



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
EPIDEMIOLOGÍA

Informe sobre el desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la Pandemia de COVID-19

Aportaciones desde la Sociedad Española de Epidemiología

Diciembre de 2022

Cita sugerida:

Sociedad Española de Epidemiología. Informe sobre el desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la Pandemia de COVID-19. Aportaciones desde la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología (SEE); diciembre 2022.



Introducción

La pandemia de COVID-19 ha impactado sobre todos los países y ha puesto a prueba sus sistemas de salud, así como la respuesta de la sociedad en cada territorio. Desde comienzos del año 2020 hasta la actualidad, dado que todavía no se ha dado por terminada la pandemia, los gobiernos y los sistemas de salud de cada país han tratado de dar respuesta a un acontecimiento sin precedentes en el último siglo y es necesario también reflexionar cómo ha sido esa respuesta y obtener enseñanzas para el futuro.

La Sociedad Española de Epidemiología (SEE), como sociedad científica centrada en uno de los aspectos claves de la salud pública, ha visto como sus actividades y las de las personas asociadas a la SEE estaban en el centro de muchos de los aspectos que han sido, y siguen siendo, de importancia capital durante la pandemia y su gestión.

Es por ello, que el presente informe trata de presentar, de una manera sintética, la visión de la SEE sobre los aspectos relevantes de la respuesta del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España en la gestión de la pandemia. Se centra también, como es lógico, en la respuesta de la estructura de salud pública. Y en todos los aspectos se trata de resaltar tanto las virtudes como los defectos. Finaliza aportando consideraciones y recomendaciones.

Aspectos relevantes de la respuesta del SNS en la gestión de la pandemia

Actitud de los profesionales sanitarios:

En primer lugar, es necesario resaltar la actitud positiva que han mostrado los y las profesionales de la salud (salubristas y asistenciales; graduados y en formación), especialmente en las primeras etapas. Hay que destacar que se aportó, ante un reto sociosanitario enorme, una respuesta profesional, de calidad y, en muchas ocasiones, con grandes dosis de voluntarismo más allá del cumplimiento de la obligación. Máxime, teniendo en cuenta el ingente trabajo a realizar y los medios con los que hacerlo, ya que los recursos eran, y siguen siendo, escasos (tanto los humanos como los materiales), acumulando fatiga, en medio de una gran incertidumbre, científica y técnica, y con una enorme presión (profesional y personal).

Recursos humanos e infraestructuras tecnológicas:

Es notable la insuficiencia, ya histórica, de recursos humanos y de infraestructuras tecnológicas, en muchos niveles sanitarios, y muy especialmente en las unidades de vigilancia y control de salud pública. Ello ha hecho que dichas unidades hayan estado muy sobrecargadas pudiendo dedicarse sólo a lo urgente y no tanto a lo importante. En muchas ocasiones se les ha solicitado que alcanzaran objetivos muy ambiciosos con recursos insuficientes. Se ha reclutado por la vía de urgencia a personal sin experiencia y los que la tenían no disponían del tiempo necesario para formarlos. El resultado ha sido un acúmulo de fatiga del personal, con un escaso reconocimiento del trabajo realizado, y unas plantillas agotadas (que ya estaban envejecidas antes de la pandemia) y que han ido perdiendo la motivación, situándose al límite de sus fuerzas. Este aspecto no sólo es relevante en lo que se refiere a la gestión de la pandemia, sino que también lo es, y mucho, para el momento en el que esta finalice.



Gobernanza y toma de decisiones:

La toma de decisiones que se ha efectuado ha tenido altibajos. En ello han influido desde las razones técnicas a las motivaciones políticas, pasando por el modelo de gobernanza de la salud en España, y por el marco normativo y su interpretación jurídica. La falta de una gobernanza clara en salud pública es extremadamente peligrosa en situaciones de emergencia porque se pueden imponer fácilmente decisiones con alta carga científica o con nula evidencia científica.

