



COMUNICADO CONJUNTO

Más de un año de pandemia: consecuencias de la COVID

2 de junio de 2021

La pandemia por la COVID-19 ha demostrado y está demostrando las debilidades y deficiencias de nuestro sistema sanitario. Los sanitarios hemos sufrido la primera ola como ningún otro colectivo, como lo demuestran el número de contagios y de fallecimientos por la infección. Pero ante las oleadas sucesivas de la pandemia corremos el riesgo de pasar de héroes a villanos, sin que la población a la que atendemos conozca la precariedad en la que estamos instalados.

Las consecuencias de la COVID sobre los profesionales de la salud han sido muchas. Unas, biológicas, debidas al contagio de la enfermedad. Otras, psicológicas, en especial por las repercusiones que a nivel emocional ha causado la sobrecarga laboral, la exposición al riesgo continuo, propio y de nuestras familias, la incertidumbre, las vivencias traumáticas con los pacientes y sus allegados, los cambios en la forma de vida...

Todo ello ha generado una sobrecarga emocional y cognitiva que se suele describir con términos y síntomas como estrés, ansiedad, agotamiento, insomnio...

Además, la ausencia de medidas de apoyo y contención sistematizadas para nuestros profesionales ha puesto de manifiesto graves deficiencias en la gestión sanitaria de la crisis, aflorando problemas sistémicos secundarios a una financiación insuficiente que ya había precarizado todo el sistema sanitario, pero con mucha mayor intensidad la Atención Primaria y las redes de Salud Mental.

En nuestra opinión los problemas que ha descubierto la COVID-19 son muchos, de ahí que la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) junto a la Sociedad Española de Psiquiatría Clínica (SEPC) y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) deseen exponer su posición a la sociedad para generar la reflexión de las diferentes administraciones.

1. La respuesta a ésta y a otras pandemias futuras debe tener **como prioridad la prevención y la detección temprana**. De ahí que los equipos de Atención Primaria y de Salud Pública deben disponer de un **número de profesionales adecuado y con la formación necesaria** para llevar a cabo esas tareas.
2. **Las muertes no se evitan solo con más camas de UCI o con más camas de hospital; se evitan con detección temprana**, con el seguimiento de los contagios, con estrategias ágiles que permitan a los equipos de Atención Primaria atender a las personas contagiadas o en riesgo, de forma segura y eficaz (y ello, sin descuidar de forma radical al resto de personas con patologías graves, como a menudo ha tenido que suceder en la pandemia actual).
3. La debilidad de nuestro sistema sanitario se debe a los años de desinversión en recursos humanos y en formación. **Es necesaria la planificación y priorización teniendo más en cuenta las necesidades de la ciudadanía y las especificidades de los distintos contextos y circunstancias:**

medio urbano y rural, población institucionalizada, marginación social, colectivos vulnerables, así como los condicionantes de género que determinan el diferente impacto entre hombres y mujeres.

