

## Lecciones que debemos aprender

**Carlos Artundo<sup>1</sup>, Esteban de Manuel<sup>2</sup>, Idoia Gaminde<sup>3</sup>, Pedro Gullón<sup>4</sup>,  
Rafael Manzanera<sup>5</sup>**

1. Director General de Salud. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona.
2. Exdirector del Instituto de Investigación en Servicios de Salud Kronikgune.
3. Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Pamplona.
4. Universidad de Alcalá. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales. Madrid, España
5. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

**Correspondencia:** Carlos Artundo [[carlos.artundo.purroy@navarra.es](mailto:carlos.artundo.purroy@navarra.es)]

138. "... in a pandemic whose course is unknown, some decisions will be taken which turn out to have been wrong, but which it was not possible to know at the time." House of Commons. Health and Social care, and Science and technology Committees. Coronavirus lessons learned to date. 2021.

*"The Physicians and the health officers of those days fought against an enemy that they had not identified and whose mode of action they did not comprehend. In their impossible battle, they were guided by some correct observations, but they were also misdirected by erroneous theories. Thus they were bogged down by innumerable things that in their ignorance they felt they had to do while they did not do the few things that they should have done. Under such conditions determination and goodwill largely served to expand the gap between costs and benefits"* (C.M. Cipolla (1981) Fighting the plague in seventeenth-century Italy. The University of Wisconsin Press p. 18)

*The world has not yet had time to fully elucidate the lessons of Covid and apply them to preparations for future emergencies. But policymakers should heed the lessons of the pandemic by appreciating the ethical, not just the technical, dimensions of all challenges faced during emergencies; by starting from existing knowledge about the right value and principles to guide policy; and by ensuring that ethics expertise is present before an emergency response is conceived and is effectively integrated into decision making.* (Emanuel EJ, Upshur REG, Smith MJ. What COVID has taught the world about ethics. N Engl J Med 2022; 387(17): 1542-1545. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2210173>. Epub 2022 Oct 22. PMID: 36301580.73)

### COMENZANDO A CONCLUIR

Parece una buena idea, para concluir el informe, reflexionar al menos preliminarmente acerca de si hemos aprendido algo de la experiencia vivida en estos tres años de pandemia. Cabe la posibilidad de que la capacidad de adaptación que tenemos como especie nos lleve a *olvidarnos* de los momentos más duros y complejos de la crisis. Esto, como una forma de "resiliencia"

en cualquiera de las dos acepciones del diccionario de la RAE: “la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos” o “la capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido”.

En este monográfico David Escors expresa la idea de que ya sabíamos que una pandemia de estas características era posible (ver capítulo 8). Ya lo sugirió David Quammen en su libro *Spillover: Animal Infections and the Next Human Pandemic* publicado en 2012<sup>1</sup>. El autor predijo entonces que un nuevo coronavirus podría ser el “*Next Big One*”. Este conocimiento no procedía tan sólo de la imaginación, sino de la atención prestada a reconocidos mensajes científicos. Lo hemos visto también reflejado en el cine con la película de Stephen Soderberg *Contagio*, de 2011. Si ya sabíamos que era posible, habría que preguntarse por qué no fuimos capaces de estar debidamente preparados. Y, de hecho, en algún momento tendremos que afrontar riesgos en salud pública de diferentes formas, ya sea en forma de pandemias de enfermedades infecciosas, o los efectos de la emergencia climática.

Daniel Innerarity se pregunta si es posible “una nueva manera de pensar la realidad” (ver editorial). Afirma que “debemos pensar en términos de **complejidad sistémica** y transformar nuestras instituciones para gobernar los sistemas complejos y sus dinámicas, especialmente cuando nos enfrentamos a riesgos encadenados, es decir, cuando múltiples cosas pueden salir mal juntas. A estas alturas es evidente que la crisis no ha sido abordada con esta perspectiva en muchas de sus fases. Esta es una lección clave que deberíamos aprender, sin abandonarla en ninguno de los momentos pandémicos o peri pandémicos”.

“Por este descuido, al comienzo de la crisis muchos actores políticos y analistas la consideraron algo parecido a una gripe estacional, localizada en una región de un país lejano, y nos advertían de que lo único que debíamos temer es a la sobreactuación debida a la reacción al pánico. Se contemplaban volúmenes de contagios y fallecimientos que sugerían algo limitado en dimensiones, sin caer en la cuenta de que los números apenas permiten calcular el riesgo en los sistemas complejos. Esos números deben ser entendidos en el contexto de un sistema general que incluye la consideración del modo en que una epidemia actúa sobre las infraestructuras sanitarias, así como la reverberación de esos impactos. Si no se piensa en términos sistémicos, si los datos se toman aisladamente, las tasas de contagio y mor-

---

<sup>1</sup> La versión en castellano con el título *Contagio: la evolución de las pandemias* se publicó en 2021 por la editorial Debate, con un capítulo final actualizado.

talidad podían considerarse como no alarmantes. Vistas las cosas desde una perspectiva sistémica, incluso unas cifras pequeñas podían anunciar un posible desastre, porque la globalización es imposible de detener y más aún difícil de delimitar”. (Daniel Innerarity, editorial de este monográfico).

