

COMPARECENCIA DE LA CONSEJERA DE SANIDAD EN LA COMISIÓN DE SANIDAD DE LAS CORTES DE CASTILLA Y LEÓN

Lunes 27 de abril de 2020, 10.30h

Muchas gracias, señora presidenta.

Buenos días, señoras y señores procuradores.

Comparezco, a petición propia, para informar a sus señorías de la evolución y las actuaciones realizadas por la Consejería de Sanidad y por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León en relación con el COVID-19.

En primer lugar y antes de entrar a materia, quiero agradecer a la ciudadanía su comportamiento ejemplar en esta difícil situación. Porque ellos son los que están venciendo. Ellos han sido los auténticos artífices de la rectificación de la curva de contagios con su respeto hacia la cuarentena social.

Quiero manifestar mi recuerdo para los fallecidos en estas semanas, mi más sincero pésame y apoyo a sus familiares.

También quiero transmitir mi agradecimiento a los profesionales del Sistema de Salud de Castilla y León, tanto sanitarios como no sanitarios, que prestan sus servicios en todos los niveles asistenciales: Atención Primaria, Emergencias, Atención Hospitalaria, servicios territoriales de Salud Pública,... son nuestro mayor valor en estos momentos de gravísima emergencia sanitaria. Ellos están siendo el segundo factor fundamental para superar el envite del COVID. Y algún procurador aquí presente sabe muy bien de lo que estoy hablando.

Ante la alta contagiosidad y su vertiginoso avance sabemos que se han dado situaciones donde nuestros profesionales no han podido estar lo suficientemente protegidos pero hemos trabajado incansablemente para que esta situación no se diera.

Quiero agradecer también la labor que han desarrollado el resto de los empleados públicos de la Junta de Castilla y León, su dedicación y esfuerzo.

En el afrontamiento del COVID19 no sólo ha actuado Sanidad. El resto del Gobierno, tanto el presidente de la Junta como todos los consejeros han sido grandes apoyos en estas semanas.

Quiero también aquí transmitir mi agradecimiento a los diferentes grupos parlamentarios, en especial a la portavoz del Partido Socialista, Inmaculada García, por la continua ayuda y recomendaciones que ha prestado en estas intensas semanas.

Señorías, el COVID ha supuesto y está suponiendo un reto de gran magnitud, un cambio de paradigma, a nivel social, económico y sanitario que tardaremos tiempo en superar de forma definitiva.

Quizá hoy, si el COVID no hubiera aparecido en nuestras vidas, debería estar compareciendo ante esta Comisión para dar cuenta de las medidas que la Consejería de Sanidad ha adoptado para hacer frente a problemas como la falta de financiación, el déficit de profesionales, la reordenación sanitaria, etc. Sin embargo, la realidad que se ha abierto ante nosotros ha dejado en segundo plano todos esos problemas durante unas semanas para centrarnos en una realidad no esperada, no por ello menos grave. Muy por el contrario, muy grave.

Las consecuencias de la aparición de este nuevo virus en el panorama mundial ha provocado una situación inimaginable hace apenas unos meses. El COVID es un virus que nos ha afectado a todos y cada uno de los aquí presentes de una manera u otra, también a cada uno de los ciudadanos que nos escucha.

Hace semanas que nuestras vidas poco se parecen a las de antes de la aparición del virus y todos tenemos preguntas sobre cómo será el devenir de la situación en los próximos meses.

Ahora mismo no sólo existe preocupación por el ámbito sanitario, sino también por el complejo escenario económico y laboral al que vamos a tener que enfrentarnos, todos como sociedad, en el medio y largo plazo.

Existen todavía muchas incertidumbres sobre la posible evolución del virus.

Como decía, existen numerosas incertidumbres sobre cómo será nuestro futuro. En esta comparecencia no puedo despejar muchas de sus dudas, sin embargo, mi objetivo hoy es contarles cómo este virus ha supuesto un reto sin precedentes para nuestro sistema sanitario, para sus profesionales, y cómo, en apenas un mes, hemos reconvertido nuestro modelo asistencial para afrontar la mayor pandemia que ha registrado nuestro país en el último siglo. Una reconversión que sin todos y cada uno de nuestros profesionales, desde el primero hasta el último, hubiera sido imposible. Como ya he señalado, no tendré suficientes palabras de agradecimiento para todos ellos.

A finales del mes de abril de 2020, ¿podemos preguntarnos si conocemos realmente al COVID-19?

El COVID-19, es un virus nuevo, desconocido, del que hemos ido aprendiendo a marchas forzadas, semana a semana y seguiremos aprendiendo durante meses.

