

Balance de Gestión y Propuestas de mejora Pandemia Covid-19 en Andalucía



Cómo citar este documento:

Consejería de Salud y Familias. Balance de Gestión y Propuestas de mejora. Pandemia Covid-19 en Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2020.

Edita: Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía

Edición a cargo de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Ilustración de cubierta: Nuria Marcos

Todos los derechos reservados.

Índice

Presentación.....	5
Resumen ejecutivo	9
Metodología	17
Resultados: propuestas de mejora.....	23
Organización funcional.....	24
Recursos	27
Tecnología y teleasistencia.....	34
Coordinación y seguimiento de la pandemia	38
Manejo clínico de pacientes.....	45
Actividades de comunicación con profesionales y ciudadanía	45
Atención sociosanitaria	46
Actividades de formación.....	47
Actuaciones epidemiológicas	48
Humanización y aspectos éticos.....	49
Otras dimensiones.....	49
Anexos	51
Puntos fuertes objetivados durante la pandemia Covid-19.....	53
Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19.....	59
Miembros del Comité de Expertos.....	75
Índice de siglas y abreviaturas	79

Presentación

Concluida la vigencia del periodo de alarma promulgado por el Gobierno de España por Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19, las Comunidades Autónomas recuperaron las competencias que los respectivos estatutos les otorgan en el gobierno y administración de la Comunidad. La Junta de Andalucía volvía a asumir las competencias en materia de Sanidad y, con ellas, la responsabilidad de garantizar la vida y la salud de sus ciudadanos y ciudadanas en ese nuevo periodo denominado de «nueva normalidad», tras la fase más álgida y grave de la pandemia, junio de 2020, en la que se había cobrado más de 30.000 vidas en España y 1466 en Andalucía.

Los organismos internacionales y la mayoría de los expertos anunciaron que el SARS-Cov-2, al seguir entre nosotros, originaría rebotes o incluso una segunda ola epidémica, dada la baja inmunidad de grupo conseguida (en torno al 5 % según el estudio serológico del Instituto de Salud Carlos III). Con los rebotes de la Covid-19, han arreciado las críticas a la gestión del Gobierno central, así como al autonómico, y desde muchos frentes se han pedido comisiones para evaluar la pertinencia de las estrategias políticas aplicadas.

Partiendo de esta situación, en agosto de 2020, la Consejería de Salud aprobó la creación de una Comisión de Expertos, externos e independientes a la propia Administración, con la misión concreta de realizar un balance de la gestión de la pandemia y la elaboración de unas propuestas de mejora para hacerle frente en una posible segunda ola. Para ello, se le concedió a la citada Comisión un plazo perentorio en la entrega de su informe: la última semana de septiembre. La Comisión se disolvería una vez concluida su tarea.

Es importante aclarar que este documento no es una auditoría de lo realizado en la lucha contra la pandemia orientada a la cuantificación de la gestión con cifras y balances de coste-beneficio; entre otros motivos, porque entre los miembros de la Comisión ninguno de sus componentes tenía esta formación, ni habíamos sido requeridos para ello. Se trata de un encargo concreto y con unos fines determinados, orientados a valorar los puntos fuertes del sistema sanitario y sus posibles debilidades, exhortando a la Comisión a concretar, sobre todo, propuestas de mejora orientadas fundamentalmente a su implementación en el peor de los escenarios posibles que se prevén para el próximo otoño-invierno. Uno de los compromisos de partida de la Consejería fue garantizar la independencia y el libre acceso a todo tipo de documentación, por lo que cada miembro de esta Comisión ha podido consultar de inmediato cualquier dato o información sobre la situación o circunstancias de la crisis.

Presentación

El grupo de 24 panelistas, coordinado por el Dr. J. Fernández-Crehuet, quedó constituido por miembros de las tres Reales Academias de Medicina y Cirugía de Granada, Sevilla y Cádiz, miembros de los consejos andaluces de los colegios de médicos, enfermería y veterinaria, profesores de la Escuela Andaluza de Salud Pública, miembros de la Sociedad de Medicina Familiar de Andalucía, representantes de enfermería de enlace para las residencias, profesionales de reconocido prestigio y experiencia en el ámbito de la gestión, miembros de la Sociedad Andaluza de Enfermería Comunitaria y miembros de la Secretaría General de I+D+I en Salud y profesionales en activo de la asistencia sanitaria. Es de justicia destacar la extraordinaria ayuda recibida de la EASP, tanto por el diseño de la rigurosa metodología aplicada en el presente estudio como por el laborioso trabajo de ordenar y redactar todos los documentos que componen este informe.

El informe que presentamos es el fruto del trabajo de una Comisión muy plural, con un perfil profesional muy variado de sus componentes, pero debemos aclarar que, dada la premura con que se ha trabajado, no pretende ser un documento de consenso: se trata más bien de un documento de integración de ideas, fruto de la deliberación de los panelistas, que finalmente ha merecido una amplia aprobación del pleno de la Comisión. El documento reúne a nuestro entender la información suficiente para responder al encargo recibido y pone a disposición de la sociedad una reflexión completa y leal que refleja un balance sobre los puntos fuertes del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y sus debilidades en la gestión de la pandemia. Entendemos como puntos fuertes las buenas prácticas que hemos detectado en algún momento, actuaciones que sería conveniente mantener o potenciar y extender a toda Andalucía. Entendemos como debilidad todos aquellos aspectos que han fallado o han generado problemas o, sencillamente, no se han realizado. Es obvio que en las debilidades hemos puesto mucho más interés por su potencial de mejora. No es extraño que un punto fuerte, como una experiencia exitosa en la gestión de una residencia de personas mayores, puede ser encontrado por el lector como una debilidad, ya que existen otras muchas residencias donde no se ha aplicado ese modelo de gestión.

El núcleo del informe lo constituyen propuestas de mejora concretadas en un resumen ejecutivo, a modo de ideas fuerza, que se ofrecen a la Administración para su análisis. Algunas de ellas ya se están aplicando y solo necesitan ser revisadas para su mejora, y otras son subsidiarias de implementar a través de sus correspondientes planes estratégicos.

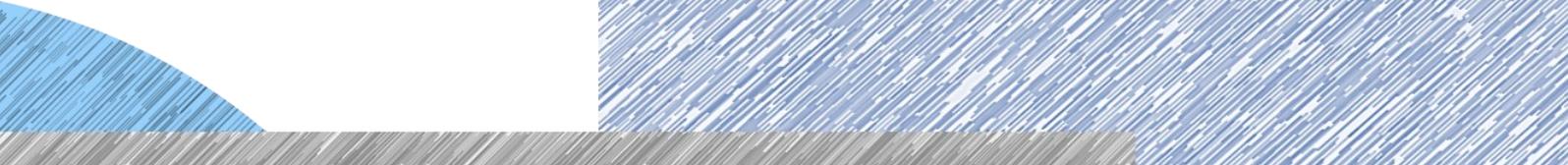
La Comisión es consciente del terreno en el que ha trabajado, donde no se encuentran verdades apodícticas, todo está en revisión y casi todo es discutible. La vigencia de este documento vendrá marcada por la rápida y cambiante evolución de la pandemia.

La Comisión ha trabajado con honestidad, lo que quiere decir sin orillar ningún tema por molesto que pudiera ser. Somos conscientes de que posiblemente no se hayan identificado todos los

Presentación



problemas y que las soluciones dadas no sean del agrado de todos, pero con el tiempo que ha dispuesto para su elaboración y los términos del encargo recibido, esta Comisión se encuentra satisfecha por el deber cumplido y la esperanza de ser útil a la comunidad.



Resumen ejecutivo

Ideas fuerza para la gestión de la pandemia de Covid-19 en Andalucía

El propósito de este trabajo es contribuir a mejorar la gestión de la pandemia COVID-19 en Andalucía. Se ha partido de los datos acumulados en estos meses y de la experiencia obtenida. En este documento se hace un balance de la gestión y, lo que es más importante, se aportan una serie de ideas de mejora que se podrán poner en marcha, de modo inmediato unas y a más largo plazo otras.

Dada la preocupante situación actual de la pandemia, este panel de expertos ha resumido en 19 puntos lo que considera ideas fuerza que se deberían poner en marcha de modo inmediato como un plan estratégico de actuación, que abarca y afecta a la totalidad del Sistema Público de Salud, con las derivaciones a los recursos privados que se estimen convenientes y necesarios.

Las ideas fuerza son un compendio depurado, analizado y debatido sobre las 232 propuestas hechas por los panelistas, una vez sometidas a la discusión en el foro y en el pleno presencial celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) el 21 de septiembre de 2020. Los criterios seguidos han sido: convergencia de los panelistas, respuesta a las necesidades de la situación, urgencia en la implementación de las medidas y realismo en la puesta en marcha.

Resumen ejecutivo

1. Mando único operativo y comité central de coordinación

Establecer un mando único operativo y constituir un comité central autonómico que aplique de manera inmediata el Plan Estratégico que deriva de las propuestas que se recogen en este documento.

Así mismo, este mando único debería gestionar diariamente las contingencias de la pandemia y tomar decisiones 24 horas / 365 días, garantizando que el mensaje que se transmita a la ciudadanía y los profesionales sea preciso y unívoco.

2. Comités de seguimiento

Crear comités de seguimiento efectivo y permanente de la pandemia, incluidos los domingos y festivos, en distintos ámbitos: provincial, áreas sanitarias, hospitales y distritos de APS. Debe hacerse asegurando la coordinación efectiva, la toma de decisiones oportuna y la sinergia entre los diferentes niveles asistenciales.

3. Criterios clínicos y epidemiológicos homogéneos

El comité central de coordinación debería contar con un reducido grupo de expertos, externos a la propia Administración, para asesorar en aspectos concretos de la pandemia: epidemiológicos, preventivos, clínicos, etc., en función de la evidencia científica disponible en cada momento.

4. Diseño de un sistema de información integral y único

A los efectos de obtener el máximo rendimiento de la información y fundamentar las decisiones en criterios objetivos, se propone la integración de los sistemas de información de la red asistencial de Andalucía (consultas, urgencias y emergencias, hospitalización, laboratorios) con los de la red de vigilancia epidemiológica y de salud pública. Esto permitirá disponer de un cuadro de mando integral y único para toda Andalucía con la estratificación de la información e indicadores que se considere conveniente, de tal forma que permita el seguimiento y la toma de decisiones diarias y homogéneas a todas las instituciones, incluidos los Ayuntamientos.

5. Modelos predictivos de la evolución de la pandemia

Incorporar modelos de previsión del impacto de la evolución de la pandemia en la capacidad asistencial del hospital para ajustar la activación de los planes de contingencia a las necesidades reales y evitar suspender la actividad regular antes de tiempo, así como reactivarla, lo antes posible, una vez pasado el periodo de alta incidencia. Se pueden seleccionar grupos de trabajo especializados en dicho desempeño.

Resumen ejecutivo

6. Innovaciones en el diagnóstico y otras tecnologías

Incremento de la capacidad para la realización de RT-PCR por provincia. Control y protocolización de las indicaciones de dicha prueba. A tal fin deben reclutarse todos los recursos disponibles en la Comunidad que estén acreditados adecuadamente.

Incorporar para las determinaciones analíticas a todas las instituciones que puedan realizarlas: distintas facultades, institutos de investigación biomédica, farmacias y otros.

Actualización e incorporación, sin demora, de las nuevas técnicas de laboratorio para el diagnóstico de Covid-19, en particular los test rápidos, si se demuestra su idoneidad.

Valorar la utilidad y aplicación de otras novedades tecnológicas que tienen capacidad para mejorar el rastreo, comunicación y seguimiento en la gestión de la pandemia.

7. Teleasistencia

La teleasistencia deberá ser un acto médico con todas sus garantías. Implantado en la mayoría de países europeos, su objetivo es resolver de forma remota parte de lo que hoy se hace de forma presencial. Con esta modalidad de asistencia se pueden resolver, con la misma seguridad y eficiencia y sin menoscabo de la calidad asistencial, muchos procesos clínicos. Para ello, se debe protocolizar su utilización y facilitar a los profesionales todos los recursos materiales para desarrollar su trabajo con la máxima seguridad y comodidad.

Es necesario explicar a la población las ventajas y limitaciones de este tipo de atención sanitaria para que haga de ella un uso racional.

Es urgente la realización de un análisis del impacto del modelo actual, centrado en la consulta telefónica, en la saturación de los centros de salud y en la resolución y calidad de la asistencia prestada.

8. Mejora de la accesibilidad y de la función de los centros de salud

Este es un aspecto absolutamente crítico en el momento actual de la pandemia.

Plan de ejecución rápida para garantizar de forma ágil la accesibilidad y la asistencia telefónica y física a las personas usuarias en los centros de salud para cualquier tipo de consultas, sobre todo las relacionadas con la Covid-19.

Es necesario regular el sistema de acceso telefónico en cada centro, ampliar las líneas telefónicas allí donde fuera necesario y disponer de profesionales que se ocupen de esta tarea, coordinación de 061, Salud Responde, etc., que faciliten el acceso de las personas usuarias a la atención sanitaria. Atención telefónica 24/7.

Resumen ejecutivo

Se precisa desburocratizar las consultas médicas, liberando al personal sanitario de tareas administrativas que puedan ser realizadas por otros profesionales.

La atención a enfermos no Covid sigue siendo una prioridad. Es clave incrementar los recursos y potenciar la atención enfermera a demanda. Activación del Plan de Atención a Pacientes Complejos desarrollado por el SAS. Plan de choque en las listas de espera, que han crecido enormemente durante la pandemia.

En la medida de lo posible hay que sacar de los centros de salud los puntos de toma de muestras para Covid aprovechando la experiencia ya existente.

Se aportan ideas para adecuar la estructura, el funcionamiento y la dotación de personal.

9. Refuerzo de personal en Atención Primaria y hospitales

En los casos de no disponibilidad de personal sanitario para contratar, se proponen otras medidas, como la redistribución de tareas incorporando a otros profesionales del sistema (técnicos de delegación, administrativos, etc.), y modificar el modelo actual de contratación (bolsa). Flujo de profesionales desde los centros de especialidades y hospital a Atención Primaria.

Ante los déficits de especialistas detectados en determinadas áreas, se debe hacer una política de convocatoria de plazas MIR que palie esta situación. Los residentes MIR I podrían incorporarse rápidamente a los efectivos ya existentes.

10. Garantizar el rastreo de casos y contactos y el aislamiento

Hay que disponer de herramientas tecnológicas y del número suficiente de rastreadoras y rastreadores debidamente formados, vinculados a los servicios de epidemiología y medicina preventiva. Se deberían homologar en toda la Comunidad Autónoma las competencias de los rastreadores, que no deben quedar reducidas a cuántos y cuáles son los contactos del caso, sino que deben ser ampliadas a controlar —con la ayuda necesaria— el cumplimiento del obligado confinamiento.

Reforzar las unidades de vigilancia epidemiológica. Incorporar herramientas tecnológicas y sistemas de información de ayuda a la identificación y seguimiento de los contactos.

Para que las medidas de aislamiento se cumplan, no podrán aparecer a los ojos de los usuarios como arbitrarias. Se basarán en criterios científicos, en su aplicación y duración, en los últimos y más modernos test, y la duración se acortará o alargará de acuerdo con los criterios epidemiológicos. El tiempo de confinamiento no debe ser rígido, ni aplicarlo con criterios estándar. Es necesario establecer medidas para el cumplimiento del periodo del aislamiento de los casos y la cuarentena de los contactos, y agilizar el procedimiento

Resumen ejecutivo

establecido de acuerdo con jueces y fuerzas del orden y seguridad, a través de las delegaciones territoriales de salud, para actuar sobre las personas incumplidoras.

11. Medidas de confinamiento poblacional y coordinación con la Consejería de Educación

La Dirección General de Salud Pública, oído el comité central de coordinación, y de acuerdo a los criterios técnicos que se determinen (incidencia acumulada, signos de transmisión comunitaria, número reproductivo básico, tipos de brotes, situación social, etc.) será la encargada de indicar las medidas de distanciamiento social y de restricción de la movilidad más adecuadas en cada caso, asesorando a los ayuntamientos para evitar la imagen de descoordinación actual, en función de criterios dispares.

Esta misma propuesta permitiría mejorar la coordinación con la Consejería de Educación y establecer determinados umbrales en los indicadores para proceder a tomar las decisiones más adecuadas en cada momento.

12. Plan de información y formación a las y los profesionales sanitarios

Plan de formación continuada, con un responsable claramente establecido, que garantice que la información científica y técnica actualizada llega lo más directamente posible a cada profesional (correo electrónico, WhatsApp, etc.) con capacidad de respuesta inmediata a las consultas que aquellos puedan realizar. Incluye la organización de las actividades de formación que sean necesarias.

Con objeto de cumplir su formación docente obligatoria, se propone que los alumnos de Medicina y Ciencias de la Salud puedan realizar sus periodos de formación práctica con las medidas protectoras adecuadas. Este personal, debidamente tutorizado, podrá asumir tareas sanitarias de diversas complejidades.

Asegurar la formación continuada de los cuadros directivos del sistema en la gestión de la epidemia.

13. Plan de comunicación a la ciudadanía

Es urgente diseñar un plan intensivo de comunicación e información a la población general, utilizando todas las vías posibles y todos los agentes y corporaciones ciudadanas, para crear conciencia de la gravedad real de la situación epidemiológica y el cambio del modelo de asistencia en los centros de salud y en hospitales.

Debe ser una estrategia de comunicación proactiva para concienciar de la importancia de la responsabilidad individual en el control de la pandemia, para que todos los ciudadanos se sientan sujetos activos. Esta acción solidaria posibilitará un mejor cumplimiento de las

Resumen ejecutivo

medidas de prevención y protección por parte de la población. Es necesario elaborar planes específicos de comunicación destinado a las poblaciones con mayor riesgo de contagio: población joven, temporeros de vendimia y verdeo, trabajadores de la hostelería, etc.

El plan de comunicación debe potenciar el autodiagnóstico y autoaislamiento de los casos y contactos, medida fundamental en estos momentos.

Así mismo, la estrategia de comunicación debe ayudar a mejorar la imagen de la Atención Primaria en la ciudadanía, a quienes injustamente se les culpa de ser responsables de la crisis del sistema, debido a la sobrecarga asistencial a la que son sometidos.

14. Informe semanal alerta Covid-19 Andalucía

Se deben publicar con la máxima claridad, rigor y transparencia los datos semanales actualizados de morbilidad, letalidad, ingresos hospitalarios, altas, ingresos en UCI, contactos en vigilancia, etc., de la forma más desagregada posible. Estos datos deben ser publicitados y presentados a la ciudadanía por un profesional de prestigio y deben ir acompañados de una interpretación epidemiológica razonada.

15. Centros sociosanitarios

Se propone un plan específico para una atención adecuada y digna en todos los centros sociosanitarios. Cuando sea posible, hay que extender las buenas experiencias ya ejecutadas en algunos centros, como la medicalización de los mismos y las medidas de identificación y aislamiento de casos, así como la aplicación de test diagnósticos rápidos de efectividad probada.

Siendo los trabajadores el vector principal de entrada del virus en estos centros, deben establecerse cribados periódicos de los mismos por métodos que permitan una frecuente periodicidad.

Es necesario facilitar su conexión con el resto de niveles asistenciales habilitando líneas telefónicas de acceso restringido y prioritario para proporcionar respuesta rápida. Facilitar la formación en Cuidados Paliativos a sus profesionales y al resto de equipos que les puedan servir de apoyo. Plan de humanización de la asistencia a pacientes Covid-19.

Se propone indicación al Comité de Bioética de Andalucía para revisar el formato actual del documento de voluntades anticipadas (Ley 2/2010).

Resumen ejecutivo

16. Identificación precoz de casos entre los profesionales sanitarios y sociosanitarios

El contagio de los profesionales sanitarios tiene un impacto especial en la propagación de la pandemia y en sus consecuencias asistenciales. Las personas con las que se relaciona este personal en el trabajo son muy vulnerables, su propagación a otros sanitarios tiene una incidencia especial en los recursos humanos, que pueden quedar drásticamente disminuidos y, a veces, en lugares asistenciales estratégicos de difícil sustitución. Se proponen medidas para su control.