Pensamos que es pronto para evaluar la gestión de la crisis y emergencia sanitaria internacional y todo lo que se ha hecho y aprendido, y que hemos vivido como un suceso excepcional. Se necesitará una cierta distancia y el tiempo, además de frescura, para poder hacerlo con rigor y sentido crítico. Pero resulta imprescindible aprender de los aciertos y los errores, aunque sea tentativamente, antes de que la memoria pierda vigor, para estar en mejores condiciones de poder responder ante futuras emergencias similares que, sin duda, tendremos que afrontar; considerando el mundo global y desigual en el que vivimos y la crisis climática ecológica y medioambiental que ya sufrimos con sus impactos en posibles epidemias y pandemias.

Por lo tanto, **anticipación y preparación** para responder mejor y para que nadie quede relegado. Para empezar, hay que reconocer que no estábamos preparados para una crisis sanitaria global como la vivida y que seguirá activa, aunque, afortunadamente, en una situación de mucho mayor control. Disponíamos de antecedentes de crisis más o menos globales (SARS 2003, Gripe aviar 2005, gripe A 2009, y más recientemente Ebola 2014 y Zika 2015), pero no prestamos suficiente atención ni establecimos los protocolos de contingencia y preparación que se hubieran requerido. En Navarra desde luego no estábamos preparados; como no lo estaba nadie, por lo menos a la altura de un tipo de crisis tan explosiva y con impactos devastadores en la salud y la vida social, económica y en otros aspectos.

Pensando en futuro, es imprescindible estar mejor preparados para poder responder, **mejor y antes**, a otras situaciones excepcionales. Presentamos aquí, las lecciones analizadas en los diferentes apartados de este monográfico: la gobernanza, la necesidad de reforzar la salud pública, el papel de los sistemas de información en la toma de decisiones, la comunicación, y los sistemas sanitario y social.

## LA GOBERNANZA EN TIEMPOS DE PANDEMIA

La gobernanza entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas (CCAA) ha tenido distintos momentos, algunos con fortalezas evidentes y otros también con aspectos claramente mejorables. Durante las primeras semanas las normas se decretaron a nivel central y las CCAA respondíamos en la medida de lo posible al crecimiento exponencial de infec-

ciones y necesidades de atención en primaria y hospitales, especialmente en sus UCI. En una segunda fase, ya en la transición, se empezó a legislar desde las CCAA. La gobernanza entre el Ministerio y las CCAA se estableció y se ejerce actualmente todavía a través de la Ponencia de Alertas, la Comisión de Salud Pública, y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), presidido por la persona titular del Ministerio de Sanidad y del Departamento correspondiente de las 17 CCAA y ciudades autónomas.

Los órganos consultivos, de gestión y de toma de decisiones que se crearon en nuestra Comunidad para hacer frente a la crisis sanitaria global, han respondido con las herramientas que tenían disponibles para el fin para el que nacieron, teniendo en cuenta las circunstancias en las que se han ido desarrollando. De una manera desigual, sin duda. Y seguramente con un importante coste humano y personal, así como un alto coste-oportunidad difícil de evaluar. La eficiencia, en el sentido básico de hacer las cosas con el menor gasto posible de tiempo, energía y recursos, probablemente tiene un importante margen de mejora. Aprendiendo lecciones de cara al futuro, habrá que revisar y evaluar los comités que se crearon con atención y sentido crítico, y protocolizar con antelación para poder responder mejor en situaciones similares en el futuro (ver capítulo 1.1).

Hay que destacar, en términos de innovación social en nuestro territorio, la constitución de la Comisión para la Transición, así como la utilidad clínica del Comité Asesor sobre decisiones éticas en el cuidado del paciente de coronavirus, así valorado por los profesionales implicados. En relación con la gestión diaria de la crisis, la comisión de seguimiento COVID-19, a pesar de su gran consumo en términos de tiempo y energías, ha resultado imprescindible para poder compartir el análisis de la situación (también para la gestión de algunas emociones y elaboración de apoyos), así como para consensuar y alinear decisiones y acciones. La comunicación con las entidades locales y la Federación Navarra de Municipios y Concejos (sus alcaldesas y alcaldes), ha sido una de las experiencias más ricas de todo el proceso, tal y como se describe en el capítulo 1.3. También ha resultado valiosa, aunque novedosa y compleja, la comunicación y encuentros regulares con los sectores económicos y sociales más afectados (hostelería, turismo, cultura, deporte, comercio).

La Comisión para la Transición ha resultado una experiencia innovadora muy valiosa; así ha sido valorada por las personas que la integraban en la reunión de despedida del grupo. Y a nuestro entender, no solo por las aportaciones concretas en relación con las distintas fases y gestión de las transiciones entre fases de la pandemia, sino por poder recibir ideas y críticas de las personas que representaban a sectores y actores muy diversos de nuestra comunidad como las entidades locales, las dos universidades,

organizaciones no gubernamentales, personas del mundo de la empresa y sector de la economía social, profesionales sanitarios y personas expertas en filosofía, política, sociología o duelo emocional, entre otras. A destacar, también, que la comisión aportó empatía global a la situación, y una cierta complicidad y soporte a las personas directamente responsables del manejo y gestión de la larga emergencia sanitaria (Departamento de Salud) en momentos especialmente complicados, con el refuerzo emocional e institucional que ello representa.

En relación con el Comité Asesor Técnico, y de cara a futuras situaciones de crisis sanitarias, hubiera sido mejor constituirlo algo antes y formalizar más explícitamente sus funciones y funcionamiento interno. Seguramente deberían haber tenido más peso los profesionales y responsables del ámbito de la atención primaria y de la inteligencia en salud y salud pública.

