



05/

La pandemia Covid desde la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Calixto Plumed Moreno, O. H.,

Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico.
Escuela de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.
Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

El hermano Calixto Plumed nos presenta una reflexión sobre datos covid-19 y la actuación en los centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en España. Ante los datos recogidos sobre las intervenciones tenidas, aproximadamente, en unas 60.000 personas atendidas, se plasman algunas reflexiones al respecto y cómo se han dispuesto los medios disponibles en momentos de gran dificultad. Según el autor, no estábamos preparados para una crisis pandémica como la vivida. No obstante, después de algo más de dos años hemos sacado algunos aprendizajes que pueden ayudar a controlar o prevenir crisis futuras. Algunos parten de los aciertos y otros, de los errores cometidos durante la gestión de la pandemia. El hermano Calixto concluye en que debemos aprender de la historia, para no repetir lo que hemos hecho, con consecuencias similares o mayores. A desterrar la indiferencia y a integrar la espiritualidad. A tomar consciencia de la vulnerabilidad de la persona.

Palabras clave: Vida, Covid, Pandemia, Crisis.

Br. Calixto Plumed makes a reflection on the data relating to the Covid-19 pandemic and the action taken in the centres of the Hospitaller Order of Saint John of God in Spain. On the basis of the information collected on the care given to some 60,000 people, he presents a series of ideas on this subject and discusses how the available means were deployed in times of great difficulty.

According to the author, we were not prepared for a pandemic crisis like the one that struck us. Even so, after dealing with it for somewhat over two years, we have come to learn some things that may help to control or to prevent future crises. Some of these considerations stem from successful actions that were taken, while others are based on the mistakes which were made in the pandemic's management. The preventive measures that were taken and the making of decisions to anticipate foreseeable events proved to be essential.

Br. Calixto concludes that we should learn from the past to avoid a repetition of what took place with similar or even more serious consequences. We must put an end to indifference and make spirituality an integral part of our lives. We must become aware of our vulnerability as persons.

Palabras clave: Life, Covid, Pandemic, Crisis.

Cuando todo esto pase y después qué.

“Este es tiempo para practicar un ocio laborioso y reposar en una sosegada actividad” (san Bruno).

“Algunas personas viven la vida como si estuvieran seguras de que tendrán otras” (Lisa Taddeo).

“Cuando todo esto pase” es la muletilla que nos ha quedado con ocasión de la crisis del COVID-19. En la calle, en casa, en el trabajo presencial u on line, en la radio, en las redes sociales, en la televisión... Y, si todo esto no pasa, ¿qué pasa?

Pocas cosas tenemos bajo control, ni siquiera nuestra propia capacidad de concentración... Tal vez la vida no sea tan complicada como la hacemos y tengamos que contentarnos con cosas más sencillas, no tan sofisticadas...

Hemos cerrado todas las agendas (electrónicas o de papel) y hemos podido comprobar que no nos sirve ninguna: es el día a día el que cuenta e impone su programa, porque el valor que tenemos en este momento, y en todos, es la vida y hay que cuidarla, ya que nuestra obligación es vivir, si no ¿para qué hemos nacido?

Cuando esto pase, ya será tarde: desde ya hay que ver qué de bueno tienen estas vivencias, de cada día, no esperar a mañana, que el mañana no existe todavía... Lo que necesitamos actualmente es saber curar, cuidar y acompañar a las personas heridas por el sufrimiento y esencialmente el ocasionado por el vacío existencial que lleva al derrotismo y al sinsentido de la vida.

En estos periodos, diferentes de los que llamamos normales, nos hemos volcado en **San Juan de Dios** con plena dedicación a encarnar la atención integral, incluyendo la dimensión espiritual y de sentido.

Las crisis se dan en diferentes momentos de la vida y son inevitables. Desde los cambios vitales por los que todos tenemos que pasar, hasta las situaciones más inesperadas, las crisis están ahí, formando parte de la vida humana.

Si se consigue encontrar algún sentido a la vida en las crisis, o algún sentido a la situación de crisis, que enriquezca nuestra vida, es mucho más fácil poderlas superar y salir enriquecidos de ellas. Incluso pueden ser la oportunidad de una auténtica transformación interior que nos oriente mejor.

Y si somos capaces de encontrar el sentido último, no habremos perdido ni el tiempo inmediato, ni la propia vida en algunos de sus ámbitos que se sintetiza en estas **pautas o mandamientos**:

- 1) Es una oportunidad para aprender.
- 2) La solidaridad no se improvisa.
- 3) Somos frágiles, no autosuficientes.
- 4) La calma vendrá del compromiso.
- 5) Es un gran problema la incertidumbre.
- 6) Sabemos que rumiar los miedos a solas los alimenta.
- 7) El futuro de la arrogancia tiene un corto recorrido.
- 8) Cuanto peor, peor hasta para aprender.
- 9) El individualismo inteligente no basta.
- 10) Descendemos de supervivientes y resilientes (Cf. **El Cultural**, 17.03.2020).

1/

La crisis del Covid como oportunidad para la hospitalidad.

¡Somos pura crisis! ¡Nuestra constitución y condición humanas es estar en crisis! Y no estar en crisis es estar muerto. Nos encontramos con crisis en la infancia, crisis de la adolescencia, crisis de los 40, crisis de pareja, crisis generacional, crisis económica, crisis de ansiedad, crisis de identidad, crisis por el Covid-19. El tema es cómo abordamos la crisis, cómo la vivimos y cómo sabemos crecer con ella, ya que no nos la podemos quitar de encima desde el nacimiento hasta la muerte.

No vienen mal estas palabras de **Alex Rovira**, a propósito de las crisis:

“Vivir es arriesgarse a morir... Pero se tienen que correr riesgos. Porque el mayor peligro en la vida es no arriesgar nada. Puede que así evites sufrimientos: Pero no vas a aprender, cambiar, amar ni vivir. Encadenado al miedo, uno se convierte en esclavo. Sólo eres libre si te arriesgas”,

si afrontas las crisis, se podría añadir. Si hay algo que estamos aprendiendo los profesionales de la salud de esta situación tan excepcional y extraña, no es, sino la confirmación de lo efímera que es la vida.

Siendo optimistas y buscando el sentido positivo de toda esta situación, hemos conseguido que el planeta se tome un respiro, alargándole la vida un poco más, aunque pagando un precio

demasiado alto, demasiadas muertes de miles de personas, sobre todo de una generación, que no se merecía este final. ¡Qué incongruencia!

Hemos constatado además, la solidaridad tan inmensa de la mayoría de las personas, la gran capacidad de adaptación que tiene el ser humano para enfrentarse a situaciones tan extremas y graves como esta pandemia, aunque en un futuro próximo, cuando acabe todo esto, suframos las consecuencias, como efectos psicológicos por la sobrecarga de trabajo, frustración, agotamiento físico y mental de una gran parte de la población, del personal sanitario y los efectos más negativos en las personas más vulnerables.

La forma de afrontar la crisis es diferente en cada individuo a nivel personal o profesional, ya que el camino a seguir para superarla lleva al descubrimiento y conocimiento de uno mismo y de sus recursos para abordarla. Los individuos que quedan atrapados en esta crisis necesitan cambiar su visión del mundo, pues tienen unos esquemas mentales que no son adaptativos, al menos en parte.

