

CATALUNYA Y LA ARTICULACIÓN DE LOS TIEMPOS SANITARIOS Y SOCIALES EN CONFINAMIENTO EN EL MICROCOSMOS RESIDENCIAL

Josep Pascual i Bardají,
Director técnico en discapacidad

Resum

El 24 de febrer de 2020 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va declarar que per reduir la malaltia i la mortalitat associades a la COVID-19, la preparació a curt termini havia d'incloure l'aplicació a gran escala de mesures de salut pública. No obstant això, les mesures bàsiques de protecció són difícils d'aplicar en persones amb un grau alt de dependència i, encara més, si tenen lloc un àmbit residencial. Aquest article explora qui-

Abstract

On February 24, 2020, the World Health Organization (WHO) declared that in order to reduce the disease and mortality associated with COVID-19, short-term preparation should include the application of large scale of public health measures. However, the basic protection measures are hard to apply in people with a high degree of dependency and, even more so, if they take place in a residence. This article explores the health real-

na va ser la realitat sanitària durant el confinament a Catalunya i analitza i reflexiona sobre com es van articular els temps sanitaris i socials en els entorns residencials.

Paraules clau

COVID-19, mesures de salut pública, articulació social i sanitària, residència, Catalunya.

ity during the confinement in Catalonia and analyzes and reflects on how health and social times were articulated in residential settings.

Keywords

COVID-19, public health measures, social and health articulation, residence, Catalonia.

El 24 de febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (WHO) insiste en que “para reducir la enfermedad y la mortalidad asociadas a la COVID-19, la planificación de la preparación a corto plazo ha de incluir la aplicación a gran escala de medidas de salud pública no farmacológicas, como la detección y aislamiento de casos, el rastreo y seguimiento de contactos y su cuarentena, y la colaboración comunitaria”. El 11 de marzo concluye que la situación es de pandemia. El 13 de marzo declara que Europa se ha convertido en el epicentro de la pandemia.¹

Las medidas básicas de protección son difíciles de aplicar en personas con alto grado de dependencia y más si se dan en un ámbito residencial. Las medidas de reducción de contacto implican en algunos casos el aislamiento social. Con este aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, obesidad y accidentes cerebrovasculares y correlaciona con ansiedad, depresión y deterioro cognitivo. Las telecomunicaciones han sido una solución parcial por las habilidades y nivel cognitivo que requieren. Así mismo los requerimientos en las visitas presenciales (distancia, mascarilla, etc.) reducen su función socializadora. Para poder reducir este impacto y garantizar la seguridad y el bienestar físico y psicosocial se requería de más personal y recursos,² impensable con las medidas sanitarias que se tomaron.

La presentación del COVID varía desde formas asintomáticas hasta la muerte y en esta presentación influyeron diferentes factores. En abril de 2020 y para Cataluña se habían establecido que los factores de riesgo para la hospitalización eran la edad, carga de morbilidad (GMA), sexo masculino, personas ingresadas en residencias asistidas y personas con discapacidad intelectual (DI). En ingreso hospitalario un 45% presentó complicaciones graves y casi el 20% resultaron en fallecimiento.³

La realidad sanitaria en el confinamiento

La siguiente tabla nos ofrece los datos en números absolutos y en tantos por 100.000 por sexo y grupo de edad comparando los resultados entre población general y residencial para el periodo de marzo del 2020 a febrero de 2021. El conjunto el COVID supuso, para el periodo indicado, una sobremortalidad de 16.270 personas lo que representa un aumento del 25% respecto de la esperada.

		General			Residencial		
Datos absolutos (x100.000)		Cóvid+	Éxitus	Éxitus/ Cóvid+ (%)	Cóovid +	Éxitis	Éxitus/ Cóvid+ (%)
General	Hombre	230.219 (6.078)	10.206 (269)	4,43%	9.406 (37.733)	3.169 (12.713)	33,69%
	Mujer	265.831 (6.756)	10.131 (257)	3,81%	20.351 (43.1965)	5.510 (11.695)	27,07%
	Total	496.050 (6.424)	20.337 (263)	4,10%	29.757 (41.305)	8.679 (12.047)	29,17%
	Menores de 15	57.274 (4.858)	5 (0,42)	0,01%	48 (2.876)	0 (0)	0%
	Entre 15 i 64	339.918 (6.693)	1.332 (26)	0,39%	3.690 (21.512)	188 (1.096)	5,09%
	Entre 65 i 74	36.763 (4.974)	2.278 (308)	6,20%	2.366 (40.597)	406 (6.966)	17,16%
	Mayores de 74	62.095 (8.563)	16.722 (2.306)	26,93%	23.653 (49.909)	8.085 (17.060)	34,18%
	Total	496.050 (6.424)	20.337 (263)	4,10%	29.757 (41.305)	8.679 (12.047)	29,17%