17. Atención a población migrante y vulnerable

Elaborar protocolos de atención a la población migrante y a la población vulnerable, mejorando dicha atención como la eficacia del aislamiento de casos y la cuarentena de los contactos. Los centros de salud deben contar con establecimientos para el aislamiento de personas con enfermedad leve, que no dispongan de las mínimas condiciones para hacer el aislamiento domiciliario. La atención sanitaria de los migrantes debe realizarse con el mismo rigor que el que se aplicaría a cualquier ciudadano.

18. Material de protección y reserva de recursos estratégicos

Las unidades de Medicina Preventiva, Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales deben establecer y presentar programas conjuntos que procuren mantener y mejorar el bienestar físico y psíquico de los trabajadores en épocas de máxima exigencia. Así mismo, deben calcular la necesidad de material de protección para el personal de cada centro y garantizar el suministro del mismo manteniendo un remanente fijo para 3 meses. De igual modo, asegurar la disponibilidad de camas de hospitalización convencional, UCI, respiradores y otro material.

Establecer un mecanismo ágil para evitar demoras en el inicio de tratamiento, en espera de autorización ministerial. Adquirir sin demora aquellos fármacos que la comunidad científica vaya poniendo a disposición de los médicos.

19. Líneas de investigación Covid-19 Andalucía

Fomentar la investigación traslacional a través de líneas de financiación para proyectos de calidad contrastada.

Metodología

Los objetivos que se plantearon para dar respuesta a este proyecto fueron los siguientes:

1. Analizar los puntos fuertes y las debilidades en la gestión de la pandemia Covid-19 en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
2. Proponer acciones de mejora del proceso Covid-19 para el período otoño-invierno.

Para dar respuesta a los mismos, se desarrolló el siguiente abordaje metodológico.

Constitución de un Panel de Expertos

Los participantes fueron seleccionados y designados por la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, atendiendo a los siguientes criterios:

- Pertenecer como profesionales al Sistema Sanitario Público de Andalucía y a instituciones académicas y sociedades científicas y profesionales de Andalucía.
- Ser expertas y expertos sanitarios en distintas disciplinas y tener una larga experiencia profesional clínica o docente.
- Formar un grupo notable con una gran representación institucional.
- Participar altruista y voluntariamente.

Al final de este documento se recoge el listado de miembros que han formado parte del Panel.

Procedimiento de trabajo

La dinámica de trabajo se ha realizado combinando sesiones en formato presencial y virtual. A continuación, se indica la secuencia de actividades llevadas a cabo:

1. Sesión presencial en la sede de la Consejería de Salud y Familias (Sevilla), celebrada el 25 de agosto de 2020. En esta jornada, se realizó la presentación del proyecto y de los panelistas. A continuación, se expuso y debatió la metodología que se iba a seguir, así como el plan de trabajo y cronograma.
2. Trabajo virtual a través del Campus Virtual de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP). El trabajo virtual de los panelistas se ha dividido en dos fases, celebrando además

Metodología

una reunión virtual intermedia. En ambas fases se ha seguido una técnica estructurada para la generación de ideas.

Primera fase. Análisis de situación mediante Puntos fuertes y Debilidades en la Gestión de la Pandemia Covid-19

Esta primera fase se ha realizado mediante trabajo en el Campus Virtual (del 26 de agosto al 9 de septiembre) y posterior reunión de los panelistas mediante plataforma Zoom. Inicialmente se ha solicitado a los participantes que identifiquen los principales **puntos fuertes** y las **debilidades** que se han objetivado en la gestión de la pandemia COVID-19 en Andalucía en el momento actual. Para orientar la reflexión, se consensó con los participantes la siguiente propuesta de dimensiones:

- Medidas de protección de salud pública.
- Actuaciones epidemiológicas (PCR, aislamientos, mascarillas, etc.).
- Información/comunicación con los medios, la población general y los profesionales.
- Aspectos relacionados con recursos: suministros, adecuación, disponibilidad, etc., camas de hospitalización adicionales, de material de autoprotección, fármacos clave, respiradores, etc.
- Coordinación y seguimiento de la pandemia. Organización del proceso: circuitos, sistemas de información, etc.
- Aspectos sociosanitarios (residencias, centros de inmigrantes, temporeros).
- Tecnología y teleasistencia (teleconsultas, Radar Covid, etc.).
- Papel de la Atención Primaria.
- Formación de profesionales sanitarios, de atención social, cuidadores, etc.
- Protección de los profesionales y seguridad del paciente (apoyo psicológico, atención a las segundas víctimas, etc.).
- Mantenimiento de la asistencia no Covid.
- Manejo clínico del paciente.
- Humanización y aspectos éticos.
- Papel de la ciudadanía.

Metodología

- Papel de otros sectores y coordinación con ellos: educación, transporte, turismo y deporte, fuerzas de orden y seguridad; y con otros niveles de la administración: central, provincial y local.
- Otras dimensiones.

Para facilitar la recogida de información, se puso a disposición de los panelistas una plantilla de trabajo acompañada de una serie de instrucciones, en las que se resaltaba la importancia de trasladar las ideas de manera breve y concisa, evitando en su redacción la posibilidad de interpretaciones diferentes, aportando referencias o documentos cuando se considerara conveniente. El plazo para dar respuesta a esta actividad fue de 6 días.

Una vez subidas todas las aportaciones, el equipo de trabajo de la EASP revisó y clasificó todas las contribuciones de los panelistas, agrupándolas por las principales dimensiones temáticas identificadas y recogiendo en el programa Excel. Para facilitar el análisis de la información, se le ha asignado a cada idea un número de orden y una abreviatura que ha permitido ir las clasificando en cada una de las dimensiones identificadas.

Las aportaciones que eran exactamente iguales se han eliminado para dejar una sola. Cuando no eran iguales pero sí similares o complementarias, se han integrado en una única idea. La asignación a un tipo de dimensión se ha hecho teniendo en cuenta el aspecto nuclear o fundamental al que hacía alusión aquella.

Las propuestas que contiene cada uno de los apartados son excluyentes entre sí, es decir, cada una de las ideas solo está incluida en un apartado, aunque pudiera haberse incorporado a más de uno.

Sesión virtual a través de la plataforma Zoom, celebrada el 9 de septiembre de 2020

En esta reunión de trabajo se presentó el análisis de situación realizado por los panelistas, consistente en un listado de puntos fuertes y debilidades, clasificadas por dimensiones temáticas. A continuación, se abrió un turno de intervenciones para recoger los comentarios y reflexiones de los participantes. Finalmente, se clarificaron los pasos que se debían seguir en la siguiente fase del proyecto.

Segunda Parte. Propuestas de mejora del proceso Covid-19

Realizado el análisis de situación a través de la identificación de los puntos fuertes y de las áreas de mejora, se les solicitó a los panelistas que definieran propuestas de mejora teniendo en cuenta

Metodología

la información generada en la fase anterior. Esta segunda fase se llevó a cabo entre el 10 y el 20 de septiembre.

Cada miembro del panel recogió sus propuestas en una plantilla de trabajo que se puso a disposición, junto con las instrucciones, en el Campus Virtual. Para la redacción de las propuestas de mejora, se les solicitó a los participantes que fueran lo más precisos y concretos posible en sus planteamientos, de modo que la idea aportada no pudiera dar lugar a interpretaciones diferentes. Se les indicó también que las propuestas tuvieran carácter aplicable y no ideas o sugerencias que expresaran un deseo u opinión. Además, al hacer las propuestas, los panelistas deberían intentar que científica o empíricamente se hubiera probado su utilidad o, sencillamente, fueran racionales y se pudiera esperar un resultado favorable de su aplicación.

Finalmente se generó un listado con todas las propuestas. Al igual que en la primera parte del taller, se han asociado algunas ideas similares, se han eliminado otras y se han clarificado aquellas en las que había alguna duda. En el apartado de resultados se presentan ordenadas de mayor a menor número de aportaciones realizadas por los participantes en el panel.

Sesión presencial en la Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada)

En esta sesión, celebrada el 21 de septiembre, se presentaron, en primer lugar, las propuestas de mejora aportadas por el grupo de expertos. A continuación, se abrió un debate para identificar las principales ideas fuerza o puntos clave en la gestión de la pandemia, teniendo en cuenta criterios de coincidencia, concreción, aplicabilidad, factibilidad y urgencia, partiendo de las propuestas realizadas. El listado final de ideas fuerza, resultantes del debate, se puso a disposición de los panelistas en el Campus Virtual para su consulta y discusión, y posterior incorporación al informe.

Finalmente, se procedió a la redacción del informe final para su entrega el 28 de septiembre.

Análisis de fuentes secundarias

De manera paralela al trabajo con el grupo de panelistas, se ha realizado una consulta y análisis de documentos de referencia. Asimismo, se ofreció la posibilidad de que los participantes compartieran o solicitaran la documentación que pudiera ser de interés para el desarrollo del trabajo. Al final del informe se recoge el listado de los documentos consultados.

Para facilitar la recogida y solicitud de documentación, se abrieron en el Campus Virtual los siguientes espacios con la información disponible.

- Documentación de interés general Covid-19

Metodología

- Repositorio de conocimiento y muestras Covid-19
- Buenas prácticas
- Información complementaria solicitada
- Documentación relacionada con el Rastreo de Contactos

Limitaciones del estudio

Por último y como limitaciones del trabajo realizado, se destaca el escaso tiempo que los panelistas han tenido para la realización del análisis de situación y las propuestas de mejora, así como para el procesamiento de la información. Además, dada la situación de continuo cambio en la gestión de la Covid-19, es importante tener en cuenta el momento, la fecha en la que los panelistas realizaron sus aportaciones, dado que puede haber propuestas que hayan sufrido alguna modificación posterior en su desarrollo.

El trabajo realizado (en su mayor parte de manera virtual), junto con el número de panelistas (24), ha dificultado la generación de espacios de intercambio, contraste, aclaración y enriquecimiento de las propuestas planteadas por el grupo de expertos.

Por ese motivo y al ser aportaciones individuales, todas se consideraron válidas, aunque no hubo total acuerdo entre los panelistas, por ejemplo, en algunas de las recogidas como puntos fuertes o en la integración o eliminación de otras.

En cualquier caso, se ha procurado respetar las aportaciones de todos y recoger la mayoría de ellas literalmente cuando no eran totalmente iguales. Aun así, se eliminaron decenas de ideas en cada una de las fases del trabajo.

Por otra parte, aunque hubo una sesión de trabajo presencial para acordar cuáles eran las ideas fuerza, no fue suficiente para alcanzar un acuerdo unánime en el esfuerzo de síntesis y redacción, dada la prementoría del plazo de entrega del informe.

Resultados: propuestas de mejora

Organización funcional	24
Recursos	27
Tecnología y teleasistencia	34
Coordinación y seguimiento de la pandemia.....	38
Manejo clínico de pacientes	45
Actividades de comunicación con profesionales y ciudadanía	45
Atención sociosanitaria.....	46
Actividades de formación	47
Actuaciones epidemiológicas	48
Humanización y aspectos éticos	49
Otras dimensiones.....	49

Resultados: propuestas de mejora

Organización funcional

1. Desburocratizar las consultas de Atención Primaria. Hay que hacer lo posible por evitar que las consultas se sigan llenando de procedimientos burocráticos ajenos a la actividad clínica como son: a) informes justificativos de todo tipo (para no llevar mascarilla, para no llevar los niños a clase, para capacitar al profesorado para dar clases, para quedarse en casa cuidando niños que son contacto estrecho); b) procedimiento de incapacidad temporal, tanto por enfermedad como por contagio o por contacto. Facilitar la opción de alta-baja con fecha fin de aislamiento sin necesidad de partes de confirmación ni alta a los 10 días. Implicar a otros organismos y otros u otras profesionales en la emisión de determinados informes.
2. Diseñar una estrategia para hacer más eficientes la comunicación de Atención Primaria de Salud con el resto del sistema (hospital, laboratorio, resto de especialidades, población general, etc.) y descargar al personal sanitario de algunas tareas que no le son propias.
3. Para establecer circuitos estables de atención diferenciada a enfermos con y sin Covid-19: a) reorganización de la estructura de centros de salud y hospitales y obligatoriamente también de residencias sociosanitarias; b) inclusión de todos los enfermos, con independencia de su patología de base o el servicio/UGC al que vaya asignado, en alas específicas de atención a Covid-19: menor riesgo hospitalario de contagio, facilita el cumplimiento de protocolos de traslado, permite la atención por personal especializado en Covid-19.
4. Desarrollar una estrategia para asegurar el cumplimiento de las coberturas del calendario de vacunación. Es especialmente importante la vacuna de la gripe y el neumococo en la próxima campaña en grupos de riesgo y en residencias de mayores.
5. Plan de recuperación de los estándares de atención y seguimiento de los pacientes más vulnerables: activación del Plan de Atención a Pacientes Complejos desarrollado por el SAS. Esta estrategia debe extenderse a los centros sociosanitarios.
6. Tener previstos circuitos externos donde poder realizar de forma masiva test de PCR (autoCovid, instalaciones permanentes de realización de test ubicadas en instalaciones municipales, diputaciones, Consejería, etc., o en otros lugares «no relacionados físicamente» a los centros de salud) con personal entrenado y contratado para tal fin, si es posible profesionales que se encuentren inmunizados. Envío de resultados y recomendaciones por medios telemáticos a los pacientes.
7. Crear tramos para pacientes especialmente vulnerables en las agendas de los facultativos: oncológicos, paliativos y todos aquellos que se consideren de atención prioritaria, asegurándose de que no exista demora en su atención. Sacar fuera de los centros de salud la toma de muestra de PCR para aumentar la seguridad clínica de personas usuarias y profesionales no exponiendo a la totalidad: 1) si las plantillas de un centro de salud

Resultados: propuestas de mejora

enferman en bloque, la situación puede ser caótica; 2) hay que hacer espacio a la asistencia no Covid en la AP; 3) si se habilitan puntos de toma de muestra externos al centro de salud con la participación de pocos profesionales, preferentemente IgG (+), con buen entrenamiento en la toma de PCR y protegidos con EPI que se cambian pocas veces en la jornada, es previsible menos grado de contagio y más limitado que en el entorno del centro de salud; 4) ¿cómo se soportarán las colas en las puertas de los centros de salud en invierno con las inclemencias del tiempo?; 5) pueden usarse instalaciones amplias tipo polideportivos, auditorios, etc., donde pueden guardarse las distancias de seguridad y estar resguardados; 6) se evita que el ciudadano sintomático, tras la PCR, vaya al mostrador a consultar presencialmente.

8. Coordinación de 061, Salud Responde y Teleasistencia con protocolos unificados en la atención a la demanda de los pacientes, que faciliten el acceso de los usuarios a la asistencia sanitaria.
9. Reordenación y dotación de espacios adicionales a fin de garantizar la separación real de los circuitos Covid y no Covid en todas las urgencias. Garantizar salas de espera diferenciadas con la debida distancia de seguridad y la existencia de consultas, triaje y salas de observación específicas para cada uno de los circuitos.
10. Mejorar la información a los nuevos casos y contactos sobre cómo hacer el aislamiento para reducir la transmisión en el hogar: a) Realización de un plan de comunicación escrito y verbal homogéneo para toda Andalucía. b) Establecer un circuito de derivación a trabajadores sociales, de Atención Primaria y ayuntamientos, para revisión de las condiciones de los hogares y apoyo a las familias para realizar un aislamiento eficaz.
11. Plan de contingencia del hospital para uso de las instalaciones en función de la fase de la epidemia y su repercusión en UCI y hospitalización. El plan debe consensuarse con los jefes de los servicios implicados y compartido con el resto de los profesionales.
12. Facilitar la posibilidad de que profesionales que estén en aislamiento y PCR puedan realizar teletrabajo.
13. Crear comisiones hospitalarias para garantizar en cada fase la atención a los pacientes no Covid de forma que se eviten en lo posible los retrasos en su atención.
14. Constitución y entrenamiento de equipos de personal de otras especialidades para periodos de sobrecarga por alta demanda por Covid y falta de profesionales en las especialidades que habitualmente atienden a estos pacientes, ya que no existen profesionales disponibles para su contratación.
15. Establecer un mecanismo más ágil de acuerdo con el Ministerio para evitar demoras en el inicio de tratamiento, en espera de autorización ministerial (ejemplo: Remdesivir).
16. Agendas de consultas externas hospitalarias con mayor separación horaria entre pacientes atendidos de forma presencial, con el objeto de evitar aglomeraciones en salas de espera.

Resultados: propuestas de mejora

17. Facilitar la accesibilidad de los usuarios a los especialistas hospitalarios responsables de su proceso a través de la creación de tramos horarios para respuesta de dudas telefónicas o vía correo electrónico.
18. Mantener la actividad asistencial reglada en centros de salud y hospitales hasta las 20:00 h, de lunes a viernes.
19. Creación de un comité Covid-19 que se encargue de la epistemología de esta enfermedad y que no esté sometido a presión en cuanto al acceso al conocimiento.
20. Puesta en marcha de un comité científico que trabaje en red en toda la Comunidad y que se encargue de unificar protocolos clínicos para pacientes críticos. Ello tendría una triple ventaja: 1) Adquisición de conocimiento clínico con más agilidad y, dado que la población de Andalucía supera los 8 millones, tendríamos la potencia de adquirir conocimiento con más agilidad que ninguna otra comunidad autónoma. 2) Planificar la adquisición de recursos con antelación (farmacológicos, tecnológicos, etc.). 3) Mejora en la calidad asistencial y resultados clínicos y en salud.
21. Creación de una comisión de coordinación técnica Covid-19 del ámbito del Distrito de Atención Primaria / Área de Gestión Sanitaria, donde se abordarán entre otros aspectos los relacionados con la organización de tareas derivadas de los protocolos establecidos, problemas detectados, etc. Debería estar compuesta por las personas titulares de las direcciones y de los mandos intermedios de los servicios clínicos más implicados.
22. Creación de la comisión técnica provincial Covid-19 para establecer las pautas de actuación integradas y de cooperación entre los diferentes centros del SSPA en el ámbito provincial. En el seno de esta comisión, se deberá mejorar la respuesta a los problemas relacionados con el Covid, aprovechando las sinergias que se producen entre los centros por el apoyo directo a necesidades o bien mediante el traslado de iniciativas que han aportado valor de un centro a otro.
23. Esta pandemia ha puesto de manifiesto el incremento de la demanda de los cuidados en la población. Para poder mejorar la gestión de los cuidados en Andalucía sería necesaria una dirección general / subdirección de cuidados de enfermería que dependa del Servicio Andaluz de Salud y permita la gestión efectiva de los cuidados en esta pandemia.
24. Realizar estudios para conocer mejor el modo de transmisión mediante el análisis con mayor profundidad de algunos brotes colectivos.
25. Aprovechamiento de recursos externos a la Consejería de Salud (grupos de investigadores, universidades, etc.) para el análisis de la información.
26. Se deben asignar supervisores a todos los equipos de rastreo de contactos para permitir el apoyo técnico y logístico, la solución de problemas y la supervisión de la calidad.
27. Es recomendable que las personas que vayan a reforzar a los centros de salud para el rastreo, aunque no sean sanitarios, se incorporen a dichos centros o al Distrito Sanitario /

Resultados: propuestas de mejora

- Área de Gestión Sanitaria y se mantenga la organización para la identificación y el seguimiento de sus casos y contactos a nivel local, ya que la eficacia y la eficiencia del rastreo, del seguimiento, del aislamiento y de la coordinación con el personal sanitario en caso de aparición de síntomas o de agravamiento de la enfermedad es mayor que la opción de centralizar a los rastreadores en un centro de llamadas.
28. Establecer medidas para el cumplimiento del periodo del aislamiento de los casos y la cuarentena de los contactos: a) hacer seguimiento de los casos y contactos diarios, espaciados en el tiempo, telefónicamente o a través de otras herramientas telemáticas, en función del número de casos y contactos que haya que seguir; b) concretar y agilizar el procedimiento establecido de acuerdo con jueces y fuerzas del orden y seguridad, a través de las delegaciones territoriales de salud, para actuar sobre los incumplidores del aislamiento y de la cuarentena.
 29. Planificar y gestionar sobre la base de una evaluación continua del riesgo de transmisión (indicadores epidemiológicos sobre incidencia/tendencias, gravedad de la enfermedad y carga del sistema sanitario), con establecimiento de umbrales para toma de decisiones sobre adopción de medidas de ámbito de salud pública comunitaria. Toma de decisiones objetivas y rápidas, perfectamente preparadas y coordinadas (no se puede ir por detrás en la toma de decisiones) basados en datos epidemiológicos (incluso predictivos), muchas de ellas en ámbito local. Cuadro de mandos: ver modelo ECDC, Ministerio, IECA, Consejería Salud y Familias.
 30. Tipificar poblaciones de «Riesgo Covid» según mortalidad e ingresos, para desarrollar y hacer prioritarias (si fuese necesario en detrimento de otras con menos riesgo) estrategias de «sellado» de contactos. Ejemplos de poblaciones: centros sociosanitarios cerrados, crónicos confinados en domicilio, crónicos complejos, etc. Ejemplos de estrategias: *pooling* en saliva semanal de trabajadores de centros sociosanitarios, minimizar los contactos de los crónicos en domicilio, facilitar EPI a los cuidadores familiares, cribado de cuidadores domiciliarios y de crónicos complejos, ayuda a la instalación de aplicación de rastreo en estas poblaciones, desarrollo de aplicaciones específicas para estas poblaciones, etc. (Nota: la compra de 1 millón de test antigénicos no anula la propuesta *pooling*; al contrario: podría ser el segundo escalón aumentando la periodicidad propuesta de 14 a 7 días con los beneficios inherentes a un cribado continuo).