4. Necesitamos un análisis profundo y riguroso, que sirva para **dimensionar de forma correcta y eficiente las plantillas de profesionales de la Atención Primaria** (médicos, enfermeras y demás personal), con criterios de eficiencia y calidad, y que contemple las necesidades formativas para poder llevar a cabo las tareas asistenciales y preventivas en el ámbito comunitario.
5. Necesitamos mejorar los sistemas de información y comunicación para que permitan **compartir información entre profesionales de forma segura**.
6. Necesitamos vías de comunicación ágiles que eviten a nuestros pacientes largas listas de espera y faciliten la **gestión compartida de los casos**. Y eso significa personal (médico y no médico) y medios tecnológicos.
7. Necesitamos que se garantice la continuidad en la atención con una **comunicación efectiva entre atención primaria y el hospital y con historias clínicas compartidas y accesibles**.
8. Continuidad en la atención, comunicación eficiente e historias clínicas compartidas son asimismo temas clave en la vinculación entre APS y la empobrecida red de salud mental comunitaria.
9. En general, **todas las carteras de servicios**, y no sólo los de salud mental y APS, **deberían estar claramente definidas y ser homogéneas para el conjunto del país**, para no generar confusión en la ciudadanía, que debe conocer sus derechos y sus límites.
10. Las incipientes y a menudo poco coordinadas **redes de salud mental habían sufrido durante decenios una infradotación en personal y formación que las ha hecho especialmente marginales durante la pandemia**. Esa infradotación se ha manifestado en la disminución de sus presupuestos, locales y materiales, la baja dotación en personal y medios formativos, la deficiente dotación tecnológica, la descoordinación y des-integración tanto entre Comunidades Autónomas, como entre dispositivos y niveles, la medicalización abusiva con relegamiento a niveles casi testimoniales de muchos de los dispositivos psicosociales y psicoterapéuticos....
11. Ello ha dificultado una atención de un nivel técnico y humano mínimo durante la pandemia y **ha dificultado de forma radical que los dispositivos de salud mental pudieran contribuir adecuadamente al apoyo emocional** del resto del personal sanitario y de los servicios sociales y educativos “de primera línea”, algo que debe plantearse todo dispositivo de pretendida “salud mental comunitaria” como es el español.
12. **Las estrategias y técnicas de salud mental deben ser una prioridad en épocas de pandemia**. Toda pandemia incluye elementos biológicos, pero también psicológicos y sociales y hoy disponemos de conocimientos y técnicas que pueden ayudar a cuidar y cuidarse a pacientes, familias y profesionales, con medidas que van más allá de intervenciones medicalizadoras coyunturales.
13. Lo cual no implica que colaboremos en la visión reduccionista que asimila sufrimiento humano y “trastorno mental”. **La pandemia COVID-19 ha supuesto graves sufrimientos biológicos, psicológicos y sociales, y muy generalizados**. Pero ello no debe llevarnos a diagnosticar supuestos “trastornos” y “síndromes” al por mayor. En realidad, el malestar emocional de las personas se asocia con gran frecuencia no sólo a situaciones de crisis, sino también a deficiencias en las condiciones de trabajo, a la imposibilidad de disponer de una vivienda adecuada y segura, a la precariedad social con ingresos insuficientes para que las familias puedan tener una vida digna, y a la falta de redes sociales de apoyo. Todo ello condiciona una fragilidad en la capacidad para enfrentarse a las dificultades de la vida cotidiana con las consiguientes repercusiones en la familia y, lo que es más preocupante, en el crecimiento y desarrollo mental también de niños y jóvenes. Es evidente ya que la pandemia de la COVID-19 ha agravado enormemente esas vulnerabilidades, pues no hay que olvidar que ha irrumpido entre nosotros antes de que la población más vulnerable y nuestros dispositivos sanitarios y de salud mental se hubieran repuesto del impacto de la crisis socioeconómica que comenzó en 2008.
14. Aunque **las soluciones más en profundidad han de implicar cambios estructurales en nuestra sociedad y en la organización de los cuidados sanitarios** y, en general, comunitarios, hoy la

primera prioridad (y urgente) es una financiación adecuada de la APS para poder multiplicar su personal, profundizar en su formación comunitaria, facilitar el cuidado personalizado y con tiempos y listas de espera adecuados...

15. Todo ello ha de dar paso a una actualización de la misión de la APS como punto de contacto entre las necesidades, creencias y factores de protección de la población y los conocimientos, formación y organización del sistema sanitario, de forma que se pudieran aprovechar más y mejor las capacidades para la salud de la propia población y sus redes sociales en los cuidados de salud pública, en el cuidado de los sufrimientos emocionales, en el cuidado de las capacidades psicosociales de los ciudadanos, familias, grupos, redes sociales y comunidades... Esa perspectiva es **imprescindible para el desarrollo de la salud comunitaria sin tener que incurrir nuevamente en medidas medicalizadoras o psiquiatrizadoras que no mejoran la salud (mental) de las poblaciones y contribuyen a derroches de medios y personal que hoy ya se han mostrado ineficaces e ineficientes.**
16. **Las organizaciones sanitarias deben velar por el cuidado de sus profesionales.** Unas condiciones de trabajo dignas son necesarias para una buena salud física y mental de los profesionales, y resultan imprescindibles para la calidad de la atención a los pacientes, sus allegados y su comunidad.

CONTACTO PRENSA

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria - SEMFYC

Anna Serrano +34679509941 comunicacion@semfyc.es