En estos casos, la crisis se puede acompañar por alguien afín o profesional, pero solamente hasta que la persona descubra el camino por sí misma, encuentre las respuestas a la crisis que está pasando y así pueda establecer las prioridades en su vida, que ha de aprender a vivir de diferente manera, y ha de sentir que ese momento le tiene que servir para crecer en su madurez personal, afectiva, relacional y poder encontrar el sentido de cómo va a vivir la propia vida en adelante.

En definitiva, primero en el propio interior y, en relación con otros después, siendo hospitalarios con uno mismo, para ser con los demás.

Es posible, que aparte de los factores personales de resiliencia, sea un factor muy importante el desarrollar la actitud adecuada para dejar que la crisis nos transforme, o, al menos nos dé una oportunidad para madurar o aprender algo para nuestras vidas, y para encontrar un mejor sentido.

Que este miedo no esté pasando en vano, sin dejar ningún cambio tras de sí. Es preciso ahuyentar la angustia. Ante la Covid-19 nuestra humanidad se divide en grupos: los **susceptibles** (a los que todavía puede contagiar), los **ultrasusceptibles** (ancianos y personas de salud frágil) y los **removidos** (los que ya no están contagiados porque han muerto o se han curado) (Cf. **Paolo Giordano**). Hoy, todavía nos hace falta la vacuna de la paciencia. Bien sabemos con **Susan Sontag** que la enfermedad es el lado nocturno de la vida. Y también que las epidemias son emergencias médicas, y algo más.

2/

Los sanitarios y asistenciales con pensamientos positivos.

Estamos en una sociedad que puede llegar a generar rasgos paranoides, y tiende a pensar y decir que la culpa la tiene el otro. Aunque suene muy fuerte se puede afirmar que la salud mental de nuestros dirigentes, deja mucho que desear. En esta nuestra sociedad, buscamos siempre culpables, para quitarnos los fracasos y los muertos de encima. ¡Nunca menos oportuna nuestra situación actual!

Es de admirar la agudeza que manifiesta **El Roto** en sus diseños, pero nos llamó la atención en la fecha del 22.04.2020 cuando presentaba un virus cualquiera que con cara de “**cabreo y envidia**” exclamaba:

¡Todos los muertos se le atribuyen al dichoso coronavirus! ¿Es que los demás no matamos? (Cf. **El País digital**).

Parece que ya nos va quedando algo claro que ha habido muchos difuntos en estas fechas, aunque la disminución es notable, pero lo que no está tan claro es la causa del fallecimiento: porque, aunque sí podemos afirmar que durante el año 2019 murieron muchos de gripe, también nos atrevemos a afirmar que los de estos días del año 2020 y siguientes, no son todos muertos por coronavirus, sino con coronavirus, en muchos casos.

Y de estas muertes estamos buscando culpables, y quienes han estado o hemos acompañado a personas enfermas o familiares que han pasado por esta situación, en algunos momentos bajos, nos culpabilizamos de no haber sabido o podido hacer más de lo que hemos hecho: pensemos en médicos, enfermeros, auxiliares, psicólogos, agentes de pastoral,... Incluso hay muchos desaprensivos y paranoides que culpabilizan al sistema de Salud, incluso a los profesionales sanitarios y asistenciales, de no saber actuar y prevenir. Estamos favoreciendo que la responsabilización sea cada vez más sinónimo de auto-culpabilización.

Las relaciones (positivo vs. negativo), (lado oscuro vs. lado brillante) no tienen por qué ser diametralmente opuestas, sino que pueden estar conectadas íntimamente a través de un proceso de tesis-antítesis-síntesis.

La idea de buena vida, no implica solo cultivar la gratitud u otras fortalezas del carácter, desarrollar optimismo o tener experiencias de plenitud, sino que también tiene que ver con el afrontamiento positivo mediante el tratamiento de la culpa, el disgusto o la envidia, aceptando estas emociones, pero comprometiéndose a seguir teniendo metas congruentes con los propios valores para tener una vida plena y con significado.

Todos somos conscientes que las situaciones que vivimos diariamente tienen diferentes lados, caras. Aunque seguramente no todos somos conscientes de cómo realmente son todos esos lados. Normalmente nos quedamos con el lado bueno y el lado malo.

En función de cada uno y de la actividad, daremos más peso a uno o a otro. Aunque es bastante habitual tratar de eliminar el lado malo.

Admitimos diversidad de versiones o rostros. Seguramente tanto buenos como malos, aunque seguramente el etiquetarlos sea el primer error que muchos cometemos. Estamos habituados a hablar y oír hablar de ellos. Pero, en toda situación, hay algo de positivo.

El cubo tiene seis caras, suele apoyarse en la inferior, por lo tanto, es preciso saber aceptar la base del cubo, aunque no se vea como las otras. Pensar en positivo es aceptarse y aceptar.

Pensar en positivo es ser hospitalarios y poseedores de una gran dosis de humanización.

A propósito de la enfermedad Covid-19 -cuyo comportamiento puede estar incluido dentro de teoría matemática del caos-, no debemos olvidar que, si la humanidad surgió por su cuenta, a partir de una serie acumulada de acontecimientos durante la evolución, sigue inmersa en este proceso hasta su fin, si llega a suceder.

Nuestro destino terrestre está sellado y no hay, ni habrá, nada que podamos hacer al respecto. La supervivencia de nuestra especie será, si acaso es posible, viajar a destinos planetarios muy alejados, dentro de unos 2.000 millones de años... ¡Parece lejano para preocuparnos!

Según este enfoque que se nos antoja pesimista y poco práctico, no estamos predestinados a alcanzar ninguna meta, ni tampoco podemos responsabilizarnos de cualquier poder que no sea el nuestro.

Sólo la comprensión de nosotros mismos, nos salvará. No se nos concederá una segunda oportunidad. Éste es el único planeta que tenemos para vivir; y éste es el único enigma que debemos descifrar: aprender a vivir, encontrar el sentido de nuestra propia vida (Cf. **Wilson, E.O. (2016)**). El **sentido de la existencia humana**. Barcelona: Gedisa).

3/

Los centros sanitarios y los profesionales no son contagiosos. Los políticos, sí.

El virus no ha desaparecido, sigue solapado y oculto y no sabemos por dónde anda. Hay brotes y secuelas como los de cualquier enfermedad. Ahora bien, tal vez no somos lo suficiente conscientes de cuál es nuestro papel de colaboradores en contra de esta enfermedad.

Estamos volviendo a la vieja normalidad, sin haber estrenado la nueva normalidad o, mejor la nueva realidad. Los profesionales de la salud nos indignamos cuando comprobamos la insolidaridad reinante al no poner en práctica los medios y protocolos adecuados en cada momento y circunstancia. ¡No somos capaces de aprender, y tropezamos dos y más veces en la misma piedra!

Los profesionales y los centros sanitarios no pueden volver a ser un foco de contagio, sino todo lo contrario. Han de ser referentes de seguridad y confianza por cuanto han sabido y saben hacer, siempre que se tengan los suficientes medios y recursos preventivos, así como coordinación.

Los políticos nos han manipulado. Como somos masa se nos ha manipulado: el experimento ha funcionado. Y nos hemos dado cuenta demasiado tarde.