Recursos

31. Asegurar una dotación adecuada en las plantillas de profesionales de Atención Primaria de salud. Para ello, desarrollar un plan de refuerzo de las plantillas, y abordar el otoño-invierno y dar respuesta a la Covid-19 y atención de enfermos no Covid mediante: a) mejoras en las condiciones de los contratos (jornada completa, flexibilización de horarios, facilitar teletrabajo en casos seleccionados, captación activa de los residentes de MFyC que

Resultados: propuestas de mejora

- concluyeron en los últimos años); b) vuelta de los residentes de medicina de familia y comunitaria con periodo de formación hospitalario a sus centros de salud si las rotaciones formativas se suspenden; c) colaboración de otras especialidades o residentes que disminuyen su actividad en caso de empeoramiento de la pandemia.
32. También es necesario reforzar, cuando las circunstancias de presión asistencial lo aconsejen, las plantillas de hospitales, en particular, de medicina interna y enfermedades infecciosas.
 33. Calcular en cada centro la necesidad de material de protección para el personal y garantizar el suministro del mismo manteniendo un *stock* fijo para 3 meses.
 34. Prever un plan de contingencia para las bajas de profesionales. Reforzar hospital o Atención Primaria según donde surjan las mayores necesidades con flujo de personal entre ambos. Establecer turnos de trabajo con períodos de +/- exposición en la organización, de manera que unos actúen de «retén» de los otros.
 35. Realizar un plan de adaptación de instalaciones con mobiliario, reformas estructurales o módulos externos que asegure que todos los centros de salud y consultorios dispongan de zonas aisladas donde atender las sospechas de Covid. Adaptar las necesidades de limpieza e higiene a la situación actual aumentando los recursos.
 36. Se deben facilitar a los profesionales todos los recursos materiales para desarrollar su trabajo con la máxima seguridad y comodidad (teléfonos modernos, manos libres, etc.).
 37. Facilitar/permitir la realización de continuidad asistencial a los pediatras de Atención Primaria y a otros facultativos con el objetivo de responder mejor al incremento de demanda asistencial y al déficit de profesionales en Atención Primaria.
 38. Implementación de la figura de la enfermería pediátrica en todos los centros de salud. Sería deseable disponer durante la pandemia de una enfermera pediátrica por cada cupo que se encargara, entre otras funciones, de establecer el nexo entre centros educativos y Atención Primaria.
 39. Agilizar el proceso de contratación fuera de bolsa. Contratos de larga duración que eviten la necesidad de formación o reciclaje cada vez que se incorporan profesionales a su nuevo puesto.
 40. Hacer visibles las urgencias extrahospitalarias aumentando su capacidad de resolución: realización de pruebas complementarias (analíticas, Rx, ecografía) y formación de los profesionales.
 41. Garantizar los recursos para la continuidad de los programas de trasplantes, considerados actividad preferente por la ONT (cirugía urgente).

Resultados: propuestas de mejora

42. Desarrollar un plan de choque para recuperar la normalidad en la Atención Hospitalaria a los pacientes con patologías crónicas y contra las listas de espera diagnósticas y quirúrgicas en los hospitales andaluces.
43. Asegurar la disponibilidad de la reserva estratégica de material de protección y equipos médicos, cuya cuantía debe ser conocida y pública.
44. Adecuación de la estructura de las UCI, de modo que existan boxes individuales en cuidados intensivos para adaptarlos a las situaciones clínicas. Algunos de estos boxes deben estar dotados con dispositivos de presión negativa para situaciones clínicas de mayor riesgo de contaminación.
45. Velar por que en los hospitales se cumplan las normas de protección en las áreas de descanso y desayuno. Ampliar a otros espacios estas áreas, educar y recordar.
46. Restricción de entrada a los hospitales. Toma de temperatura a la entrada del hospital. Carteles con instrucciones Covid.
47. Adecuación, en espacio y en equipamiento, de las áreas postoperatorias y de reanimación para atención al paciente postquirúrgico No Covid a fin de mantener la actividad quirúrgica programada”.
48. Adecuación de estas áreas para asumir pacientes Covid, si ocurriese saturación de las UCIs.
49. Instauración de una estancia «prehospitalaria» en la que situar a los pacientes con sospecha de Covid a la espera de confirmación diagnóstica o en evaluación de la presencia de criterios de ingreso, suficientemente aislada (arquitectónicamente y con personal específico) de la hospitalización general y de la hospitalización de pacientes con enfermedad confirmada.
50. Revisión y realización de las modificaciones necesarias de la orden SND/232/2020 de 15 de marzo y de la normativa de bolsa para llevar a cabo el plan de recursos humanos planteado para dar respuesta a la pandemia.
51. Análisis de los aislamientos disponibles en pediatría e incremento de los mismos cuando la dotación de estos sea insuficiente. Garantizar la idoneidad de los espacios en los que se ingresan a pacientes Covid. Establecimiento de presión negativa en aquellos espacios en los que se sospecha que el paciente va a requerir procedimientos con riesgo de generar aerosoles (intubación endotraqueal, lavado broncoalveolar, inducción del esputo, ventilación manual, etc.).
52. Adecuación de las infraestructuras disponibles y dotación de material de protección suficiente para garantizar el acompañamiento continuo por al menos un padre, madre o tutor de todos los pacientes pediátricos hospitalizados.
53. Establecimiento de previsiones de necesidad de camas en función de casos atendidos en años previos de patología con síntomas que pudieran ser similares (reagudización de EPOC,

Resultados: propuestas de mejora

insuficiencia cardíaca, tromboembolismo de pulmón, neumonía bacteriana, etc.) y de casos de Covid-19 en los meses de marzo-mayo de 2020.

54. Para disminuir contagios de profesionales dentro de los centros sanitarios: a) circuitos diferenciados; b) sistemas de videoconferencia para disminuir el número de personas presentes simultáneamente en cada espacio que se comparte; c) modificación de los turnos en comedores de guardia y cafetería; d) disminuir el número de personas que acceden a los ascensores; f) control y desinfección continuada de los espacios comunes y asistenciales.
55. Adaptación de las habitaciones hospitalarias a enfermos necesitados de aislamiento por gotas, dotadas de: a) presión negativa en la medida de lo posible; b) cámaras de monitorización externa; c) sistemas electrónicos de monitorización externa de signos.
56. Mejorar los tiempos de respuesta en pruebas diagnósticas incorporando el test rápido de detección de antígenos (escobillado nasal y resultado en 15 min).
57. Realización de un plan de gestión de las pruebas RT-PCR, con el objetivo de que el tiempo transcurrido entre la indicación y la comunicación del resultado no sea superior a 36 horas. El plan se basará en un incremento de la capacidad para la realización de RT-PCR por provincia y en el control y priorización de las indicaciones de dicha prueba. Así como en el análisis de nuevas pruebas que están saliendo al mercado y pueden complementar o sustituir en parte a las RT-PCR.
58. Análisis y puesta en marcha de las novedades en pruebas diagnósticas de la infección activa, que cumplan con un nivel de sensibilidad y especificidad adecuado: a) los nuevos test rápidos de antígenos (SARS-CoV-2 Ag test); b) pruebas PCR rápidas como Punto de Atención; c) la RT-LAMP (prueba rápida de detección de ácidos nucleicos); d) valoración y adquisición de las nuevas técnicas con capacidad de análisis de varios virus respiratorios a la vez fundamentalmente para la temporada de otoño-invierno; e) valorar las indicaciones de estas pruebas y modificación de los protocolos actuales.
59. Automatizar la carga de resultados de los laboratorios de microbiología en Red Alerta.
60. Dotar de recursos suficientes a los servicios de salud laboral que deberán ser desarrollados de modo preferente por médicos especialistas en medicina de trabajo y personal de enfermería capacitado. Mejorar la coordinación con los técnicos en prevención de riesgos laborales que debieran integrarse con los médicos del trabajo en una única unidad o servicio.
61. Aumentar la dotación de servicio de limpieza de los centros de salud y hospitales para mejorar la capacidad de respuesta de este colectivo ante el incremento de demanda surgido por la infección por SARS Cov2.
62. Para resolver el déficit de recursos humanos a largo plazo: incremento del número de plazas ofertadas para la formación en especialidades con capacidades múltiples: Medicina de Familia, Medicina Interna, Pediatría.

Resultados: propuestas de mejora

63. Poner a disposición de los profesionales la aplicación que ya está desarrollada y permite solicitar PCR por lotes o grupos sin tener que entrar en la historia del paciente, facilitando el proceso en instituciones o grandes grupos de contactos. Desde el 28 de agosto está operativa pero no en producción.
64. Disponer de listados homogéneos de resultados PCR de todos los laboratorios de una provincia consultables desde la red corporativa de manera rápida.
65. Descongestión de Atención Primaria y enfoque de riesgo. Como alternativa a otras opciones planteadas, externalizar de Atención Primaria los rastreos de grupos que no sean de alto riesgo a centros de llamadas propios del Servicio Andaluz de Salud dotados con otras profesiones sanitarias bajo la supervisión de epidemiología y con protocolos claros.
66. Reforzar el servicio de Salud Responde para dar una respuesta rápida (24 horas / 365 días) y dotarlo de un papel más activo en el diagnóstico y seguimiento de los casos. Reforzar las líneas y el personal para evitar demoras en la atención por saturación de aquellas. Revisar el protocolo de actuación, dando un papel más activo en el diagnóstico de los casos sospechosos. Hasta ahora recogen la llamada y le indican al paciente que permanezca aislado a la espera de la llamada desde su centro de salud, el cual responde en un plazo variable dependiendo del centro.
67. Fomentar el uso de la línea Covid y la aplicación Covid de salud responde «¿Tiene usted síntomas?», mediante la intensificación de la campaña de información.
68. Incorporar el número adecuado de rastreadores para hacer el estudio exhaustivo de los contactos de cada caso. a) Actualmente, el número de rastreadores por provincia no se corresponde con el número de casos, con unas diferencias inexplicables; b) no existe ninguna planificación ni criterios para determinar el número de rastreadores necesarios para dar una cobertura adecuada a la evolución de la pandemia; c) es necesario hacer una planificación real de las necesidades de rastreadores según la incidencia de casos nuevos por día, el número medio de contactos por cada caso y los tiempos medios que vamos a dedicar a cada una de las actividades incluidas en el proceso de rastreo; d) aunque existen estimaciones de tiempo obtenidas de la media de algunas muestras realizadas en diferentes países, es necesario que cada comunidad haga sus propias estimaciones, ya que existen factores que influyen en este proceso.
69. Con el aumento del número de casos, se necesita ir adaptando el modelo de rastreo de contactos para hacerlo viable. a) Cuando no exista personal sanitario disponible, el personal de los centros de salud puede ser complementado por personas que no tienen antecedentes de trabajar en salud pública, de otros ámbitos del SSPA o mediante contratación de personal no sanitario. Estas personas deben estar debidamente capacitadas (requieren formación) y ser supervisadas por personal de salud pública. Al aumentar el número de personal, las operaciones de rastreo de contactos requieren un mayor grado de coordinación y se recomienda que el personal con experiencia en gestión trabaje junto con el de salud pública. b) Tal vez sea necesario reducir la intensidad de las

Resultados: propuestas de mejora

- interacciones y priorizar los contactos de alto riesgo de exposición. c) Utilizar otros canales de comunicación con los contactos (mensajes). d) Usar diferentes tecnologías (por ejemplo, aplicaciones para teléfonos móviles, sitios web para que los casos introduzcan los datos de sus contactos, etc.) para ayudar a ampliar el rastreo de contactos.
70. Cada distrito sanitario, área de gestión sanitaria y hospital, conjuntamente con otras instituciones públicas y privadas (ayuntamientos, diputaciones, asociaciones, establecimientos hoteleros, etc.), adecuarán y pondrán a disposición de los centros de salud establecimientos para el aislamiento de casos leves que no dispongan de las mínimas condiciones para hacer el aislamiento domiciliario.
 71. Ampliar y ajustar la capacidad diagnóstica a la evolución de la pandemia, en coordinación con la capacidad de control de casos, controles y brotes: pruebas, pruebas, pruebas, ¡pero dirigidas!, y más recursos que aseguren la aplicación de la estrategia nacional de detección precoz, vigilancia y control Covid-19, pero ajustada a cada provincia.
 72. Protocolos de atención a la población migrante y de zonas vulnerables, destacando entre otras medidas: a) Fomentar la participación comunitaria en zonas o barrios marginales con necesidades de intervención social y zonas de ocio juveniles o de adultos jóvenes con la incorporación proactiva de líderes sociales de la zona, incluyendo los de asociaciones inmigrantes, ONG, centros religiosos y entidades de ayuda a inmigrantes con el fin de facilitar los mensajes preventivos, así como facilitar las ayudas y el seguimiento de esta población por los Servicios Sociales Comunitarios en caso de aislamiento por Covid positivo o contacto. b) Establecer un mapa de recursos de acceso a profesionales del ámbito sociosanitario, asociaciones y entidades dirigidas a dar apoyo a las personas migrantes en aislamiento. c) Facilitar las medidas de prevención a través de las entidades locales o las ONG (mascarillas, jabón, gel hidroalcohólico, etc.). d) Adecuación de los centros de acogida, de refugiados y de menores no acompañados, realizando controles periódicos mediante test rápidos o PCR. e) Contratación de rastreadores con competencias interculturales en los centros de salud con un porcentaje importante de población migrante, para facilitar la localización de contactos en el caso de presencia de Covid positivos y también para adaptar el mensaje de aislamiento y cuidados y que se cumpla la normativa.
 73. Necesidad de que el SSPA asuma la competencia de hacer pruebas PCR a personas inmigrantes irregulares que llegan en pateras.
 74. Valorar la realización de test de diagnóstico de Covid-19 a personal sanitario, sociosanitario y docente de forma periódica para detectar los positivos asintomáticos con medios rápidos, sensibles y no invasivos.
 75. Para mejorar el déficit de rastreadores: a) formación precoz de personal (sanitarios, estudiantes de grados de Ciencias de la Salud, con carácter voluntario, no sanitarios) en torno a la enfermedad; b) Contratación de dicho personal para rastreo de casos, en números adecuados (1 por cada 4000-5000 habitantes).

Resultados: propuestas de mejora

76. Para detección de casos con clínica atribuible a Covid-19: a) seguimiento de las normas indicadas en el documento del Ministerio de Sanidad, etc., referido a Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19, actualizado a 25 de septiembre de 2020; b) técnica diagnóstica de elección: Detección de ácidos nucleicos de SARS-CoV2 en exudado nasofaríngeo o esputo. A medida que se vayan introduciendo y validando otras técnicas, fundamentalmente antigénicas rápidas, estas podrían ser consideradas técnicas de elección; c) técnica alternativa: detección de anticuerpos tipo IgM frente a SARS-CoV 2 en casos con más de 10 días de síntomas, con PCR negativa en dos ocasiones y sospecha clínica de la enfermedad; d) tiempo desde toma de muestra a obtención de resultados del test: menos de 24 horas. En caso de clínica indicativa de gravedad, inmediata; e) tiempo entre obtención de resultados del test y comunicación de resultado y medidas de control: menos de 24 horas. En caso de clínica indicativa de gravedad, inmediata.
77. Los rastreadores valorarían los contactos de los enfermos referidos, en principio, por el propio enfermo diagnosticado. Se estima conveniente un número mínimo de 10 contactos por caso confirmado. Se informará a los mismos de los puntos para toma de muestras y la necesidad de su realización. A todos los contactos estrechos se les aislará hasta realización de test diagnóstico.
78. Estudio de contactos o diagnóstico de casos asintomáticos. Uso de test antigénicos rápidos o de PCR en función de las situaciones: contacto estrecho, entendido de acuerdo a la estrategia de detección precoz; vigilancia y control de Covid-19, que no ha llevado a cabo medidas de protección individual. Tras encuesta epidemiológica pertinente, se realizará test antigénico rápido por personal sanitario cualificado en aquellos casos de brote epidémico en los que el individuo pertenezca a organizaciones estratégicas (incluimos en estos casos a las instituciones sanitarias). La primera determinación a los contactos se realizará mediante PCR. A partir de esta primera determinación y en días sucesivos, se les realizará test antigénico rápido. Si la PCR o el test rápido es negativo, el sujeto se incorporará a su lugar de trabajo, incidiendo nuevamente en medidas de protección; se repetirán dichos test de modo diario hasta los 10 días del contacto (es importante que posean trazabilidad y control –Laboratorio de Microbiología). Si el test rápido es positivo, el individuo se incluirá como caso diagnosticado de Covid-19 y se seguirán las medidas indicadas en apartados previos. Esta estrategia evita la disminución de disponibilidad de recursos humanos que puede ser crítica en la situación actual en instituciones sanitarias y otras estratégicas.
79. Estudio de contactos o diagnóstico de casos asintomáticos. Uso de test antigénicos rápidos o de PCR en función de las situaciones: ausencia de brote epidémico e individuos pertenecientes a instituciones o empresas no estratégicas. Se recomienda la realización de PCR a contactos estrechos inicialmente. Si la PCR es positiva, pasará a ser considerado caso confirmado y se seguirán las medidas anteriores. Si es negativa, el individuo se mantendrá en aislamiento durante 10 días. Se realizará PCR en cualquier momento durante este periodo en el caso de que desarrolle síntomas sugestivos de Covid-19. En caso contrario, se reincorporará a su actividad habitual tras el periodo de aislamiento.

Resultados: propuestas de mejora

80. Estudio de contactos o diagnóstico de casos asintomáticos. Uso de test antigénicos rápidos o de PCR en función de las situaciones: si se ponen en marcha centros de llamadas, debería emplearse una aplicación informática integrada con los centros de salud y con los hospitales.
81. Estudio de contactos o diagnóstico de casos asintomáticos. Respecto al tiempo de aislamiento y test diagnóstico al final del mismo: atendiendo a los documentos al respecto de CDC y ECDC no se requiere test diagnóstico al final del aislamiento en caso de ausencia de síntomas del individuo.
82. Disponer de servicios operativos o presupuesto para ayuda a modificaciones estructurales urgentes para aumentar capacidad de aislamiento individual en centros sociosanitarios que lo precisen (tabiquería, instalación lavamanos y wc portátiles, etc.) y el diseño de circuitos de transición que evitan evacuaciones. Esto lo propició la ONG MSF que ya no está operativa.
83. Disponer de centros de evacuación para residentes PCR positivos de residencias pequeñas/medianas que no soportan sectorización. El criterio debe quedar claro para que centros con posibilidades de sectorizar no «fuercen» la evacuación para quedar «limpios» de Covid y acelerar la línea de negocio. Los centros de evacuación deben tener claramente la función descrita y ninguna otra.
84. Apoyo a las plantillas de centros de salud con personal externo: disponer de empresas de servicios con equipos de sanitarios y auxiliares para reforzar las plantillas de aquellos centros que soportan una buena sectorización, pero sufren un detrimento de la plantilla que requiere reforzarse temporalmente y en tanto logran contratos por medios propios. Los planes de contingencia obligan a los centros de salud a proveer las plantillas de sustitución, pero debe disponerse una ayuda de urgencia entre tanto.