En tal espacio de tiempo se han sucedido desde confinamientos domiciliarios a comunitarios siendo siempre más rigurosos en entornos residenciales. Ello podría estar justificado por unos datos que muestran como la población residencial, representando el 0,93% de la población total, ha acumulado el 42,68% de la mortalidad. Sin embargo, estos datos admiten otra interpreta-

ción que consiste en afirmar que pese a las cuarentenas no se ha logrado el objetivo perseguido y sí los efectos secundarios. En este sentido los datos de Suñer⁴ muestran, en un análisis multivariante, que la mortalidad mostró la máxima relación con la incidencia del área geográfica de ubicación del servicio, observando un Incremento del Riesgo Relativo (IRR) de 2,39. Las otras dos variables significativas fueron el porcentaje de pacientes crónicos complejos atendidos (IRR=1,07) y el grado de preparación del centro (IRR=1,05).

La articulación de los tiempos sanitarios en los entornos residenciales

Tal articulación puede ser definida, especialmente en la primera ola y sin salvarse la segunda, como fallida y caótica: indicaciones y contraindicaciones reflejaban un gran desconocimiento sanitario de una realidad que había interesado poco y que de golpe pasa a ser el centro de atención de la política, los medios de comunicación y de la sociedad. La respuesta, que se pretende de apoyo, se concreta en hechos tardíos y escasos. De repente se quiere que organizaciones sin cualificación ni experiencia en este tema den respuesta con el soporte de los centros de la atención primaria. Estos, saturados y con experiencia mínima ante una crisis de tal tipo, han de dar respuesta a una realidad –la residencial– de las que, sanitariamente, no son expertos.

Entre la primera y segunda ola se trabaja en la preparación de los servicios en lo que podemos denominar “la falacia del protocolo”. Con ello queremos conceptualizar un periodo en que se piensa que los centros podrán hacer frente a una probable siguiente ola por medio de la elaboración de un protocolo en que la sectorización evitará la propagación interna y en que aparece un nuevo actor: los equipos de sanidad pública. Los denominados “falacia del protocolo” por varios motivos:

- Un protocolo debe considerarse una forma de implantación de actuaciones a partir de conocimientos basados en la evidencia (Evidence Informed Planning - EIP). Tal metodolo-

gía ha demostrado su ineficacia en esta crisis por, tal como pone de manifiesto Salvador-Carulla,⁵ la rapidez de respuesta que exige el comportamiento del virus. De esta forma, protocolos basados en la sectorización se fundamentan en la rápida detección y aislamiento de los contagios. Si bien en abril de 2020 ya se disponía de información respecto de una alta tasa de transmisores presintomáticos y asintomáticos⁶ las actuaciones se basaban en control de temperatura y de síntomas.⁷ Sería un ejemplo de falta de “Rapid Synthesis and Translation Process” (RSTP) [5] uno de los tres pilares en que se sustenta el “Interactive Systems Framework for Dissemination and Implementation” (ISF).⁸

- La segunda etapa de un ISF implica que el mejor conocimiento se traslade a los actores locales. Ello requiere del subsistema Prevention Synthesis and Translation System – PSTP que ha de proporcionar capacitación, asistencia técnica u otro tipo de apoyo a los actores locales. A nuestro entender nos encontramos con la segunda debilidad: el proceso se realizó con actores locales que no fueron suficientemente capacitados y no contaron con una asistencia técnica y apoyos suficientes. Por actores locales, en este caso, nos referimos tanto al personal de los servicios sociales como al personal técnico del departamento de salud. A modo de ejemplo, tendríamos la formación en las diferentes técnicas de utilización de materiales de protección [7].
- La tercera etapa (Prevention Delivery System - PDS) consiste en la adaptación y puesta en práctica de las mejores medidas derivadas de los conocimientos de que se dispone y por parte de personas formadas. Ello requiere de una evaluación previa de la realidad y de los recursos de cada residencia. En este sentido nos encontramos con una tercera debilidad. Por un lado, medidas que fueron diseñadas pensando en la población general (utilización de mascarillas, gel hidroalcohólico, etc.) no siempre eran viables en poblaciones no estándar. Por otro lado, tenemos las indicaciones referidas a limpieza, desinfección y circuitos. Ello

supone un aumento de la carga de trabajo no asumible con los recursos previos y que se maximiza cuando falta personal por la propia pandemia.