En el contexto en que nos movemos en **Labor Hospitalaria** y, desde diferentes ángulos, las reflexiones que siguen nos pueden ayudar, personal y profesionalmente a saber discernir y abordar las diversas circunstancias éticas y morales con las que nos encontremos.

Acompañar a las personas que experimentan el sufrimiento en sus diferentes facetas y teniendo en cuenta que tratamos el sufrimiento integralmente. Somos abanderados de la Hospitalidad y bien sabemos que la Humanización está vinculada con la Ética y con la Calidad en nuestra asistencia y acompañamiento: si no están las tres unidas, no existe ninguna de ellas.

4/

Reflexión sobre los datos covid-19 y actuación en los Centros de San Juan de Dios. Cambios derivados de la crisis. Algunas reflexiones y lecciones.

Es de agradecer a cada uno de los Centros de la Orden en España la labor en la recogida de los datos asistenciales. Asimismo, a los coordinadores que han sintetizado los mismos a lo largo de dos años, para así poder ser rigurosos y lo más certeros posible en los diagnósticos y aprendizajes tenidos.

Ante los datos recogidos sobre las intervenciones tenidas (aproximadamente 60.000 personas atendidas) en los Centros de la Orden Hospitalaria en España que ser reflejan en las Tablas 1 y 2 de los Centros Sociales y de los Sanitarios, se desean plasmar algunas reflexiones al respecto y cómo se han dispuesto los medios a su alcance en momentos de gran dificultad. Todos ellos han evitado males mayores. Descenderemos a algunos detalles concretos.

- Se ha transformado la forma de trabajar, reduciendo el tamaño de los grupos terapéuticos, con restricción de visitas y salidas del centro, modificando los programas de intervención en las unidades de adicciones (sin permisos terapéuticos), así como en las Unidades de Hospitalización Breve de adultos y adolescentes.

- El personal sanitario ha sabido adaptarse, en tiempo récord, a nuevos requerimientos: perfiles de pacientes psiquiátricos más complejos, mayor presión asistencial de la habitual y protocolos de aislamiento y manejo de EPI's desconocidos en un centro de estas características.

- Se ha introducido la tecnología para mantener el contacto de los pacientes y sus familiares (teléfono, videollamadas individuales y grupales, mail, etc). Igualmente se han implementado en consultas externas y hospitales/centros de Día la atención telefónica y la videollamada como plataforma para mantener la asistencia en momentos de confinamiento y como complemento de la atención presencial desde el final del primer confinamiento hasta la actualidad.

4/1

Consecuencias de la crisis de pandemia en los profesionales.

Con estas consideraciones previas que afectan en proporciones diversas en varios ámbitos:

- **Aspecto laboral.** Frente a la población general, ningún colaborador ha perdido el trabajo. Se mantiene con las mismas condiciones. En los centros, se facilitó la conciliación de la convivencia familiar y el trabajo durante el confinamiento. Se propuso el teletrabajo a los no sanitarios.

- **Afectación COVID-19.** En los centros y a lo largo de los dos años analizados, aproximadamente un 40% de los trabajadores se han contagiado y han tenido síntomas compatibles

Somos abanderados de la Hospitalidad y bien sabemos que la Humanización está vinculada con la Ética y con la Calidad en nuestra asistencia y acompañamiento: si no están las tres unidas, no existe ninguna de ellas

TABLA 1. SAN JUAN DE DIOS ESPAÑA. CENTROS SOCIALES

	Plazas personas Covid+ en el programa (1)	Usuarías internas atendidas Covid+ (2)	Usuarías/os atendidas Covid+ (3)
SJD Serveis Socials Barcelona	33	75	578
SJD València	-	32	-
Fundació SJD Serveis Socials Mallorca	-	34	-
SJD Fundació d'Atenció a la Dependència	-	180	-
Fundació Germà Tomas Canet	63	85	419
Fundación Tobías	-	67	-
SJD Terres de Lleida	-	191	-
Fundación Jesús Abandonado	-	127	-
Sevilla	9	65	-
Jerez	14	40	-
Residencia San Juan de Dios Antequera	-	52	-
Centro de San Juan de Dios Málaga	-	186	-
Granada	6	NS	-
Tenerife	1	26	-
Ciudad San Juan de Dios de Alcalá de Guadaíra	12	72	-
Residencia Salud Mental Zurbarán - Las Palmas	60	35	-
Residencia Salud Mental El Lasso - Las Palmas	30	2	-
Residencia de adultos NTP (DI) - Las Palmas	56	23	-
Hogar residencia menores Las Palmas	11	8	-
Sanatorio Marítimo Gijón	93	116	-
CSJD Valladolid	30	73	-
Hogar y Clínica San Rafael (Vigo)	17	83	-
Residencia SJD Madrid	7	29	-
Albergue SJD Madrid	26	52	-
Centro Santa María de la Paz (Madrid)	16	5	-
Hogar Municipal Transeunte León	2	-	-
Prog. Protec. Internacional León	-	26	-
Prog. Protec. Internacional Ciempozuelos	-	10	-
TOTALES	486	1.694	997

1. Número máximo de plazas, en algún momento dado del periodo, destinadas a la atención de pacientes COVID en el programa (incluye tanto las plazas reservadas para aislamiento de casos del propio centro como las reservadas para atender necesidades de otras instituciones públicas).

2. Número total de personas Covid+ residentes en el centro y que se positivizaron atendidas en el periodo.

3. Número total de personas Covid+ derivadas de otros centros atendidas en el periodo

LH n.334

Tabla 2. San Juan De Dios. España Centros Sanitarios

	Número De Camas				Total Ingresos Covid-19 Positivo			Altas Hospitalización Covid-19 Positivo				Altas Uci Covid-19 Positivo			Urgencias
	Hospitalización (1)		Uci (1)		Hospitalización (2)	Uci (4)		Exitus (3)	Otros Hospitales (6)	Domicilios (7)	Uci (8)	Exitus (9)	Otros Hospitales (10)	Mismo Hospital (11)	Pacientes Atendidos (12)
	Total	Ocupadas Covid + (2)	Total	Ocupadas Covid + (2)											
Hsjd Barcelona	310	10	24	10	652	12	-	12	601	59	3	37	72	3.380	
Parc Sanitari Sjd	205	220	12	12	2.353	245	317	20	2.240	21	47	18	180	3.854	
Sjd Terres De Lleida	-	-	-	-	3	-	3	-	-	-	-	-	-	-	
Sjd Serveis Sociosanitaris Esplugues	92	46	-	-	153	-	11	10	8	-	-	-	-	-	
Hsjd Palma-Inca	261	60	-	-	1.133	-	157	9	954	-	-	-	-	-	
Hsjd Zaragoza	184	19	-	-	242	-	77	3	165	-	-	-	-	-	
Hsjd Aljarafe	200	110	24	16	1.341	151	134	16	990	71	57	2	96	2.332	
Hsjd Sevilla	70	6	-	-	102	-	42	-	60	-	-	-	-	36	
Hospital San Rafael Granada	124	50	-	-	189	-	34	13	130	-	-	-	-	-	
Hsjd Tenerife	130	36	5	5	66	2	12	6	48	2	-	-	2	362	
Hsjd Córdoba	147	9	12	11	451	61	-	-	357	50	16	3	42	3.665	
Hospital San Juan Grande Jerez	50	21	2	-	99	-	28	2	69	-	-	-	-	71	
Hsjd Burgos	62	-	-	-	14	-	3	5	6	-	-	-	-	-	
Hsjd León	160	34	-	-	118	-	27	18	73	-	-	-	-	Nd	
Hospital Santa Clotilde	112	-	-	-	24	-	-	17	24	-	-	-	-	-	
Hsjd Santurtzi	92	33	-	-	38	-	7	9	36	-	-	-	-	728	
Hospital San Rafael (Madrid)	143	136	12	12	1.582	71	236	10	1.195	61	28	12	49	22.122	
Hsjd Pamplona	256	98	-	-	570	-	229	17	294	-	-	-	-	-	
Hospital Fundación San José (Madrid)	376	43	-	-	649	-	99	-	-	-	-	-	-	-	
Centro Asistencial Sjd Palencia	570	95	-	-	351	-	2	35	-	-	-	-	-	-	
Hsjd Mondragón	293	65	-	-	196	-	-	-	109	-	-	-	-	-	
Hsjd San Sebastián	81	7	-	-	7	-	-	2	36	-	-	-	-	-	
Centro Asistencial Sjd Ciempozuelos	1.283	552	-	-	552	-	11	25	-	-	-	-	-	-	
Clínica Ntra. Señora De La Paz (Madrid)	99	59	-	-	59	-	-	2	57	-	-	-	-	-	
Totales	5.300	1.709	91	66	10.944	642	1.439	231	452	264	151	72	441	36.550	