El SNS tiene como órgano de coordinación el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CI-SNS) en el que participan todas las comunidades y ciudades autónomas y el Ministerio de Sanidad. Durante las fases más agudas de la pandemia este órgano, muy poco conocido por la ciudadanía e incluso por algunos/as profesionales y responsables de políticas sanitarias, ha tenido un protagonismo muy superior al de etapas anteriores. Pero lo cierto es que el modelo de gobernanza de la salud en España está todavía pendiente de concretar política y territorialmente, lo que ha dificultado la toma de decisiones, incluso en ocasiones en las que podía haber consenso técnico.

Ha habido un excesivo uso del concepto de “técnico/a”, desde el ámbito gubernamental (estatal o autonómico), repitiendo con asiduidad que las decisiones se basaban en el consejo de los “técnicos”, lo que no ha sido cierto en muchas ocasiones en las que han primado otros argumentos.

Comunicación de la situación y de las medidas a tomar:

La comunicación de las medidas de prevención y control y de sus modificaciones durante la pandemia también ha sido un elemento clave durante la gestión de la pandemia. En salud pública y especialmente en la vigilancia de una enfermedad nueva, se trabaja en muchas ocasiones en la incertidumbre, sin disponer de toda la evidencia científica necesaria, por lo que es complicado saber qué medidas serán las más efectivas y oportunas, y en qué momento se deben aplicar (y durante cuánto tiempo) y en qué ámbito geográfico y social. Esto resulta aún más complejo teniendo en cuenta que los cambios en el escenario epidemiológico pueden justificar unas medidas en un momento dado y en otros no. Hay que tener en cuenta además que, en general, en los medios de comunicación generalistas se resalta más lo infrecuente o llamativo y no tanto el contexto general, lo que ha podido contribuir a generar confusión en ocasiones.

Esta pandemia ha puesto de manifiesto las carencias y barreras en comunicación, un reto pendiente para la mayoría de profesionales de la salud pública. Así mismo, sería necesario un mayor aprovechamiento de todos los avances tecnológicos con los que se cuenta hoy en día.

La respuesta de la ciudadanía ha sido en ocasiones muy madura y, en otros momentos, menos responsable, acusando la fatiga pandémica y las incongruencias en las actuaciones técnicas o políticas y los problemas debidos a la comunicación.

La situación sociosanitaria:

Ante la situación en las residencias para personas mayores, las actuaciones de respuesta (sanitaria y de salud pública), sobre todo en la primera ola, fueron lentas, poco coordinadas, y no lo suficientemente eficaces.



Es evidente que el modelo sociosanitario debe ser reorientado y repensado. Se deberían evaluar los cambios introducidos desde el inicio de la pandemia y valorar las lecciones aprendidas.

Acciones realizadas en la pandemia con una mejor valoración

Entre las acciones realizadas desde el SNS con una valoración más positiva están:

- La flexibilidad del sistema sanitario para movilizar recursos para aumentar el personal sanitario a las áreas que eran necesarias en momentos de crisis aguda.
- El trabajo multidisciplinar que se ha tenido que llevar a cabo en el ámbito asistencial en la atención de los pacientes con COVID-19.
- La coordinación que ha permitido la utilización de centros sanitarios públicos y privados, en la asistencia y en el diagnóstico, y su incorporación real a la información para la vigilancia (especialmente en el caso de los laboratorios).
- El liderazgo que, en algunas ocasiones, no siempre, ha tenido la salud pública, en lo relativo a las recomendaciones de actuaciones.
- La campaña de vacunación sin precedentes que ha permitido alcanzar excelentes coberturas, y para cuya medición se ha creado un sistema de registro sin precedentes en el ámbito nacional que ha permitido la monitorización constante.

