



## **Informe sobre la protección del personal sanitario durante la COVID-19 en España**

## Nota a fecha de cierre del informe (31.07.2020)

El 22 de julio de 2020, el Congreso de los Diputados aprobó el dictamen sanitario de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Incluye numerosas propuestas; algunas de ellas están en línea con las recomendaciones de este informe, mientras que otras no han quedado recogidas en el dictamen. Continuaremos trabajando para que se atiendan aspectos que consideramos esenciales para una preparación adecuada frente a posibles rebrotes de la COVID-19 u otras epidemias.

El documento aprobado por el Congreso no tiene carácter vinculante y necesitará la aprobación de propuestas legislativas, y sobre todo dotación presupuestaria para las distintas comunidades autónomas. Por ello, seguiremos con atención la situación, para comprobar la implementación real de las medidas acordadas, y trabajaremos desde la incidencia política en favor de la mejora de la protección del personal sanitario, sociosanitario y de residencias.

## Resumen ejecutivo

---

### La protección del personal sanitario durante la epidemia ha sido inadecuada e incompleta

La dificultad o 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 constituye 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 este colectivo profesional, como sistémico, con una merma de la capacidad de la sanidad para hacer frente a la nueva enfermedad, hasta el punto de llegar a colapsarse en algunos puntos del país. Los contagios en personal sanitario solo disminuirán si se proporcionan equipos de protección adecuados. Sin embargo, todavía hoy, estos continúan siendo insuficientes, especialmente en los centros de atención primaria y las residencias de mayores.

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

---

### Una de cada cinco personas contagiadas en España pertenece al colectivo sanitario

El documento de MSF pone el acento en la inadecuada e incompleta protección del personal sanitario aun cuando es el colectivo profesional de mayor exposición y riesgo al SRAS-CoV-2. Este factor ha sido determinante en las importantes cifras de contagio: 52.746 profesionales sanitarios a fecha de 17 de julio.<sup>1</sup> Es decir, una de cada cinco personas contagiadas en España pertenece a este colectivo, la tasa más alta de Europa, y eso 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 en personal sanitario, respectivamente. Otras fuentes apuntan a un número incluso mayor. Así, según un sondeo del Sindicato de Enfermería SATSE, 74.000 enfermeros y enfermeras habrían tenido síntomas de COVID-19.

La dificultad para determinar una cifra de personas fallecidas es similar; mientras que los datos del Ministerio de Sanidad afirman que han sido 63 los profesionales de este colectivo que han fallecido desde el inicio de la pandemia hasta el 5 de junio, otros informes mencionan números mayores. La Asociación de Médicos Unidos por sus Derechos cifraba a principios de mayo en 76 los profesionales sanitarios y sociosanitarios fallecidos; posteriormente, su presidente, Enrique Alonso, elevaba esta cifra a 98 fallecidos.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

---

## La falta de EPI fue dramática durante el pico de la pandemia en España

A la alta tasa de contagios ha contribuido decisivamente la innegable falta de equipos de protección individual, de pruebas de detección y diagnóstico y de criterios claros para su uso para la COVID-19, así como la escasez de personal y por tanto de adecuados periodos de descanso, lo que a buen seguro ha propiciado un uso incorrecto de los EPI.

Los equipos de protección individual son indispensables para impedir que los sanitarios se conviertan en vectores de transmisión de la enfermedad, además de para evitar el enorme número de bajas que se han producido en el sector; a consecuencia de ello, quedaron 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, tal y como ponen de manifiesto algunos de los testimonios recogidos en personal sanitario de hospitales, de residencias y de los propios equipos de MSF. Estos testimonios figuran en el informe.

Según un estudio sectorial, un 12% de los profesionales de la salud que habían contraído la enfermedad se reincorporaron sin un test de diagnóstico que confirmara que estaban libres del coronavirus.<sup>2</sup> Otra encuesta entre profesionales de enfermería revelaba cuestiones relativas a la falta de equipos de protección. El personal encuestado valoraba la cantidad y calidad de los EPI en las peores semanas con una nota media de 3,46 sobre 10. Además, 3 de cada 4 consideraban que necesitarían más formación sobre su uso y más del 35% declaraban no haber recibido ningún tipo de información.<sup>3</sup> Siguiendo con la encuesta, 7 de cada 10 profesionales tuvieron que reutilizar la mascarilla FFP2 o FFP3, 6 de cada 10 reutilizaron mascarillas quirúrgicas y más de la mitad reutilizaron 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. A la espera de su resolución, las demandas han conseguido forzar medidas cautelares encaminadas a reforzar la protección del personal sanitario.