Tecnología y teleasistencia

85. Incorporar una aplicación específica de Covid-19 para el seguimiento domiciliario, para evitar la saturación en Atención Primaria y los retrasos telefónicos. Precisa la creación de un centro de llamadas específico. Además, facilita el «empoderamiento» del paciente en su proceso.
86. Plan para mejorar la accesibilidad a la consulta y la saturación de los centros de Atención Primaria. Atención a pacientes no Covid. Es urgente la realización de un análisis del impacto del modelo actual centrado en la consulta telefónica en la saturación de los centros de salud y en la resolución y calidad de la asistencia prestada.
87. Plan para mejorar la accesibilidad a la consulta y la saturación de los centros de Atención Primaria. Reorganizar el modelo de atención con la creación un grupo de trabajo para la

Resultados: propuestas de mejora

revisión y adecuación del acceso a la atención sanitaria a través de la consulta telefónica: a) Tener claro que el objetivo de la consulta telefónica no es evitar que el paciente acuda al centro de salud, sino que se haga de forma remota lo que se pueda resolver de forma segura y con resultados clínicos de calidad. b) Las consultas no presenciales solo deben ofrecerse como una opción para apoyar los modelos de atención tradicionales, pero no para reemplazarlos directamente. c) Existen ensayos controlados aleatorios y estudios de series de tiempo que muestran que las consultas telefónicas no reducen necesariamente la carga de trabajo para los médicos. d) La propuesta de un nuevo modelo debe ir acompañada de medidas que eviten la saturación de pacientes en los centros de salud mientras la incidencia del Covid siga siendo significativa.

88. Establecer una línea de atención telefónica directa para los casos sospechosos de Covid leves, en paralelo a la del centro de salud, a través de Salud Responde, que incluya todo el proceso relacionado con la identificación precoz de los mismos: a) atención telefónica 24/7; b) refuerzo del servicio para evitar problemas de saturación de líneas; c) evaluación de síntomas; d) indicación de la prueba diagnóstica que proceda: RT-PCR o test rápidos de antígenos (SARS-CoV-2 Ag test) si cumple con los estándares previstos; e) indicación del aislamiento al caso y los convivientes; f) envío de la información del caso a su centro de salud para seguimiento y estudio de contactos si es positivo.
89. Para mejorar la accesibilidad y la atención sería necesario implantar nuevas tecnologías en las consultas, como las videollamadas, videoconferencias o cualquier otra vía que facilite la comunicación más directa con pacientes o cuidadoras y cuidadores.
90. Potenciar las consultas telefónicas de enfermería en Salud Responde y en los propios centros para seguimiento programado y a demanda de pacientes crónicos, pluripatológicos e inmovilizados con el fin de mejorar la accesibilidad de los pacientes vulnerables y frágiles; detectar necesidades o descompensaciones de forma precoz, resolución de dudas y educación sanitaria.
91. Habilitar hipervínculo de acceso directo a su HSU a los mensajes del buzón de ingreso en urgencias/hospitales para facilitar su consulta.
92. Consultas virtuales programadas entre médicos de familia, pediatras y médicos hospitalarios donde se puedan plantear dudas de pacientes sin que tengan que ser derivados tras la gestión del caso, a veces, para solicitud de pruebas que no están disponibles en Atención Primaria. La consulta virtual ya se usaba antes de la pandemia en algunos servicios, pero debe extenderse a otros. La consulta telefónica entre profesionales solo tiene éxito si existen franjas horarias coincidentes para que ambos profesionales puedan contactar.
93. Actualización de los datos en la Base de Datos de Usuarios con el objeto de no perder tiempo con números de teléfono, direcciones o correos electrónicos incorrectos.

Resultados: propuestas de mejora

94. Creación de alertas en Diraya que informen de medicación crónica que vaya a caducar y de vacunas pendientes (no solo gripe: también para neumococo en adultos).
95. Fisioterapia en pacientes en Atención Primaria. No se puede perder la continuidad asistencial de los pacientes crónicos. Sería una doble tragedia, tanto desde el punto de vista humano como desde el punto de vista de la sostenibilidad del Sistema Sanitario.
96. Mejorar la coordinación interniveles (Hospitalaria-Primaria) con objeto de garantizar el seguimiento y tratamiento de fisioterapia en pacientes post-Covid en Atención Primaria
97. Actividades de comunicación para fomentar el autodiagnóstico y autoaislamiento: a) Con objeto de favorecer tanto la identificación como el aislamiento precoz de casos y contactos, debe mejorarse e intensificar el plan de comunicación con mensajes destinados a la población, apelando a su responsabilidad social, que fomenten el autodiagnóstico y autoaislamiento, en base a criterios clínicos o epidemiológicos compatibles con la infección Covid-19 hasta que se contacta con los servicios sanitarios y estos confirman si es caso o no. b) Potenciar el uso de la aplicación de salud responde «¿Tiene usted síntomas?». c) El objetivo sería que el 80 % de los casos y de sus contactos se aislen por sí mismos.
98. Accesibilidad del ciudadano a sus resultados y consejos: facilitar el acceso a ClicSalud+ para consultar sus analíticas sin necesidad de certificado digital. Ya existe un desarrollo con doble clave (PIN+SMS) idéntico al que usan los bancos que sin embargo no está implantado. La comunicación de resultados debe ir acompañada de los consejos de actuación adecuados, por ejemplo, de los riesgos de abandonar prematuramente el aislamiento.
99. Aplicación de sistema de control de las medidas de confinamiento (aplicación para móviles).
100. Desarrollar en Salud Responde y ClicSalud+ la posibilidad de ofertar citas diferenciadas según el motivo de consulta (administrativo/enfermería/médico/pediatría; demanda clínica/administrativa/curas/vacunas...).
101. Creación de aulas virtuales para continuar con la educación sanitaria (consulta antitabaco, educación maternal, fisioterapia) mediante webcam.
102. Actualización en historia clínica digital del Servicio Andaluz de Salud (Diraya) de una hoja, no muy extensa, en la que se recojan los aspectos claves del rechazo al tratamiento y la limitación del esfuerzo terapéutico recogidos en la ley 2/2010. Se podría encargar al Comité de Bioética de Andalucía corregir el formato actual de Diraya y realizar la actualización.
103. Actualización del sistema de mensajería del Servicio Andaluz de Salud, con *hardware* de suficiente potencia y difusión a los profesionales.
104. Actualización del sistema Circuit de videoconferencia, que posibilite que los profesionales convoquen videoconferencias y adaptación del *hardware* (micrófono, cámaras de ordenador, etc.).

Resultados: propuestas de mejora

105. Facilitar la consulta de resultados de pruebas PCR en Atención Primaria a través de la aplicación ClicSalud+, o similar.
106. Para disminuir la demora en el tiempo de comunicación del resultado del test diagnóstico al enfermo: a) mensaje directo, vía SMS, desde laboratorio de Microbiología a *smartphone* del enfermo/familiar con el resultado del estudio y las indicaciones acerca de aislamiento/reincorporación a vida normal; b) mensaje simultáneo a centro de salud, comunicándole el resultado para que se ponga en contacto en su caso con el enfermo y aclare sus dudas, si existen; c) mensaje simultáneo a epidemiología; d) Mensaje simultáneo a aplicación Radar Covid.
107. Otra opción para disminuir la demora en el tiempo de comunicación del resultado del test diagnóstico a la persona enferma: centro de llamadas con asistentes, no necesariamente sanitarios, pero sí formados, que puedan resolver las dudas elementales que presenten los individuos testados y que dispongan a su vez de un médico con capacidad para responder a otras preguntas no resueltas.
108. Comunicaciones vía videoconferencia entre Asistencia Hospitalaria (medicina interna / enfermedades infecciosas, UCI, pediatría, neumología), urgencias hospitalarias, Asistencia Primaria, epidemiología y, en su caso, residencias sociosanitarias. Comunicaciones semanales de situación en los respectivos centros/áreas: recursos humanos y materiales, número de enfermos, gravedad de los mismos, vías de solución de problemas.
109. *SOFTWARE* CORPORATIVO PARA RASTREO: desarrollo de aplicaciones gráficas que muestren la red de contactos de un caso y el estado de cada uno de ellos (aislamiento, informado, positivo/negativo; etc.) para ahorrar accesos innecesarios a la historia y evitar duplicar intervenciones. Incluir enfoque de riesgo. Diraya ha mejorado, pero no está preparado para ser ágil en estas tareas.
110. Mejora de Diraya adaptándolo a las nuevas necesidades creadas a lo largo de esta pandemia, destacando, entre otras, la atención telefónica y la necesidad de rastreo de los casos confirmados.
111. Incorporación de herramientas y sistemas de información de ayuda a la identificación, trazabilidad y seguimiento de casos y contactos a gran escala: programa informático Go.Data de la OMS y Checklist ayuda a las entrevistas de los casos para identificar contactos.
112. El sistema de información del sistema de vigilancia para la Salud debe incorporar de forma instantánea la ingente cantidad de datos útiles que genera el sistema sanitario asistencial, descargando a los profesionales de vigilancia de tareas administrativas y permitiendo desarrollar el análisis epidemiológico en todos los ámbitos territoriales.
113. Ante normativa cambiante y BOJA que se solapan, crear una página web con los apartados principales de la norma en centros sociosanitarios (ingresos, salidas, visitas, restricciones, altas hospital, etc.). Se mantendría al día de los cambios normativos evitando la consulta de BOJA «encadenados» y podría tener una opción de consultas.

Resultados: propuestas de mejora

Coordinación y seguimiento de la pandemia

114. Incorporar a la red de farmacias y a sus profesionales en las labores de rastreo, educación sanitaria, dispensación domiciliaria de medicación de uso hospitalario y otras actividades de apoyo asistencial.
115. Potenciar la atención domiciliaria: pacientes dependientes, vulnerables, crónicos complejos, paliativos, etc. Para ello, se deben reforzar las plantillas de Atención Primaria.
116. Las enfermeras y enfermeros gestores de casos deben seguir protocolos homogéneos para disminuir su variabilidad en nuestra Comunidad Autónoma. Para ello consideramos muy importante la creación de unidades de gestión de casos y residencias en cada provincia. Esto supondría un beneficio para la actividad en residencias de mayores y para la gestión de casos en Andalucía.
117. Establecer triaje de enfermería en los puntos de urgencias extrahospitalarias para definir la prioridad de la atención. Facilitar la formación en clasificación de pacientes a dichos profesionales.
118. Potenciar el acceso a los cuidados paliativos como herramienta de mejora de calidad de vida y de mitigar el sufrimiento administrado por los equipos de AP con el soporte de los equipos avanzados: favorecer la formación de los profesionales, garantizar tiempo en las agendas para los pacientes subsidiarios y sus familias con tramos reservados, aumentar el número de equipos de atención de cuidados paliativos especializados para Atención Hospitalaria y domiciliaria de casos complejos y el asesoramiento a Atención Primaria para resolución de complicaciones.
119. Cumplimiento de medidas preventivas y de protección de salud pública comunitaria (Orden de 19 de junio de 2020). Reforzamiento del papel de autoridad sanitaria.
120. Realización, implantación y difusión de protocolos locales de actuación coordinada entre Atención Primaria y servicios de urgencias (incluida pediatría) en relación con el manejo diagnóstico, terapéutico y preventivo de la Covid-19. Definición clara de los roles de cada uno de los ámbitos asistenciales.
121. Mejorar la capacidad diagnóstica en Atención Primaria y urgencias (incluida pediatría) implementando allí donde no está disponible aún la realización de pruebas diagnósticas rápidas (detección antígeno frente a SARS Cov2, VRS, Influenza, S. pyogenes, etc.).
122. Realización de una encuesta poblacional sobre su conocimiento acerca del Covid-19, para poder planificar adecuadamente las campañas de información a la población.
123. Definir un plan de comunicación y de campañas publicitarias para una adecuada información a la ciudadanía. Una estrategia que implique a todos los medios de comunicación para la difusión de mensajes con el énfasis que en cada momento se necesite (ocio nocturno, juventud, trabajo en el campo, etc.).

Resultados: propuestas de mejora

124. La Dirección General de Salud Pública debe establecer criterios epidemiológicos homogéneos y consensuados, ligados al tipo de medidas y cuándo aplicarlas, relacionadas con el incremento del distanciamiento social en ámbitos como transporte público, acontecimientos sociales, restaurantes y bares, espectáculos, vuelta al colegio, confinamientos en ámbitos concretos, y con restricciones de la movilidad de poblaciones específicas, ante un escenario de necesidad de aplicación de dichas medidas a nivel local y no de forma generalizada para todo el territorio ni para todos los estratos etarios de la población.
125. Preparar y difundir a la población información clara sobre la utilidad de las pruebas diagnósticas y el momento de hacer cada una de ellas. Al hecho de que la población se está haciendo pruebas por iniciativa propia sin criterio, llevando a la confusión y una falsa seguridad a los usuarios, tenemos que añadir la campaña realizada por los «negacionistas» sobre la inutilidad de las pruebas diagnósticas jugando con las indicaciones de cada una de ellas.
126. Informar a la población puntualmente de los cambios de funcionamiento del sistema sanitario, del alcance de la situación y de la necesidad de hacer un uso adecuado de los recursos, especialmente de las urgencias, con campañas institucionales, declaraciones en medios de comunicación de autoridades y personas de influencia y divulgación en redes sociales.
127. Campañas dirigidas a la población más joven / adolescente a través de las redes sociales y espacios de consulta de información (Instagram, Snapchat, Twitter, Facebook, etc.), reforzando la idea de conseguir el compromiso de la población por encima de la penalización. Hay que reeducar a los jóvenes en el ocio saludable.
128. Incorporar a personas con influencia social en todos los ámbitos, para acompañar en la transmisión de los mensajes preventivos y las medidas que las autoridades sanitarias vayan definiendo en cada caso.
129. Crear mecanismos de supervisión para comprobar que la información a los pacientes desde Salud Responde y 061 se adapta a los protocolos y la normativa actualizados para cada zona.
130. Programar actividades desde Atención Primaria para mejorar la educación sanitaria a la ciudadanía. Se deben abordar grupos específicos: asociaciones de pacientes, profesorado, alumnos, personas cuidadoras, profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio, comerciantes y especialmente dirigida a jóvenes (utilización de redes sociales e *influencers*). Esta propuesta incluye también a los medios de comunicación públicos.
131. Información a la población para acceder a centros de salud, con indicaciones precisas de cuándo deben acudir presencialmente y cuándo y cómo pueden acceder telefónicamente, así como sobre la inclusión de nuevas tecnologías para apoyo en el rastreo de posibles brotes. Informar de la carga asistencial que soporta la Atención Primaria, ya que es

Resultados: propuestas de mejora

- necesario reivindicar el trabajo que se hace. Si la población está informada, se reducen los casos de hostilidad hacia los profesionales sanitarios.
132. Medidas para mejorar la imagen de Atención Primaria (descrédito y divorcio emocional entre pacientes y profesionales). Hay que promover escenarios y foros de encuentro entre directivos, profesionales y ciudadanos para poder rendir cuentas de lo que se está haciendo, cuánto, cómo y por qué.
 133. Mensajes de sensibilización dirigidos a la población general, con contenido informativo y formativo. Además de las actuaciones punitivas, debemos buscar estrategias para mejorar la colaboración de la ciudadanía y lograr un adecuado cumplimiento de las medidas preventivas. Valorar el incorporar en estas campañas a profesionales de psicología o antropología u otras ramas de conocimiento, que ayuden a propiciar cambios en los hábitos saludables de la población.
 134. Es necesario abrir una línea de investigación sobre temas relacionados con la Covid, tanto clínicos como experimentales, y dentro de ellos una investigación sobre la capacidad de los fómites de transmitir el virus en condiciones de la vida real.
 135. Los distritos y áreas de gestión sanitaria deben adoptar un liderazgo y una actitud más proactiva en materia de salud pública y, basándose en criterios epidemiológicos homogéneos (IA, signos de transmisión comunitaria, R0, tipos de brotes, etc.) establecidos por la Dirección General de Salud Pública, deben determinar las medidas de distanciamiento social y de restricción de la movilidad más indicadas en cada caso, asesorando a los ayuntamientos para evitar la imagen de descoordinación actual donde cada uno de estos toma medidas en función de criterios dispares.
 136. La Dirección General de Salud Pública debe marcar el liderazgo en materia de Salud Pública al tomar decisiones relacionadas con el distanciamiento social y la movilidad, y debe evitar la toma de decisiones arbitrarias de los ayuntamientos, lo que nos deja una imagen de desorganización y de descontrol de la situación.
 137. Realización, por parte de la Dirección General de Salud Pública, del diseño y mapeo del proceso Covid-19 completo, usando la metodología de gestión de procesos, definiendo todas las tareas y actividades por realizar en el proceso global, explicitando las funciones en el proceso de los centros y unidades del SSPA. Debe contener un plan de seguridad del proceso que identifique los posibles fallos que se pueden producir en cada paso y las medidas preventivas o correctivas con planes de contingencias alternativos.
 138. Establecimiento de un modelo de gobernanza y de mando único que facilite la homogeneidad en las actuaciones de los hospitales.
 139. Crear un grupo de expertos en Andalucía que homogeneice los criterios de ingresos, las pautas de tratamiento y los protocolos de actuación en los hospitales, así como sus actualizaciones en función de la evidencia científica disponible en cada momento.

Resultados: propuestas de mejora

140. En hospitales donde los circuitos de cirugía mayor ambulatoria sean diferenciados para pacientes Covid y no Covid, mantener la actividad independientemente de la fase de alerta. Hay que tender a aislar los circuitos quirúrgicos programados, plantas quirúrgicas del resto del hospital.
141. Establecer equipos multidisciplinares (medicina interna / enfermedades infecciosas / neumología) de guardia específicos para atender a los pacientes Covid cuando el número de hospitalizaciones sea elevado.
142. Con la experiencia adquirida, elaborar planes de actuación para aquellas especialidades que quedan con baja actividad, bien apoyando a unidades hospitalarias o centros de Atención Primaria sobresaturados por Covid, bien organizando un circuito específico para la atención de pacientes de su especialidad a través de consultas presenciales o no presenciales: telefónicas o videoconferencia.
143. Cada hospital debe organizar planes de contingencia con profesionales de otras especialidades del hospital para la cobertura de necesidades asistenciales derivadas de la falta de profesionales sanitarios por saturación o necesidad de aislamiento o cuarentena de estos.
144. Garantizar la hospitalización conjunta de madre con sospecha o confirmación de Covid y recién nacido en todas aquellas circunstancias en las que esto es posible. «Madres en investigación o positivas, si madre pauci o asintomática y neonato asintomático, se recomienda alojamiento conjunto en régimen de aislamiento de contacto y gotas entre madre e hijo/a (higiene de manos, mascarilla facial y cuna a 2 metros de la cama de la madre). Si la madre es sintomática (fiebre, tos y secreciones respiratorias), el neonato tendrá que ser ingresado aislado y separado de su madre solo cuando las condiciones clínicas de esta así lo recomienden».
145. Protocolizar los procesos que pueden o no realizarse mediante teleconsulta. Garantizar la visita presencial de forma rápida en aquellos que no cumplan estas características o en los que tras evaluación telemática se identifica que el paciente debe ser evaluado de forma presencial.
146. Medicina Preventiva y Salud Pública hospitalaria:
 - Protocolos comunes consensuados de limpieza, higiene y desinfección, que se deben acompañar de la misma disponibilidad de equipamiento y dispositivos en todos los centros.
 - Los protocolos deben estar coordinados con la adecuada gestión de residuos sanitarios.
147. Debe evitarse polarizar la asistencia no Covid hacia actuaciones fundamentalmente quirúrgicas. La atención a pacientes con patologías no quirúrgicas no tiene por qué verse relegada.