En la gestión de la pandemia, las acciones realizadas desde la estructura de salud pública, estatal o autonómica, que puede considerarse que tienen una mejor valoración están:

- La disponibilidad de vacunas efectivas para el control de la enfermedad y la elaboración de la estrategia de vacunación frente a COVID-19 aprobada por el CI-SNS y su ejecución, alcanzando una amplísima cobertura en un tiempo récord. Ello ha sido posible también gracias a la compra, realizada de manera conjunta en el marco de la Unión Europea.
- El intento de mejora en los sistemas de información de vigilancia en salud pública y la toma de conciencia de la necesidad y adecuación de estos, y su utilización en la comunicación de información. Hay que destacar que, pese a todo, e incluso con la obsolescencia e inadecuación de los sistemas de información que aún persisten y de las críticas recibidas, se han generado los datos necesarios para la toma de decisiones durante la pandemia.
- Se han digitalizado muchas rutinas y se ha producido el enlace de bases de datos e información (vacunación-historia clínica-resultados de laboratorio).
- El impulso y realización de algunos estudios epidemiológicos relevantes, como el estudio ENE-COVID o el estudio MINCOVID.
- El incremento temporal de los recursos humanos en las estructuras de salud pública y la movilización de recursos hacia la vigilancia y control desde otras áreas de la salud pública. Este aspecto pone de manifiesto la importancia de la inversión en las estructuras de salud pública y específicamente en las de vigilancia de la salud pública.



- La puesta en valor de la evidencia científica en el campo salubrista y epidemiológico y su utilización en la comunicación, estableciendo alianzas tácitas, que no explícitas, y colaboraciones con los/as profesionales de la comunicación científica.
- El elevado compromiso y la gran dedicación de los profesionales de salud pública.

Carencias en la respuesta a la pandemia

Desde el SNS, la respuesta a la pandemia también ha tenido carencias, algunas de ellas muy importantes. Entre ellas, pueden resaltarse las siguientes:

- Desproporción en el enfoque, dándole mayor importancia y liderazgo al ámbito hospitalario frente a otros niveles como la atención primaria y la salud pública. La falta de refuerzo de la atención primaria repercute en toda la asistencia sanitaria, inclusive en la salud mental. Por otra parte, no ha habido protocolos específicos claros para el manejo de la situación en los centros sanitarios (circuitos, dotación de recursos, responsabilidades, ...).
- La infradotación, falta de recursos y orientación de las redes que ofrecen cuidados sociosanitarios más allá de las estructuras del sistema sanitario, y la integración entre el ámbito sanitario y sociosanitario.
- La falta de recursos humanos, en todos los niveles del SNS, y en salud pública, especialmente en vigilancia y control. Y también la falta de recursos técnicos y, en algunos momentos, hasta de equipos de protección para sanitarios (EPIS).
- La falta de preparación de las estructuras hospitalarias para una pandemia por virus respiratorio (ventilación no adecuada, puertas no transparentes de habitaciones...) y la falta de adecuación de las instalaciones sanitarias para atender enfermos que requieren aislamiento. La inversión que se hizo para el “modelo Ébola”, en unidades muy especializadas pero limitadas de camas, se demostró totalmente ineficiente para la pandemia de COVID-19.
- La ausencia de un debate público en el que pudieran participar personas y sociedades científicas con experiencia y conocimientos en control de epidemias y pandemias.
- La falta de actualización e implementación de un plan de preparación y actuación frente a pandemias y emergencias sanitarias.
- La falta de previsión de elementos esenciales para el sistema sanitario, debida a que en años previos se ha externalizado demasiado. Es necesario mantener una adecuada distribución territorial de aquellos recursos y tecnologías esenciales para el control de crisis en salud pública.

En la estructura de salud pública también pueden mencionarse carencias en la respuesta a la pandemia. Pueden identificarse las siguientes:

- La falta de dotación de personal en todas las estructuras de salud pública en el SNS (estatales, autonómicas y locales). Y especialmente del personal que dispone de formación cualificada. Los contratos precarios, y muy limitados en el tiempo, no han sido la solución que se necesitaba, y no se ha aprovechado lo suficiente la emergencia sanitaria para reforzar la salud pública.