Este virus cobró relevancia mundial el último día del año 2019, cuando la República Popular China comunica la agrupación de casos de neumonía en Wuhan.

A partir de ese momento, su transmisión a otros países del área y, de ahí, al resto del globo fue cuestión de semanas.

El 15 de enero, se comunica el primer caso importado en Tailandia y al día siguiente en Japón. El 20 de enero la OMS convoca el Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional para tratar el brote de nuevo coronavirus (2019-nCoV) detectado en China.

Al día siguiente, el 21 de enero, el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias del Ministerio de Sanidad (CCAES), convoca por primera vez a las CCAA a la *Ponencia de Alertas* para discutir actualización epidemiológica, capacidad de diagnóstico y actuaciones de respuesta.

El 29 de enero la OMS convoca la 2ª Reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional y el Director General de la OMS declara temporalmente el brote por 2019-nCoV “Emergencia de salud pública de importancia internacional” (ESPII).

En España, 31 de enero se detecta el primer caso, un paciente alemán ingresado en La Gomera y el 9 febrero otro caso en Palma Mallorca

El 24 de febrero, se detectan 3 casos ya en la Península: en Madrid, Cataluña y Valencia

En Castilla y León el 27 de febrero se produjo la notificación del primer caso confirmado, un joven italiano, de 18 años, estudiante en Segovia y ese mismo día confirmamos el segundo caso en la provincia de Valladolid, ciudadano iraní. Sin embargo, el inicio de las actuaciones de lucha contra coronavirus por parte de la Junta de Castilla y León se produjo casi un mes antes, tratando de adelantarnos a las previsiones que luego se han ido confirmando, lo que nos ha obligado no solo reorganizar nuestro sistema sanitario, para irlo adaptando a la evolución de la pandemia, en todos los ámbitos: recursos disponibles, equipamiento clínico, trabajadores...., sino también adaptar nuestras estructuras administrativas y desarrollar nuevas dinámicas de trabajo para dar respuesta eficaz, rápida y coordinada a las incidencias que se han ido presentando. Pero explicaré más detenidamente todas estas medidas más adelante.

Como he señalado anteriormente, es un virus nuevo, del que vamos aprendiendo día a día. En estas semanas ya hemos descubierto numerosas cuestiones en relación a su origen, forma de transmisión, sintomatología, etc. Pero todavía quedan numerosas incógnitas que descubrir.

Los informes epidemiológicos nos confirman que no es una gripe, como inicialmente parecía a raíz de los datos procedentes de China.

En nuestra Comunidad, epidemiológicamente el virus ha afectado en mayor medida a la población mayor de 65 años (52,1%), mientras que el tramo de edad entre 45 y 65 años supone el 31,9% de casos confirmados, siendo en el grupo de edad de entre 15 y 44 años el 15,7% y una parte muy pequeña, el 0,3% menores de 15 años. El virus ha afectado más a las mujeres, sin embargo, pese a que las mujeres se ven más afectadas, los fallecidos son mayoría hombres siendo su tasa de letalidad de 15,01 frente al 8,46 de las mujeres.

El número de casos a fecha de hoy es el siguiente: casos totales en Castilla y León, 19.028, de los cuales 344 han sido declarados en las últimas 24h. Territorialmente, se distribuyen de la siguiente manera:

Tabla D.G.S.P. (27/04/2020)

Provincia	total	total
Avila	1497	64
Burgos	1764	42
León	2930	27
Palencia	980	36
Salamanca	3087	42
Segovia	2735	15
Soria	1638	66
Valladolid	3724	49
Zamora	673	3
Total	19028	344

Como les he comentado, pese a que ya vamos teniendo cierta información sobre cómo actúa el coronavirus, todavía tenemos dudas en relación a los tratamientos más efectivos, factores de riesgo, marcadores clínicos o serológicos que pueden indicarnos una evolución abrupta o complicada, el tipo de inmunidad que deja en aquellas personas que ya han pasado la enfermedad,.... ¿Depende del huésped y su edad? ¿Depende de la intensidad del cuadro? ¿Cuánto dura? ¿Cuánto protege?

La investigación, tanto epidemiológica como clínica, va a desempeñar un papel primordial en el retorno a la normalidad que tanto añoramos. Ahora mismo vamos a tener que aprender a convivir con este virus durante un tiempo y probablemente debamos pasar a la fase inicial de contención, pero no a la normalidad. Pido a todos los ciudadanos, paciencia y ser

conscientes de la importancia y responsabilidad que tenemos todos y cada uno de nosotros en prevenir la difusión y el contagio de este virus.