Resultados: propuestas de mejora

148. Elaboración de un protocolo interno sobre las indicaciones de las pruebas serológicas para uso profesional y adaptación de las instrucciones al mismo.
149. Con el objetivo de evitar el contagio entre el personal sanitario/sociosanitario y entre ellos y los pacientes a los que atienden o prestan cuidados, se propone para ambos grupos hacerles PCR semanal. La detección semanal mediante RT-PCR en profesionales sanitarios de alto riesgo y otros grupos en riesgo, independientemente de los síntomas reduce su contribución a la transmisión en un 25-33 %, adicional a las reducciones logradas con el aislamiento después de los síntomas. Una alternativa de gran interés es la realización de test rápidos de antígenos (SARS-CoV-2 Ag test), si los resultados en cuanto a sensibilidad y especificidad, actualmente en estudio, son adecuados.
150. Anticiparnos y tener diseñadas las nuevas estrategias que se deben seguir en el caso de que se confirmen los resultados en cuanto a sensibilidad y especificidad de los nuevos test en investigación, en especial los test rápidos de antígenos (SARS-CoV-2 Ag test) y la RT-LAMP (prueba rápida de detección de ácidos nucleicos), que puede hacer cambiar toda la estrategia en la identificación precoz de casos.
151. Creación de un mando único a nivel Consejería/SAS que establezca protocolos de actuación para cada área sanitaria o distrito, en función de su tasa de incidencia acumulada de Covid.
152. En el ámbito provincial, las delegaciones territoriales, en su condición de autoridad sanitaria, deben liderar y coordinar la respuesta con el SAS, otras delegaciones y la administración local (ayuntamientos). Llevar el BOJA a la calle, con comisiones intersectoriales que se reúnan semanalmente para seguimiento. Asignación de responsabilidades.
153. Integrar en la práctica clínica la toma de muestras de sangre para generar un biobanco que permita hacer estudios poblacionales más complejos de factores de riesgo.
154. Unificar protocolos de actuación para toda la Comunidad Autónoma, tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria. Esto daría lugar al *Libro Blanco de la atención sanitaria en la pandemia de Covid en Andalucía*.
155. Intensificar la coordinación técnica con la Consejería de Educación en el ámbito provincial con motivo de la reapertura de los colegios.
156. Creación de comisiones de coordinación técnica en el ámbito provincial entre la Delegación de Salud y los centros asistenciales privados de la provincia.
157. Creación de equipos autonómicos/provinciales/locales de soporte telefónico para los centros educativos que resuelvan dudas sobre cómo actuar ante la aparición de casos de infección por Covid-19 en centros educativos y cómo manejar los contactos.
158. Ante la necesidad de confinamientos parciales, hay que tener en cuenta la posible vulneración de los derechos fundamentales en aplicación del principio de que los derechos colectivos prevalecen sobre los individuales. Habrá que hacerlo bajo el presupuesto de que

Resultados: propuestas de mejora

el daño producido sea el menor posible dando directrices concretas a las autoridades competentes para que se estudie cada caso individualmente. Basar el criterio del confinamiento solo en la PCR es erróneo. La ciudadanía tiene derecho a conocer el porqué de los cambios de criterio en cuanto al número de días de cuarentena.

159. PCR a la vuelta al trabajo, colegio o residencia después de vacaciones: generar un calendario homogéneo y claro en el que se indiquen quiénes y en qué momentos debe hacerse la PCR.
160. PCR a profesionales sanitarios: establecer un plan de determinación de PCR seriada, especialmente en los centros con mayor intensidad de foco (por ejemplo: a partir de la Fase II).
161. PCR a pacientes antes de procedimientos quirúrgicos: adaptar las instrucciones a las situaciones cambiantes de la pandemia, especialmente en las actuaciones en urgencias.
162. Elaborar el diseño y mapeo de todo el proceso de rastreo de contactos, identificándose todas las tareas y actividades que se deben realizar, así como de los intervinientes en cada una de ellas para facilitar una visión completa del proceso, incluyendo el plan de seguridad del proceso y hojas de ruta para los usuarios (Metodología Gestión por Procesos).
163. En caso de una alta incidencia por transmisión comunitaria, la localización de contactos puede ser difícil cuando la transmisión es intensa, pero debe llevarse a cabo, aunque no sea posible mantener el rastreo de los contactos con un seguimiento activo y personalizado de todos ellos y tal vez sea necesario reducir la intensidad de las interacciones o buscar soluciones alternativas, como el envío de mensajes de texto.
164. Ante una alta incidencia por transmisión comunitaria, en última instancia, centrarse solo en los contactos en el hogar, los trabajadores de la salud, los entornos cerrados de alto riesgo (residencias y otras instituciones cerradas) y los contactos vulnerables, así como en el mantenimiento de una fuerte capacidad de localización de contactos en zonas con grupos de casos más pequeños.
165. Analizar en el ámbito provincial el funcionamiento y la coordinación entre Atención Primaria y Salud Responde, identificar los problemas e implantar las medidas necesarias para mejorar la identificación y el aislamiento precoz de los casos Covid-19. Este análisis se puede hacer en la Comisión Técnica Provincial ya propuesta.
166. Mejorar el control de casos, contactos y brotes. a) Procedimientos que garanticen aislamiento y atención de forma efectiva de casos. b) Implementación de la aplicación de rastreo eficaz, funcional y masiva, que se complemente con un número adecuado de rastreadores coordinados y visibles dentro del sistema sanitario. c) Mejorar la efectividad del aislamiento de contactos estrechos (bajar cuarentena a 10 días, medidas para garantizar efectividad, posibilidad de protocolizar actuaciones los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad Estado, alternativas a padres en ámbito laboral para menores en cuarentena...).

Resultados: propuestas de mejora

167. Protocolizar la actividad inspectora y de control, así como la actividad sancionadora y de medidas cautelares (ámbito administrativo o judicial) en incumplimientos de las medidas de prevención y contención aplicables en Andalucía ante Covid-19. Adecuación de recursos humanos y procedimiento para la inspección y sanción (reorientar prioridades).
168. Mejorar el Informe Semanal Alerta Covid-19 Andalucía que publica el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. En dicho informe se debe explicar con la máxima claridad y transparencia los datos de casos de test positivos, datos de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios, ingresos en UCI, contactos en vigilancia y cuarentena, etc. Se recomienda que sean publicitados por un profesional de prestigio de modo actualizado y con la máxima transparencia.
169. Elaborar y consensuar por parte de la Dirección General de Salud Pública un cuadro de mandos para los distritos y área de gestión sanitaria, que descienda a nivel de municipio, con sistemas de alarma que sirva para la toma de medidas sobre la base de criterios homogéneos.
170. Elaboración e implantación por parte de la Dirección General de Salud Pública de un sistema de monitorización de los resultados de las medidas implantadas para el control de la pandemia. Información sobre plazos para la identificación de los casos, eficacia del rastreo, eficacia de los aislamientos, plazos para la realización de pruebas, de casos por ámbitos de exposición, etc. Estamos hablando de análisis de datos que actualmente se están recogiendo.
171. Realizar estudios de tendencias que nos permitan prever la evolución de la pandemia, las necesidades de recursos y cómo afectará a la capacidad asistencial de los centros. (Existen modelos y aplicaciones que hacen estas previsiones).
172. Mejorar la fiabilidad de los datos y su armonización interna y con el ámbito nacional: homogeneizar las fuentes de datos.
173. Integración de los sistemas de información de la red asistencial (consultas, urgencias y emergencias, hospitalización, laboratorios) con los sistemas de información de la red de vigilancia epidemiológica, en los aspectos necesarios para facilitar la continuidad de las actuaciones y la recogida de la información en salud pública.
174. Se debe monitorizar la morbimortalidad hospitalaria desde el inicio de la pandemia, para identificar posibles desviaciones y sus posibles causas por si existe relación con los retrasos en la atención derivados de los planes de contingencia con motivo del Covid-19 y tomar las medidas necesarias para corregir dicha situación en caso de haberse producido.
175. Incorporar modelos de previsión del impacto de la evolución de la pandemia en la capacidad asistencial del hospital para ajustar la activación de los planes de contingencia a las necesidades reales y evitar suspender la actividad regular antes de tiempo, así como reactivarla, lo antes posible, una vez pasado el periodo de alta incidencia. Se puede diseñar o seleccionar el que mejor se adapte a nuestra organización. Se puede encargar a la EASP.

Resultados: propuestas de mejora

176. Incluir los indicadores de Alerta por Covid (Plan de Respuesta Temprana en un escenario de control de la Pandemia por Covid-19), en el sistema de información Red Alerta para facilitar su disponibilidad en todos los niveles territoriales y nodos de gestión del SSPA.
177. Medicina Preventiva y Salud Pública hospitalaria. No olvidar las siguientes áreas. a) seguridad del paciente y gestión de la calidad: en los cuadros de mando deben incorporarse indicadores que reflejen las incidencias en seguridad del paciente, que permitan detectar áreas de mejora, como número de casos nosocomiales de Covid-19; b) la incorporación de innovación tecnológica debe evaluarse adecuadamente según evidencia científica; c) sistemas de información coordinados con Atención Primaria y con explotación de datos que permita toma de decisiones; d) estructuras hospitalarias novedosas que den respuesta a las necesidades actuales y futuras.

Manejo clínico de pacientes

178. Fisioterapia y movilización precoz de pacientes no críticos. Acortar estancias hospitalarias ayudando a tener una mayor disponibilidad de camas libres.
179. Control de enfermos tras el alta hospitalaria. Se establecerán consultas mixtas Neumología / Medicina Interna - Enfermedades Infecciosas o Neumología/Pediatría, con inclusión en su caso de Rehabilitación y Fisioterapia, para el control posterior al alta hospitalaria de enfermos cuya capacidad funcional se haya deteriorado.
180. Diagnóstico de individuos inmunes a la infección. a) Determinación de anticuerpos tipo IgG frente a coronavirus en sujetos en los que la enfermedad se haya resuelto; b) inclusión de aquellos con niveles protectores de anticuerpos en trabajos de mayor riesgo de contagio.
181. Actuaciones a partir del diagnóstico de un caso índice. Seguimiento de las normas indicadas en el documento del Ministerio de Sanidad, etc., referido a Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19 (actualizado a 25 de septiembre de 2020): a) valoración de la gravedad del enfermo; b) valoración de las comorbilidades del enfermo; c) información sobre la enfermedad, síntomas de alarma y vías de contacto con el sistema sanitario; d) declaración obligatoria; e) aislamiento; f) estudio de contactos.

Actividades de comunicación con profesionales y ciudadanía

182. Asegurar la constante actualización de conocimientos, prácticas y protocolos siguiendo las nuevas evidencias. Dado el carácter cambiante de estos protocolos es básico definir muy claramente los circuitos y sistemas de información entre Consejería de Salud y Familias / SAS, para que llegue de manera uniforme a todo el SSPA (público/privado) y, cuando

Resultados: propuestas de mejora

- proceda, a los servicios de prevención riesgos laborales, junto con la formación correspondiente (cuando sea necesaria).
183. Establecer un canal de información desde la Dirección General de Salud Pública hacia los centros para transmitir la información de forma ágil y clara, que identifique claramente los cambios producidos sobre instrucciones anteriores en vez de multitud de protocolos, y que dé información sobre algunas decisiones tomadas.
 184. Monitorizar continuamente los últimos hallazgos científicos y ajustar la estrategia de prueba en consecuencia, en caso de nuevos desarrollos. Incorporación de nuevas técnicas diagnósticas (test rápidos, diagnóstico directo, *pooling*, autoevaluación farmacias...).
 185. La información a los profesionales debe ser clara, concisa, con instrucciones concretas y sin dejar lugar a interpretaciones personales.
 186. Concienciación de todos los profesionales respecto a sus contactos extralaborales y para que usen la mascarilla durante toda la jornada laboral. Incidir en el lavado de manos.
 187. Difusión entre los profesionales sanitarios del contenido esencial (especialmente aplicable a pacientes Covid 19) de la ley 2/2010 y el desarrollo de la misma, a propósito del incremento de casos con restricciones terapéuticas (rechazo del tratamiento por parte del paciente, limitación del esfuerzo terapéutico) durante la pandemia. Se podría encargar corregir el formato actual de Diraya y realizar la actualización al Comité de Bioética de Andalucía.

Atención sociosanitaria

188. Realización de cribado semanal al personal institucionalizado: a) mediante pruebas RT-PCR semanal en *pool* de muestras tomadas en saliva, al personal institucionalizado y trabajadores, cuando la residencia se considera libre de Covid-19 (no han existido casos o hace tiempo que no se da ningún caso positivo); b) en el supuesto de que la residencia haya tenido casos, se realizarán RT-PCR individuales; c) una alternativa, de gran interés, es la realización de test rápidos de antígenos (SARS-CoV-2 Ag test), si los resultados en cuanto a sensibilidad y especificidad, actualmente en estudio, son adecuados.
189. Aislamiento individual de los contactos de un caso positivo que ha dado negativo a la PCR. Si las residencias no disponen de infraestructura suficiente en sus planes de contingencias, deben tener alternativas para aislar individualmente a los contactos negativos a las pruebas PCR, ya que en ocasiones se trata de falsos negativos que terminan transmitiendo la enfermedad a toda la cohorte de contactos negativos.
190. Priorizar una atención adecuada y digna en las residencias de forma centralizada con la extensión del modelo de Unidades de Residencias y Gestión de Casos provinciales. Facilitar su conexión con el resto de niveles asistenciales habilitando líneas telefónicas de acceso

Resultados: propuestas de mejora

restringido y prioritario para proporcionar respuesta rápida. Facilitar la formación en cuidados paliativos a sus profesionales y al resto de equipos que les puedan servir de apoyo.

191. Extender el modelo de gestión seguido en centros sociosanitarios a otros entornos específicos, como educación, trabajadores vulnerables e inmigrantes. Modelo consistente en referente sanitario por centro más estrategia que prepara respuesta con apoyo logístico desde salud con enfermería gestores casos, inspección médica cuando proceda y cuerpo de instituciones sanitarias de veterinaria y farmacia para aspectos ambientales.
192. Mejorar la atención y el seguimiento de pacientes Covid-19 en residencias / centros sociosanitarios: creación de equipos específicos de asistencia y seguimiento de casos Covid-19 en estos centros (médicos de familia / medicina interna / inspección médica).

Actividades de formación

193. Definir un plan de formación en gestión de la pandemia que se base en las experiencias de éxito para todos los directivos del SAS. A desarrollar por la Escuela Andaluza de Salud Pública
194. Formación de profesionales de todas las categorías sobre la Covid-19. Debe contemplar no solo aspectos básicos sobre las medidas preventivas y tratamientos, sino además incorporar:
 - La mejora de los cuidados en estos pacientes, estrategias para mejorar la comunicación, empatía, asertividad, afrontar situaciones de estrés, etc.
 - La teleasistencia, que tiene la misma consideración ética que un acto médico, por lo que debe cumplir las garantías deontológicas de la buena praxis médica, incluyendo indicadores de calidad y marco ético-legal de la misma.
 - Medidas de protección individual en cada uno de los ámbitos asistenciales y el uso adecuado de los mismos.
 - Realización de buenas prácticas y simulacros. Los formadores pueden ser de los servicios de medicina preventiva o epidemiología.
 - Historia natural de la Covid-19 para mejorar el seguimiento de los individuos en aislamiento por positividad de los test diagnósticos. Aprendizaje de las fases de la enfermedad y el tiempo de desarrollo de la clínica con criterios de gravedad (a partir de la segunda semana).
195. Con objeto de cumplir su formación docente obligatoria, es necesario que los alumnos de Medicina y Ciencias de la Salud puedan realizar sus periodos de formación práctica con las medidas protectoras adecuadas.

Resultados: propuestas de mejora

196. Dar formación de los rastreadores (personal sanitario y no sanitario). Deberían estar familiarizados y capacitados en los aspectos básicos de la transmisión de Covid-19, las medidas de prevención y control, la forma de vigilar los signos y síntomas, así como la ética de la vigilancia de la salud pública y la cuarentena.

Actuaciones epidemiológicas

197. Aumentar controles de veterinarios y farmacéuticos del Cuerpo A4 en los ámbitos ambiental y alimentario, más vigilancia, inspección y control de medidas de prevención y protección Covid.
198. Actualmente no existen profesionales disponibles para reforzar las unidades de vigilancia epidemiológica. Se propone reforzarlas con profesionales de otras instituciones que tengan conocimientos básicos de epidemiología y otro perfil; pueden ayudar en el apartado de gestión de la información (expertos en análisis de datos: estadísticos, matemáticos, biólogos, etc.), lo cual liberará a los epidemiólogos y podrán realizar tareas que son difíciles de delegar en otras u otros profesionales.
199. Plan de actuación en relación a los colegios: a) Los criterios que se deben seguir ante la aparición de un brote en el colegio están claramente especificados en el protocolo consensuado entre Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas. b) Será necesario establecer criterios epidemiológicos homogéneos para la toma de decisiones sobre el cierre de colegios, en función del nivel de transmisión comunitaria en el entorno del colegio, para evitar decisiones arbitrarias por la presión de la ciudadanía que lleven a situaciones dispares de comparabilidad entre colegios difíciles de sostener.
200. Establecer normativa ante el incumplimiento de las medidas de prevención, la negación a la realización de pruebas diagnósticas, el cumplimiento de los periodos de aislamientos o cuarentena, etc. En residencia de mayores, regular la normativa en casos de residentes confirmados Covid positivos que presentan deterioro cognitivo, pero que deambulan con normalidad.
201. Incorporar el análisis de aguas residuales en la estrategia de estudio epidemiológico, que nos permita conocer áreas de riesgo y evolución de la pandemia, para el seguimiento de material genético del SARS-CoV-2 como indicador temprano de transmisión de la Covid-19, de conformidad con protocolos de muestreos, análisis y evaluación de resultados coordinados y conjuntados con la vigilancia epidemiológica.
202. La captación activa (vacunación de la gripe y neumococo) de las personas más vulnerables por parte de los y las profesionales de Atención Primaria es fundamental este año, para prevenir posibles complicaciones en personas afectadas por Covid-19.

Resultados: propuestas de mejora

Humanización y aspectos éticos

203. Desarrollo de actividades de humanización telemáticas (a través de móviles, ordenadores o *tablets*) para adultos y niños hospitalizados. Mantenimiento de aquellas actividades de humanización presenciales que puedan adaptarse al cumplimiento de las medidas de seguridad establecidas para evitar la transmisión de Covid-19.
204. Las unidades de Medicina Preventiva, Salud Laboral y PRL deben establecer y presentar programas conjuntos que procuren mantener y mejorar el bienestar físico y psíquico de los trabajadores en épocas de máxima exigencia.
205. Creación o potenciación de equipos de apoyo psicológico como herramienta fundamental en el abordaje del mantenimiento de la salud de la población y los profesionales sanitarios ante el aumento de cuadros severos de ansiedad, síntomas depresivos y repercusión en otros ámbitos de la salud (crisis hipertensivas, crisis de ansiedad, insomnio, cefaleas...).

Otras dimensiones

206. Los centros escolares deben disponer de una enfermera de referencia para coordinar acciones ante las necesidades que se presentan por la pandemia Covid-19, que sirva de comunicación entre la comunidad educativa y los centros de salud.
207. Estrategias precisas para colectivos frágiles como son los ancianos, y esenciales como son los sanitarios, conductores, trabajadores de grandes superficies de alimentación, etc.; así como temporeros, migrantes sin techo, pacientes psiquiátricos, en los que la administración debería inspeccionar las condiciones ambientales en el trabajo de forma regular.
208. Mantenimiento de investigación referida a Covid-19.