El Comité Interdepartamental no actuó, en general, como órgano de gestión compartida de la crisis. Sí resultó útil durante los primeros días y semanas para el intercambio rápido –en tiempo real– de la información. En cuanto pasó la etapa más aguda del confinamiento general, las diferentes direcciones generales del gobierno y especialmente las más relevantes competencialmente hablando, exigieron retomar sus competencias y liderazgos respectivos. De cara a futuros escenarios de contingencia, convendría formalizar el Comité Interdepartamental y dotarlo de funciones claras y capacidad de actuación más explícita. De hecho, debidamente estructurado y protocolizado, este comité puede ser una valiosa herramienta de gobernanza incluso al margen de situaciones de emergencia (desarrollo sostenible y agenda 2030, crisis climática, despoblación, envejecimiento activo y saludable), en línea con el enfoque de “**Salud para todas las políticas**”.

Finalmente, y con respecto al máximo nivel de decisión liderado por la propia Presidenta del Gobierno de Navarra, hay que señalar que ha resultado, al menos en nuestra opinión y experiencia desde el Departamento de Salud, clave en los procesos de toma de decisiones importantes, teniendo en cuenta, además, que se trata de un gobierno de coalición. Habría, en eventuales crisis futuras, que constituirlo más precozmente. El órgano de máxima decisión política a nivel de Navarra, descrito en el párrafo anterior, estaba constituido por la presidenta, los dos vicepresidentes, los representantes de Salud (consejera y director general, y gerente del SNS-O) y el director general de Presidencia para las cuestiones jurídicas.

Uno de los temas éticos más constantes en la pandemia ha sido el debate acerca de los derechos y libertades fundamentales y la normativa de aplicación. La restricción de derechos y libertades, aunque sea por moti-

vos de protección de la salud colectiva, es un asunto, en nuestra opinión, de vital importancia. A pesar de cómo los debates sobre el potencial paternalismo de la salud pública son casi tan antiguos como la propia disciplina, nunca antes habían tenido tanta centralidad en el debate público. Pasada la primera fase de la pandemia a partir de mayo de 2020, la Administración Central del Estado transfirió una gran parte de la responsabilidad en la gestión de la pandemia hacia las CCAA, las cuales legislaron con las herramientas jurídicas disponibles y con las interpretaciones del marco normativo por parte de los diferentes tribunales superiores de justicia. Esto conllevó que normas y medidas similares fueran refrendadas en algunas CCAA y rechazadas en otras, como es bien conocido. En Navarra, tal y como se describe en el capítulo 1.2, tuvimos la situación especialmente positiva de que el Tribunal Superior de Justicia de Navarra avalara la mayor parte de las órdenes forales propuestas, y, también, seguramente el acierto de justificarlas correctamente en términos de necesidad, idoneidad y proporcionalidad, como así fue reconocido en prácticamente todas las ocasiones por el alto tribunal. También, se puede valorar muy positivamente la idea de someter los proyectos de norma a consideración previa del tribunal. En todo caso, resulta muy recomendable para futuras crisis que exista una normativa de carácter básico a nivel estatal sobre este tipo de emergencias sanitarias, que proporcione un marco normativo unívoco y explícito que habilite y ampare en todos los territorios las medidas de excepción a adoptar (ver capítulo 1.2).

En Navarra y en relación con las restricciones y limitaciones tuvimos muy presente desde el inicio de la crisis el principio de aplicar *lo mínimo e imprescindible*, aunque ciertamente resulta extraordinariamente complejo y difícil de gestionar. No cabe duda de que tratamos de tenerlo muy presente en todas y cada una de las decisiones importantes, aunque seguro que tendremos que sacar lecciones en el futuro basadas en la experiencia, los resultados y la evidencia. En todo caso, la eventual restricción de derechos fundamentales en el futuro deberá someterse al juicio y experiencia crítica de lo pasado y las pulsiones autoritarias que en algunas realidades se han podido objetivar.

En lo relativo a las normas que impactaron de lleno en la estrategia de humanización de la atención, habría que revisar críticamente la política de visitas y acompañamientos en los centros sanitarios y en las despedidas de las personas fallecidas. Las estrategias de humanización y atención centrada en el paciente han padecido importantes e inevitables limitaciones; pero a la luz de lo que hoy conocemos, conviene analizar algunas normas y políticas que aplicamos en Navarra relacionadas con lo anterior. Y hacerlo, además, de la mano de los colectivos y asociaciones de pacientes y ciuda-

daña concernidas. La entrega y humanidad de los profesionales sanitarios, como se menciona en el capítulo 5.10, minimizó los impactos negativos de las políticas aplicadas.

El balance preliminar aquí realizado en términos de gobernanza, habrá que profundizarlo con mayor evidencia y seguramente también con mejor perspectiva, trascendiendo la tensión del debate político partidario. Pero parece de momento bastante claro que hay estrategias, políticas y decisiones que conviene que se tomen para el conjunto del estado y en algunos casos en la Unión Europea y a nivel mundial. Y otras medidas que se deben tomar a nivel local de Comunidad, siguiendo la lógica de salud pública, principio de subsidiaridad y autonomía competencial. Aunque es prematuro analizarlo en este informe, la gobernanza compartida entre el Ministerio de Salud y las CCAA parece haber funcionado razonablemente. En general, la coordinación ha sido útil, aunque al menos desde la experiencia de Navarra, quizás debiéramos haber anticipado algunas decisiones teniendo en cuenta la realidad y condiciones en nuestra comunidad. De hecho, lo hicimos en alguna ocasión (el *pase foral*) y posteriormente fue valorado positivamente.