Hasta que esa añorada realidad pueda volver, debemos seguir trabajando y consideramos, que la metodología de trabajo y los principios básicos de actuación que hemos desarrollado desde la Consejería de Sanidad seguirán siendo útiles en esta tarea.

Señorías, afrontar una pandemia de esta magnitud, no es algo para lo que nadie esté preparado por sí sólo. En momentos de esta gravedad, contar con un equipo de personas capacitadas y valiosas a tu alrededor puede marcar la diferencia. Quiero agradecer a mi gabinete, al Gerente Regional de Salud, a todos y cada uno de los Directores Generales, al Secretario General de Sanidad, a la gerente de Emergencias, a los directores técnicos, a los coordinadores, a los jefes de servicio de la Consejería y a todos sus trabajadores el haber estado a la altura de las circunstancias en esta situación. Las horas de trabajo han sido numerosas, la presión, en ocasiones, muy intensa, pero cada uno de ellos ha dado lo mejor de sí en esta situación. Mi más sincero agradecimiento.

Nuestros objetivos, desde el inicio, para enfrentar la pandemia han sido los siguientes:

- Disminuir la incidencia de casos nuevos
- Disminuir la prevalencia de la enfermedad
- Disminuir la letalidad de la enfermedad
- Disminuir la mortalidad
- Disminuir las consecuencias y las posibles secuelas de la enfermedad

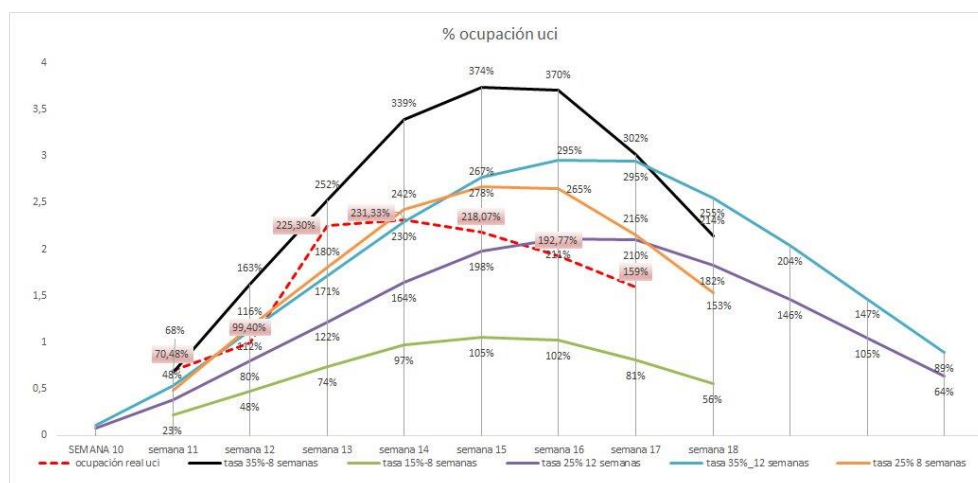
Para poder prever el impacto de la pandemia en nuestra Comunidad, en las primeras semanas, desde la Consejería valoramos con un pequeño grupo de estudio y con un programa diseñado por la OMS para la gripe A (flusurgen), posibles escenarios. Este programa permite, teniendo en cuenta los recursos sanitarios de un sistema, ver cómo se va a ver afectado por la epidemia en su nivel hospitalario. Se estudian tres posibles tasas de ataque del virus en la población: del 35%, 20% y 15%. Y de cada tasa de ataque tres escenarios, medio, mínimo y máximo. Pues bien, enseguida vimos que habíamos debutado con el peor escenario de los posibles con una tasa de ataque del 35% y el escenario máximo.

El resultado por el confinamiento y los planes de contingencia, según los datos observados a posteriori, ha sido que en lo relativo a la tasa de hospitalización, pese a iniciar la pandemia con una tasa de ingreso superior a la tasa de ataque del 35%, a la octava semana ya estábamos por debajo del escenario de ataque mínimo (15%). En lo relativo a los ingresos en UCI, iniciamos las primeras semanas con una tasa de ataque entre las previsiones del 20 y el 35% y finalmente tendríamos una tasa de ingresos entre nuestras previsiones del 15 y el 25% de ataque. Hemos podido soportar las altas tasas iniciales de ataque gracias al gran esfuerzo de reorganización de nuestro sistema. Y de haber seguido así la previsión de fallecidos sería de 4836 en Castilla y León.

