedad Científica (Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva y Salud Pública, SAMPSP en adelante) a través de una invitación del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, cuyo resultado fue un comunicado a la ciudadanía tras una publicación por parte de la Consejería de Salud coordinada por la EASP.

Sin embargo, consideramos que, independientemente de la posibilidad de exponer el conocimiento y experiencia acumulada desde el inicio de la pandemia y poder debatir sobre el SARS-CoV-2 y la COVID-19, es necesario prestar una especial atención al análisis del impacto que sobre nuestra especialidad ha tenido y está teniendo la pandemia y qué medidas de mejora nos pueden preparar para hacer frente a futuras pandemias y que desglosaremos a lo largo de este documento.

INICIO DE LA PANDEMIA

La gestión inicial en los hospitales se realizó conforme a la demanda de pacientes con sospecha de infección derivados por sus médicos de familia o que acudían por sus propios medios a los Servicios de Urgencias para confirmar su infección y recibir, si la precisase, atención médica. En líneas generales, los hospitales se adaptaron a esta situación suspendiendo

actividades programadas, creando nuevos circuitos intrahospitalarios y habilitando unidades específicas de hospitalización para la atención a los pacientes con infección por SARS-CoV-2. Además, todos los y las profesionales adaptamos nuestras tareas habituales a las necesidades que la pandemia nos iba reclamando para dar una respuesta lo más adecuada y pronta posible.

Este primer envite para el que inicialmente no estábamos preparados fue salvado sin llegar a colapsar la asistencia hospitalaria. Sin embargo, ha quedado pendiente la realización de planes hospitalarios específicos para dar respuesta a las enfermedades emergentes y reemergentes. Es necesario, a su vez, definir claramente las funciones de todos los profesionales implicados y adaptar las estructuras arquitectónicas de nuestros hospitales para atender a esta demanda teniendo en cuenta como un objetivo futuro el rediseño arquitectónico de nuestros centros. Mientras todo lo anterior se desarrolla, debemos exigir (al menos a día de hoy) como un requisito mínimo la mejora de la Bioseguridad Ambiental de los centros, que tanta importancia está demostrando en la prevención de la transmisión de este virus en espacios cerrados.

Unos de los primeros retos fue la formación e información a los profesionales (compañeros a nivel hospitalario y de otros niveles asistenciales), los ciudadanos, a, los dirigentes y trabajadores de los hoteles destinados a aislamientos extrahospitalarios, las comisiones clínicas, los Comités de Seguridad y Salud, los sindicatos, etc. Se explicó la normativa vigente, como el Reglamento Sanitario Internacional (con los niveles de peligrosidad en el manejo de muestras), la declaración de la ESPII (Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional) y lo que supuso, así como los mecanismos de contagio, transmisión y definiciones de caso sospechoso, probable, confirmado, contacto estrecho, etc. Nadie conocía el Reglamento ni las medidas preventivas, y nos enfrentamos a mucha incertidumbre y angustia por parte de los profesionales y los pacientes. Nuestra Sociedad Científica, en la búsqueda diaria de la mejor evidencia disponible y basada en la formación de sus profesionales, intentaba dar la mejor respuesta.

Otro reto importante fue el circuito y las indicaciones para la realización de pruebas diagnósticas (PCR y serologías, y más tarde tests de antígenos) así como la comunicación de sus resultados. Desde los inicios hasta el día de hoy se ha observado una mejora importante en estos procesos, donde destaca el incremento en las capacidades de los laboratorios. Sin embargo, tenemos que mejorar en la información urgente de los resultados. Otro eslabón a destacar son los estudios de cribado (tanto poblacional como en grupos específicos) no ajustados en ocasiones a la evidencia científica disponible y que consumen una gran capacidad de los recursos que podrían ser necesarios en otros puntos.

A nivel poblacional se logró que la ciudadanía aprendiese, interiorizase y aplicase medidas para el control de la transmisión de la infección: higiene de manos, utilización de mascarillas, distancia social, colocación de mamparas protectoras en los lugares de trabajo, etc. Estas medidas han demostrado ser de utilidad en la prevención de otras enfermedades transmisibles, como puede ser la gripe estacional. Sin embargo, debemos incidir en la mejora continua de la higiene de manos en la población así como en la higiene de la tos a día de hoy. Estas medidas han venido para quedarse y debe ser responsabilidad de todos garantizar su cumplimiento.