Anexos



Puntos fuertes objetivados durante la pandemia Covid-19 clasificados por su naturaleza

Organización funcional	54
Manejo clínico del paciente	55
Recursos	55
Tecnología y teleasistencia	55
Coordinación y seguimiento de la pandemia.....	56
Medidas de protección de Salud Pública	56
Actividades de comunicación con profesionales y ciudadanía	57
Atención sociosanitaria.....	57
Papel de la Atención Primaria.....	57
Humanización y aspectos éticos	57
Papel de la ciudadanía	58

Puntos fuertes objetivados durante la pandemia Covid-19

Organización funcional

1. El sistema sanitario no se colapsó en ningún momento de la pandemia. Ante la falta de medios (por ejemplo, respiradores), se respondió con medios alternativos y se buscaron recursos en la propia comunidad.
2. Atención a pacientes Covid en todos los hospitales con circuitos diferenciados; sin necesidad de hospitales Covid. Tanto la respuesta con medios alternativos como la diferenciación de circuitos obedecen a que la incidencia de la infección fue menor en Andalucía que en otras Comunidades Autónomas. Si asumimos esto como puntos fuertes, estamos asumiendo que el número de camas hospitalarias y de UCI son adecuadas al número de habitantes; y no es así.
3. Desarrollo de teleasistencia en Atención Primaria y Hospitalaria (consulta y seguimiento telefónicos, resolución de problemas de salud, desburocratización de procedimientos administrativos); minimizando la exposición tanto de pacientes como de profesionales.
4. Facilitación de teletrabajo para profesionales con enfermedad o factores de riesgo y de la conciliación familiar.
5. Creación de comités y grupos de trabajo de coronavirus para la gestión local de la pandemia por WhatsApp y otras redes, en cada centro sanitario, para compartir documentos de interés, resolver incidencias, etc.
6. Trabajo por turnos sin las restricciones horarias habituales derivadas del trabajo de otras unidades en algunos centros.
7. Planes de contingencia para hospitales diseñados en la primera fase de la pandemia. Creación de comisiones formadas por las Direcciones de los hospitales y grupos de profesionales (internistas-infectólogos, neumólogos, pediatras, intensivistas, preventivistas) encargados del diseño de los planes.
8. No suspensión de la asistencia presencial de pacientes con patología no Covid urgente o potencialmente grave.
9. Reordenación de los espacios ya existentes, o la habilitación de otros nuevos, en hospitales y centros de salud, con circuitos y espacios diferenciados para Covid y no Covid para Pediatría y Atención de Adultos, para la asistencia a pacientes en urgencias y en observación, en planta de hospitalización y UCI; permitiendo más agilidad y una mayor seguridad para los profesionales y usuarios.
10. Regulación de las salidas y visitas a instituciones sociales de residentes y familiares.
11. Modificaciones del trabajo en Atención Primaria mediante: a) implantación en algunos centros de la consulta de orientación a la demanda en Atención Primaria; b) potenciación de los protocolos de tomas de muestras y la realización de tomas de muestras en lugares «no pertenecientes físicamente» de los centros de salud; c) fortalecimiento en algunos centros de la Atención Domiciliaria a pacientes dependientes, vulnerables, crónicos complejos, paliativos, etc.; y d) la desescalada, que se ha organizado correctamente en algunos centros de Atención Primaria, permitiendo realizar la actividad con todas las medidas de protección.
12. Reconocimiento de la relevancia de los Servicios de Urgencias y de la necesidad de tener servicios de urgencias estructurados, jerarquizados, con mayor autonomía. Gestión eficiente de camas para evitar colapso de Urgencias (sobre todo durante la primera etapa).
13. Ha sido de gran utilidad la revisión de los planes de contingencia de cada una de las residencias de atención social.
14. Facilitación del acceso a medicamentos de dispensación hospitalaria, sin tener que acudir al hospital a recogerlos.

Puntos fuertes objetivados durante la pandemia Covid-19

15. En algunos centros se han ofrecido medios de apoyo psicológico a los sanitarios por parte del sistema público de salud.
16. Innovación y desarrollo en la protección de profesionales. Instalación de medidas barrera, equipos de seguridad, zonas limpio/sucio, etc.

Manejo clínico del paciente

17. Protocolos específicos para pacientes Covid en centros de salud, hospitales, servicios de urgencias, etc. Actualización permanente de los mismos.
18. Minimización del uso de aerosoles en pacientes adultos y pediátricos.
19. Formación a profesionales mediante sesiones clínicas, vídeos, cartelería, cursos, etc., sobre medidas de protección frente al Covid-19 y en el uso adecuado de EPI.
20. Formación de la Escuela Andaluza de Salud Pública: Comunidad Virtual de Aprendizaje de Residencias de Personas Mayores y otros centros sociosanitarios para la prevención de la transmisión y manejo de la Covid.
21. La formación de profesionales y apoyo técnico para el rastreo realizada en la Escuela Andaluza de Salud Pública.
22. Se han tomado algunas iniciativas de investigación en Covid-19. Esta iniciativa debiera mantenerse en tanto la epidemia siga activa.

Recursos

23. Adecuado dimensionamiento de los recursos hospitalarios ante la posible necesidad de ampliación de camas, con planes especiales para incorporar hoteles o residencias.
24. Refuerzo de plantillas en algunos servicios con contratos eventuales Covid.
25. Refuerzo de equipos, solidaridad y colaboración entre profesionales para solventar bajas/ausencias, trabajo adicional, etc.
26. Avance en la contratación y asignación de facultativos médicos y enfermería a las residencias de mayores.
27. Crecimiento de los laboratorios de microbiología en complejidad y actividad por la gestión de pruebas diagnósticas y de cribado. Buenos tiempos de respuesta de estas pruebas en Atención Hospitalaria ante la elevadísima demanda de PCR, serologías, etc.
28. En pediatría no ha habido dificultad alguna en la disponibilidad de camas de hospitalización, camas de UCI, fármacos o respiradores.
29. Inclusión del o de la fisioterapeuta en los equipos de UCI en Atención Hospitalaria, decisiva para aminorar el tiempo de estancia de pacientes Covid, en algunos centros.
30. Participación de Andalucía en múltiples estudios de fármacos.
31. Contratación y asignación de facultativos de Medicina de Familia a las residencias de mayores.

Tecnología y teleasistencia

32. Impulso de medios tecnológicos para facilitar opciones de trabajo y comunicación que mejoran la seguridad de pacientes y profesionales.

Puntos fuertes objetivados durante la pandemia Covid-19

33. Impulso de la telemedicina, consulta telemática en Atención Primaria. La potenciación de la teleasistencia ha permitido atender patologías no Covid que pudieran manejarse sin presencia física de los mismos, y hacer seguimiento de personas enfermas de Covid-19, en aislamiento domiciliario.
34. Instauración de la teleconsulta en urgencias de algunos centros como herramienta válida y útil, sin restar calidad a la atención en la relación médico-paciente.
35. Se han producido algunas mejoras en Diraya y otras TIC (Sarac, Mercurio, Capptura).
36. Acceso desde casa de profesionales médicos a: historias clínicas, agendas de actividad, solicitud, prescripción de fármacos y visualización de resultados de pruebas complementarias; realización de procedimientos administrativos.
37. Nuevas aplicaciones móviles para la ciudadanía: aplicación Radar Covid; Salud Responde: «Síntomas compatibles con infección por coronavirus». Mejora del Programa de teleasistencia para personas mayores («botón rojo»).
38. Descentralización de algunas funciones de vigilancia epidemiológica y mejora del seguimiento de casos, rastreo de contactos en Atención Primaria.

Coordinación y seguimiento de la pandemia

39. Capacidad de rápida adaptación del sistema sanitario en todos los ámbitos a una nueva realidad cambiante y desafiante.
40. Trabajo en equipo multidisciplinar en todo el hospital: actuación «como un todo», elaboración de protocolos conjuntos, comisiones, formación/divulgación, etc. Se han suspendido actividades, se han creado circuitos intrahospitalarios, se han habilitado unidades de hospitalización para pacientes Covid. Los servicios de urgencias han tenido que transformarse por completo para poder alojar dos circuitos diferenciados.
41. Mayor peso de los servicios de urgencias en cuanto a liderazgo y toma de decisiones.
42. Agilidad de la Administración Autonómica en elevar a rango normativo las medidas de prevención y protección de la salud colectiva.

Medidas de protección de Salud Pública

43. Generalización y obligación de medidas de salud pública: uso de mascarillas, higiene de manos, distancia social, limitación de aforos y suspensión de actos multitudinarios, prohibición de fumar en espacios públicos, ventilación de las estancias cerradas y limpieza.
44. Realización de forma masiva de test PCR y serológicos a los profesionales sanitarios.
45. Legislación destinada a garantizar el cumplimiento de dichas medidas.
46. Evaluación del riesgo a nivel provincial y de distritos (Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía).
47. Medidas de confinamiento selectivo.
48. Mejoras del Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la respuesta, en el control de la transmisión, en la aportación de información para el seguimiento de la evolución de la pandemia. Modificación en su gestión, descentralización de algunas funciones de vigilancia epidemiológica. Mejora del seguimiento de casos y contactos realizados a nivel de delegación, hospital y distrito.
49. Establecimiento de medidas coactivas a las personas que se nieguen a colaborar tanto en las tomas de muestras, como en mantener medidas de prevención, cuarentena o aislamiento.

Puntos fuertes objetivados durante la pandemia Covid-19

Actividades de comunicación con profesionales y ciudadanía

50. Transparencia en la información sobre la evolución de la pandemia, sobre la respuesta del Sistema Sanitario Público Andaluz. Actividades de sensibilización de la ciudadanía y educación sanitaria, con expertos científicos que han informado exhaustivamente en los medios de comunicación.
51. Espacios de divulgación y análisis específicos de Covid-19 puestos en marcha por la Escuela Andaluza de Salud Pública (Blog «Comprender el Covid-19 desde una perspectiva de salud pública», entrevistas EASP-SESPAS).
52. Información trasladada desde el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía y el SAS.
53. Información dirigida a los jóvenes utilizando las redes sociales e *influencers*.

Atención sociosanitaria

54. Implantación de modelos de atención a residencias de mayores y centros sociosanitarios desde hospitales y centros de salud, con gran implicación de los equipos sanitarios, sociosanitarios, enfermeras/os de enlace, servicios de inspección, etc.
55. Creación de unidades de residencias y gestión de casos. Formación y refuerzo de las plantillas en muchos centros.
56. Estrategia de actuación en centros de mayores y centros sociosanitarios. Tutorización de la respuesta de prevención/detección precoz. Igualmente ha sido de gran utilidad la revisión de los planes de contingencia de cada una de las residencias.

Papel de la Atención Primaria

57. Capacidad de resolución e implicación de la red de Atención Primaria, como primer nivel de apoyo emocional, diagnóstico, control, pruebas diagnósticas y seguimiento a pacientes Covid y no Covid.
58. Papel primordial y capacidad de adaptación de pediatría en consultas y consultas telefónicas. Puesta en marcha de medidas de protección, promoción y prevención de la salud, y tratamiento/seguimiento de niños/as con Covid.
59. Avance en la solicitud de pruebas diagnósticas según los criterios epidemiológicos, de forma rápida por parte de los médicos de familia.

Humanización y aspectos éticos

60. Esfuerzo realizado por los trabajadores del ámbito público y no público con una labor eficaz e imprescindible.
61. Disposición, responsabilidad, implicación, capacidad de improvisación, autogestión y organización de los y las profesionales de todas las categorías en la lucha contra la pandemia (generosidad, solidaridad, atención integral, oportunidad de formación científica, trabajo multidisciplinar, estrategias de atención, asistencia domiciliaria, etc.).
62. Posibilidad de acompañamiento a pacientes pediátricos en urgencias, consultas, procedimientos quirúrgicos, etc.
63. Atención y actividades orientadas a la humanización del paciente pediátrico hospitalizado (dispositivos móviles, programas específicos, etc.).

Puntos fuertes objetivados durante la pandemia Covid-19

Papel de la ciudadanía

64. Apoyo sin precedentes a los sanitarios por parte de la ciudadanía. Frecuentes donaciones de material y manifestaciones de agradecimiento al inicio de la pandemia.
65. Uso responsable del sistema sanitario público durante las primeras semanas de la pandemia.
66. Auge del autocuidado con la consiguiente disminución drástica de las consultas por patología menor.
67. Apoyo de fundaciones, empresas privadas, asociaciones, etc., en forma de producción y donación de material (batas desechables, pantallas, mascarillas, guantes, etc.).
68. Facilidades para el transporte alternativo (bicicleta, vehículos de movilidad personal).



Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19 clasificadas por su naturaleza

Organización funcional	60
Recursos	63
Tecnología y teleasistencia	65
Coordinación y seguimiento de la pandemia.....	66
Manejo clínico de pacientes	67
Medidas de protección de Salud Pública	68
Actividades de comunicación con profesionales y ciudadanía	69
Atención sociosanitaria.....	69
Actividades de formación	70
Actuaciones epidemiológicas	71
Mantenimiento de la asistencia no Covid.....	71
Papel de la Atención Primaria.....	71
Protección de profesionales y seguridad del / de la paciente	72
Humanización y aspectos éticos	72
Papel de la ciudadanía	73

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

Organización funcional

Mejoras necesarias en el diagnóstico de la Covid-19

1. En la protección de grupos de riesgo es necesario mejorar el cribado de manera racional y justificada. El cribado fútil debe desestimarse y, en casos justificados, protocolizarse para la protección de grupos de riesgo.
2. Los tiempos de respuesta para la realización y obtención de resultados de pruebas PCR necesitan ser mejorados en los centros de salud, para obtener resultados en 24 horas.
3. Sigue habiendo demora entre la aparición de síntomas y la confirmación de diagnóstico por PCR. Los datos publicados en agosto arrojan una mediana de 3 días, pero esta se ha incrementado en muchos centros.
4. El insuficiente personal, falta de equipos y desabastecimiento, así como el bajo aprovechamiento de recursos instalados en otras instituciones públicas como universidades y centros de investigación, influyen en la demora de la confirmación de diagnóstico.
5. La inexistencia de criterios homogéneos de organización en la recogida y envío de muestras en todas las provincias incide negativamente en la confirmación del diagnóstico.
6. Ineficiencia en el uso de las RT-PCR al no existir criterios homogéneos para la indicación y la priorización de las pruebas, haciéndose muchas RT-PCR innecesarias.
7. Se están produciendo retrasos en la identificación y aislamiento de los casos Covid-19 y contactos estrechos, con su consiguiente impacto negativo en el control de la transmisión del virus. Necesidad de establecer medidas más orientadas al autodiagnóstico y autoaislamiento de los casos, para facilitar el aislamiento.
8. Es necesaria la dotación de dispositivos para la realización de PCR masivas.
9. Es indispensable la mejora de accesibilidad a pruebas diagnósticas como PCR y diagnóstico de VRS, adenovirus y gripe especialmente en el ámbito de la pediatría de AP; así como el acceso a serología coronavirus para completar el estudio de casos.

Mejoras necesarias en el rastreo de los casos covid-19

10. El número de contactos identificados es bajo, la mediana está en 4 contactos por caso.
11. Las estrategias de control de contactos son mejorables y es necesario que éstas se realicen por personal, tanto facultativo como no facultativo, formado adecuadamente. Todo ello de forma independiente a las labores de Atención Primaria con el fin de priorizar recursos para consultas clínicas.

Mejoras necesarias en el seguimiento de pacientes Covid-19

12. Necesidad de mejorar la comunicación a los contactos del posible infectado una vez obtenidos sus datos para informarle de manera automática del centro y hora donde debe realizarse la PCR, y cómo debe actuar hasta ese momento, advirtiéndole de las consecuencias legales por incumplir con sus obligaciones.
13. No se está llevando seguimiento de aislamiento de casos o de cuarentena desde Atención Primaria, ni a través de las enfermeras gestoras de casos, ni de las trabajadoras sociales como se había planteado en algún protocolo.
14. El seguimiento proactivo a los casos y contactos no se hace correctamente, lo que influye en el abandono del aislamiento, sobre todo en los casos asintomáticos o leves, y de la cuarentena por

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

parte de los contactos. También incide en la no resolución de dudas en cuanto a la aparición de síntomas, las medidas para un aislamiento eficaz o la identificación precoz de un agravamiento de la enfermedad.

15. Bajo cumplimiento de la cuarentena por parte de los contactos, potenciado por la realización de una PCR con resultado negativo, a veces demasiado pronto, que resultan falsos negativos debutando con síntomas al poco tiempo.

Mejoras necesarias en la atención domiciliaria

16. Para garantizar la atención de pacientes crónicos y frágiles es necesaria una mejora de la asistencia domiciliaria.
17. Existe dificultad para integrar la atención en domicilio de pacientes pediátricos crónicos complejos.

Mejoras necesarias en la asistencia hospitalaria

18. Es necesario disponer en todos los centros de planes de contingencia que permitan agilidad e inmediatez en la respuesta, con mensajes claros con datos contrastados y sólidos, y tratando de cohesionar niveles asistenciales para dar una respuesta conjunta.
19. No existen planes para la cobertura de necesidades asistenciales derivadas de la falta de profesionales sanitarios, por saturación, aislamiento o cuarentena de los mismos, que facilite que otros u otras profesionales especialistas del hospital los sustituyan.
20. Mejorar la organización del hospital con doble circuito y vías de acceso adecuadas a las salas de hospitalización destinadas a Covid-19 (en el futuro a cualquier enfermedad transmisible por aerosoles).
21. Es necesario establecer circuitos claramente diferenciados para la asistencia a personas enfermas Covid y no Covid en consultas de Atención Primaria, consultas externas hospitalarias, urgencias y en hospitalización.
22. Disminución de la capacidad resolutoria (quirúrgica, estudios diagnósticos, consultas externas) que puede requerir aumentar los tiempos máximos de espera definidos hasta que se consiga una auténtica normalización.
23. Debe evitarse polarizar la asistencia no Covid hacia actuaciones fundamentalmente quirúrgicas, para que la atención a pacientes con patologías no quirúrgicas no se vea relegada.
24. Todos los hospitales deben atender pacientes con Covid-19 en función de sus recursos. Los pacientes Covid y techo terapéutico, los casos moderados y los incidentalomas no deberían remitirse a un hospital cuya cartera de servicios pueda verse mermada por la atención de dichos pacientes.
25. Falta de una estancia «prehospitalaria» para pacientes con sospecha de Covid-19 a la espera de confirmación diagnóstica o en evaluación de criterios de ingreso. Esta zona debería estar suficientemente aislada, arquitectónicamente y con personal específico, de las zonas de hospitalización general y de los pacientes con la enfermedad confirmada.
26. Un factor a mejorar es el tiempo de inicio de tratamiento que necesite autorización ministerial, como es el caso del Remdesivir que actualmente tiene una tardanza de hasta 48 horas.

Mejoras necesarias en urgencias

27. Necesidad de diseñar circuitos en urgencias, espacios y nuevos protocolos que garanticen la seguridad de la asistencia sin repercutir en la calidad y la humanización de la atención. De forma que no se comprometan el acompañamiento, la intimidad de las y los pacientes, la angustia de

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

familiares y, en ocasiones, la información que se llega a transmitir, y el modo y espacio donde se comunica.

28. Todavía quedan hospitales con circuitos de entrada a urgencias de pacientes con infección respiratoria y pacientes con otros motivos de consulta no suficientemente diferenciados o frecuentemente mezclados por compartir personal.

Medidas necesarias de protección de salud para profesionales sanitarios

29. Es importante que haya una mayor concienciación de profesionales sanitarios para llevar mascarilla durante toda la jornada laboral y proveer de más medidas de protección, soluciones hidroalcohólicas, etc. No sólo en cada una de las habitaciones de personas enfermas, sino también en cualquier lugar de reunión; así como fomentar el lavado de manos. Es necesario un mayor control y la desinfección continuada de los espacios comunes y asistenciales.
30. Mejorar la distribución de mobiliario y de turnos de comida con criterios de separación óptima entre personas.

Mejoras necesarias en la gestión de recursos humanos

31. Infrautilización de recursos humanos de otros centros asistenciales del Sistema Sanitario Público de Andalucía y de las delegaciones territoriales de salud y familias, que quedaron sin apenas actividad. Sería posible derivarlos hacia tareas relacionadas con la gestión de la pandemia (asistenciales, rastreadores, etc.).
32. Durante el proceso de la pandemia de Covid-19 las contrataciones de personal que se han generado para cubrir las necesidades existentes en los centros se han hecho de acuerdo al procedimiento establecido en bolsa única del SAS. Al ofertar cada uno de los periodos a los candidatos que en ese momento se encontraban disponibles por orden de puntuación, se ha provocado una rotación de los profesionales que en cada momento han ocupado el nombramiento ofertado, con la consiguiente pérdida de eficiencia y calidad en la prestación de servicios: cuando se conseguía su formación, eran otros los que volvían a suplirlos.
33. Falta de medidas para conseguir profesionales en los centros de difícil cobertura, en plena ola de la pandemia.
34. Se ha echado en falta una política de gestión de recursos humanos en el sistema sanitario público de Andalucía para dar la mejor respuesta posible a la pandemia. La Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, no ha ofrecido soluciones a los problemas anteriormente enunciados.