DIAPOSITIVA TASA INGRESOS



DIPOSITIVA TASA INGRESOS UCI



Durante estas semanas nuestros principios de actuación han sido claros y una continuación del tipo de gestión que veníamos desempeñando desde el inicio de legislatura pero que quizá, en este tiempo, hayamos profundizado y reforzado nuestra creencia en ellos:

- Toma de decisiones basadas en indicadores y en evidencia científica.
- La planificación como principal herramienta de gestión,
- La transparencia como arma contra la desinformación, la incertidumbre y como un servicio a la ciudadanía,
- El trabajo centrado en las personas.
- Por último, el trabajo en equipo basado en la práctica reflexiva, la organización interna, los criterios científico-técnicos y, por ende, el consenso.

Ya en mi anterior comparecencia en Cortes, allá por el mes de septiembre que tan lejos nos parece a todos ahora, expliqué que uno de nuestros principios fundamentales en toda actuación en esta legislatura sería la toma de decisiones basada en datos y en la evidencia científica disponible. Nunca antes este principio había cobrado tanto sentido. He de decir que un sistema sanitario genera multitud de datos e información que no siempre es sencillo recoger, y mucho menos ordenar, homogeneizar e interpretar. Sin embargo, todas nuestras direcciones generales y gerentes han hecho una labor extraordinaria en cuanto a la disponibilidad de los datos para que cada día pudiéramos tener datos actualizados que nos sirviesen para evaluar el avance de la pandemia, la identificación de áreas concretas donde debíamos tomar medidas urgentes y pistas sobre las áreas en las que debíamos ir anticipando medidas para prevenir problemas en el futuro, que en esta epidemia, podía ser cuestión de un par de días dada su rápida evolución.

Los datos, robustos, coherentes y representativos han sido una de nuestras obsesiones en estos días.

Los datos han sido nuestra base para anticiparnos a problemas futuros. Por ejemplo, nos han permitido monitorizar el inicio de la pandemia y la

necesidad sentida de atención sanitaria con las llamadas diarias al número 900 que pusimos en marcha hace ya tantas semanas; la cantidad de casos que declaraban nuestros médicos de familia en Atención Primaria como Enfermedad de Declaración Obligatoria, pudiendo ver así cuánta gente fuera del circuito hospitalario y con síntomas leves, podíamos tener aislada en sus domicilios; nos han servido para poder comprobar la presión asistencial de los servicios de urgencia, de diferentes servicios y, especialmente, monitorizar la ocupación de las Unidades de Cuidados Intensivos desde su inicio, hasta su capacidad extendida. No debemos olvidar que en Castilla y León hemos reorganizado todo nuestro sistema sanitario para poder dar una cobertura adecuada a las necesidades que se nos han ido planteando. Una Comunidad que ha sido una única área sanitaria durante todas estas semanas y donde todos los gerentes, ya fuera de centros hospitalarios, de Atención Primaria o asistenciales se han apoyado y ayudado mutuamente como si toda Castilla y León fuera responsabilidad de todos y cada uno de ellos.

Sin embargo, los datos, también nos han permitido seguir con un principio fundamental de nuestra gestión y que ya iniciamos hace meses con la creación del Observatorio SACYL: la transparencia.

Durante esta pandemia, era preciso tener una herramienta que cumpliera varias funciones en una: poder ordenar la información para la toma de decisiones y evaluación de la situación en diferentes áreas, y garantizar la información de la forma más directa a la ciudadanía y a los medios de comunicación para que pudieran consultar multitud de datos e indicadores que pudieran ser de su interés, evitando posibles bulos o desinformaciones, que han predominado de manera intensa, especialmente en las semanas más críticas. El *portal de datos abiertos de la Junta de Castilla y León*, cumple esa misión, ofreciendo datos

diariamente, permanentemente actualizados en formato reutilizable. En este portal todos ustedes pueden encontrar la siguiente información:

