

LA PROFESIÓN MÉDICA ANTE EL SEGUNDO AÑO DE PANDEMIA COVID-19

Informe 5/05/2021 de la Comisión Asesora COVID de la OMC

Resumen ejecutivo y propuestas clave:

La profesión médica vive con esperanza este segundo año de la pandemia; pero también con preocupación. Mucha carga de enfermedad de COVID-19 que será evitable según y como actuemos; y, además, porque vemos con desesperanza que están paradas muchas reformas necesarias para reforzar el Sistema Nacional de Salud. No podemos acostumbrarnos y tolerar ningún nivel de morbimortalidad evitable, y hemos de cohesionarnos para que en este segundo año demos una respuesta conjunta y solidaria todas las instituciones y territorios. Por eso apelamos a todos los agentes políticos e institucionales a que abandonen o mitiguen la rivalidad política partidista y se centren en gobernar la salida a la crisis, y a aportar iniciativas para acciones más globales e integradas.

*Desde el profesionalismo médico y sanitario, podríamos sintetizar **diez líneas estratégicas** que deberían presidir las acciones en este segundo año.*

1. **Vacunar** decididamente y depositar la confianza colectiva en las **autoridades de Salud Pública**.
2. Aceptar, cumplir y hacer cumplir los **acuerdos de respuesta coordinada para el control de la transmisión**, para minimizar la incidencia, la hospitalización y los fallecimientos, priorizando siempre la prevención.
3. Comprometerse y programar para el momento oportuno una **evaluación de la respuesta española a la pandemia**, orientada a aprender y prevenir futuras crisis.
4. Centrar la tarea en la mayor y mejor aplicación de **fondos europeos** para la reconstrucción para refinar y hacer competente y sostenible al Sistema Nacional de Salud.
5. El SNS necesita un **plan de fortalecimiento de su capital humano**, que además de necesario para su viabilidad, es una correspondencia de justicia por el enorme esfuerzo desarrollado por los sanitarios.
6. La reconstrucción ha de incluir tanto revertir la **descapitalización de infraestructuras** y equipos, como un **enfoque innovador en lo organizativo y tecnológico** para que la información genere conocimiento, se potencie el trabajo profesional, y se creen mecanismos seguros y amigables para mejorar la conectividad y comunicación entre profesionales y con los pacientes.
7. Exigimos un **enfoque ético vigoroso** en este segundo año: **nadie debe quedarse atrás**, ni en la atención a la COVID, ni en la recuperación de la atención al conjunto de problemas de salud. Otros retos con implicaciones éticas a abordar, será el **"pasaporte"** inmunitario y el manejo de información de salud de los ciudadanos.
8. El SNS necesita recursos y acciones para **recuperar su suficiencia y solvencia asistencial**, y prestando también apoyo y atención a los propios trabajadores sanitarios, como **primeras y segundas víctimas**, dañadas por esta larga e intensa pandemia.
9. Necesitamos reivindicar **el fomento de la buena ciencia** a través de la investigación y la generación de la evidencia; **y también de la buena y prudente medicina**, revirtiendo la trivialización y la vulgarización experimentada entre tantos expertos y tertulianos sobrevenidos, así como contrarrestando la tendencia a comunicar investigaciones inmaduras que crean ruido y falsas expectativas.
10. Debemos poner en la agenda pública y política la aplicación de las líneas de la **Comisión de Reconstrucción Social y Económica**, y **activar el proceso reformista** que hoy es imprescindible para la supervivencia de un Sistema Nacional de Salud que merezca tal nombre.

La Comisión Asesora de COVID-19 OMC, es un panel de expertos de diversas profesiones, ámbitos y especializaciones, que se ha puesto en marcha el 21 de abril de 2020 para asesorar al CGCOM sobre diversos aspectos científicos, técnicos y organizativos que suscita la pandemia, para sugerir acciones, y para generar informes técnicos que fundamenten posicionamientos públicos del CGCOM.

LA PROFESIÓN MÉDICA ANTE EL SEGUNDO AÑO DE PANDEMIA COVID-19

El aniversario del inicio de la pandemia ha coincidido con un repunte de casos de COVID-19. Esta cuarta ola, de perfil más moderado, se produce mientras avanza con mayor velocidad el programa de vacunación. Las mayores esperanzas para este segundo año estriban en completar la protección de los más vulnerables, y conseguir lo antes posible la inmunidad poblacional. Pero junto a esta perspectiva positiva, existen un buen número de preocupaciones e incertidumbres.