La gobernanza a nivel europeo en el tema de la adquisición de vacunas por ejemplo ha funcionado bien, aunque resulten insoportablemente torpes y dolorosas las desigualdades inmunitarias globales relacionadas con las capacidades de pago de las vacunas y otros sistemas de protección, como es el caso de África. A nivel internacional habría claramente que repensar el papel que pueden ejercer organismos supra-nacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), en particular en lo referido a sus funciones de inteligencia, monitorización y vigilancia, y capacidad de alerta temprana y reacción rápida.

La experiencia vivida durante la pandemia, nos ha mostrado que realizar un modelo de gobernanza basado en la participación real, de profesionales y de ciudadanía, mediante la revisión de los espacios de participación de la ciudadanía, pasa por mejorar la participación a tres niveles. Mejorar la participación a nivel de microgestión (autonomía del paciente en su relación con los profesionales sanitarios), mesogestión (consejos de salud, consejos de gobierno, en los territorios y en las instituciones) y macrogestión (modelos de política sanitaria que estimulen la participación ciudadana y su participación activa en las estrategias de salud, y en los planes de salud, fundamentalmente).

Finalmente, en el manejo de esta crisis es esencial el liderazgo, el máximo consenso político y la participación de la comunidad. Liderazgo político y técnico, y consenso político y social son claves para manejar y gestionar

la pandemia. En Navarra el grado de crispación y disenso político ha sido, afortunadamente, menor que a nivel del estado, pero aprendiendo del análisis comparado a nivel internacional, resulta aún muy importante seguir trabajando para lograr el máximo consenso posible.

## NECESIDAD DE REFORZAR LAS CAPACIDADES EN SALUD PÚBLICA (capítulo 2)

Los dispositivos de Salud Pública constituyen un sistema de profesionales y funciones, orientados al enfoque poblacional, comunitario, colectivo, de los problemas de salud. Tradicionalmente en España han adolecido de una insuficiente capacidad, alejado de del reconocimiento e innovación del que han gozado los servicios clínicos, especialmente los vinculados a la atención hospitalaria.

Hemos padecido el escaso desarrollo de estos servicios, especialmente en relación a sus labores de información y vigilancia en Salud Pública. Ha habido y hay muchos datos e información, pero nos falta *inteligencia* que acompañe y soporte las decisiones. En nuestro caso, en el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra se deben reforzar sus capacidades, especialmente orientadas a la llamada *inteligencia en salud pública*, y crear estructuralmente una unidad de vigilancia y seguimiento de casos y contactos muy interconectada con atención primaria y resto de los dispositivos sanitarios y que, en situaciones críticas, pueda redimensionarse, expandirse y estar en condiciones de responder rápidamente a las funciones que tienen encomendadas. Además, de cara al futuro, tendríamos que incorporar *inteligencia social* comunitaria, de grupos sociales, de los medios y de las redes sociales. E incorporar en los equipos de salud pública profesionales de la antropología, la sociología y de la psicología social.

Es necesario mantener un sistema de vigilancia epidemiológica, que incluya la vigilancia de aparición de nuevas variantes. En este sentido, la monitorización de material genético de SARS-CoV-2 y sus variantes en las aguas residuales es una herramienta añadida que contribuye a esta vigilancia.

Disponer de un servicio de microbiología clínica dotado, equipado, eficaz y con buen nivel profesional permite ofrecer un diagnóstico diario de calidad y afrontar con mejor solvencia las alertas infecciosas que puedan generarse. También estar en permanente contacto con los expertos de toda España, para coordinar el *know how*. Es esencial el sistema de información, actualizado, en conexión permanente con autoridades y expertos. En nuestro caso se ha resuelto adecuadamente, incluso en relación a la técnica



de secuenciación masiva que ha sido clave en esta pandemia (ver capítulo 2.2).

También ha ocurrido algo similar en los aspectos organizativos de la salud laboral. Un ejemplo de esta colaboración es que tanto el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra como la Atención Primaria han hecho un gran esfuerzo para poner en marcha los procedimientos que ha exigido la gestión de una gran cantidad de dosis de vacunas, de diferentes tipos y con unas condiciones tan exigentes de mantenimiento, así como la operativa de la gestión de la vacunación. Frente al desafío para nuestro sistema de salud, hemos sido capaces de adecuarnos, siendo preciso para ello superar diversas barreras: tecnológicas, espacios, recursos humanos, demanda de la población etc. (ver capítulo 2.6).

La habilitación de la coordinación ejecutiva de los servicios de Prevención de Riesgos Laborales y su asignación al Servicio de Salud Laboral (Resolución 604/2020 del Director General de Salud), fue muy útil para activar recursos preventivos privados de los centros de trabajo. Así se desarrollaron intervenciones preventivas, normativas, asistenciales, organizativas, de gestión y de investigación. En cuanto a la población atendida, además de abordar las necesidades del conjunto de la población laboral, el Servicio de Salud Laboral centró sus esfuerzos en los colectivos más vulnerables, esto es, colectivos agrícolas temporeros que fueron incorporados telemáticamente a la cobertura sanitaria universal pública (ver capítulos 2.3.3 y 6.2).

Muchas de las actuaciones se han visto facilitadas por el hecho de que los servicios de Vigilancia Epidemiológica y Promoción de Salud, y el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, formen parte de la misma Institución, así como por el hecho de que la Inspección Médica forma parte del Servicio de Salud Laboral, circunstancias todas ellas que no existen en otras CCAA (capítulo 2.4).