---

## Encuestas sectoriales apuntan también la falta de formación sobre el uso de los EPI

---

<sup>2</sup> El estudio 'Sanicovi - Factores relacionados con el contagio por SARS-CoV-2 en profesionales de la salud en España', de la Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investén-isciii), de 10 de mayo, analiza datos de 2.230 sanitarios, a partir de cuestionarios realizados 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, la tasa de respuesta no muy alta y el propio sesgo que supone obtener respuestas solo de personal contagiado. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303223?via%3Dihub>.

<sup>3</sup> Análisis que la empresa especializada en estudios *online* Sondea realizó para SATSE, tras realizar una encuesta a finales de mayo y principios de junio a un total de 8.218 profesionales de enfermería en todo el país sobre su situación y condiciones de trabajo en la crisis de la COVID-19. Disponible en: <https://www.satse.es/comunicacion/sala-de-prensa/notas-de-prensa/5.500-enfermeras-y-enfermeros-graves-por-la-covid-19>.

---

## La atención psicosocial al personal sanitario también fue deficiente

El informe de MSF también repasa los problemas de desabastecimiento y los distintos intentos de aprovisionamiento realizados por las Administraciones. A comienzos de marzo, la Organización Mundial de la Salud exhortó a la industria y a los Gobiernos a que aumentaran la producción en un 40% para satisfacer la demanda mundial. En el caso de España, en algo menos de tres meses, el país recibió 498 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 oleada 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, el personal sanitario también se ha enfrentado a las consecuencias psicológicas de trabajar en condiciones 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 que luchaba en primera línea contra la COVID-19, acrecentada por lo que los equipos de la organización observaban de forma directa y por la información proporcionada por un grupo de profesionales de MSF que durante la COVID-19 han trabajado en la sanidad española, llevó a MSF a realizar varias acciones de 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.

# Recomendaciones

La COVID-19 ha evidenciado que la responsabilidad en salud pública está fragmentada

Desde hace años se han ido relegando las políticas de salud pública en España. Y se ha hecho tanto desde el punto de vista financiero (con una inversión media del 1,1% de toda la inversión sanitaria desde 1988),<sup>4</sup> 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 comunidades autónomas y Gobierno central.

A la luz de los hechos examinados y ante la posibilidad de una segunda ola, debe blindarse la protección del personal sanitario y de residencias. Con este fin, MSF dirige una serie de recomendaciones a las Administraciones públicas orientadas a la preparación de planes de contingencia para reforzar la sanidad pública en materia de protección del 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; debe incluirse información sobre la distribución y número de EPI, los protocolos y los recursos psicosociales disponibles durante la fase aguda de la primera ola.
- Mejorar la recogida, reporte, análisis, publicación y **tratamiento de la información**, con un sistema de reporte transparente, cotejable, accesible, con datos desagregados y actualizados por tipo de profesional y de centro donde se hayan producido los contagios.

<sup>4</sup> 'Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público (2002-2018)'. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>.

Para ello, es necesario:

- › Armonizar el sistema de **recogida, análisis, publicación y reporte central de datos** para las comunidades autónomas, con criterios unificados e indicadores de información públicos, transparentes, actualizados y flexibles para adaptarse con rapidez a nuevas realidades pandémicas.
- › Incluir al personal sociosanitario y los cuidadores como grupos de riesgo, ya que se encuentran 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, así como 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 que entraña 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 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 en el personal en primera línea, para evitar el contagio cruzado dentro de los centros sanitarios.
- Dotar a la atención primaria 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) provocó el cierre de numerosos centros sanitarios.

#### **A las estructuras sanitarias, sociosanitarias y residencias, en los ámbitos público y privado**

- 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 públicos**

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

#### **A la sociedad civil organizada**

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

#### **A los 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 sobre protección del personal sanitario.

#### **A los organismos judiciales**

Adoptar medidas cautelares que refuercen la mejor distribución de los medios de protección y agilizar la resolución de las demandas.