Mucho tiempo y cuatro oleadas epidémicas no sólo generan fatiga y desesperanza pandémica: hay **fatiga política** que se manifiesta en cinco actitudes y comportamientos, explicables pero inaceptables:

1. **El acostumbramiento y tolerancia a una tasa de fallecidos**, ingresados y enfermos elevada y también evitable. Esto lleva a relajar las medidas de contención que, de acuerdo con la Salud Pública, contendrían la morbimortalidad en cifras mucho más bajas. La debilidad normativa actual para afrontar medidas de restricción de la movilidad y limitación de derechos fundamentales aconsejaría como medida inmediata mantener activo el **estado de alarma**, para que las medidas tengan mayor seguridad jurídica y homogeneidad.
2. **La pérdida de cohesión territorial**: las cifras medias están ocultando la gran heterogeneidad de la incidencia en las Comunidades Autónomas; por eso, el control de la pandemia aconseja que las que tengan un nivel de riesgo alto o extremo colaboren conteniendo la expansión de la enfermedad en otras limítrofes con riesgo bajo. Superar la pandemia requiere **sofocar los brotes locales** (“*perimetrar*” zonas, hacer *tests*, aislar casos y rastrear y cuarentenar contactos) para no perpetuar un “incendio” de media-alta intensidad. La **lealtad institucional** más que un deseo es una obligación. La colaboración asistencial, tanto para pacientes COVID, como para no-COVID es otra concreción práctica de la solidaridad inter-territorial necesaria, que debería apoyarse financieramente desde el Fondo de Cohesión del SNS.
3. **El debilitamiento del compromiso reformista**: se difuminan los contenidos de revitalización del Sistema Nacional de Salud, expresados claramente en el Dictamen de la **Comisión para la Reconstrucción Social Económica** del Congreso de los Diputados. Las **ayudas europeas** van canalizadas a la reactivación, modernización y sostenibilidad económica y social, por ello es imprescindible que esta financiación aborde las necesidades de la política de salud y del SNS como garantía de bienestar y de sostenibilidad a largo plazo. Sin ello, el futuro será incierto por los riesgos de rebrotes, inequitativo porque dejaremos atrás a nuestros pacientes con menos recursos, e injusto porque la sociedad española habrá defraudado a esos profesionales y trabajadores sanitarios a los que un día aplaudió desde los balcones.
4. **El mantenimiento de una alta rivalidad política e institucional**, que bloquea la cooperación, confunde a los ciudadanos, se sustrae a la tentación de usar la información según la conveniencia del momento, y dificulta el aprendizaje colectivo de buenas prácticas (usar la experiencia colectiva para mejorar la lucha contra la COVID-19). La deseada **co-gobernanza** no acaba de concretarse de forma virtuosa: en vez de que las instituciones se hagan “co-propietarias” de los problemas y de las soluciones (para bien y para mal), cualquier riesgo de impopularidad retrae de la colaboración, y cualquier fallo o efecto adverso se utiliza como arma arrojada. Un ejemplo ha sido la desmesurada e irracional aplicación del principio de precaución ante los efectos adversos de las vacunas, que en este caso tuvieron una escala internacional. El periodismo sensacionalista refuerza este patrón de desencuentro político e institucional.

5. **Y el dominio de una visión miope y localista ante problemas que exigen enfoques globales e intersectoriales;** pongamos cinco ejemplos: la **vacunación** ha de hacerse a escala planetaria, no debiendo ser entorpecida por patentes u otras barreras; la reforma de los **estándares de cuidados en las residencias de mayores**, y la garantía de que el SNS garantice la atención sanitaria directa y cotidiana a los residentes; la **deslocalización y la globalización** de las cadenas logísticas deben ser moduladas para garantizar una soberanía de insumos; el **cambio climático** es un problema también sanitario (olas de calor, olas de frío, catástrofes, y epidemias); y las instituciones sanitarias públicas deben tener un marco de suficiencia financiera y de autonomía y competencia para ejercer un **autogobierno responsable**.

Dentro de la larga lista de desafíos para el segundo año de pandemia, hemos querido sintetizar diez tareas prioritarias:

Diez tareas prioritarias

1- **Apoyar la vacunación, y reforzar el rol de las autoridades de Salud Pública:** aunque pueda haber información científica nueva que genere incertidumbre, necesitamos un decisor colectivo reforzado. Se deben buscar mecanismos de participación en las decisiones que no impliquen alimentar la desconfianza y erosionar la credibilidad de los órganos técnicos que deben establecer las medidas a tomar, habitualmente con muchas incertidumbres y variables a considerar. Y no olvidar que para el control de la pandemia es necesario apoyar la **vacunación en todos los países y en un plazo breve**, que asegure la inmunidad colectiva. Según avance la vacunación será más importante reforzar los recursos para **investigar los brotes, hacer rastreos sistemáticos, y asegurar que se cumplen los aislamientos y cuarentenas**; sólo así podremos extinguir los rescoldos y prevenir una morbimortalidad evitable. La argumentación pública desde la profesión médica frente al **negacionismo, rechazo a la vacunación, enfoques pseudocientíficos o la propuestas de pseudoterapias** debe ser enérgica y sistemática, especialmente si dichas posturas provienen de médicos colegiados, en cuyo caso se ha de valorar la responsabilidad deontológica.