Mejoras necesarias en la dirección

35. Necesidad de mejorar la dirección a través de la constitución de un comité en cada centro sanitario formado por los responsables de los servicios clave en la atención a pacientes Covid.
36. Inexistencia habitual de órdenes claras y de mando único, que facilitara la falta de homogeneidad en las actuaciones llevadas a cabo por los hospitales.

Otras mejoras necesarias

37. No existe un comité científico que trabaje en red en toda la comunidad y que se encargue de unificar protocolos clínicos para pacientes críticos.
38. No existe un comité Covid-19 que se encargue de la epistemología de esta enfermedad y que no esté sometido a presión en cuanto al acceso al conocimiento (grandes compañías farmacéuticas, redes sociales, revistas sin *peer review*, etc.).

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

39. Aunque epidemiología y salud laboral han realizado un buen trabajo, en ocasiones se ha duplicado el esfuerzo y tanto ellos como Atención Primaria han hecho el seguimiento de los mismos casos. Necesidad de escuchar a los epidemiólogos cuando explican que lo más importante es el control extrahospitalario.
40. En el escenario actual de la pandemia, la provincia no es el ámbito territorial adecuado para la toma de medidas de distanciamiento social y restricciones de la movilidad. Habría que bajar a nivel de distrito sanitario o área de gestión sanitaria y, en ocasiones, a municipios concretos.
41. Refuerzo de la intervención de la farmacia comunitaria. Se debe contar con los farmacéuticos en los protocolos sociosanitarios, con programas de atención farmacéutica en general y atención farmacéutica domiciliaria para pacientes vulnerables.
42. Necesidad de elaborar un Plan de Vacunación del Covid-19.
43. Necesidad de asegurar el buen funcionamiento de ClicSalud+ y Salud Responde, distinguiendo el motivo de consulta. No se está dando la cobertura esperada para casos leves de Covid y menos en personas mayores.

Recursos

44. Dificultad de las personas usuarias en la accesibilidad a las citas para la consulta a demanda no urgente, realización de pruebas complementarias o a los programas de salud. Igualmente, para acceder telefónicamente a un servicio hospitalario concreto o a consultas externas de especialidad para dudas relacionadas con citas, tratamientos, necesidad de ser visto presencialmente o no, etc. Es necesario mejorar la organización e incrementar los recursos de las unidades y servicios que atienden estas demandas.
45. Es necesario mejorar los sistemas de rastreo y estudio de contactos de forma inmediata. Contratar personal formado y coordinado por personal sanitario. Creación de aplicaciones para facilitar el rastreo de casos. Adecuar el número de rastreadores a las ratios recomendadas.
46. En relación a los centros sociosanitarios aún es insuficiente la formación que se ha realizado en desescalada, así como otras estrategias de apoyo en centros con defectos estructurales (instalación de mamparas, servicios, lavamanos, etc.).
47. Reforzar las unidades de epidemiología. Aumentar personal, facilitar el vuelco de datos a Red Alerta. La Sociedad Andaluza de Epidemiología y la Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva y Salud Pública consideran insuficiente el personal en las unidades de epidemiología.
48. Las estrategias de aprovisionamiento y producción deben mejorarse para garantizar el abastecimiento de materiales de mayor demanda. Asegurar abastecimiento de material de protección de calidad y suministros en general. Elaborar un plan de necesidades de EPI, pero también de camas, fármacos, respiradores, etc.
49. Mejorar la asistencia a inmigrantes temporeros PCR+ en situación irregular. Adecuación de los centros de acogida, de refugiados y de menores no acompañados. Realizar controles periódicos mediante test rápidos o PCR. Garantizar lugares de aislamiento y cuarentena para pacientes Covid-19 y sus contactos. Facilitar medidas de prevención a través de las entidades locales o las ONG.
50. Mejorar la atención en centros escolares a través de enfermeras de referencia específicas que dependan de los centros de salud.
51. Implementación desigual de la enfermería pediátrica en los centros de salud. Serían éstas las encargadas, durante la pandemia, entre otras funciones, de establecer el nexo de unión y ser la referencia en los centros educativos.

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

52. Dificultad para la puesta en marcha real en muchos centros de salud o consultorios de circuitos diferenciados no Covid / Covid. Esto puede producirse por no disponer de los recursos humanos suficientes o por problemas de infraestructura que no lo posibilitan.
53. Inclusión de test diagnósticos directos, de buena sensibilidad (al menos superior al 90 %), de rápida detección de resultados (menos de 30 minutos) y de bajo coste.
54. Sería necesario mejorar y hacer una correcta proyección y dimensionamiento de espacios en los servicios de urgencias, para poder flexibilizar y adaptar las salas a las necesidades de cada momento, sin tener que paralizar otros circuitos o servicios. Para ello una vez más es necesario anticiparse, planificar estrategias y hacer caso de los estándares establecidos según actividad a la hora de estandarizar y homogeneizar todos los servicios de urgencias. Uno de los factores que más ha limitado, ha sido la dificultad de utilizar espacios de aislamiento y boxes con presión negativa, indicados para la realización ciertas técnicas diagnósticas, tratamientos que pudieran generar aerosoles y, en definitiva, poder prestar la atención a este tipo de pacientes en condiciones de seguridad óptimas.
55. La situación estresante vivida y la sensación de vuelta a un nuevo empeoramiento laboral, muestran plantillas tensionadas y agotadas, sin capacidad de prever un fin inmediato. Ser capaces de flexibilizar esfuerzos, plantear planes de contingencia compartidos, dimensionar correctamente las plantillas y proporcionar un reconocimiento e incentivos adecuados a los profesionales, permitirá hacer frente con mayores garantías a esta situación sin incurrir en un aumento en el número de bajas o de situaciones de *burnout*. El apoyo psicológico a profesionales debe ser prioritario, de acceso rápido y fácil.
56. Mientras se mantenga la epidemia el desayuno, almuerzo y cena deben realizarse en solitario, posiblemente en los propios servicios de referencia. Con un servicio de reparto de los alimentos similar al que tienen las y los enfermos; las mesas de las cafeterías deben tener mamparas de separación entre comensales.
57. Mantenimiento de las condiciones de aislamiento, adecuando las habitaciones en lo posible a un mayor confort. Cámaras y micrófonos que permitan una comunicación fácil con enfermería o con familiares.
58. Es necesario mejorar la adherencia a la cuarentena de los contactos: creación de programas específicos de educación sanitaria y control del cumplimiento por Protección Civil, Policía Local y otras Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado; con la sanción en caso de incumplimiento. Las estructuras de soporte complementarias para asegurar el cumplimiento de los aislamientos (hoteles para positivos y contactos estrechos), debe existir en todas las provincias de Andalucía.
59. Adecuar las plantillas de médicos de familia, pediatras y enfermería para crear consultas específicas de demanda clínica de patología respiratoria estacional y sospechas Covid-19 así como para las labores de clasificación y toma de PCR. En muchos centros, debido a la edad y comorbilidades de los facultativos, la plantilla real que puede prestar asistencia asistencial en domicilios, urgencias y circuito respiratorio es completamente insuficiente, por lo que se debe asegurar la contratación de todos los recursos humanos disponibles que se estimen necesarios. En caso del colapso que prevemos y recordando siempre que estamos ante una emergencia sanitaria, proponemos que los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) atiendan las necesidades de sus centros de salud en lugar de las hospitalarias, ya que las rotaciones formativas quedaron suspendidas en el anterior periodo y es previsible que esa situación se pueda repetir. También puede haber otras especialidades o residentes que puedan colaborar con Atención Primaria, como ésta ha colaborado cuando el colapso ha sido en los hospitales, por lo que proponemos adecuar el flujo de recursos humanos a los sectores que más lo precisen.
60. Es insuficiente el número de camas de cuidados intensivos que tienen presión negativa.

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

61. Adecuación de la estructura de las UCI, de modo que coexistan ambos tipos de estructura para adaptarlas a las situaciones clínicas: aquellas en las que es preferible el empleo de boxes independientes, frente a las que es mejor unidades diáfanas.
62. La limpieza, higiene y desinfección, debe ser mejorada y a esto ayuda que las contratadas de limpieza se corrijan al alza.
63. Existe un porcentaje alto de transmisión domiciliar lo que nos indica que no se cumple con los requisitos mínimos para el aislamiento eficaz de los casos en los domicilios, por falta de conocimiento de las recomendaciones, por falta de condiciones de la vivienda para el número de convivientes, etc.
64. No existen establecimientos alternativos para el aislamiento de casos confirmados leves cuyos domicilios no cumplen con los requisitos mínimos para un aislamiento eficaz.
65. Las deficiencias en el seguimiento de casos y contactos se deben, en muchos casos, a la falta de recursos y especialmente a la necesidad de una herramienta (sistema de información) de ayuda para la gestión de los seguimientos de los casos y contactos.

Tecnología y Teleasistencia

66. Diraya ha mejorado en la crisis, pero no está preparado para las labores de rastreo y seguimiento por lotes o grupos. En ocasiones se precisa solicitar cientos de PCR o revisarlas entrando uno a uno en la historia clínica. Se necesitan con urgencia procedimientos de solicitud y revisión por lotes (residencias, colegios, brotes definidos tras agrupación) y software de rastreo por grupos fuera de las historias clínicas individuales.
67. Falta actualizar la historia clínica digital del Servicio Andaluz de Salud (Diraya) dotándola de una hoja, no muy extensa, en la que se recojan los aspectos claves del rechazo al tratamiento y la limitación del esfuerzo terapéutico recogidos en la Ley 2/2010.
68. Mejorar el uso de la tecnología (SMS, aplicaciones) que agilice la comunicación de resultados PCR y otros (actualmente desde el laboratorio se carga el resultado en Diraya, desde donde se debe comunicar a las personas usuarias). Aprovechar la Red Alerta.
69. No están definidos claramente ni protocolizados los procesos clínicos que son susceptibles de ser atendidos exclusivamente mediante teleasistencia. Establecer estándares de calidad para considerar que una teleconsulta se ha realizado de forma adecuada, garantizando la seguridad de los pacientes.
70. Es necesario establecer en todos los niveles asistenciales circuitos que permitan la valoración presencial del paciente de forma rápida en caso de ser necesario.
71. Hay que dotar de la infraestructura necesaria tanto en los centros de trabajo como a los propios trabajadores que desarrollan su actividad en los domicilios. En ocasiones nos encontramos con equipos no adecuados y sin capacidad suficiente.
72. La aplicación ClicSalud+ ha sido herramienta esencial. Habría que dar más publicidad a la página web para fomentar su utilización por parte de jóvenes y adultos, desbloqueando así las asistencias telefónicas que, podrían ser utilizadas con más facilidad por las personas mayores.
73. En Atención Primaria las herramientas de telemedicina son poco potentes y ágiles. Falta de *webcams*, *tablets* y plataformas informáticas para pautar ejercicio terapéutico online a los pacientes no Covid y hacer un seguimiento parametrizado. Esto ha conducido al agravamiento de patologías crónicas.

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

74. Necesidad de introducir herramientas tecnológicas y *big data* para las actividades de rastreo tipo Go.Data (OMS), Radar Covid, etc. La aplicación Radar Covid parece que ya está operativa en Diraya, pero son necesarias campañas de información y sensibilización para su uso por la ciudadanía.
75. Si pretendemos mantener la formación continuada vía sesiones clínicas o la propia comunicación sobre personas enfermas ingresadas u otras actividades de los servicios, se requieren circuitos informáticos que permitan la asistencia a estas actividades desde diferentes despachos/salas. En el Servicio Andaluz de Salud está disponible la aplicación Circuit que facilita esta participación desagregada. Debería implantarse en todas las Unidades.
76. La renovación de tratamientos crónicos debería tener una alerta en el buzón del profesional cuando esté cercano el fin de la prescripción con hipervínculo directo a la historia de salud única para revisión del tratamiento, del/de la paciente si lo requiere o de otros aspectos relacionados con el seguimiento.

Coordinación y seguimiento de la pandemia

Mejoras necesarias en comunicación y coordinación

77. La necesidad de adaptar la norma con rapidez ha creado una variedad de rectificaciones sobre rectificaciones en BOJA y disposiciones. No existe un único marco de instrucción que pueda consultarse online, que actualice la manera de implementar las normas y disposiciones de manera ordenada y fácil de rescatar por el destinatario final.
78. Existe descoordinación con los servicios de salud laboral en el control de los profesionales y sus estudios de contactos, así como en la definición de EPI adecuados y su uso según procedimiento de riesgo.
79. Mejorar la comunicación y coordinación entre Atención Primaria y atención especializada es de especial importancia en los casos de servicios como medicina interna, urgencias, pediatría y unidad de cuidados paliativos.
80. Poca continuidad asistencial de fisioterapia en Atención Primaria para valoración y tratamiento de pacientes post Covid, ni presencialmente ni de forma telemática.
81. Mejorar los circuitos de comunicación a los profesionales sanitarios de las actualizaciones de información en la aplicación de los protocolos y los nuevos conocimientos en base a las evidencias. Mejorar la coordinación en la aplicación de medidas homogéneas para toda Andalucía (recursos públicos y privados) teniendo en cuenta las particularidades de cada área sanitaria.
82. Mejorar la comunicación urgente de resultados desde microbiología a los servicios de medicina preventiva y epidemiología. Actualmente no es automática ni con un formato común para toda Andalucía.
83. Heterogeneidad en las pautas a seguir para el aislamiento y cuarentena de los casos Covid: unos envían información escrita sobre las pautas a seguir para el aislamiento en los centros y otros no; no existen criterios de priorización para el seguimiento en caso de saturación; o cuando el volumen de casos y contactos es alto, se desconoce qué hacer con los incumplidores, etc. Se utilizan protocolos generales del ministerio sin adaptar a la realidad de la comunidad autónoma, lo que está provocando que haya una gran heterogeneidad en la interpretación e implementación de los mismos.
84. No existen estudios ni criterios homogéneos para predecir el impacto de la evolución de la pandemia sobre la capacidad asistencial de los hospitales y poder determinar el momento adecuado para la activación de los planes de contingencia.

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

85. No existen criterios claros para la toma de decisiones, de aplicación a nivel local. Las instrucciones son poco elaboradas y concretas, en permanente cambio y con mensajes contradictorios, lo cual genera una gran heterogeneidad entre centros en cuanto a la implementación y desarrollo de las mismas (por ejemplo, el Plan Funcional de Desescalada en hospitales y Atención Primaria de la Dirección General de Asistencia Sanitaria).
86. Necesidad de mejorar la coordinación y cooperación entre Atención Primaria y Salud Responde.
87. Problemas en la coordinación y en los flujos de información desde el nivel superior. En algunas ocasiones, los centros se enteran por la prensa de decisiones sobre medidas a poner en marcha.

Mejoras necesarias en indicadores y sistemas de información

88. Necesidad de definir indicadores y umbrales para la toma de decisiones en cualquier aspecto de la gestión de la pandemia, relacionadas con el distanciamiento social (transporte público, acontecimientos sociales, restaurantes y bares, espectáculos, vuelta al colegio, confinamientos en ámbitos concretos, etc.) y restricciones de la movilidad de poblaciones específicas, ante un escenario de necesidad de aplicación de dichas medidas a nivel local y no de forma generalizada para todo el territorio ni para todos los estratos etarios de la población.
89. Mejora de los sistemas de registro, existe exceso de mecanización de datos y bases de datos no conectadas entre ellas. El exceso de tiempo dedicado al registro de datos y la carga burocrática prescindible, limita el poder dedicar tiempo a labores de estudio de zonas de mayor afectación y seguimiento de medidas de prevención.
90. Mejorar la explotación de datos. La información volcada en los informes es poco útil y, en ocasiones, redundante, sin ajustes por edad, sexo o comorbilidades, que nos permita hacer comparaciones mínimamente fiables. La demora en la información es de aproximadamente un mes y ésta se suele presentar en formato PDF, lo que dificulta la edición de los datos.
91. No existe un sistema de información que facilite la trazabilidad y el seguimiento de los casos y contactos, que permita estimar la tendencia o impacto de la pandemia a corto-medio plazo, comparado con la primera oleada (solo existen análisis de casos confirmados que sabemos que no son reales ya que solo han detectado a una parte de los casos a lo largo de la pandemia), o que permita conocer el impacto en la capacidad asistencial de los hospitales, para poder activar los planes de contingencia en el momento adecuado.

Medidas basadas en evidencia

92. No se ha realizado un análisis de las posibles causas de los excesos de mortalidad, para delimitar qué parte se debe al Covid-19 y qué parte se debe a otras causas que nos alerten de déficit de asistencia sanitaria en pacientes no Covid.

Mejoras en la gestión del Covid-19 con los centros educativos

93. Necesidad de mejorar la coordinación con la Consejería de Educación a nivel provincial con motivo de la reapertura de los colegios. Elaboración conjunta de los criterios a seguir para tomar decisiones adecuadas a cada situación.

Manejo clínico de pacientes

94. Es necesario mejorar el seguimiento de personas enfermas con infección por SARS-CoV-2 en domicilio, asintomáticos o paucisintomáticos. Se requiere un seguimiento telefónico y, en su caso presencial, con entrevistas semiestructuradas que permitan detectar el agravamiento, ya que la

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

- hipoxia de estos pacientes no se manifiesta de un modo tan alarmante como en otro tipo de enfermos. Esta función recaería en Atención Primaria con el apoyo del personal hospitalario que se requiriera.
95. No existe actualmente evidencia procedente de ensayos clínicos controlados para recomendar un tratamiento específico en niños con sospecha o confirmación de Covid-19. Los tratamientos indicados se sustentan en base a experiencias en población adulta y a los documentos de consenso publicados por sociedades científicas.
 96. Multitud de protocolos cambiantes se sucedieron en el inicio de la pandemia para el manejo de la infección por SARS-Cov-2 en el paciente pediátrico.
 97. Algo que es necesario mejorar es el manejo de personas enfermas con infección por Covid-19 en domicilio.
 98. Vigilancia clínica en la primera semana o diez días para detectar aparición de síntomas a pacientes ambulatorios asintomáticos a los que se ha detectado PCR positiva o casos altamente sospechosos con PCR inicial negativa, por parte de Atención Primaria.
 99. Comunicación online o telefónica entre Atención Primaria-asistencia hospitalizada de todo caso con dudas diagnósticas o terapéuticas.
 100. Información desde el diagnóstico a medicina interna de las personas enfermas en aislamiento domiciliario con síntomas de alarma o con enfermedades concomitantes. Seguimiento de casos seleccionados desde medicina interna/enfermedades infecciosas.
 101. En el manejo de personas enfermas hospitalizadas es necesario el establecimiento de protocolos de tratamiento basados en ensayos clínicos aleatorizados. Los protocolos deben incluir aspectos no farmacológicos, destinados a ventilación, nutrición, criterios claros de traslado a UCI, etc.
 102. Hay que mejorar el seguimiento telefónico tras el alta de forma homogénea a todos los pacientes por parte de medicina interna/enfermedades infecciosas.
 103. Mejorar las condiciones de aislamiento, adecuando las habitaciones en lo posible a un mayor confort. Cámaras y micrófonos que permitan una comunicación fácil con enfermería o con familiares.
 104. Falta de movilización precoz en pacientes no críticos para evitar la sobrecapacidad en un gran número de centros y poder dar altas a domicilios.
 105. No se han realizado pronaciones en pacientes conscientes.

Medidas de protección de Salud Pública

106. Es fundamental elaborar una estrategia de vacunación de la gripe y del neumococo. Esto supone circulación de personas en el centro ya que hay que alcanzar la cobertura. Para esta y, quizás también para otras actividades, se podrían habilitar espacios fuera del centro de salud evitando el descontrol del aforo o mezclar pacientes sanos con personas enfermas. Para eso se podría hacer uso de farmacias, asociaciones, centros cívicos, ayuntamientos, etc.
107. Falta completar la implantación de la Red de Vigilancia de Aguas Residuales como indicador de alerta temprana de la propagación del Covid-19. (BOJA 10/07/2020).
108. Mejorar el control de brotes en ámbito colectivo, familiar, laboral, poblacional, establecimientos públicos. En el seguimiento de algunos casos o contactos donde están involucrados el entorno laboral o establecimientos públicos (alimentarios y no alimentarios) es necesario protocolizar las actuaciones a llevar a cabo por salud pública y servicios de prevención.