DESARROLLO DE LA PANDEMIA

En un problema tan grave de Salud Pública como es una pandemia, cuesta mucho trabajo y esfuerzo discernir y explicar las diferencias entre el abordaje y la atención sanitaria a una persona, y las medidas sanitarias aplicadas a nivel poblacional. El público general debe ser informado con contenido fiable y procedente de fuentes adecuadas, con rigor científico-técnico. La población solía preguntarse: si el virus no era tan letal, ¿por qué morían tantas personas? Fue necesario explicar que, debido a la alta incidencia y la transmisibilidad del virus, el número de contagios entre personas con mayor riesgo de enfermar gravemente y/o fallecer iba a ser, en consecuencia, muy alto también.

Además, las alarmas se encendieron en la población cuando llegaron noticias sobre el colapso de los Hospitales, pero esa era la punta del iceberg. Cuando se ha llegado a esta situación, es porque han fallado previamente todas las medidas preventivas, la Atención primaria se ha desbordado, y el control de los casos y contagios en la Comunidad, también está fuera de control. Se ha intentado hacer un esfuerzo educacional hacia la población para que se comprenda el valor fundamental de la Atención Primaria como pilar que sostiene nuestra Salud Pública y Atención Sanitaria. Se ha realizado un esfuerzo muy importante, que debería seguir potenciándose, en la coordinación y seguimiento de la pandemia, entre la Atención Primaria, la Especializada, las unidades de Epidemiología de los Distritos y los centros de Coordinación. Se ha conseguido mediante la utilización de sistemas de información y comunicación novedosos, o mejorando y extendiendo otros conocidos, como el uso extendido y masivo de la videoconferencia, sumada a una mayor implicación de las Unidades de Gestión de Sistemas de Información en el desarrollo de herramientas para la transferencia de información (por ejemplo, sobre muestras tomadas en urgencias a pacientes no ingresados cuyo resultado debe ser seguido desde Atención Primaria) unida a la transmisión de una información más completa a epidemiología sobre los casos declarados que permiten una más ágil búsqueda de contactos.

Hemos logrado unificar actuaciones mediante bases de datos e instrucciones comunes emitidas desde la Consejería de Salud y Familias. Podemos destacar la mejora en el control de los profesionales y sus estudios de contactos en coordinación con los Servicios de Salud Laboral. En cuanto a los estudios de contactos y control de aislados en domicilio, nos encontramos con una gran disparidad de medios y de número de personas para dedicar a la búsqueda de expuestos. En todos los hospitales y distritos no se pudo disponer de los mismos recursos con dedicación exclusiva para realizar esta función y la organización de estos equipos de rastreo no siempre era coordinada por el Servicio de Epidemiología o Medicina Preventiva y Salud Pública.

La labor de rastreo de contactos en líneas generales ha sido eficaz, pero a medida que los casos han ido incrementándose y las actividades asistenciales han ido igualmente en aumento, se ha motivado que este sistema esté al borde de su ineficacia, por agotamiento o rebosamiento. Esto no siempre se ha solventado con la contratación de rastreadores, hasta alcanzar las ratios adecuadas. En cuanto al control de aislados en domicilio, no hemos podido disponer de un protocolo ágil, que no enlentezca ni burocratice más las actuaciones tendentes a comunicar de manera rápida a las fuerzas de seguridad o juzgado la situación de aquellas personas no cumplidoras de cuarentenas o aislamientos, para inicio inmediato de medidas sancionadoras, todo ello con una legislación que refrende este protocolo.

La Prevención Primaria ha tenido sus lagunas en los hospitales y en Atención Primaria. Tanto es así, que se han producido casos de transmisión de coronavirus entre los profesionales, al no cumplir las medidas de distancia social y uso de mascarillas en espacios de trabajo compartido. Cuestión, que poco a poco, se ha ido corrigiendo.

Las actuaciones en caso de brotes, ante casos nosocomiales de COVID y las recomendaciones de manejo de aislamientos, ha estado consensuada, tras la publicación por parte de la SAMPSP de documentos de trabajo específicos.