- Información general de la situación epidemiológica. Casos confirmados y nuevos diarios por provincias y fallecidos por provincias.
- Ocupación hospitalaria: ocupación en planta, ocupación en UCI por hospitales.
- Altas y fallecidos intrahospitalarios por hospital y provincias.
- Ocupación hospitalaria tanto en las unidades de hospitalización convencionales, como en las UCI. Asignación de camas habituales y dotación de camas habilitadas máxima en epidemia de COVID.
- Datos de Atención Primaria como incidencia acumulada en MEDORA, la incidencia acumulada por provincia o incidencia por tramos de edad y sexo. Tasa de enfermedad por 100.000 habitantes por provincia. Porcentaje de incremento diario
- Situación por zonas básicas de salud. Disponemos de un mapa interactivo por Zonas Básicas de salud que permite ver la tasa de enfermedad COVID.
- Sobre mortalidad, tenemos tasas de mortalidad acumulada desde el 1 de marzo por cien tarjetas sanitarias, por ZBS. Número de fallecimientos mensuales (enero-marzo) por provincias en residencias de personas mayores, comparados en los últimos 4 años y comparativa de mortalidad entre los meses de enero a marzo de los últimos años (2017-2020). Fallecidos desde el 1 de marzo acumulados, por provincias. Fallecidos por el total de las causas y con enfermedad COVID.
- Profesionales afectados por COVID, por categoría, provincia, test realizados, test positivos, etc. Profesionales aislados y profesionales dados de alta.

- Desplazamiento de pacientes. Pacientes desplazados desde otras Comunidades a nuestras provincias en los últimos meses.
- Desde el 17 de abril: número de pruebas realizadas a la población general, desagregada por tipo de prueba y provincia dónde se realiza.

Hemos hecho un gran esfuerzo para poder explotar estos datos y ofrecérselos a los ciudadanos y a los medios. Pero consideramos que la información debe seguir siendo un servicio esencial que demos durante esta pandemia. El día 17 de abril incluimos nuevos datos en el portal de la Junta que pueden ser de interés: número de pruebas realizadas a la población, desagregado por tipos de pruebas (PCR o test de anticuerpos) y provincias en las que se realizan las pruebas. Y los datos sobre fallecidos, en los que agregamos por primera vez, y tras cruzar los datos de MEDORA con Tarjetas Sanitaria Individual del Sistema Nacional de Salud desde el 1 de marzo, con datos provincializados en el portal.

Pero el portal no ha sido nuestra única herramienta de información. También hemos dispuesto numerosa información en el *portal de Salud de Castilla y León* (saludcastillayleon.es) que ofrece información dirigida tanto a profesionales del sector sanitario como a los ciudadanos en general.

Además, la Junta de Castilla y León también ha ido facilitando información relativa a otras áreas de gobierno como Familia, Economía o Empleo en el portal de *Comunicación JCyL*.

Desde la Consejería de Sanidad hemos creído que una información veraz y transparente era una buena herramienta para poder resolver numerosas incertidumbres y también combatir la desinformación.

Esta obsesión por la información accesible, también se ha visto reflejada en las numerosas ruedas de prensa que tanto el presidente, el

vicepresidente, otros consejeros y yo misma hemos ofrecido estos días, respondiendo a las numerosas preguntas de numerosos medios de comunicación.

En estos dos meses casi se han alcanzado las cuarenta ruedas de prensa dando datos actualizados, decisiones que se han tomado desde la Consejería de Sanidad y respondiendo a multitud de cuestiones que los periodistas nos han ido planteando, que ascienden a más de 1.000.

Quiero transmitir también mi agradecimiento al equipo de comunicación de la Junta, desde su director, al cámara, técnico de sonido y fotógrafo porque todos son esenciales a la hora poder transmitir la actualidad diaria y los mensajes de salud y autocuidado que hemos querido transmitir en todas y cada una de ellas. Haciendo que éstas no fueran sólo un volcado de información sino que también fueran, de alguna manera, útiles para cualquier ciudadano que pudiera estar escuchándonos. Hemos aprovechado esta oportunidad para también hacer educación sanitaria y educación para la salud resolviendo dudas sobre cómo utilizar los recursos sanitarios, sobre información básica sobre el virus, sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad e informar de las posibilidades que existen para enviar mensajes de apoyo a todos los pacientes ingresados en nuestros centros. Agradecer a todos aquellos que nos han ayudado en estas semanas.

Formar a los ciudadanos en la prevención y actuación contra el COVID ha sido también uno de los objetivos perseguidos al facilitar información. Muestra de ello es también la cantidad de información que hemos colgado tanto en el mencionado portal como en la página web de *saludcastillayleon* tanto para ciudadanos como para profesionales. Ejemplo de la numerosa información que hemos subido a la web es:

- Toda la información para la ciudadanía elaborada desde el Ministerio de Sanidad.
- Un apartado específico explicando qué es el virus, cómo se transmite y cómo protegernos.
- Información sobre cómo lavarnos las manos, cómo hacer la higiene respiratoria y cómo usar la mascarilla cuando sea preciso.
- Información sobre cómo hacer el aislamiento domiciliario.
- Recomendaciones para personas que han estado en contacto o que acudan a los centros de salud y servicios de urgencias-
- Información en lectura fácil para mejorar la accesibilidad a toda esta información.