2- Debemos exigir a las autoridades sanitarias central y autonómicas **que respeten y hagan respetar el acuerdo de 22 de octubre del Consejo Interterritorial del SNS sobre “Actuaciones de Respuesta Coordinada para el control de la transmisión”¹**, en el cual se establece con un gran detalle los **niveles de alerta y los indicadores** que van a determinar la valoración del riesgo y las acciones de salud pública. Será probablemente necesario un **reajuste de indicadores** (reducción de umbrales) para el control de la pandemia, ya que estaremos dentro de un escenario de inmunización más avanzada. En todo caso debe haber reglas, comúnmente aceptadas y respetadas, con vigilancia y sanciones que refuercen su cumplimiento. La seguridad jurídica de las acciones de protección de la salud que puedan restringir los derechos fundamentales de los ciudadanos, pueden aconsejar el mantenimiento en lo inmediato del **estado de alarma**, a falta de otros instrumentos eficaces, que además garantizan la homogeneidad de la respuesta en todas las Comunidades Autónomas. Hay opiniones solventes a favor de una regulación específica en la Ley Orgánica 3/1986 de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública sobre emergencias sanitarias y pandemias y se tipifiquen y

¹ Actuaciones de Respuesta Coordinada para el control de la transmisión. Ministerio de Sanidad, 22 de Octubre 2020, disponible en:

http://www.msbs.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actuaciones_respuesta_COVID_22.10.2020.pdf

desarrollen las medidas que puedan adoptarse: confinamientos, cuarentenas, toques de queda, etc.; en esta línea convendría retocar la Ley Orgánica 4/1981 de los estados de alarma, excepción y sitio.

3- **Se ha de promover la rendición de cuentas y la evaluación**, porque es la única forma de aprender y extraer lecciones de la experiencia, aunque debe buscarse el tiempo y el método adecuado. No se debe ignorar la dificultad científico-técnica de evaluar la respuesta a una pandemia, así como las complicaciones que puede generar una judicialización de dicha rendición de cuentas, o un cainismo político que busque el desgaste o la traslación de culpas. Pero en la agenda institucional debe inscribirse una **evaluación objetiva y basada en el conocimiento, de las respuesta de España a la pandemia de COVID-19**, para ser desarrollada en el momento oportuno.

4- **España necesita abordar de forma efectiva y prioritaria la obtención y gestión de los fondos europeos**, para dar cabida a la **refinanciación del SNS**: se trata de recuperar activos, y también de estabilizar las mejoras de financiación conseguidas, para revitalizar el SNS. Las transformaciones que se necesitan no son solo cuantitativas, sino de capacidad de **gobernanza sanitaria autónoma y eficiente**. Sería imperdonable que las rivalidades políticas e institucionales dificultaran este proceso.

5- **Por justicia y por conveniencia, el Sistema Nacional de Salud debe desarrollar un Plan de fortalecimiento de su capital humano**, que incluya tanto la planificación de recursos en profesiones y especialidades, como el desarrollo de políticas profesionales, retributivas y de gestión clínica que mejoren la calidad de empleo y la atraktividad para los jóvenes. El plazo ya ha vencido para conseguir un relevo generacional que no sea traumático o disfuncional; minimicemos el daño con un proceso decidido y generoso. En la epicrisis de la pandemia, hemos de contar con el soporte a la **salud mental de los profesionales**, y el cambio gestor y cultural para que las organizaciones mejoren el bienestar y clima laboral. Y también por justicia y para abonar un clima de confianza mutua, se debe contar con un claro y firme **apoyo legal del SNS a sus facultativos ante posibles demandas legales** por problemas surgidos en las situaciones excepcionales de la pandemia.