Se han desarrollado estrategias de comunicación para la población, con la intención de incrementar su implicación, sensibilización y cumplimiento de las medidas de prevención. Y en estas estrategias de comunicación, se han incluido las relacionadas con las campañas de vacunación. Esta medida tiende a abandonarse con el paso del tiempo siendo de especial importancia la educación continuada y el refuerzo de los mensajes que aclaran y promueven la vacunación. Se ha fomentado la instalación de cartelería informativa, promoviéndose la información y formación directa a la población. Se ha aludido y destacado en los medios de comunicación a la población responsable y cumplidora con las medidas propuestas, dando las gracias y lanzando mensajes de empatía, asertividad y

solidaridad con los demás. El fomento de la educación, sensibilización e información precisa a la población sobre las medidas de aislamiento y protección, ha sido constante.

Ha sido muy beneficioso tanto para los pacientes como para el sistema sanitario la apuesta por las consultas telefónicas, que han ido calando en la población. La premura en esta puesta en funcionamiento se realizó sin que la infraestructura sanitaria haya estado preparada para esto. Actualmente, los pacientes utilizan con mucha frecuencia este tipo de consultas. Se debe incidir especialmente en la humanización e información sobre este modo de acceso al sistema sanitario, ya que en muchas ocasiones puede motivar insatisfacción por no conocer el paciente a la persona con la que habla y sentir lejanía sobre la resolución satisfactoria de sus problemas.

La formación de los profesionales sanitarios no ha sido adecuada. La incertidumbre de las medidas preventivas y asistenciales a aplicar, unido al exceso de horas de trabajo, ha impedido desarrollar una buena formación en los centros. Hay que mejorar la especialización de los profesionales en el manejo epidemiológico de esta u otras crisis. Es imprescindible el reciclaje y formación en epidemiología, realización de simulacros de manera reglada y con un número de horas acreditadas mínimo para poder formar parte de los equipos de guardia. Como se comentará en las conclusiones, esta formación debe estar liderada y coordinada por los Servicios de Medicina Preventiva y/o Epidemiología.

Con respecto a las unidades de Medicina Preventiva y de Epidemiología, entendemos que se ha intentado un incremento de profesionales que en muchos casos no se ha hecho efectivo por falta de profesionales para cubrir las plazas ofertadas.

CONCLUSIONES

Durante el transcurso de la Pandemia, ha quedado más que demostrado que la prevención debe ser la base tanto de la salud como del sistema sanitario público. Partíamos de un modelo a reformar y la Pandemia ha propiciado el inicio de una reforma urgente. Se debe destacar que esta reforma debe huir del mismo modelo “hospitalocéntrico” y debemos retomar la evolución hacia el modelo socio-sanitario, con los matices que nos obliga a implantar la pandemia por el SARS-CoV-2.

Esta no es ni será la última Pandemia a la que nos enfrentaremos. Ya sabemos que volveremos a tener otra Pandemia, con la incógnita conocida por todos, de cuando llegará y el microorganismo que la provocará. Además, nos podemos encontrar con la misma dificultad existente en la actualidad para tratar ese posible microorganismo que provoque la Pandemia.

Así que, invirtamos en prevención; ha quedado demostrado que es una apuesta coste-eficiente y que por lo tanto, asegurará la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. Según datos del Observatorio para la Sanidad, 1 de cada 10 euros del gasto farmacéutico en 2020 se ha ido a productos contra la Covid-19. Y lo datos del Ministerio de Hacienda revelan que las Administraciones Públicas han dedicado 1.815 millones a esta partida. Esto contrasta con el dato de que España dedicó a Salud Pública en 2018, un total de 798,8 millones de euros a Salud Pública.

No hay duda, debemos promover la salud y el bienestar y prevenir la enfermedad y preparar el sistema para prevenir y afrontar posibles amenazas globales como la actual derivada del coronavirus. Y como recoge el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados, *reforzar los mecanismos de coordinación entre atención primaria, hospitalaria, dispositivos de urgencia, Salud Pública, los servicios sociales de atención primaria y los centros residenciales para garantizar la continuidad efectiva de cuidados integrales e integrados en una red de atención sociosanitaria.*

Tenemos que ser muy sensibles para mejorar la atención sanitaria, prestando especial interés en determinadas áreas del mundo rural, poblaciones en riesgo y colectivos con problemas de salud específicos. Se debe desarrollar una nueva relación entre el profesional y el paciente, consolidando una salud pública robusta y efectiva ante los riesgos para la salud, incorporando la Humanización y la Seguridad del Paciente, que deben formar parte de los planes de prevención y asistenciales que se desarrollen en los hospitales y en Atención Primaria.