Hasta hemos subido videos de ejercicios, elaborados por nuestros servicios de fisioterapia y por el Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Castilla y León para que tanto los ciudadanos sin problemas de salud, como aquellos otros con problemas específicos encontrasen ejercicios adaptados a sus necesidades para poder realizar en sus domicilios. Tener ciudadanos y profesionales mejor formados es tener ciudadanos y profesionales con menor riesgo de contagio.

Para conseguir todo esto, nos hemos apoyado en la planificación como principal herramienta de gestión, evaluando y actualizando permanentemente nuestras estrategias, para ajustar las medidas a la evolución de la situación, los Planes de Contingencia en todos los niveles de asistencia sanitaria, los circuitos de tomas de muestras, la realización de test, guías de actuación y protocolos. La planificación y la previsión han impedido que nuestro sistema sanitario colapse. La anticipación a requerimientos asistenciales de alta complejidad y demanda, ha permitido que nuestros centros pudieran contener la oleada de consultas, ingresos y necesidades derivadas del coronavirus. Hemos tenido

momentos muy complicados, pero el sistema sanitario de Castilla y León no se ha visto rebasado por las necesidades sanitarias.

El consenso, por último, ha sido fundamental. Hemos querido consensuar protocolos con nuestro comité de expertos, con el comité de expertos clínicos, con el comité de bioética y también las medidas en el Consejo Interterritorial, y el consenso ha sido la situación predominante en el seno del Gobierno de la Junta durante toda esta pandemia.

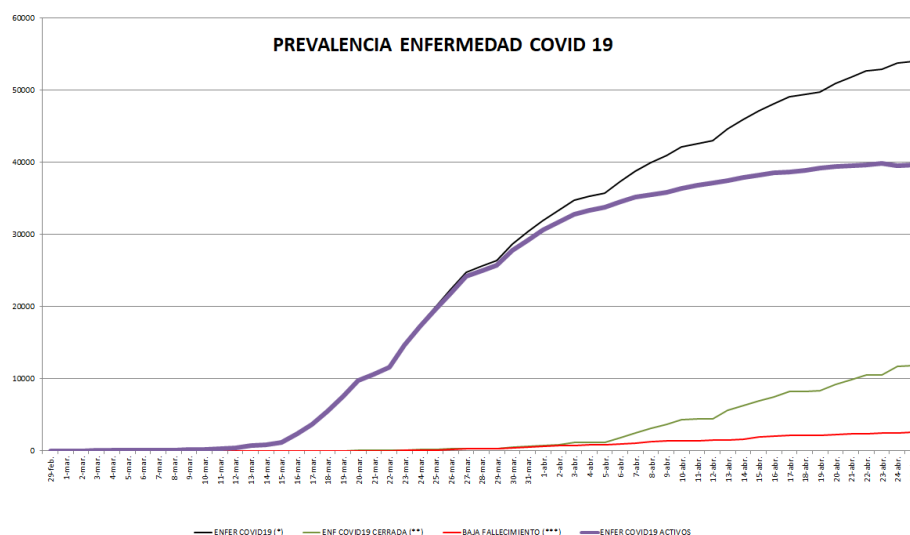
El rigor y el uso de información veraz en la toma de decisiones, la planificación, la transparencia, la acción centrada en las personas y el trabajo en equipo ya formaban parte del ADN del equipo de gobierno de esta consejería desde sus inicios, pero esta pandemia, ha servido para reforzar nuestra creencia en que estos cinco pilares son fundamentales a la hora de afrontar cualquier problema.

Estos cinco pilares y una reorganización de la actividad ordinaria de la Gerencia Regional de Salud, de la Consejería de Sanidad y del resto del Gobierno de la Junta de Castilla y León han permitido afrontar esta pandemia con garantías, permitiendo la puesta en marcha de acciones de manera rápida y eficaz.

Como les he comentado antes, nuestro sistema sanitario se ha reorganizado en pocas semanas, y ello también se ha traducido en una reorganización de todas las estructuras de toma de decisiones, deliberación y actuación. Es esencial comprender esto. La complejidad habitual de un ámbito sanitario se ve incrementada cuando debemos responder ágilmente a una emergencia de Salud Pública. Ha sido un hecho sin precedentes en la historia de nuestra Sanidad. Para que tengan una ligera idea de lo que hablo, quiero darles algunos ejemplos.