1. Aquellas camas instaladas que tienen todo el equipamiento y personal necesario para su función.
2. Número máximo de camas destinadas en un momento dado a la atención de pacientes COVID en el programa.
3. Número total de pacientes que han estado hospitalizados (A parte de la Hospitalización convencional, incluye también enfermos en Hospitalización a Domicilio) con COVID-19. 4. Número total de pacientes ingresados en UCI con COVID-19 positivo. 5. Exitus: Incluye fallecidos en Urgencias. 6. Traslados a otros Hospitales. 7. Traslados a su domicilio. 8. Traslados a UCI. 9. Exitus. 10. Traslado a otro Hospital. 11. Traslado a hospitalización convencional del mismo Hospital. 12. Todos los pacientes Covid 19+ atendidos en urgencias y que no han precisado ingreso de hospitalización.

con la COVID-19, siendo diagnosticados de la enfermedad, y muy pocos han estado hospitalizados. Un alto porcentaje de los infectados ha presentado secuelas durante meses (cefaleas, fatiga muscular, debilidad, etc...). Un porcentaje elevado han tenido personas allegadas hospitalizadas y en menor número, fallecido por/con COVID. El total de las IT por Covid-19 asciende a un 48% aproximadamente. Hay que tener en cuenta que los datos recogidos son muy diferentes en las distintas olas de infección y los criterios de baja laboral han ido cambiando a lo largo de las diferentes etapas.

- En los centros se vacunaron los colaboradores, siguiendo los protocolos de las Comunidades Autónomas.

Ante la situación y durante los dos años de intenso trabajo, en condiciones diferentes a las habituales en los centros:

- Aparecen miedos y temores al contagio propio y de alguna persona allegada, más si como en muchos casos, conviven con personas mayores y/o vulnerables.
- Añadido al estrés propio del trabajo en diferentes condiciones a las habituales, a la saturación de trabajo y a la incertidumbre, en muchos casos ha sido necesaria la asistencia psicológica. Muchos han referido haber experimentado un aumento en su malestar psicológico general, problemas de sueño, incremento del hábito tabáquico, problemas de concentración, aumento del uso de redes sociales y televisión.

Las situaciones extremas, estresantes y de manera prolongada en el tiempo, han supuesto un gran impacto a nivel físico y psicológico en los trabajadores, favoreciendo la aparición de problemas físicos y reacciones de estrés agudo, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño y/o burnout, y que en algunos casos ha supuesto un incremento de bajas laborales por contagio, agotamiento o problemas de salud. La afectación ha sido mayor entre profesionales de primera línea, en servicios como UCI, Urgencias,

Neumología y Geriátrica y en mujeres. Entre las causas; factores personales, exposición a un elevado riesgo de contagio, reacciones de miedo o pánico, deficiencias en la organización, escasez de recursos humanos y materiales, incremento de cargas de trabajo, falta de formación o la toma de decisiones rápidas relativas a cuestiones asistenciales con alto componente ético....

4/2

Consecuencias de la crisis de la pandemia en la población asistida.

Los problemas de salud agudos y crónicos no atendidos o los retrasos en la asistencia hospitalaria durante la pandemia, han provocado importantes efectos y secuelas de salud en los pacientes.

Los aislamientos prolongados, las medidas restrictivas y los cambios en las rutinas habituales durante más de un año en los centros de atención a personas mayores, discapacitadas o con problemas de salud mental han afectado a nivel funcional, psicológico, conductual, educativo...

La combinación del elevado número de contagios y la mortalidad ocasionada, junto las restricciones de movimientos y visitas impuestas en los centros asistenciales sobre todo en los residenciales, han generado impactos negativos sobre la salud mental y la calidad de vida de la población residente. La prohibición de las visitas, con la consiguiente limitación del contacto, y la preocupación por sus seres queridos, también afectaron negativamente a la salud mental y bienestar de sus familiares.

La interrupción de algunas actividades, en las cuales la participación de cuidadores, familiares o voluntarios desempeñan un papel fundamental, aumentó la carga emocional tanto para pacientes como para sus familias, especialmente en los casos de personas con necesidades de cuidados paliativos a final de su vida.

Una gestión basada en nuestra misión y valores, ágil y centrada en la actividad asistencial ha permitido dar respuesta a esa misión en un momento de pandemia mundial

Según un estudio de la OMS, la pandemia de COVID-19 ha repercutido gravemente en la salud mental y el bienestar de las personas en todo el mundo. Si bien muchas personas se han adaptado, otras han sufrido problemas de salud mental, en algunos casos como consecuencia de la infección por la COVID-19. En muchos lugares, la pandemia también continúa impidiendo el acceso a los servicios de salud mental y ha suscitado preocupación por el aumento de los comportamientos suicidas.

En el caso de los dos centros de la OHSJD dedicados a la salud mental, hay que diferenciar dos aspectos:

- Los pacientes ingresados en los centros se han adaptado a cada una de las etapas de la pandemia sin graves consecuencias, ni grandes diferencias con la población general.
- Por otro lado, se ha observado un aumento claro de la demanda de atención tanto en episodios urgentes, con necesidad de ingreso, como en asistencia continuada en los dispositivos ambulatorios.

4/3

Transformación en crisis, un ejemplo: gestión de la pandemia en un centro sociosanitario.

Las decisiones que se tomaron en un centro Sociosanitario al comienzo de la crisis provocada por el inicio de la pandemia por COVID-19, permitieron contener de manera satisfactoria la situación, con un resultado global de un contagio alrededor del 20% de los usuarios y una mortalidad muy baja (3,4% de los contagiados, y de estos, solo el 0,6% fueron éxitos atribuibles a COVID-19). Por otra parte, la tasa de infección en trabajadores fue del 10%.

