

# La atención hospitalaria de Navarra en respuesta a la pandemia por SARS-CoV-2

## INTRODUCCIÓN

Los hospitales de Navarra han estado desde el inicio de la pandemia en el epicentro de la crisis. Serán imposibles de olvidar algunas imágenes de sanitarios derrengados por la muerte de sus pacientes tan sólo junto a ellos y sin sus familiares, las UCIS y urgencias desbordadas, el desconocimiento de lo que sucedía, la escasez de las protecciones, el miedo a entrar y el miedo a no entrar, el miedo, el miedo, el miedo...

Una situación de las dimensiones y del espectro grave (y mortal) con que se resolvían un cierto porcentaje de casos de la historia natural de la enfermedad, requerían de una emergencia sanitaria que se produjo. Que apeló a los centros sanitarios y sociosanitarios, A los centros de atención primaria, en la primera línea de fuego, y a los hospitales, para los enfermos de mayor gravedad y compromiso vital.

Será imborrable el recuerdo de la construcción en 10 días del Hospital para pacientes de COVID-19 de Wuhan, que, a mediados de febrero 2020, hizo un esfuerzo encomiable de respuesta a una crisis mundial de la que se sentirían en buena parte responsables. Sin duda con la ayuda de las acusaciones y teorías de algunos países.

Junto a ese esfuerzo de grandes estructuras, los hospitales demostraron una altísima capacidad de reorganizarse internamente, de adaptar permanentemente sus recursos, de hacer desaparecer especialidades, turnos, dependencias que hasta entonces habían sido inamovibles. Con el liderazgo del Departamento de Salud, se definió un sistema permanente de información y se definió una doble línea de trabajo, tanto externa como interna.

El esfuerzo externo, con la creación del mando único hospitalario capaz de coordinar y señalar las líneas de acción (y ejecutarlas) en los recursos existentes, esencialmente públicos, pero también los privados y los relacionados con mutuas laborales. Estos recursos se centraron especialmente, en los más especializados y complejos como Cuidados Intensivos y Urgencias, también de hospitalización, en centros residenciales o servicios de salud laboral.

El esfuerzo interno nació de las propias gerencias y direcciones asistenciales de los centros, modificando estructuras, ubicaciones, dedicaciones, horarios, procedimientos, protocolos, protecciones, como no podíamos imaginar que seríamos capaces de hacer.

En la línea de liderazgo mencionada, el Departamento de Salud, convocó a los máximos responsables de todos los centros para garantizar la mejor respuesta asistencial posible a nivel de Comunidad. Ya el miércoles 4 de marzo de 2020, se convocó un encuentro con los responsables máximos de todos los hospitales públicos y privados para coordinar efectivamente las políticas, protocolos y circuitos. Procede mencionar explícitamente que los responsables de los centros de titularidad privada pusieron a disposición de la Comunidad y la Autoridad Sanitaria sus centros y recursos, con larga experiencia del trabajo concertado de Clínica de la Universidad de Navarra-CUN y del Hospital San Juan de Dios-HSJD.

El siguiente paso se efectuó pocos días después con la declaración del estado de alarma. La Consejera de Salud, a propuesta de la Dirección General de Salud, y en virtud del artículo 2.2 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de abril, firma la Orden Foral 5/2020, de 21 de marzo, por la que se nombra al Gerente del Hospital Universitario de Navarra (HUN), principal hospital público de referencia en la Comunidad, como Coordinador ejecutivo de todo el Plan de Contingencia de hospitales de la red pública y privada de Navarra en relación con la enfermedad por COVID-19, debiendo rendir cuentas, a estos efectos, a la Dirección General de Salud del Gobierno de Navarra.

Igualmente, se nombra Coordinador Ejecutivo de todas las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) de todos los hospitales públicos y privados de Navarra al responsable del Servicio de la UCI del Hospital Universitario de Navarra.

Los trabajos de nuestros hospitales que se muestran en este apartado, hacen referencia a la hospitalización convencional, la desarrollada a domicilio, a los dispositivos de Urgencias y a la actuación complementaria desarrollada por la CUN. Son trabajos de campaña, realizados aun en pleno esfuerzo asistencial, no ya de atención a la COVID-19, sino de recuperación de los retrasos asistenciales que hayan podido padecerse en cada centro y en cada servicio asistencial.

En el futuro se podrá evaluar con mayor detenimiento, rigor y datos más adaptados, el impacto y la importancia que han tenido las políticas de estas coordinaciones ejecutivas de los centros y recursos públicos y privados liderados desde el Departamento de Salud, pero hemos de compartir nuestra impresión de que constituyeron un elemento clave para la respuesta asistencial integrada.