En toda esta pandemia, mediáticamente ha tenido mucha importancia la Atención Hospitalaria. Pero no debemos olvidar la actividad que también ha tenido y tiene la Atención Primaria y que la ciudadanía puede seguir llamando a su médico de familia para cualquier consulta sobre el COVID o cualquier otra patología. A través del sistema de información MEDORA, el sistema informático que se utiliza en Atención Primaria, hemos sido capaces de monitorizar la cantidad de casos a los que nuestros profesionales han diagnosticado un posible caso COVID o lo han confirmado.

DIAPOSITIVA DE PREVALENCIA MEDORA



A día de hoy disponemos de 39.672 casos activos y 54038 casos totales declarados en este sistema desde el 29 de febrero. Una cuantía importante sobre la que nuestros profesionales de Atención Primaria, han actuado de diversas formas.

En estos momentos la Atención Primaria realiza:

- Atención a las consultas en los Centros de Salud tanto telefónicas y presenciales a pacientes COVID (circuito de patología respiratoria) como no COVID. Según un estudio de una sociedad científica de medicina de familia cada médico de familia atiende una media de 18 casos de COVID.

- Visita a domicilio si es preciso.
- Seguimiento telefónico de pacientes COVID y no COVID, especialmente pacientes pluripatológicos, con patologías agudas, pacientes mayores, de baja...
- Atención a residentes de los centros socio-sanitarios.
- Seguimiento tras el alta hospitalaria.
- En los aislamientos, realizan el seguimiento y apoyo al resto de la unidad familiar para evitar contagios.

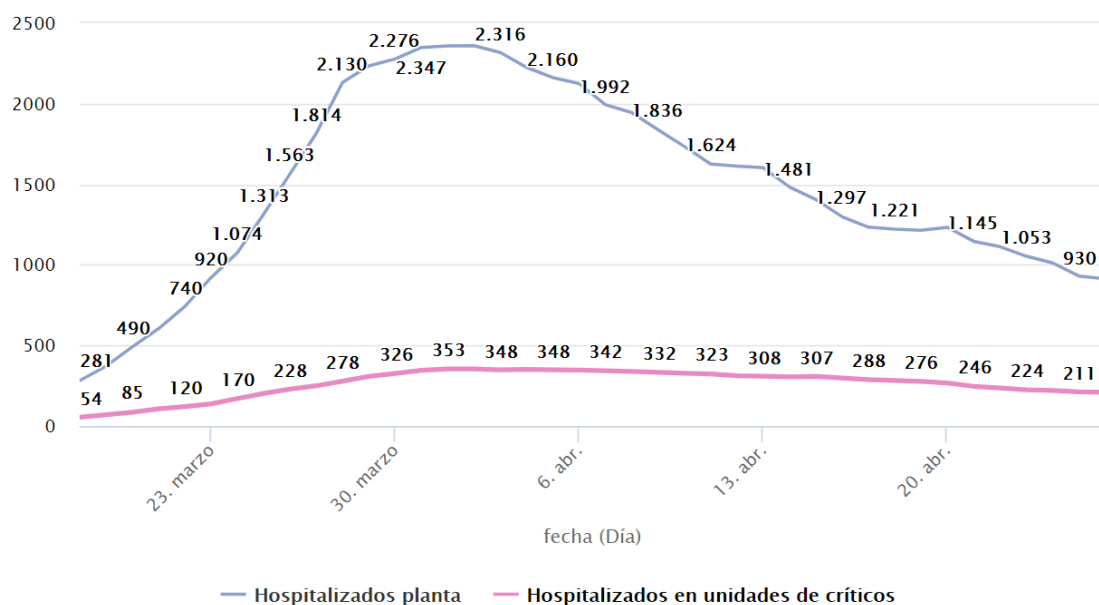
Ejemplos de nuevas estructuras asistenciales que hemos creado en este ámbito son los equipos COVID-AP, que todavía atienden numerosas consultas telefónicas tanto solicitando información como consultando sobre sus síntomas, además de hacer seguimiento telefónico a personas aisladas en sus domicilios; los equipos COVID-residencias, un equipo multidisciplinar que se compone de médico y enfermera de Atención Primaria y profesionales del hospital, como por ejemplo especialistas en paliativos, que están visitando todos los centros socio sanitarios que precisan de su apoyo para garantizar una correcta asistencia a sus residentes.

Otra estructura que ha sido de mucha utilidad en el inicio de la pandemia ha sido el COVID-car, un sistema rápido de toma de muestras que nos permitía agilizar la recogida y gastando pocos equipos de protección.