La actuación en centros residenciales, ha sido muy complicada, ya que los usuarios forman parte de grupos de riesgo por su perfil (disca-

pacidad, enfermedad mental y edad avanzada) y por ser, la mayoría de ellos, pacientes pluripatológicos; además, la cronicidad y las estancias prolongadas en un centro de grandes dimensiones, y tener que permanecer internados y confinados en un entorno cerrado, favorecía contactos más estrecho entre los usuarios y también con los trabajadores, por lo que se hacía más difícil garantizar las medidas de seguridad, lo que podía facilitar la transmisión de la infección.

Los Comités de Dirección del centro, ante las informaciones que iban llegando, reunidos antes del 4 de marzo, se anticiparon y tomaron rápidas decisiones, condensadas en un Plan de Contingencia:

- El centro se sectorizó para las diferentes unidades y se describieron nuevos circuitos funcionales. Se confinó a todos los residentes dentro de su respectiva Unidad.
- Prohibición de las visitas de familiares de pacientes al Centro y de las salidas de pacientes al exterior.
- Cese de todas las prácticas de alumnos en el Centro y también de especialistas Residentes.
- Se reforzó toda el área asistencial, contratando internistas, personal de urgencias, DUE's y TCAE's.
- Se aseguró la protección de profesionales y pacientes mediante la compra centralizada de materiales de protección y EPIs; así como con el establecimiento de las diferentes medidas de salud pública que se han ido proponiendo a lo largo del año.
- Introducción de medios digitales para la atención directa a pacientes y familiares (videollamadas, reuniones virtuales, trabajo remoto...).
- Se mantuvo comunicación diaria con las diferentes autoridades sanitarias y sociales.

El equipo directivo, de manera presencial, dia-

riamente, se reunía, así como el comité asistencial, para analizar las novedades. Se comunicó de manera periódica por mail a los trabajadores, informando de los diferentes planes de contingencia y sus sucesivas actualizaciones, lo que permitió refrendar el liderazgo en la toma de decisiones y generó una extraordinaria respuesta por parte de los trabajadores. Se antepuso, en todo momento, la gestión de la seguridad de nuestros residentes.

Constatamos como resultado global: contagio alrededor del 20% de los usuarios, mortalidad muy baja (3,4% de los contagiados, y solo el 0,6 % fueron éxitos atribuibles a COVID-19). La tasa de infección en trabajadores fue del 10%, sin mortalidad.

La anticipación en la toma de decisiones, la elaboración de un Plan de Contingencia, con una adecuada política de comunicación interna y a las familias, ha permitido dar respuesta a nuestra Misión en un momento de pandemia mundial, minimizando el impacto de la misma, haciendo el centro sostenible y fortaleciendo las relaciones institucionales.

4/4

Transformación en crisis, otro ejemplo: sostenibilidad de un centro hospitalario de salud mental.

La crisis con el COVID-19 nos ha afectado de forma general a toda la sociedad y de forma especial a los centros sanitarios. Los Centros dedicados a la Salud Mental con actividad de Hospitalización, Urgencias, Consultas Externas y Hospitales de Día, tuvieron que hacer frente a la pandemia desde el mes de marzo de 2020, dando respuesta a las necesidades de los pacientes, mayoritariamente con **Trastorno Mental Grave (TMG)**, sus familiares y de los propios profesionales. La reducción de toda la actividad como consecuencia del primer confinamiento y las restricciones posteriores, nos obligó a dar respuestas alternativas asistenciales, además de

enfrentarnos al riesgo de resultados económicos negativos del centro, tanto por el aumento de gastos como por la reducción de ingresos.

Los Comités de Dirección tomaron rápidas decisiones:

- Asegurar en primer lugar la protección de profesionales y pacientes mediante la compra centralizada de materiales de protección y EPIs; así como con el establecimiento de las diferentes medidas de salud pública que se han ido proponiendo a lo largo del año.

- Tomar decisiones restrictivas: eliminación de consultas presenciales, visitas y salidas, tamaño de los grupos, cierre de cafeterías y comedores, etc.

- Implementar cambios en la estructura del centro, transformación temporal de unas unidades asistenciales en otras, para poder ofrecer al servicio público de plazas de hospitalización de Unidad de Hospitalización Breve Psiquiátrica de Adultos y Adolescentes.

- Introducción de medios digitales para la atención directa a pacientes y familiares (videollamadas, reuniones virtuales, trabajo remoto...)

- Consultas externas con el desarrollo de la atención telemática.

- Hospitales de día, con grupos reducidos diariamente a un máximo de 10 personas, pero sin reducir el número total de pacientes, mediante nuevas herramientas de comunicación más allá de la telefónica, sesiones de terapia en directo a través de videollamadas, plataformas digitales, mail, etc.

La **comunicación** de estas decisiones y cambios se llevó a cabo mediante envío de notificaciones por mail a los trabajadores de planes de contingencia y sus sucesivas actualizaciones, así como con las reuniones presenciales con equipos y mandos intermedios de forma constante, lo que permitió que el liderazgo en la toma de decisiones se viera refrendado por una

extraordinaria respuesta por parte de los trabajadores.

Hemos podido constatar que:

- A nivel asistencial, se ha logrado mantener la actividad y el cuidado de los pacientes que lo necesitan con un alto grado de satisfacción (94.3%), mejorando años previos (91,5% en 2019 y 93,5% en año 2018).

- Se ha conseguido una baja tasa de contagio en pacientes (0,5% del total de ingresados) y en profesionales (Nosocomial 1,8%, por contactos externos 9.1%).

- A nivel económico se ha conseguido mejorar los resultados presupuestados para el ejercicio de 2020.

- Se han visto fortalecidas las relaciones institucionales con el servicio público al dar respuesta rápida y satisfactoria a las demandas, con propuestas de nuevos acuerdos futuros.

Una gestión basada en nuestra misión y valores, así como ágil y centrada en la actividad asistencial que históricamente ha desarrollado el centro, con una adecuada política de comunicación interna, introduciendo elementos de innovación en la atención y transformación en estructuras, ha permitido dar respuesta a esa misión en un momento de pandemia mundial, haciéndolo sostenible al mejorar los resultados económicos presupuestados y al ampliar los acuerdos con organismos públicos.

5/

Aprendizaje experimentado durante las diversas actuaciones llevadas a cabo en centros hospitalarios, residencias e internamientos de salud mental.

Los centros sanitarios y sociosanitarios tendieron la mano a las Administraciones públicas para dar respuesta a las necesidades de cada momento, entre ellos todos los centros de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Cada uno de nuestros centros asistenciales, en función de la atención realizada (hospitales, residencias de mayores, centros de discapacidad o de salud mental), centraron todos sus recursos y esfuerzos en seguir ofreciendo la mejor asistencia sanitaria y social posible, dando respuesta a la población y a la Administración con nuestros propios valores: hospitalidad, calidad, respeto, espiritualidad y responsabilidad.

Todos nuestros centros reprogramaron su actividad, adaptaron sus espacios, adquirieron o compartieron equipamientos, clausuraron servicios, implantaron servicios de telemedicina/teleconsultas y/o ampliaron o mantuvieron las plantillas, para poder atender a las personas con coronavirus, o ayudar a mitigar la propagación, asumiendo incluso costes de la pandemia que nos les correspondía y retrasando inversiones planificadas.