- Poner más de relieve, como uno de los ejes fundamentales, la distribución de la enfermedad y sus determinantes sociales, específicamente el género. Es necesario integrarlos en el análisis y tenerlos en cuenta a la hora de la recomendación e implementación de medidas o en el diseño y ejecución de la comunicación.
- El abandono de muchas de las tareas habituales que realizan las unidades de salud pública (cribados y prevención de las enfermedades crónicas, por ejemplo), que ya estaban limitadas anteriormente en recursos humanos cualificados, para centrarse solo en la COVID-19. Ello va a significar un retraso de años en la atención a condiciones de salud específicas, con especiales repercusiones en la salud de la población (que, además, ha sufrido deshumanización de la asistencia sanitaria y descuidos injustificados en la atención a patologías no COVID-19) y también en la toma de decisiones a medio y largo plazo.
- Inadecuada comunicación en muchas fases de la pandemia: la abundancia de datos ha ocultado la importancia, significado e interpretación de estos, perdiendo la oportunidad de reforzar la divulgación, lo que ha sido aprovechado por algunas personas inclinadas al sensacionalismo. No ha habido un abordaje o respuesta planificado ante las noticias falsas o la desinformación.
- Dificultades para llegar a acuerdos sobre las medidas y políticas a adoptar: criterios encontrados o diferenciados, ante situaciones similares, entre administraciones de salud pública según el territorio, no anteponer la evidencia científica, no basarse en la situación epidemiológica y social, sino en otros criterios, ...

Consideraciones que se deberían tener en cuenta en futuras pandemias

Las pandemias son crisis sociales en un sentido amplio, donde la salud pública cuenta con un papel importante. Es difícil llevar a cabo acciones colectivas que sean comprendidas y apoyadas por la población si no se trabaja de forma continua en generar redes y espacios donde salud pública y ciudadanía interactúen, y que esto permita activar de forma rápida una serie de estructuras que permitan llevar a cabo las acciones necesarias en una situación en crisis. De otra forma, las medidas son de corte más vertical, órdenes en realidad, lo que dificulta generar confianza en la población hacia las instituciones.

Es necesario darse cuenta de que una crisis sanitaria, como una pandemia, no se gestiona exclusivamente desde un hospital, sino que es imprescindible también reforzar otras estructuras del sistema sanitario: atención primaria y salud pública. También es necesario reafirmar que la función de la epidemiología no es la de simplemente proveer y generar datos. El análisis, interpretación, sugerencia de modelos preventivos y las funciones de evaluación o no se han podido realizar o han sido muy modestas, desagregadas y no planificadas. Una de las funciones de la epidemiología es proveer información para la acción, y sus resultados deben ser necesariamente traducidos en acciones evaluables que impacten en la salud de la población.

La integración y la coordinación de la salud pública en el SNS debe resolverse en todos sus ámbitos político-administrativos. La legislación y la mentalidad actual separan a la salud pública y su personal sanitario de los centros asistenciales de atención primaria de salud y hospitales. Todo ello se produce, además, en una histórica insuficiencia de recursos humanos y de infraestructuras tecnológicas en todos



los niveles sanitarios. A ello se añade la falta de reconocimiento de los/as profesionales de salud pública frente a sus pares en los centros asistenciales.

Los recursos humanos con adecuada y suficiente formación en salud pública no se improvisan. Es necesario dignificar los puestos de trabajo en las estructuras de salud pública para atraer a profesionales capaces y formados. Puestos con condiciones de trabajo dignas, remuneración apropiada y competitiva, con número de plazas adecuadas a la población (estructura y perfil) a atender, y con perfiles profesionales que cubran las diferentes funciones a desempeñar incluyendo competencias en respuesta y preparación ante crisis de salud pública. Hay que contemplar el recambio generacional en el personal de salud pública en general y en el dedicado a la epidemiología en particular, siendo necesario abordarlo asegurando el traspaso de conocimiento a las nuevas generaciones.

Es necesario contar con suficientes profesionales en las funciones de vigilancia y análisis de la situación de salud. Para ello, es imprescindible consolidar las unidades de vigilancia de salud pública y crear las alianzas necesarias para establecer el asesoramiento científico y coordinar las acciones conjuntas necesarias en momentos de crisis.

Hay que realizar una apuesta por el desarrollo, y mantenimiento, de los sistemas de información en el ámbito de la vigilancia de salud pública, y en otros ámbitos de la salud pública, y que estos se integren de manera real y funcional con los sistemas corporativos sanitarios y con aquellos de interés sanitario y sociosanitario, aunque estén fuera del SNS (demográficos, económicos, ...).