- Finalmente, el sistema implica un constante retorno en retroalimentación de PSD a RSTP. Este falló, ya en niveles de información básicos (contagios, derivaciones hospitalarias y defunciones), habiéndose de proporcionar la misma información a varios interlocutores. Informaciones más cualitativas hubiesen requerido de sistemas altamente estructurados que, al menos para los interlocutores locales, no se dieron salvo excepciones de carácter informal.

A lo anterior hay que añadir la escasa derivación de casos graves a hospitales, lo que conlleva más carga sanitaria en aquellos centros en que se dieron casos graves y defunciones. La justificación de todo ello fue según una portavoz del Departament de Salut, “por el delicado estado de salud de muchos de los residentes y la dificultad de tratarlos cuando se infectan y el caso se agrava. Las intubaciones o el coma inducido que reciben muchos pacientes en las UCI podrían ser fatales y, por ello, frecuentemente se opta por evitar el ‘encarnizamiento terapéutico’ y no someterlos a un tratamiento que no podrían soportar, con un desplazamiento añadido a un espacio desconocido y sin posibilidad de recibir visitas de ningún tipo. En estos casos, se optaría por hacer el acompañamiento en la misma residencia”.⁹

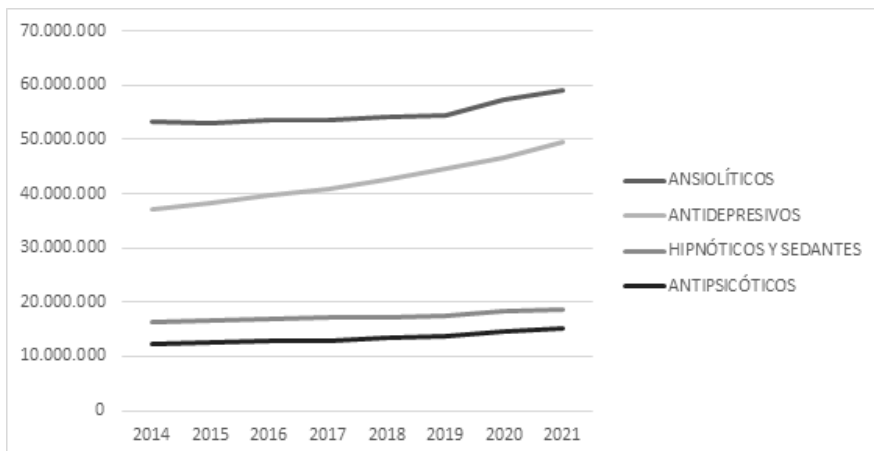
En nuestra opinión lo que se dio fue la “derivación” a lo social lo que no se supo o pudo articularse en lo sanitario como lo demuestra el modelo de atención centrado en la rehabilitación y la función (Acute Care for Elders – ACE) que sí fue llevado a cabo para atención a personas mayores con COVID.¹⁰

La articulación de los tiempos sociales en los entornos residenciales

Ya hemos visto como un microcosmos social hubo de articular un tiempo sanitario del que sistemáticamente había sido exclu-

do, pero además hubo de articular un tiempo social extra para dar respuesta a lo que sí le competía. Se debía dar respuesta a las angustias de residentes que mayoritariamente no entendían lo que estaba pasando, a cambios de rutinas evitando la desorientación temporal, a intentar sustituir al personal que se contagiaba, a las preocupaciones de los familiares, a sustituir actividades que se realizaban en espacios exteriores, enfrentar el aumento de los conflictos interpersonales que implica menor disponibilidad de espacios, mantener un buen clima emocional, atender a las necesidades de las personas en situación de aislamiento, adaptar la logística a situaciones cambiantes, continuar atendiendo a las patologías crónicas, etc.