En este punto, y en relación a los hospitales del sur de España, la situación vivida ha sido distinta

en función de si fueron designados como hospitales limpios para que la red pública atendiera sólo a pacientes infectados o si atendieron sólo a pacientes COVID por derivación de las aseguradoras sin que fuera necesaria la derivación a otro tipo de centros. Andalucía y Canarias, afortunadamente no se encontraron entre las regiones con mayor afectación por lo que la necesidad de aumentar ampliamente la capacidad de nuestros hospitales no fue tan extrema como en Madrid o Barcelona.

La rápida actuación de los equipos directivos de todos los centros de la OHSJD, la disposición de estrategias claras y la existencia de líderes clínicos (formales e informales) fueron esenciales para coordinar todas las actuaciones y llegar a todos los profesionales. La valoración, planificación, seguimiento y actualización continua de las medidas a tomar por parte de los comités COVID creados en los centros y la difusión de la información y la formación periódica a los trabajadores, ayudó a controlar el virus y sus consecuencias con los recursos disponibles, facilitando la cohesión interna.

En cada uno de los centros de la OHSJD, en función de la atención realizada, del número de personas asistidas y su condición, de la dotación habitual de trabajadores, de su propia infraestructura y de las necesidades en cada momento, se establecieron de forma inmediata planes de actuación, planes de contingencia y/o planes de viabilidad, que incluían una serie de medidas organizativas y funcionales que ayudaran a controlar, mitigar, o prevenir la aparición del coronavirus, su transmisión, el impacto en la salud y el bienestar de las personas atendidas, sus familias, los profesionales y los colaboradores o las consecuencias a nivel económico de las propias instituciones.

Número de Protocolos de actuación preventivos o durante los casos de pandemia. Ejemplos:

- **Plan de actuación**
Residencia y Salud mental.
Centros de San Juan de Dios (Málaga)

- **Plan de actuación específico**
Residencia San Juan Grande (Jerez)

- **Plan de acción COVID**
Hospital San Juan Grande (Jerez)

- **Plan funcional frente al COVID.**
Servicio de admisión
Hospital San Juan Grande de Jerez)

- **Plan funcional frente al COVID.**
Servicio de farmacia
Hospital San Juan Grande de Jerez

- **Plan funcional frente al COVID.**
Quirófanos
Hospital San Juan Grande de Jerez

- **Plan funcional frente al COVID.**
Servicio de rehabilitación
Hospital San Juan Grande de Jerez

- **Plan funcional frente al COVID.**
Laboratorios
Hospital San Juan Grande de Jerez.

Actuaciones realizadas en nuestros centros. Ejemplos:

- Creación de comités COVID.
- Identificación de responsables.
- Elaboración de planes de actuación y contingencia.
- Disponibilidad de equipos de protección individual. Control y uso racional.
- Medidas de detección y notificación precoz.
- Medidas de protección a residentes.
- Medidas de protección a profesionales.
- Plan de prevención de riesgos laborales.
- Planes de adaptación de actividades.
- Planes de comunicación con familiares.
- Sectorización. Circuitos de entrada, salida, aislamiento.
- Plan de desconfinamiento.
- Plan de reanudación de visitas.
- Limpieza y desinfección de instalaciones, materiales, superficies y espacios.
- Mantenimiento preventivo y correctivo

Ha sido esencial la prevención y adelantarse a tomar decisiones ante los acontecimientos previsible

- de instalaciones.
- Gestión de residuos.
- Formación a los trabajadores.
- Accesibilidad a la información y documentación.
- Simulacros.
- Anulación de actividad asistencial programada.
- Suspensión de eventos.
- Plan de desescalada.
- Plan de viabilidad.
- ...

La respuesta ofrecida por los Hermanos, nuestros profesionales, los servicios de apoyo de los centros asistenciales (personal, suministros, limpieza, mantenimiento, infraestructuras, informática...), los voluntarios y/o las familias ha sido esencial para garantizar el cumplimiento de los planes de contingencia y los planes de desescalada. Cabe destacar la importancia que ha supuesto la utilización de las tecnologías de la comunicación e información para la conexión entre pacientes y sus familiares/allegados, e incluso de estos con los equipos de atención. Esta cercanía ha proporcionado grandes beneficios a nivel psicológico para los pacientes/familias y han permitido una mayor participación de las familias en la toma de decisiones.

Esta pandemia ha confirmado que, trabajando de manera colaborativa y conjunta, sumando esfuerzos, buscando sinergias y aportando lo mejor de cada uno es como se puede hacer frente a los desafíos presentes y futuros (consecuencias sanitarias, sociales y económicas de la pandemia, cambios sociodemográficos, incremento de pacientes pluripatológicos o con alta demanda asistencial, desarrollo de innovaciones tecnológicas...).

Reflejo económico según los datos covid-19 y actuación en algunos centros de San Juan de Dios (Desde el mes de marzo del año 2020 hasta marzo del año 2022 ambos incluidos)

Todos los Centros han establecido planes de contingencia y los han ido actualizando en función

de las normativas que iban surgiendo, tanto a nivel estatal como en el ámbito de cada Comunidad Autónoma. Pudimos compartir entre centros los distintos planes de contingencia, lo que facilitó enormemente su operativización y actualización.

Las medidas organizativas fueron muchas, pero sobre todo la sectorización de los espacios para evitar la transmisión de la enfermedad y aislar a los pacientes infectados. Se organizaron sesiones de trabajo entre varios Hospitales para compartir las experiencias y las mejores prácticas.

Se creó una compra conjunta de material de protección, dadas las dificultades iniciales en adquirir cualquier tipo de material. Recordamos la llegada de 100.000 mascarillas procedente de la China, en un avión que llegó al aeropuerto de Zaragoza y se pudieron distribuir a todos los centros de la Orden. Un especial énfasis fue el seguimiento de la Salud de los Hermanos en cada una de las Comunidades.

Por otro lado, diariamente todos los centros informaban de la actividad que presentaban, tanto con respecto de personas o pacientes afectadas de Covid como de trabajadores infectados.

Mención especial ha sido el gran impacto de la Covid en los profesionales de los centros, no solo por el gran número de profesionales afectados por la enfermedad, sino también el enorme cansancio, fatiga y estrés soportado durante este periodo y que aún hoy en día se percibe. Nunca será suficiente las diferentes acciones de gratitud que se han hecho. Unos ejemplos más:

- En Cataluña la Administración Sanitaria ha regulado una concertación específica Covid-19 para los centros sanitarios, sociosanitarios y residencias, pero no para el resto de centros sociales. Por tanto, esta medida solo afectará a Barcelona, Terres de Lleida, Parc Sanitari y Serveis Sociosanitaris.

La situación de los Centros en Cataluña ha sido la siguiente:

- **Barcelona:** Pudieron cerrar los dos años con equilibrio económico, todo y que los ingresos privados se han reducido. Se pudo recuperar la actividad en los meses siguientes y compensar el ligero sobrecoste que ha supuesto la Covid-19 con reducciones de coste en otras partidas (plan de ajuste).