6- Hay que aprovechar la reconstrucción sanitaria para **superar la obsolescencia en instalaciones y equipos** provocada por la desinversión crónica, pero también para poner en marcha **nuevas arquitecturas inteligentes organizativas y tecnológicas**, que aporten **efectividad sin restar afectividad** y relación personalizada:

- a) Infraestructuras de comunicación e interacción entre profesionales y niveles, y con el paciente, incluyendo aplicaciones sensatas y efectivas que ayuden al control de la cronicidad.
- b) Desarrollo de sistemas inteligentes para generar nuevo conocimiento a partir de la información masiva del mundo real, que también se empleen en evaluar resultados e intensificar la seguridad del paciente.
- c) Facilitar la utilización cotidiana de la mejor evidencia y conocimiento embebiéndola en la historia clínica, apoyando que los médicos puedan interaccionar y explotar la información que generan.
- d) Utilizar aquellos sistemas de inteligencia artificial que prueben su capacidad de reconocer patrones para apoyar los procedimiento diagnósticos.
- e) Uso integrado de sistemas de información para seguimiento de problemas de salud y adherencia al tratamiento en pacientes, para estudios poblacionales de problemas de salud, para detección de oportunidades de intervención en pacientes fuera de los circuitos asistenciales, y para vigilancia epidemiológica, alertas, rastreo e intervención precoz.
- f) Apoyo tecnológico a modelos de teleconsulta avanzados, que permitan un contacto personalizado, seguro y efectivo, que supongan mejoras probadas en la asistencia, cuidados y telemonitorización y autocontrol en el domicilio del paciente, y que no substituyan sino que complementen la relación médico paciente.

7- Desde la ética y la deontología médica, hemos de **reivindicar la aplicación del principio bioético de Justicia**: luchar para no dejarse a nadie atrás, tanto en la COVID, como en los pacientes no COVID postergados por la saturación asistencial. Sería muy conveniente que se promoviera un informe sobre **desigualdades sociales en salud y atención sanitaria en el segundo año de la pandemia**. Y también sería aconsejable que ante situaciones de racionamiento duro de los medios diagnósticos y terapéuticos que pudiéramos tener en un futuro (pandemias o catástrofes), los médicos **estuviéramos equipados de nuevas capacidades bioéticas** para desarrollar criterios consensuados y asumir la difícil priorización de los recursos fuertemente limitados.

8- **El SNS debe programar acciones y asignar recursos específicos para que el SNS recupere la suficiencia y solvencia asistencial**: abordar la **morbilidad no-COVID** acumulada, remediar en lo posible las consecuencias de los retrasos asistenciales, y atender a la nueva **morbilidad post-COVID** que está emergiendo. Se trata también de reactivar las actividades de **seguridad de paciente** (ya que muchos eventos adversos no están siendo suficientemente notificados ni analizados); pero también de dar un claro impulso al enfoque colectivo de la prevención de riesgos durante toda la trayectoria del paciente. Y, finalmente, incluir como objetivo los problemas de salud a los propios sanitarios: hay que **cuidar a los cuidadores** como primeras víctimas de la COVID y como segundas víctimas por el daño psicológico y moral de haber dedicado más de un año a una lucha contra la enfermedad en condiciones muy adversas, compensando con su profesionalismo y humanidad la soledad de los pacientes en sus momentos más difíciles.

9- **La medicina española ha de reflexionar sobre esta época de trabajo clínico con débiles o nulas evidencias, que ha condicionado la pandemia**: toca rendir cuentas, pero también reivindicar de los poderes públicos la creación de **estructuras de gestión del conocimiento** que apoyen la evaluación de las intervenciones y la consolidación de guías y recomendaciones (el tantas veces solicitado **Hispa-NICE**).

La **participación de médicos expertos en medios de comunicación** ha sido importante, valiosa y positiva; debe destacarse el hecho de que el periodismo haya buscado de forma tan amplia la opinión experta. El peligro de la hiper-exposición a los medios es el riesgo de vulgarización y devaluación del conocimiento científico; por ello hemos de **recomendar vivamente a los médicos que solo hablen de lo que cada uno conoce**, que colaboren en la educación de la ciudadanía sobre la buena ciencia y el pensamiento crítico, y prevenirles de que entren en un bucle estéril y peligroso de declaraciones fuera de su áreas de competencia o de la evidencia, arrastrada por la lógica de la prensa y programas de radio o televisión.

Igualmente, **los investigadores deben moderar su deseo de notoriedad, trabajar de forma cooperativa y evitar la precipitación imprudente de anuncios a la prensa** sobre descubrimientos inmaduros que generan expectativas sociales injustificadas, por más que puedan representar ventajas laborales, económicas o del valor de las acciones de las compañías.

10- Y, finalmente, hemos de reactivar las reformas pendientes, poniendo en la agenda pública y política la aplicación de las líneas de la **Comisión de Reconstrucción Social y Económica**. Las reformas ya son inexorables si se quiere construir un futuro que no sea de declive de la medicina y la sanidad pública española.