Ante ello cada residencia dio distintas respuestas en función de su realidad, pero lo que probablemente fue un denominador común es el uso de la tecnología. Así, la telemedicina permitió el seguimiento de patologías crónicas y consultas sobre agudas, las llamadas o videoconferencias, con el soporte y mediación del personal, supusieron soporte emocional, la realización de actividades (con mayor o menor improvisación) permitieron significar el tiempo, se substituyeron las salidas y visitas con “realidad virtual” y ordenadores y tabletas pasaron a ser elementos del día a día. Los microcosmos se convirtieron en cosmos.



Pese a ello, nos parece inevitable destacar que se pagó algún precio que, a falta de datos, podemos estimar desde las consecuencias que ha tenido en la población general. Para hacer una aproximación hemos analizado los datos del consumo de medicamentos relacionados con la salud mental para el periodo 2014 a 2021. Se observa, a nivel estatal, una tendencia creciente a la que se le añade un punto de inflexión muy claro para los ansiolíticos en 2019.¹¹

Conclusiones

La pandemia ha supuesto una prueba de estrés de la que no han salido airosos ni el sistema sanitario ni el social y cuya víctima principal la han constituido las personas mayores y dependientes atendidas en entornos residenciales. Entendemos que solo la unificación de lo llamado sanitario y social con la articulación en un solo tiempo –el de cada persona– puede dar respuestas a crisis inesperadas y a la más que esperada crisis que supone el envejecimiento poblacional. Este último debe ser abordado con innovaciones tecnológicas y personal cualificado y no depender de recursos humanos de baja remuneración.

Notas

1. Organització Mundial de la Salut. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. URL: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-co-vidtimeline>. [20.07.2021].

2. Chu, C. H., Donato Woodger, S., & Dainton, C. J. Competing crises: COVID 19 countermeasures and social isolation among older adults in long term care. *Journal of Advanced Nursing* 2020; 76: 2.456-2.459.

3. Vivanco-Hidalgo RM, Vela E, Clèries M, Monterde D. Informe sobre les característiques sociodemogràfiques, clíniques i els factors pronòstics dels pacients amb el diagnòstic de COVID-19 a Catalunya. Resum executiu. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) 2020. URL: https://84.88.27.52/bitstream/handle/11351/4914/informe_caracteristiques_sociodemografiques_cliniques_factors_pronostics_pacients_diagnostic_covid19_catalunya_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y [20.07.2021].

4. Suñer, C., Ouchi, D., Mas, M.À. et al. A retrospective cohort study of risk factors for mortality among nursing homes exposed to COVID-19 in Spain. *Nat Aging* (2021);1:579-584. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00079-7>
5. Salvador-Carulla L, Rosenberg S, Mendoza J, Tabatabaei-Jafari H; Pandemic-Mental Health International Network. Rapid response to crisis: Health system lessons from the active period of COVID-19. *Health Policy Technol.* 2020;9(4):578-586. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.011>
6. Borrás-Bermejo B, Martínez-Gómez X, San Miguel MG, et al. Asymptomatic SARS-CoV-2 Infection in Nursing Homes, Barcelona, Spain, April 2020. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(9):2281-2283. <https://doi.org/10.3201/eid2609.202603>
7. Departament de Salut. Guia per a l'elaboració de plans de contingència dels serveis que atenen persones amb discapacitat: residències, llars residències i pisos amb suport. Informació per a professionals 28 de juliol de 2020. https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/C/coronavirus-2019-ncov/material-divulgatiu/guia-per-elaborar-pla-contingencia-habitatges-persones-amb-discapacitats.pdf
8. Wandersman, A., et al. Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *American journal of community psychology* 2008; 4(3): 171-181. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9174-z>
9. Tugas-Vilardell, R (17 de enero de 2021). MAPES Un de cada vuit usuaris de residències ha mort pel coronavirus i el 42% s'ha infectat. *Naciódigital*. <https://www.naciódigital.cat/noticia/214380/mapes-cada-vuit-usuaris-residencies-mort-coronavirus-42-infectat>
10. Vallecillo, G., Anguera, M., Martin, N., & Robles, M. J. Effectiveness of an Acute Care for Elders unit at a long-term care facility for frail older patients with COVID-19. *Geriatric nursing* 2021; 42(2); 544-547. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197457220303049>.
11. Ministerio de Sanidad.(s.f.). Consumo de medicamentos en recetas médicas dispensadas en oficinas de farmacia con cargo al Sistema Nacional de Salud según clasificación Anatómica-Terapéutica-Química (ATC). <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoRecetasATC/home.htm>