- **Terres de Lleida:** No se han visto prácticamente afectados por la Covid-19. La actividad se ha visto poco afectada desde un punto de vista cuantitativo, solo en los últimos meses se detectó una reducción de derivación de los Jóvenes Migrantes Solos. Han tenido un cierto impacto económico negativo, a consecuencia del sobrecoste del material de protección.

- **Parc Sanitari:** El impacto económico ha sido muy importante, puesto que en los momentos más álgidos de la pandemia se llegó a tener hasta 216 pacientes ingresados Covid-19. Esta situación impidió que se pudiera hacer la actividad normal de un Hospital Comarcal, y tan solo se mantuvo con cierta normalidad la actividad de Salud Mental y de la Discapacidad. A partir de junio se reinicia la actividad ordinaria, pero a un ritmo sobre todo en actividad quirúrgica, inferior al ordinario. La reducción de actividad ordinaria fue de un -6,4% del presupuesto, que se compensó en gran medida con la actividad Covid-19 y con la cláusula de compensación. El cierre económico fue negativo, cuando se preveía cerrar con equilibrio cuando se elaboró el presupuesto antes de la pandemia como consecuencia de los sobrecostes en personal, EPIS, etc.

- **Serveis Sociosanitaris:** El impacto ha sido neutro.

- **Serveis Socials Barcelona:** La pandemia les ha supuesto una mayor actividad y han tenido que atender más usuarios y también les ha generado mayor contratación de nuevos servicios, como es el caso del albergue para personas sin hogar diagnosticadas de

Covid-19 que se ha consolidado con una ampliación de plazas permanente, o un proyecto de mujeres sin hogar con o sin hijos (que empezó en octubre y tendrá continuidad).

- **FAD (Fundación de Atención a la Dependencia):** La situación de la Covid-19 ha supuesto una disminución muy importante en la actividad realizada (reducción de la atención domiciliaria en un 68%, y con una recuperación lenta, reducción de los servicios de acompañamiento a las personas con problemas de salud mental) y que ahora empieza a recuperarse. Por el contrario, la crisis Covid-19 en la atención a las comunidades religiosas ha obligado a realizar un esfuerzo de contención de la epidemia con un incremento de la actividad.

Entre las medidas adoptadas para paliar esta disminución de los ingresos se han visto obligados a tener que aplicar un ERTE por fuerza mayor sobre 13 trabajadores de la entidad (10 cuidadores y 3 personal estructura). Gracias a Dios a fecha de hoy se han podido restablecer todos los puestos de trabajo.

- **Fundació Germà Benito Menni:** CET EL PLA. CET INTECSERVEIS: La situación de la pandemia les ha afectado negativamente tanto en servicios que han tenido que dejar de hacer (limpieza de escuelas), como por el elevado absentismo que han tenido.

- **Funadció Germà Tomás Canet:** El impacto ha sido prácticamente neutro, permitiendo mantener la actividad normal. Han tenido que hacer frente a un incremento de costes de compra de material de protección. Una excepción ha sido la actividad tutelar para personas mayores, que se ha visto impactada de forma muy significativa por la pandemia. En los primeros meses de la pandemia fallecieron un total de 35 tutelados de los casi 200 con que se iniciaba el ejercicio. El bloqueo administrativo en la asignación de nuevas tutelas hizo que se redujera significativamente el número de tutelas y en consecuencia los ingresos.

- **FDI/CD (Fundaciones de investigación y Campus Docent):** Ambos con poca o nula afectación en los profesionales y con bajo impacto en el presupuesto, incluso ligeramente mejor que el previsto inicialmente. En el caso de la Fundación ha cambiado el mix de captación de fondos y de proyectos, dando mayor peso a los proyectos Covid y en particular al proyecto Kids Corona.

- **Baleares: Palma-Inca:** Se nos solicitó por parte del IB-Salut la adecuación de 57 camas de hospitalización para ingresar pacientes con COVID-19 y de 23 más en concepto de reserva. Dicha solicitud vino acompañada del compromiso de que tanto las estancias de estos pacientes como las camas no ocupadas (camas en reserva) tendrían una tarificación especial dada la especificidad de los recursos humanos y materiales que consumirían. Siendo en principio la vigencia de la reserva de estas 80 camas hasta final de año.

Adicionalmente, la Administración compensó también para cubrir costes de estructura en que la actividad ordinaria, y en particular la quirúrgica, se vio reducida de forma drástica.

En el cómputo anual se prevé una reducción de actividad ordinaria pero compensada por un incremento de la actividad por Covid.

- **Serveis Socials Mallorca.** En Es Convent ha habido poco impacto de la Covid, tanto en los residentes como en los colaboradores.

- **Zaragoza:** La pandemia debida al virus SARS-CoV-2 ha supuesto una importante disminución de ingresos hospitalarios, con la consiguiente disminución de las altas y una baja ocupación. El Convenio de Vinculación con el Gobierno de Aragón, mantiene la misma financiación y nos garantiza seguridad, por lo que no ha habido un impacto negativo en la financiación.

Finalizaremos este ejercicio tan complicado con una consolidación de los ingresos con-

certados, en un escenario de menor actividad, donde la reducción de gastos directos por la menor actividad compensará el gasto en EPIS, lavandería, gestión de residuos relativo a la Covid-19.

- **Serveis Socials Valencia:** La incidencia de la pandemia ha tenido poco impacto en los profesionales del Centro y en las personas atendidas (a nivel clínico). La actividad asistencial durante este periodo no ha tenido un impacto negativo en el Centro, pero sí que ha tenido que readaptarse en formas y espacios, se redujo la ocupación del albergue y se tuvieron que reconfigurar las actividades ocupacionales. Ha tomado especial relevancia la situación de la atención social a través de las nuevas tecnologías (ordenadores, móviles, videos...).

- **Murcia:** Fundación Jesús Abandonado: En general, en la Fundación han tenido poco impacto en las personas atendidas, aunque han tenido que reorganizar prácticamente todos los servicios que ofrecen, pero tanto en cuanto a personas como de presupuesto no ha habido grandes problemas. Han tenido un mayor gasto en limpieza, comida, etc., que se ha visto compensado en parte por un incremento de los donativos.

6/

Algunas lecciones aprendidas en los centros de la Orden Hospitalaria tras la pandemia.

Como hemos referido anteriormente, no estábamos preparados para una crisis pandémica

como la vivida. No obstante, después de algo más de dos años hemos sacado algunos aprendizajes que pueden ayudar a controlar o prevenir crisis futuras. Algunos parten de los aciertos y otros de los errores cometidos durante la gestión de la pandemia. Ha sido esencial la prevención y adelantarse a tomar decisiones ante los acontecimientos previsibles.

- La **colaboración y coordinación** entre los recursos asistenciales públicos y privados es posible y ofrece importantes e inmediatos beneficios, eficaces, eficientes y sostenibles, para la población y para la Administración.

- La **interlocución y coordinación constante** con las autoridades sanitarias ha sido fundamental para la resolución de la crisis, generando confianza y tranquilidad sobre las actuaciones a desarrollar en los centros y con los proveedores.

- La **rápida actuación de los equipos directivos** de los centros asistenciales, la disposición de estrategias y objetivos claros y la existencia de líderes clínicos (formales e informales) son esenciales para coordinar todas las actuaciones, con los recursos disponibles y facilitando la cohesión interna.