Desde los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública hospitalaria, debemos potenciar la seguridad del paciente y la gestión de la calidad, incorporando en los cuadros de mando indicadores que reflejen las incidencias en seguridad del paciente, que permitan detectar áreas de mejora; desarrollar sistemas de información coordinados con Atención Primaria y con explotación de datos que permita la toma de decisiones y fomentar la participación de los especialistas de Medicina Preventiva, en el desarrollo de estructuras hospitalarias novedosas que den respuesta a las necesidades actuales y futuras.

Conviene comentar, que, a pesar de las mejoras evidenciadas, han quedado algunas pendientes de desarrollar, como mejorar la comunicación urgente de resultados desde Microbiología a los Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. Debe ser automática y con un formato común para toda Andalucía. También, la mejora de los sistemas de registro, ya que existe exceso de mecanización de datos y bases de datos, no conectadas entre ellas. Este exceso de tiempo dedicado al registro de datos y por otra parte también debido a la carga burocrática prescindible, limita el poder dedicar tiempo a labores de estudio de zonas de mayor afectación y seguimiento

de medidas de prevención. Y también el aumentar el personal disponible en estas Unidades, propiciando la relación directa entre los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública y Epidemiología, ya que según la evidencia de las últimas crisis pasadas y la que estamos viviendo, ponen de manifiesto que estas dos disciplinas deben de ir unidas para una adecuada atención.

En materia de Salud Pública, debemos apostar por soluciones creativas, como la figura del “transmisor “de pautas y comportamientos a la población”. Estas personas deben de manejar las redes sociales y ser capaces de hacer llegar a los distintos sectores de población aquellos mensajes que se transmiten desde Salud Pública, y ser una herramienta eficaz para ayudar en evitar la aparición de rumores, noticias falsas y alarmas injustificadas que con tanta frecuencia distorsionan y dificultan en muchas ocasiones nuestro trabajo en el control de brotes.

Es imprescindible la formación constante para los profesionales sanitarios, por parte de profesionales ya formados y que los impliquen en el cumplimiento de las medidas a través de realización de buenas prácticas y simulacros. Estos profesionales ya formados, deben formar equipos con dedicación parcial a la formación y que preferiblemente, pertenezcan a Servicios de Medicina Preventiva y/o Epidemiología.

Y para finalizar, con la intención de generar conocimiento y evidencia científica, facilitar proyectos de investigación en Salud Pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Consejería de Salud y Familias. Balance de Gestión y Propuestas de mejora. Pandemia Covid-19 en Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2020.
2. 106 MEDIDAS QUE MEJORAN EL SECTOR DE LA SALUD EN ESPAÑA TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19. Fundación Economía y Salud. http://www.fundacioneconomiasalud.org/wp-content/uploads/106-Medidas-que-Mejoran-el-Sector-de-la-Salud-en-España-tras-la-Pandemia-Covid19_compressed.pdf
3. Equidad en Salud y COVID-19 Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales. Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf
4. PLAN DE ACCIÓN PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA ERA POST-COVID19. Documento dinámico V5 – 14 de julio de 2020. Ponencia de expertos
5. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Componente 18. Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/05052021-Componente18.pdf>

6. DICTAMEN COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA. Congreso de los Diputados. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf
7. La ausencia de un modelo sociosanitario en la crisis COVID-19. María Martín Ayala. Derecho y salud, ISSN 1133-7400, Vol. 30, Nº. Extra 1, 2020 (Ejemplar dedicado a: Covid-19), págs. 47-57
8. Economía de la salud (y más) de la COVID-19. osé María Abellán Perpiñán Carlos Campillo Artero. Asociación de Economía de la Salud. <http://www.aes.es/docs/ebook-economia-salud-covid19.pdf>
9. Brauner JM, Mindermann S, Sharma M, et al. Inferring the effectiveness of government interventions against COVID-19. Science. 2021;371(6531):eabd9338. doi:10.1126/science.abd9338

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A todos los profesionales del Sistema Sanitario de Andalucía, especialmente a los que desarrollan sus funciones en los Servicios de Medicina Preventiva y Salud Pública y los Servicios de Vigilancia Epidemiológica.

Si desea citar nuestro artículo:

Martínez Noguerras R, Salcedo Leal I, López Fernández MJ, Serrano Ortiz A. Impacto en la Medicina Preventiva y Salud Pública de Andalucía de la Pandemia por SARS-CoV-2. Propuestas de avance y mejora. Actual Med. 2021; 106(814). Supl2: 99-103