Algunas actuaciones pueden considerarse ahora como fuera de lugar (el descontrol del uso de mascarillas) y nos hacen ver la necesidad de repensar el sistema preventivo en las empresas. Si los datos de Accidentes de Trabajo nos ilustraban sobre la limitación del mismo en materia de seguridad, la pandemia nos ha hecho ver sus importantes limitaciones frente al riesgo biológico. La mayoría de los servicios de Prevención de Riesgos Laborales se acogieron, a expedientes de regulación temporal de empleo y su personal técnico teletrabajaba por lo que su respuesta a los requerimientos y necesidades de las empresas y de nuestro servicio fue escasa y desigual. Había también servicios de Prevención de Riesgos Laborales que no contaban con recursos técnicos en Navarra. Sin embargo, no fue incoado ningún expediente a empresas o servicios de Prevención de Riesgos Laborales por

incumplimiento o falta de colaboración ni desde la autoridad laboral ni desde la autoridad sanitaria (ver capítulo 2.4).

La vacunación frente a la COVID-19 en Navarra ha tenido un impacto muy relevante en la prevención de hospitalizaciones, ingresos en UCI y defunciones por esta causa, cambiando totalmente la gravedad y letalidad de esta enfermedad. Este impacto es el resultado de la alta transmisibilidad del SARS-CoV-2, la elevada efectividad de las vacunas para prevenir eventos graves, la alta cobertura de vacunación completa y la priorización de la vacunación hacia las personas con mayor vulnerabilidad. La confluencia de todas estas circunstancias ha propiciado el éxito de este programa de vacunación superando ampliamente todos los precedentes (ver capítulo 2.6).

La pandemia no ha afectado a todos los grupos poblacionales por igual, dado que la presencia de enfermedad está atravesada por diversos determinantes sociales con la desigualdad que ello conlleva. La brecha de género y las variables socioeconómicas tradicionales han aflorado como fuente de desigualdades. La salud pública debería ser capaz de incorporar esta visión de análisis de las desigualdades para la elaboración de programas con enfoque de equidad (capítulo 6).

Las medidas preventivas para disminuir la transmisión han tenido un papel fundamental en esta pandemia y no sólo en relación al coronavirus sino también a otras infecciones de transmisión respiratoria. Entre ellas, destacan el uso de la mascarilla, del lavado de manos y también la importancia de la ventilación para disminuir el riesgo (ver capítulo 2.1).

Ante situaciones de alertas y crisis sanitarias, resulta fundamental la colaboración entre profesionales de todos los ámbitos afectados para asegurar la puesta en marcha y funcionamiento de las labores de prevención y control. Este trabajo exige una labor de aprendizaje y mejora continua para mantener la calidad y adecuación de las actuaciones. En este caso, se constató el elevado compromiso de los profesionales del ámbito sanitario, educativo y de las familias en el cumplimiento estricto de las medidas y controles prescritos durante la pandemia.

Es importante valorar el riesgo de transmisión en las actividades en función de los factores que se conocen: la incidencia de la infección en la comunidad, la ventilación del lugar, la aglomeración de las personas, la presencia o no de mascarilla, si las personas están en silencio, hablan o gritan y duración de la actividad.

Por ello, las medidas preventivas adoptadas en los distintos ámbitos también han sido muy importantes, sobre todo hasta alcanzar una suficiente inmunidad vacunal y natural para evitar complicaciones graves de la infección. Es importante monitorizar los indicadores de seguimiento de la

pandemia y perseguir la proporcionalidad de las medidas adoptadas para tender al equilibrio entre los beneficios para la salud en términos de evitar la infección y las consecuencias socioeconómicas y de bienestar emocional que también afectan de manera desigual a los grupos de población.

En este sentido, la política de favorecer la presencialidad en todos los niveles de la educación en Navarra (primaria, secundaria, universitaria), más allá de las semanas de confinamiento obligatorio, la podemos valorar como exitosa y ejemplo de buena decisión a la luz de la evidencia comparada existente en estos momentos a nivel internacional.

Hay que contar con un plan de contingencia, para hacer frente a futuras pandemias y/o emergencias, que recoja todos los aspectos técnicos y organizativos aprendidos durante la pandemia y que coordine diferentes instancias implicadas.

### **SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES (capítulo 3)**

La pandemia por COVID-19 ha supuesto una oportunidad única para acelerar la evolución de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) de Salud y demostrar su valor crucial en la organización sanitaria como un elemento crítico que garantiza de manera transversal información clave para la toma de decisiones. Casi ninguna de las actividades descritas en este monográfico hubiera sido posible sin el enorme esfuerzo realizado por los sistemas de información. En este sentido, la transformación digital en los sistemas de información ha sido acelerada por la pandemia, y el resto de transformaciones pendientes siguen esta tendencia.

Las TIC se han ido construyendo según surgían las necesidades, han sido flexibles y se han adaptado perfectamente a las necesidades cambiantes. La existencia previa de estos sistemas, ha posibilitado disponer de información clínica relevante e imprescindible para el control de la pandemia, ha permitido tomar decisiones clave para detener el avance en los contagios y ha sido un claro reductor del impacto en los contagios para el aislamiento preventivo y para la reducción de contactos, así como para el seguimiento de la pandemia.