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

109. No se ha estudiado suficientemente la detección de casos con la realización de test en aguas residuales que nos permitan detectar la presencia o incremento de casos en áreas determinadas de las ciudades.
110. No existe un liderazgo de salud pública en cuanto a las medidas a tomar en función de la evolución local, lo que está llevando a la toma de decisiones por los ayuntamientos sin criterios uniformes.

Actividades de comunicación con profesionales y ciudadanía

111. No existe un plan de comunicación para una adecuada información a la ciudadanía, así como buenos canales de comunicación. Es necesario mejorar la comunicación institucional, con mayor presencia, precisión y sobre todo transparencia. Más información enfocada a: potenciar el autodiagnóstico y autoaislamiento de casos y contactos; conocer el funcionamiento de los servicios; y sobre la utilidad de las distintas pruebas diagnósticas.
112. Hay que mejorar la difusión de los mensajes preventivos asistenciales con el énfasis que en cada momento se necesite (ocio nocturno, juventud, trabajo en el campo, etc.)
113. Falta información/comunicación de pediatría con los medios, la población general y con los profesionales.
114. La información a los profesionales debe ser clara, concisa y sin dejar lugar a interpretaciones personales. Un ejemplo de esto es la controversia que está originando el manejo de los niños y niñas vulnerables (inmunodeprimidos, crónicos, etc.) a la hora de la vuelta al colegio. Educación y Salud deben consensuar pautas de actuación conjuntas en escolares de riesgo.
115. Mientras se mantenga la epidemia hay que mejorar la concienciación de todos los profesionales respecto a sus contactos extralaborales. Nadie es imprescindible, pero en esta situación somos altamente necesarios y eso obliga a la responsabilización.
116. Hay que mejorar la comunicación a centros educativos por profesionales sanitarios formados.
117. Información a la población sobre el uso adecuado del sistema sanitario en las situaciones de alta frecuentación y en especial de las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias. Solicitar comprensión y responsabilidad en el uso de los servicios sanitarios de la mano de una adecuada información y del máximo esfuerzo por parte del Servicio Andaluz de Salud para paliar la escasez y sobrecarga de la Atención Primaria.
118. Descrédito y divorcio emocional entre pacientes y profesionales. La ciudadanía carece de la información cuantitativa y cualitativa del trabajo realizado por Atención Primaria en el momento actual. Perciben salas de espera en los centros de salud con pocos o ningún paciente, comprueban que nadie responde el teléfono y que, cuando se consigue contactar, la cita para un primer contacto se demora de forma indiscriminada y, en ocasiones, inasumible. Perciben también el distanciamiento en sus revisiones y seguimiento de sus procesos crónicos, no siempre acompañados de la supervisión y capacitación adecuadas para ello. Además, se percibe el cansancio y desmoralización de los profesionales, siendo incapaces de conciliar esas percepciones aparentemente incoherentes.
119. Necesidad de una encuesta poblacional sobre conocimiento de la población general sobre el Covid-19, para poder planificar adecuadamente las campañas de información a la población.

Atención sociosanitaria

120. Es necesario seguir creando equipos específicos de asistencia y seguimiento de casos Covid-19 para mejorar la atención y seguimiento de pacientes Covid en residencias o centros sociosanitarios.

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

121. Es necesario promover en aquellos distritos de Atención Primaria con suficiente número de residencias de mayores, la incorporación monográfica/específica de un o una profesional de la enfermería que sirva de enlace entre el centro de salud de referencia y los centros residenciales de mayores con la misión de participar en los planes de contingencia para estos centros y que vele por el correcto seguimiento «diario» del cumplimiento de los mismos: sectorización zonas, cumplimiento medidas preventivas, etc.
122. Es necesario mejorar el apoyo a las personas migrantes en aislamiento.
123. Necesitamos rastreadores con competencias interculturales en aquellos centros de salud con un porcentaje importante de población migrante, para facilitar la localización de contactos en el caso de presencia de Covid-19 y también para adaptar el mensaje de aislamiento y cuidados. En la experiencia diaria se encuentra a migrantes con Covid-19 que no guardan el aislamiento ya que necesitan trabajar para poder mantener sus necesidades básicas.
124. En residencias de mayores se está produciendo un gran declive funcional en personas ancianas sanas, sobre todo en situación de fragilidad, por la falta de espacios limpios. Hay que minimizar el riesgo de contagio sin necesidad de paralizar a este amplio porcentaje de pacientes o usuarios no Covid.
125. Priorizar una atención adecuada y digna en las residencias de forma centralizada con la extensión del modelo de unidades de residencias y gestión de casos provinciales para que la atención sea homogénea. Implantar medidas que disminuyan el aislamiento y la soledad de los residentes ante la posibilidad de confinamiento. Facilitar la interconexión con el resto de niveles asistenciales prioritariamente por vía telefónica para poder proporcionar respuesta rápida en caso de necesidad. Garantizar una adecuada asistencia en las residencias con los medios necesarios en los casos en que se desestime el traslado hospitalario por no ofrecer beneficios al o a la paciente, y procurando los cuidados y el alivio adecuados en su entorno.
126. Aunque se está haciendo un gran esfuerzo en el control de las residencias, existe la necesidad de incorporar medidas para intensificar la identificación precoz y el aislamiento eficaz de casos y contactos en las residencias de mayores, intensificando el número de pruebas y buscando espacios alternativos para aquellas residencias cuya infraestructura no lo permita. Valorar la propuesta de PCR semanales en personal de residencias por técnicas de *pooling* en saliva.
127. El porcentaje de personal contagiado que trabaja en los centros sociosanitarios en Andalucía sobre el total de casos reales estimados, en el periodo anterior al 11 de mayo, fue del 0,46 %, y desde el 11 de mayo al 4 de agosto es del 3,6 %, lo cual significa un incremento muy importante por la gran repercusión que puede tener en sus contactos de alto nivel de vulnerabilidad.

Actividades de formación

128. Es necesario impulsar la investigación y la formación en salud pública, en habilidades comunicativas de los y las profesionales, y manejo de la asistencia telemática a los pacientes.
129. Falta de formación adecuada en puesta y retirada de EPI según el modelo entregado a los profesionales.
130. Falta de formación del equipo que realiza la pronación para evitar daños al paciente.
131. Definir un plan de formación en gestión de la pandemia que se base en las experiencias de éxito para todos los directivos del Servicio Andaluz de Salud.
132. La autoformación ha partido del estudio de la información por parte de médicos de familia, de urgencias, internistas e infectólogos y, en algunos hospitales, neumólogos, así como de la enfermería de cada una de dichas unidades. Se requiere la formación de personas referentes en otros servicios por varios motivos: a) es posible que se requiera la sustitución de parte del personal

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

de los servicios que rutinariamente atienden Covid-19 por bajas laborales; b) muchas de las personas enfermas con Covid-19 son pluripatológicas y requieren la asistencia de otros especialistas en coordinación con los anteriores; c) la no implicación de los estudiantes de medicina y enfermería debe solucionarse. Son individuos con capacidades adecuadas, tras una formación dirigida, para el apoyo en estas unidades; se requiere asimismo la formación al personal de enfermería, auxiliares y celadores en conceptos básicos de mecanismos de transmisión de la enfermedad y cuadro clínico; d) se requiere formación continuada y periódica online, con asistencia posiblemente obligatoria, de los aspectos relacionados con la epidemiología, contactos, medidas de aislamiento, cronología de la enfermedad, rendimiento y utilización de los test diagnósticos, señales de aviso para hospitalización, etc.

Actuaciones epidemiológicas

133. Cualquier persona que ha estado en contacto con un paciente positivo y al que se le indica aislamiento y PCR, debe ser considerado como un paciente, y por tanto debe realizarse seguimiento y alta cuando se considere. Esto no se hace en muchos casos.
134. Sería necesario aumentar el número de puntos donde realizar PCR, ya que hay sitios donde la demora se alarga hasta más de siete días.
135. Falta *screening* en asistencia primaria y en urgencias ante aparición de casos, a todo paciente que consulte por cuadro clínico compatible y aislamiento hasta resultado.
136. Accesibilidad para PCR de control a pacientes en seguimiento ambulatorio hasta su negativización. Establecimiento de plazos razonables para su realización (a partir del 14º día) y en caso de mantenimiento de la positividad, semanalmente.
137. Enfermeras escolares a cargo de Consejería de Educación, con funciones supervisadas y coordinadas por Epidemiología. También complementando sus funciones y coordinada con la enfermera gestora de casos.

Mantenimiento de la asistencia no Covid

138. La actividad asistencial no Covid ha disminuido considerablemente sin que existan, en algunos casos, claros motivos para hacerlo. Se suspendieron consultas presenciales siendo sustituidas por consultas telefónicas que tuvieron que ser introducidas, en muchos casos, de forma rápida, sin contar con una sistemática de trabajo y con pocos recursos.
139. Retomar y continuar con la atención a crónicos, crónicos complejos, pluripatológicos y paliativos.
140. Tal vez por la presión mediática y asistencial del momento, los pediatras, en ocasiones, se han centrado en buscar que los cuadros clínicos que presentaban los pacientes pudieran ser o no compatibles con Covid-19, obviando que el resto de patologías seguía también presente.
141. Hay que garantizar que en este tipo de situaciones los servicios de urgencias sean capaces de mantener una adecuada atención a la patología no Covid y sobre todo a la patología emergente.

Papel de la Atención Primaria

142. Excesiva burocracia en el desempeño de los profesionales de Atención Primaria, que en el contexto de la pandemia se ha visto incrementada por la solicitud de justificantes de diversa índole o certificados de salud.

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

143. Existe un déficit en el seguimiento de pacientes frágiles (pluripatológicos, dependientes, en situaciones de riesgo social o de dificultad de afrontamiento familiar, etc.).
144. La accesibilidad de las personas usuarias es algo que necesita ser corregido: esperas inasumibles para el primer contacto con el sistema de salud (incluido el telefónico y/o de filtro) y, por tanto, para la adecuada orientación y racionalización de la demanda.
145. Necesidad de potenciar las consultas telefónicas de enfermería para detectar necesidades o descompensaciones de pacientes crónicos.
146. La atención sanitaria telefónica puede estar provocando, en algunos casos, déficit de atención en pacientes que puede conllevar consecuencias a corto-medio plazo (para acceder a la consulta presencial previamente ha tenido que pasar por una consulta telefónica).
147. Ha habido dificultad para llevar a cabo la programación establecida en franjas horarias de atención Covid y no Covid en aquellos centros de salud en los que en pediatría no estaban implementados los dos circuitos de manera simultánea.
148. La asistencia no Covid en centros de salud tiene que ser mejorada para garantizar la seguridad a los profesionales y a las personas usuarias durante la asistencia sanitaria presencial en los casos que sea necesaria.
149. Mejorar la atención durante la valoración inicial de las personas usuarias mediante consulta de orientación a la demanda en la puerta de entrada de los centros sanitarios. Es indispensable que sea realizado en consultas de enfermería de valoración y no por personal administrativo. De aquí emanarán las definiciones de los circuitos que seguirán los y las pacientes: finalista, domicilio, cita telefónica, cita presencial, consulta urgente, etc.
150. Existencia de internistas/infectólogos de referencia para los centros de salud, con acceso a los mismos vía telefónica.
151. Es necesario adecuar los recursos en Atención Primaria planificando un nuevo dimensionamiento que mejore las desigualdades actuales, especialmente en las zonas «más castigadas» por esta pandemia.

Protección de los profesionales y seguridad del / de la paciente

152. Creación de unidades psicológicas para profesionales de Atención Primaria con manejo de estrés laboral, *burnout*, ansiedad, etc.
153. Muchos pacientes van a requerir ayuda y orientación para afrontar las consecuencias de la pandemia, de la crisis económica que trae consigo y de los procesos de duelo complicados que se están generando. La creación o potenciación de equipos de apoyo psicológico podría constituir una herramienta fundamental en el abordaje del mantenimiento de la salud de la población.

Humanización y aspectos éticos

154. No hay una buena difusión entre los profesionales sanitarios del contenido esencial, especialmente aplicable a pacientes Covid-19, de la Ley 2/2010 y desarrollo de la misma a propósito del incremento de casos con restricciones terapéuticas (rechazo del tratamiento por parte del paciente, limitación del esfuerzo terapéutico) durante la pandemia.
155. Las múltiples actividades de humanización que se venían desarrollando en los hospitales tuvieron que ser suspendidas ya que se realizaban de forma presencial. Se requiere fomentar las actividades de humanización llevadas a cabo a través de dispositivos móviles.

Debilidades objetivadas durante la pandemia Covid-19

156. En tanto existan EPI suficientes, permitir acompañantes, a ser posible siempre el mismo, a los que periódicamente se les teste respecto a Covid-19, especialmente a personas mayores y vulnerables. Es importante que puedan estar acompañados para evitar caídas, asegurar ingesta e hidratación, sin tantas necesidades de sueroterapia, evitar delirios, etc.
157. En los casos de saturación hospitalaria no siempre se han constituido los comités de selección de pacientes bajo el paraguas de los comités de ética, cuyo objetivo principal es salvar la mayor cantidad de vidas posible con los recursos disponibles y proteger psicológica y emocionalmente al personal sanitario que se ocupa directamente del cuidado de las y los pacientes.

Papel de la ciudadanía

158. Fomentar la participación comunitaria, especialmente en zonas vulnerables, barrios o zonas con necesidades de intervención social (zonas marginales), zonas de ocio juveniles y/o o de adultos jóvenes, con la incorporación proactiva de líderes sociales de la zona incluyendo los de asociaciones de inmigrantes, ONG, centros religiosos (mezquitas, centros evangélicos, iglesias, etc.), y entidades de ayuda a inmigrantes, con el fin de facilitar los mensajes preventivos, así como ayudas o apoyos en caso de aislamientos por Covid-19 o contacto.

Miembros del Comité de Expertos

José Manuel Aranda Lara

Consejero Técnico. Exgerente del Servicio Andaluz de Salud. Máster en Administración Sanitaria y Experto en Salud Pública.

Antonio Arenas Casas

Doctor en Veterinaria. Catedrático del Área de Sanidad Animal de la Universidad de Córdoba. Diplomado Europeo en Salud Pública Veterinaria (ECVPH).

Ana Cabrerizo Carvajal

Médico de Familia. Miembro del Grupo de Trabajo de Cuidados Paliativos de SEMERGEN Andalucía.

Francisco Chavernas Garvi

Jefe de Sección de Seguridad Alimentaria. Presidente del Colegio de Veterinarios de Jaén.

Borja Croche Santander

Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

José María Domínguez Roldán

Jefe Clínico de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen del Rocío.

Mercedes Echevarría Moreno

Presidenta de la Sociedad Andaluza y Extremeña de Anestesiología y Reanimación.

Alberto Fernández Ajuria

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Director del Master in Public Health and Health Services Management en EASP y Coordinador del Europubhealth Master Degree.

Joaquín Fernández-Crehuet Navajas

Catedrático Emérito de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad de Málaga. Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga.

Equipos de trabajo

José Antonio Girón González

Jefe de Servicio UGC Medicina Interna Hospital Puerta del Mar. Catedrático de Medicina Interna en la Universidad de Cádiz. Experto en Enfermedades Infecciosas.

Salvador Maroto Martín

Responsable de la Unidad de Urgencias. Hospital de Poniente.

Rafael Martínez Nogueras

Presidente de la SAMPySP. Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario de Jaén.

José Martínez Olmos

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Exsecretario General de Sanidad (2005-2011).

Ainhoa Mestraitua Vázquez

Médico de Familia y Coordinadora grupo infecciosas de SAMFyC. Responsable de Calidad.

María José Molina Gil

Enfermera Gestora de Casos. Vicepresidenta 1ª de la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria.

Ana Isabel del Moral García

Decana de la Facultad de Farmacia de Granada. Catedrática de Microbiología.

Juan Carlos Morilla Herrera

Enfermero. Director de la Unidad de Residencias y Gestión de Casos del Distrito Sanitario Málaga-Guadalhorce. Málaga.

Miguel Ángel Muniain Ezcurrea

Profesor Emérito Universidad de Sevilla.

Juan Manuel Nieblas Silva

Presidente Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía. Presidente de UPROSAMA. Vocal del Consejo General de Colegios de Fisioterapia de España.

Equipos de trabajo

Francisco Javier Padillo Ruiz

Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, en representación de la Secretaría General de I+D de la Consejería de Salud y Familias.

Juan José Pérez Lázaro

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Experto Universitario en Epidemiología e Investigación Clínica. Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Leticia Romero García

Médico de Familia. Responsable del Grupo de Enfermedades Infecciosas y Vacunas de SEMG Andalucía.

José María Rueda Segura

Vicepresidente del Consejo Andaluz de Colegios de Enfermería. Presidente del Colegio de Enfermería de Sevilla.

Enrique Villanueva Cañadas

Médico Forense. Especialista en Medicina del Trabajo. Catedrático de Medicina Legal Universidad de Granada.

Equipos de trabajo

Equipo metodológico EASP

Giulia Fernández Avagliano

Editora, traductora, gestora de redes sociales, experta en derechos de autoría. EASP.

Irene Fernández Romacho

Revisora de textos y gestora de contenidos. Colaboradora de la EASP.

Leticia García Mochón

Técnica de Proyectos EASP. Doctora en Economía Aplicada. Experta en Economía de la Salud. Experta Universitaria en Epidemiología e Investigación Clínica.

Inmaculada García Romera

Técnica de Proyectos EASP. Doctora en Sociología. Experta Universitaria en Gestión Sanitaria y de Profesionales Sanitarios.

Martín Tejedor Fernández

Especialista en Cuidados Intensivos. Profesor Colaborador de la EASP.

Índice de siglas y abreviaturas

- AP.** Atención Primaria.
- APS.** Atención Primaria de Salud.
- BDU.** Base de Datos de Usuarios.
- BOJA.** Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.
- CCA.** Comunidades Autónomas.
- CDC.** Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. En inglés, *Centers for Disease Control and Prevention*.
- CMA.** Cirugía Mayor Ambulatoria.
- CP.** Cuidados Paliativos.
- COVID.** Coronavirus Disease.
- CS.** Centro de Salud.
- CSS.** Centros sociosanitarios.
- EASP.** Escuela Andaluza de Salud Pública.
- ECDC.** Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades. Del inglés *European Centre for Disease Prevention and Control*.
- EPI.** Equipos de Protección Individual.
- EPOC.** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- HSU.** Historia de Salud Única.
- IA.** Incidencia Acumulada.
- IECA.** Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.
- IgM.** Inmunoglobulina M.
- IT.** Incapacidad Transitoria.
- MFyC.** Medicina Familiar y Comunitaria.
- MSF.** Médicos Sin Fronteras.
- OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- ONG.** Organización No Gubernamental.
- ONT.** Organización Nacional de Trasplantes.
- PCR.** Reacción en cadena de la polimerasa, del inglés *Polymerase Chain Reaction*.
- PNT.** Procedimiento normalizado de trabajo.
- PRL.** Prevención de Riesgos Laborales.
- RO.** Número reproductivo básico.
- RT-LAMP.** Del inglés *Reverse transcription loop-mediated isothermal amplification*.
- RT-PCR.** Reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa. Del inglés *Reverse transcription polymerase chain reaction*.
- Rx.** Radiodiagnóstico, Radiografías.
- SARS-CoV-2.** *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*.
- SARS-CoV-2 Ag test.** Test de antígeno de *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*.
- S. pyogenes.** *Staphylococcus pyogenes*.
- SAS.** Servicio Andaluz de Salud.
- SESPAS.** Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- SMS.** Servicio de mensajes cortos. Del inglés *Short Message Service*.
- SSPA.** Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- TES.** Técnicos en Emergencias Sanitarias.
- UCI.** Unidad de Cuidados Intensivos.
- UGC.** Unidad de Gestión Clínica.
- VRS.** Virus respiratorio sincitial.