- La **disponibilidad, conocimiento y accesibilidad** de los protocolos de actuación, así como de sus diferentes actualizaciones, en tiempo y forma, por parte de los profesionales sanitarios y servicios de apoyo garantiza el cumplimiento de las medidas establecidas. No obstante, las ordenes, documentos técnicos y protocolos de actuación son de difícil aplicación si no van acompañadas de recursos materiales (test diagnósticos, mascarillas y otros equipos de protección individual) y humanos.

- Los elaboración e implantación de **planes de viabilidad** elaborados por los propios centros en función de casuística son absolutamente necesarios para abordar la sostenibilidad y minimizar el impacto financiero derivados de la pandemia. Dejar de hacer aquello que no

aporta valor y redistribuir y racionalizar recursos económicos para afrontar los costes sobreenvidados por la pandemia es imprescindible para garantizar la eficiencia y sostenibilidad.

- La disposición de forma inmediata de **planes de actuación y planes de contingencia** personalizados en función del tipo de centro, del número de personas atendidas y su condición, de la dotación habitual de trabajadores, de su propia infraestructura y de las necesidades del momento ayudaron a controlar, mitigar, o prevenir la aparición del coronavirus, su transmisión, el impacto en la salud y el bienestar de las personas atendidas, sus familias, los profesionales y los colaboradores.

- La **modificación de procesos asistenciales de forma coordinada y consensuada**, la adaptación de circuitos, la asignación de recursos en función del riesgo y necesidades, el rediseño de servicios y la agilización de los procesos de altas, han sido determinantes para minimizar los riesgos de transmisión.

- El uso de las **tecnologías de comunicación e información** para la atención no presencial a los pacientes han sido básicos y de gran importancia para disminuir los riesgos de contagios y han demostrado ser herramientas eficientes para atender, controlar o prevenir determinados procesos crónicos sin perder la confianza de los usuarios, ni la calidad de la atención. En cualquier caso y situación, se debería evitar la suspensión de la atención a pacientes que requieran tratamientos o demoras superiores a un mes.

- Las **medidas de confinamiento** implantadas con la finalidad de mitigar el riesgo de transmisión, salvaguardar los recursos sanitarios y poder garantizar una atención sanitaria correcta a las personas enfermas fueron altamente efectivas. En el caso de los mayores, por la privación del contacto afectivo, nos ha creado algunas dudas.

- La valoración, planificación, seguimiento y ac-

tualización continua de las medidas a tomar por parte de los **comités COVID** creados en los centros y la difusión de esta información a los trabajadores, ayudó a controlar el virus y sus consecuencias.

- El establecimiento y **monitorización de indicadores** resultaron imprescindibles para evaluar los riesgos de alerta, de seguimiento de la pandemia o de desescalada.

- La **planificación de actividades formativas** para los trabajadores destinadas a conocer cómo actuar en todo momento, fue un factor de protección hacia las personas que atendemos y hacia ellos mismos frente a potenciales contagios.

- La monitorización del estrés agudo y el establecimiento de **programas de apoyo psicológico** individual o grupal o estrategias de afrontamiento hacia los trabajadores ha demostrado que contribuye a reducir el impacto a nivel emocional y mejoran la calidad y seguridad de la asistencia. La planificación y diseño de medidas de apoyo e intervenciones para disminuir el impacto psicológico, tendría que incluir la perspectiva de género

- La **respuesta ofrecida por los servicios de apoyo** de los centros asistenciales (personal, suministros, limpieza, mantenimiento, infraestructuras, informática...) fue esencial para garantizar el cumplimiento de los planes de contingencia. El trabajo en equipo ha sido muy importante con la implicación de todos.

- La utilización de las tecnologías de la comunicación e información para la **conexión entre pacientes y sus familiares/allegados**, e incluso de estos con los equipos de atención, ha proporcionado grandes beneficios a nivel psicológico para los pacientes/familias y han permitido una mayor participación de las familias en la toma de decisiones.

- Las recomendaciones del Comité de Ética Asistencial o de la Asesoría Jurídica frente las dudas planteadas o las actuaciones acometidas

ofrecieron un **marco ético-jurídico** y una seguridad para la institución.

- Hay que **reforzar** a nivel estratégico, organizacional y funcional los centros **residenciales de larga estancia** por la vulnerabilidad y fragilidad de los pacientes atendidos para estar preparados ante situaciones futuras similares.

- En centros residenciales, se han visto afectadas las actividades dirigidas hacia los residentes para reducir los riesgos de contagio. Por ello, a la hora de construir nuevos centros y/o reformar los existentes, habría que pensar en **formas de coexistencia** que ayuden a los programas de aislamiento físico sin dificultar el desarrollo de actividades para los no contagiados, desarrollando infraestructuras que hagan más seguros los espacios de interacción social. El aspecto **emotivo-relacional** hay que mantenerlo para evitar males mayores.

- La **asistencia a colectivos más vulnerables o en riesgo de exclusión social**, garantizando el derecho a su salud, es una de nuestras prioridades y se ha mantenido durante la pandemia con adaptaciones en la prestación de nuestros servicios entre ellos los programas de garantía alimentaria o urgencia social.

- Las estrategias utilizadas para reducir la circulación del SARS-COV-2 y las lecciones aprendidas serán igualmente efectivas para disminuir la transmisión de la gripe y de otras enfermedades respiratorias con amplia evidencia de transmisión por aerosoles.

La gestión de esta crisis nos ha hecho constatar y ayudado a aprender que:

Muchas personas han sufrido mucho y hará falta tiempo y trabajo para restañar las heridas. Han experimentado en primera persona, o en personas cercanas, el sufrimiento y la enfermedad provocadas por el coronavirus. Muchas otras, la tensión de la convivencia forzada y el cambio drástico de rutinas. Otras, la pérdida de trabajo. En el confinamiento han aflorado

sentimientos que teníamos silenciados; ha democratizado la inseguridad, el miedo y la sensación de soledad. Pero también ha despertado la empatía, la capacidad de gratitud, la valoración de aspectos en nuestra vida que antes dábamos por supuestos.

Las enfermedades –y las crisis– nos cambian en muchos aspectos y para mucho tiempo, y es importante entenderlo, asumirlo, y aprovechar las oportunidades que ofrece este cambio. Debemos plantearnos bajar la velocidad. Íbamos demasiado rápido. Tanto, que el estrés ya era una de las mayores causas de consulta médica y de somatizaciones. Y hemos frenado de golpe, experimentado a la fuerza cómo se vive sin correr –aunque nos hayamos visto expuestos a otra clase de ansiedades–, y vale la pena replantearse si lo que queremos es volver a lo de antes.

Así una conclusión ante esta situación: no volver a ser lo mismo y cambiar. Cambiar a otro estilo de vida, pues con el que hemos llevado, ya conocemos sus efectos. ¡Esto no ha sido ni es una broma! Formación en valores, en nuevos hábitos higiénicos, en respeto a los demás. Aprender de la historia, para no repetir lo que hemos hecho, con consecuencias similares o mayores. A desterrar la indiferencia y a integrar la espiritualidad. A tomar consciencia de la vulnerabilidad de la persona. (Cf. [Calixto Plumed Moreno o.h. \(2020\). Archivo Hospitalario 2020 \(18\).](#))