Es necesario instaurar estructuras sólidas en los sistemas de información y anticiparnos a posibles emergencias futuras, así como disponer de personas formadas en el manejo específico e interpretación de datos. Los datos permitieron saber, sobre todo a principio de la pandemia, quién, dónde y cómo se realizaban los contagios. La campaña para conocer la

seroprevalencia entre los profesionales fue muy bien acogida por las y los profesionales (el personal), y permitió disminuir uno de los impactos sobre la salud mental, en cuanto a ansiedad y miedo sobre si la persona estaba contagiada y permitió conocer cómo fue la distribución de estos contagios. Los cribados preventivos ayudaron a evitar la propagación de la enfermedad, detectando positivos tanto en las personas con síntomas como en las asintomáticas.

## LA COMUNICACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA (capítulo 4)

La comunicación ha sido y es uno de los grandes retos y debilidades manifestados por esta pandemia. Es una parte esencial del liderazgo en tiempos de crisis, y requiere proximidad, empatía y respeto. Resulta muy importante la confianza (sencillez, claridad, humildad, serenidad, *control de la escena*), credibilidad (coherencia, que resulte lógico y creíble, con sentido común), transparencia relativa (solamente la necesaria para no abrumar, la imprescindible para auto protegerse y poder cuidarse), y también cierta seguridad, sin negar las incertidumbres.

Se trata de transmitir que quien lidera sabe lo que tiene entre manos y tiene experiencia, a pesar de las incertidumbres que hemos tenido y tenemos. Gestionar la incertidumbre ha sido uno de los retos más complejos, en Navarra y en todos los lugares. Se nos pedían certidumbres por parte de medios, sectores y actores; pero la ciencia y la evidencia no trabajan con certidumbres y menos en situaciones como la emergencia por COVID-19.

Es importante de cara al futuro comunicar solamente lo necesario e imprescindible para las personas y la comunidad, y tratar de prevenir y evitar la *infodemia* que entre todos hemos activado y tiene los efectos e impactos conocidos en la salud mental de las personas, y especialmente las más frágiles y vulnerables. Y también tratar a la sociedad como sujetos con derechos, mayores de edad y de gobierno. A veces, a través de nuestros mensajes y comunicaciones, hemos podido contribuir a una cierta mayor *infantilización* del público.

El liderazgo en tiempos de crisis y la comunicación en particular, exigen una revisión crítica, documentada y serena, que nos permita aprender lecciones de cara a futuras crisis similares. El intenso y extenso trabajo con muchos actores y vertientes ofrece, como en la gestión estrictamente sanitaria, un importante repertorio de aciertos y errores, aunque con un balance razonablemente positivo. Y, sobre todo, deja muchas lecciones aprendidas. Entre ellas la necesidad de reforzar y estabilizar la estructura comunicativa del sistema sanitario –hoy muy embrionaria–, así como la

constatación de la importancia de la comunicación en las políticas sanitarias, especialmente en las de salud pública.

En tiempos de crisis e incertidumbre no se trata solo de *comunicar la gestión*, sino de *gestionar la comunicación*. Resulta importante también modernizar y adecuar los lenguajes y los soportes comunicativos (especialmente en redes sociales y mundo audiovisual) a un mundo muy líquido en el que la inmediatez globalizada exige a la administración una respuesta rápida pero fiable para ser una fuente creíble y eficaz, así como manejarse en una agenda mediática con gran sensibilidad a los temas de salud y una cierta tendencia a la hipérbole.

Deberemos preguntarnos en un tiempo si hemos aprendido algo de comunicación en salud tras la pandemia, y si hemos sido capaces de adaptar nuevos mensajes y canales hacia poblaciones alejadas de nuestro discurso cotidiano. Otro nuevo reto para comunicadores, salubristas, gestores y educadores.

## LOS SISTEMAS SANITARIO Y SOCIAL (capítulos 5 y 6)

Una de las lecciones más importantes a aprender es la necesidad de reforzar nuestro sistema, y muy especialmente el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. El sector salud ha estado en primera línea de protección y cuidado de la salud pública, y ha dejado la importancia de la **salud para** todas las políticas, incluida en defensa de la economía. El eslogan visionario de la OMS se ha hecho espectacularmente cierto. Reforzar el sistema sanitario significa más inversión en salud, ya que estamos todavía por debajo de los estándares europeos, y mejor inversión: ahí donde añade y aporte valor en la mejora del estado de salud de la comunidad y las personas que la integran. Fundamentalmente, hay que capitalizar el servicio en términos de recursos humanos, así como de inversión en formación, innovación e investigación.

Para hacer lo anterior posible, la inversión estratégica en salud tiene que ir necesariamente acompañada de las reformas estructurales pendientes, particularmente en la gestión de profesionales y gestión económica. Sin ellas, es imposible gestionar el Servicio para alcanzar los resultados en salud que perseguimos y las necesidades y expectativas actuales de nuestra Comunidad. Si en nuestra Comunidad el sistema asistencial sanitario pudo adaptarse y responder razonablemente a un reto de esa magnitud, fue en gran parte porque en el marco del Decreto de Alarma y el decreto foral que lo adaptaba en Navarra, se pudieron gestionar cambios, adaptaciones y transformaciones que en circunstancias “normales” o son simplemente imposibles, o hubiera costado años adoptar. Por ejemplo, convertir en horas

un hotel como el Iruña Park en unidades de hospitalización dependientes del Hospital Universitario de Navarra, es algo impensable para un sistema tan rígido estructuralmente como el nuestro y, muy especialmente, en gestión de recursos humanos.