Es necesario desarrollar, elaborar y mantener actualizados los Planes de Preparación y Respuesta a Pandemias y Crisis Sanitarias en todos los niveles del Estado, involucrando a todas las administraciones (y no solo a la administración sanitaria) y a los servicios sanitarios privados.

Se deben establecer los mecanismos de toma de decisiones apropiados para un país con una estructura cuasi federal, que incluya los circuitos de comunicación entre administraciones.

Es necesario incorporar a la ciudadanía en la gestión de una emergencia sanitaria. Ello requiere disponer de la capacidad y habilidad para trasladar cuestiones técnicas y complejas a un lenguaje comprensible por todos los sectores de la población. Es necesario incrementar la participación de los municipios a través de los consejos de salud en todos los niveles, ya que pueden ser de gran utilidad en el control y gestión de las epidemias.

La buena vigilancia en una situación de crisis sanitaria o en una pandemia solo puede darse si hay buena vigilancia fuera de la crisis o pandemia. Es imprescindible que se mantengan los criterios y referentes de situaciones no pandémicas para poder valorar adecuadamente la información que se genera durante la pandemia.

Hay una necesidad de desarrollo tecnológico en el área de la vigilancia en salud pública, de integración y automatización de los procesos para poder realizar una notificación y análisis de la información de forma oportuna. Hasta ahora la inversión en digitalización e innovación en el SNS no ha repercutido apenas en la mejora de los sistemas de vigilancia de salud pública.



Recomendaciones específicas

- Elaborar un plan a medio plazo (5-10 años) para mejorar la dotación de personal formado (estableciendo un programa de formación en vigilancia en salud pública con práctica real) y capacitado, y de recursos técnicos en las áreas infradotadas mencionadas anteriormente (incluyendo la dignificación de los puestos y condiciones de trabajo, en equiparación, al menos, a los puestos asistenciales sanitarios).
- Revisar y mejorar la formación en epidemiología, identificando las carencias existentes a distintos niveles y desde un enfoque multidisciplinar. Así mismo, considerar y evaluar los programas formativos existentes para articular una red de formación que sea homogénea y de calidad, y relanzar programas extintos como el programa de epidemiología aplicada de campo. Además, actualizar esta formación en función de las necesidades que surjan, como formación nueva o continuada de profesionales que ya estén trabajando en el sector.
- Mejorar la comunicación e integración de la información sanitaria, a nivel estatal y autonómico tanto de fuentes públicas como privadas, reforzando el importante papel que tienen áreas como los laboratorios en la vigilancia de la salud pública.
- Mantener la dotación presupuestaria, tras la implementación de los fondos de recuperación, transformación y resiliencia, que permita seguir el desarrollo y el mantenimiento de los sistemas de información de salud pública y su integración real con otros sistemas, creando puentes digitales y tecnológicos.
- Desarrollar, dotar y mantener la Agencia Estatal de Salud Pública, con funciones efectivas y adecuadas y con dotación y presupuesto suficiente.
- Generar espacios de interacción entre personal sanitario asistencial y de salud pública y la ciudadanía. En el momento actual de debilitamiento de la atención primaria, se hace más evidente que nunca la necesidad de reforzar este sector como punto de encuentro entre ciudadanía y profesionales.
- Reorientar la actuación del SNS hacia el patrón demográfico de la población (envejecimiento, migraciones) y a las situaciones que conllevan condiciones específicas de salud (salud mental, cronicidad, enfermedades emergentes y reemergentes).
- Afrontar la situación de los centros sociosanitarios teniendo una visión estratégica de las políticas sobre dependencia.
- Mantener una industria básica que permita, en el marco de la Unión Europea, disponer de materiales necesarios para el control en situaciones de pandemia: mascarillas, respiradores, producción de vacunas y fármacos.
- Fomentar e invertir en investigación sanitaria, innovación y evaluación de salud para impulsar el conocimiento y las buenas prácticas que repercutan en decisiones basadas en la evidencia y en el consenso científico y social.