En momentos tan críticos, resulta especialmente necesario y urgente disponer de servicios sanitarios públicos robustos, tanto asistenciales como de salud pública (vigilancia, vacunas). La universalidad de facto de la atención sanitaria de la que disfrutamos resulta especialmente valiosa y valorada por la población. Además, en Navarra y con el complemento y coordinación con la red sanitaria privada, hemos podido dar una respuesta asistencial potente desde la red integrada de facto; en lo referente a camas de hospitalización y muy especialmente camas de UCI. Pero la pandemia también ha tensionado las costuras del Sistema, ha mostrado con crudeza las debilidades estructurales preexistentes, especialmente en Atención Primaria, con el factor añadido de la falta de profesionales. Existe un cierto *estrés postraumático* en los servicios y profesionales. Una lección de primer orden es la urgencia de reforzar la Atención Primaria. De nuevo, reformas y refuerzo, con inversión especialmente en capital humano. Además, la profesionalización y valoración de la gestión sanitaria es más que nunca una asignatura pendiente.

Los déficits y problemas detectados en el ámbito de la Atención Primaria durante la pandemia aconsejan realizar, en primer lugar, un plan de contingencia en previsión de la aparición de una nueva emergencia sanitaria. En segundo lugar, es necesario llevar a cabo un plan de acción para solventar todas las dificultades, las existentes, las sobrevenidas y aquellas que se prevean en su mejora.

Esperamos haber aprendido en estos años de pandemia cómo dar una respuesta más rápida y eficaz desde Atención Primaria a nuevas situaciones de características similares: con los ya creados protocolos y procedimientos de actuación, con el aprendizaje para el uso de nuevas pruebas diagnósticas, manejo de nuevos tratamientos, organización y procedimientos de vacunación masivos.

Se ha mejorado la previsión de necesidades en cuanto a materiales, lo que conlleva mantener mayor capacidad de provisión en el almacén general, en los centros de Atención Primaria y en los consultorios, de tal forma que aseguren la protección de los profesionales en la atención de los casos COVID-19 que continúan apareciendo.

Esta mayor provisión también mejora las posibles situaciones de desabastecimiento que pudieran producirse. Se ha considerado también fundamental la inclusión de protocolos de prevención y uso de equipos de

protección individual (EPI) en el plan de formación anual que se oferta a los profesionales de todas las Zonas Básicas de Salud. En colaboración con el Servicio de Prevención de Riesgos laborales, se mantiene una formación actualizada permanente *on line* sobre colocación de EPI para todo el personal.

La **salud mental** tuvo una enorme repercusión con factores de miedo, ansiedad, soledad, incerteza, como potentes estresores de la situación. Se implantaron estrategias para aumentar la capacidad de respuesta asistencial, tales como la redistribución de los profesionales de diversos ámbitos de la Red de Salud Mental, el desarrollo de estrategias de trabajo multidisciplinar, la priorización de los casos de mayor gravedad mediante la revisión de los informes de derivación o la creación de primeras consultas no habituales.

Los recursos de hospitalización (total y parcial) también tuvieron que adaptar la actividad asistencial a los diferentes momentos de la pandemia, con modificación de los aforos, espacios y patrón de asistencia, con la fragmentación de los pacientes en unidades de convivencia y desarrollando de un modo flexible los planes de intervención (grupal, individual). A pesar de diferencias en los protocolos de actuación entre estos recursos, se intentó mantener un objetivo centrado en cubrir las necesidades asistenciales de las personas con trastornos mentales graves, tratando de preservar la interacción social en dichos recursos y, en la medida de la posible, con sus allegados y grupo social habitual. La importancia de promover la interacción social de estos pacientes con la comunidad en la que viven es un aspecto crucial de la recuperación funcional de las personas. Teniendo en cuenta que el incremento de las tasas de suicidio puede producirse a medio-largo plazo, será importante monitorizar este riesgo, así como aumentar las estrategias de prevención. En este contexto cobra aún más importancia la promoción de la salud mental, no sólo basada en estrategias sanitarias, sino también en políticas de salud pública y socio-sanitaria.

Hay que tomar decisiones y afrontar acciones concretas como la existencia de un almacenamiento estratégico de equipos de protección y material sanitario básico, incluyendo productos farmacéuticos y equipos de protección individual y colectiva, todo ello de vital importancia. Debe existir la garantía de suministros básicos con proveedores locales. Igualmente, se ha de disponer de planes de contingencia (en Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Salud Mental, Urgencias, área de comunicación) con sus protocolos que habrá que actualizar y renovar regularmente. Y, por supuesto, contando con todos los recursos, públicos y privados, sanitarios y sociales, centrales y periféricos.

En lo relativo a los **aspectos sociales de la pandemia**, nos encontramos con la especial vulnerabilidad de los grupos sociales frágiles y desfavorecidos. Las pandemias, como las enfermedades y la salud en general, tienen sesgo de clase. Tal y como se menciona en el capítulo 6, se establecieron medidas para tratar de responder a necesidades específicas y situaciones especiales. Por ejemplo, se acondicionaron infraestructuras (hoteles privados al principio, albergues y residencias), para poder acomodar gratuitamente a las personas y familias que no tenían posibilidades de realizar los aislamientos en condiciones. Se trataba de personas muchas de ellas migrantes, que se alojaban en viviendas compartidas masificadas y sin unas condiciones mínimamente dignas de habitabilidad. Especial mención merece la situación de los trabajadores y trabajadoras temporeros. Con las cuales, y de acuerdo con el sector primario, se realizaron actuaciones especiales de realización de pruebas diagnósticas y vacunación selectiva en sus lugares de trabajo. Mirando al futuro, resulta conveniente analizar y enfrentar la emergencia (como todo lo demás, por cierto), con un enfoque y mirada de los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud. Es verdad que las vacunas, las camas de hospitalización y de UCI *igualan* a toda la población. Pero hay que tener más en cuenta las realidades y necesidades específicas de los grupos vulnerables de población. Y por razones de justicia social y de salud pública, por ambas (ver capítulos 6.1 y 6.2).

Algunos aspectos de la realidad y actuaciones en las residencias de mayores son tratados en el capítulo 5.5; pero es obviamente un sector donde tenemos que aprender y mejorar en el futuro, con un recorrido amplio y que no puede esperar. Las personas más afectadas y que más han sufrido en esta pandemia son las personas vulnerables, en particular las que viven en residencias. Hay que asegurar que las residencias tengan espacios de aislamiento, y que sean capaces de garantizar visitas seguras para quienes van a ver a las personas residentes.

En lo que concierne a la atención sanitaria en las residencias, se observan dos fases en Navarra, claramente diferenciadas. Las primeras semanas fueron básicamente de confinamiento, en las que se respondió con intensidades y modalidades variables en las diversas zonas básicas de salud, y con debilidades evidentes; y a partir de mediados de abril de 2020 en que se crean las coordinaciones ejecutivas de la atención sanitaria en las residencias públicas y privadas y la unidad de actuación conjunta socio sanitaria, la Gerencia y estructuras de Atención Primaria se implicaron de una manera claramente proactiva y cercana en la atención sanitaria de las residencias.

La acción conjunta de los departamentos de Salud y Derechos Sociales ha sido crucial para el adecuado abordaje de los brotes en los centros so-



ciosanitarios, entre otros aspectos destacamos la creación de los recursos Intermedios (dos en la primera ola y otros dos a partir de junio del 2020). Actualmente, y tras la manifestación más leve y la disminución de las infecciones por SARS-CoV-2 a consecuencia de la vacunación, ninguno de estos recursos está operativo desde el 31 de marzo del 2022.

El sistema socio sanitario no puede funcionar como un compartimento estanco, se necesita la coordinación de todos los diferentes niveles asistenciales y no asistenciales para que se consigan objetivos y metas concretas en un futuro cercano.

En el momento actual, ya todas las residencias deben de tener planes de contingencia aprobados por los Departamentos de Salud y Derechos Sociales, adaptados a su realidad, su personal debe estar formado sobre ellos y dichos planes deben tener en cuenta:

- Protocolos de detección precoz para agilizar la realización de pruebas diagnósticas;
- Disponibilidad de EPI homologados (previsión en caso de brote en el centro);
- Planes de refuerzo del personal ante posibles situaciones con carencia de trabajadores por bajas o ausencias;
- Gestión de la infraestructura del centro: sectorizaciones, zonas de aislamiento, comedores, salas de estar, zonas comunes de trabajadores, etc.; control de ventilación y medidores de CO<sub>2</sub>, instalaciones en las que se puedan habilitar circuitos limpios/sucios: personal trabajador y residentes, visitas, lavandería y cocina, residuos, etc.

Hay que mejorar y potenciar la coordinación garantizando una atención simultánea con los diferentes agentes implicados: miembros de la Unidad de Atención Sociosanitaria de la Gerencia de Atención Primaria (UAS), responsables sanitarios de los centros residenciales, Atención Primaria, Atención Hospitalaria, ISPLN, servicios de Prevención de Riesgos Laborales y responsables de los servicios de Derechos Sociales implicados, con el fin de poder garantizar una protección adecuada, tanto de residentes como de las personas trabajadoras.

## LO MÁS IMPORTANTE PARA FINALIZAR

Lo más importante es aprender de lo sucedido. Debemos hacer un esfuerzo de documentación, de relato y de evaluación de la pandemia, como se empieza a hacer en este documento. Para extraer conclusiones de lo sucedido, para poder extraer las lecciones que nos permitan crear progra-

mas que no teníamos y mejorar culturas excesivamente conservadoras en los servicios sanitarios y en las administraciones públicas, incrementar la flexibilidad y crear nuevas formas organizativas.

A lo largo de este capítulo, sobre todo a lo largo del texto general, han ido surgiendo actividades, dispositivos o criterios que debemos conservar. No lo repetiremos. Tan solo recordaremos los horarios inhumanos, el miedo a la soledad, la obsesión de no contagiar a los familiares, la incertidumbre acerca de las medidas preventivas, la esperanza en las vacunas, etc. que padecimos muchos profesionales sanitarios.

Es bueno no olvidar a aquellas personas trabajadoras en supermercados y tiendas, y en el transporte público; tampoco a la policía y cuerpos de seguridad que todas ellas estuvieron al pie del cañón durante aquellos largos días, y semanas, y meses. Muchas gracias.

Tampoco queremos olvidar a nuestros colegas, profesionales sanitarios asistenciales y de salud pública, de oficinas de farmacia o que ayudaron en los dispositivos sociales, en hospitales y en UCI, en centros de atención laboral y primaria... Muchas gracias, *eskerrak aunitz*.

Pero, sobre todo, no olvidaremos nunca a las personas que tuvieron que dejarnos en soledad, sin sus familias, con aquellos profesionales sanitarios que se convirtieron en su última caricia, en su última sonrisa. Orgullo, memoria y emoción. Siempre os recordaremos. Y nuestro mejor homenaje, aprender de lo vivido.