El servicio de emergencias también se ha reinventado y ha aumentado su capacidad de atención. Además de organizar con gran acierto el traslado y manejo de pacientes que padecían emergencias no relacionadas con el COVID, que han seguido dándose, ha gestionado eficazmente la toma de muestras y el transporte separado de los pacientes con COVID o sospecha de éste. Además, ha sido responsable de la puesta en marcha del teléfono 900, un sistema que nos ha servido de guía/detector para pulsar la realidad en cuanto al aumento de

demanda asistencial. También ha habilitado diferentes dispositivos para trasladar pacientes COVID con todas las garantías, como por ejemplo un helicóptero, o pacientes de unidades críticas de una provincia a otra cuando ha sido preciso drenar las unidades de cuidados intensivos que estaban más saturadas.

DIAPPOSITIVA – PORTAL HOSPITALIZADOS y UCIS (PORTAL)

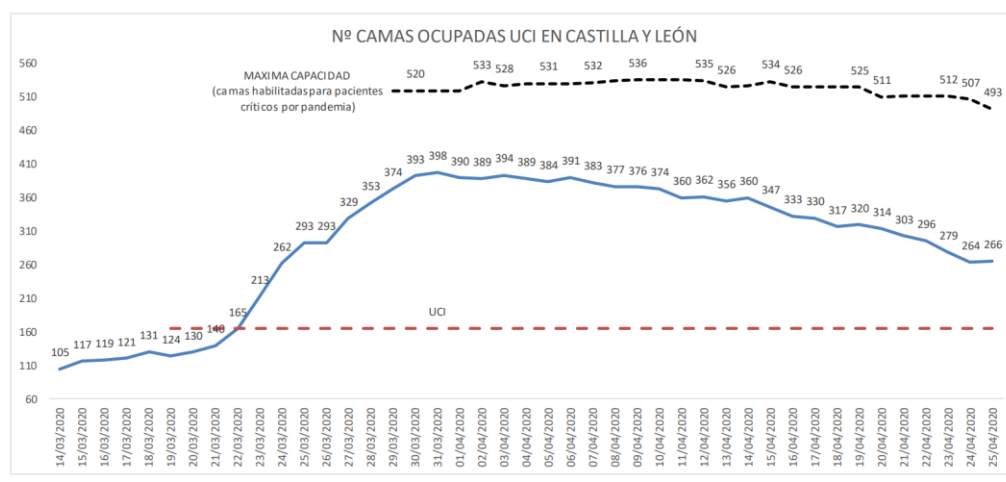


El ámbito hospitalario ha sido quizá la parte más visible de toda esta reorganización.

En los servicios de urgencias se han puesto en marcha los sistemas de triaje, para separar los pacientes COVID de los no COVID.

Además del aumento sustancial de camas destinadas al COVID, merece una mención aparte el tremendo esfuerzo que gerentes, jefes de servicio y profesionales de las unidades de cuidados intensivos han desempeñado en estas semanas para aumentar la capacidad de nuestras UCIs hasta cuadruplicar su capacidad inicial.

DIAPPOSITIVA – OCUPACIÓN DE CAMAS UCI Y NÚMERO DE UCIS EXTENDIDAS.



Las UCIs extendidas, que tanto hemos mencionado en estas semanas, son una extensión de los servicios habituales de cuidados intensivos que todos conocemos, pero se han ido ocupando otros espacios que inicialmente estaban destinados a otras funciones, para poder aumentar el número de plazas totales para atender pacientes graves y críticos. Tal ha sido el esfuerzo que hemos pasado de 166 camas iniciales en unidades de cuidados intensivos a contar con 536 camas en el conjunto de la Comunidad, un 322% de la cifra inicial y cuya ocupación máxima ha llegado a 398 pacientes en el momento de mayor presión. Se han ocupado espacios de REA, URPA, quirófanos... Aquí quiero volver a recordar cómo los profesionales de estas unidades han mostrado una profesionalidad, compromiso y esfuerzo dignos de mención.

Pero esta reorganización, no sólo se ha producido en el ámbito asistencial. A nivel organizativo desde el Gobierno de la Junta a los servicios de la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional se han reorganizado y creado nuevas estructuras. Por ejemplo, como órganos de colaboración entre varias consejerías y el Gobierno, se ha creado el Comité de Gobierno de crisis, el Comité Interdepartamental, el Grupo autonómico para la desescalada. Dentro de la Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud todas las Direcciones Generales han asumido nuevas funciones, se ha creado el Comité de Expertos para el

Asesoramiento Frente al Coronavirus en Castilla y León, el Comité de Expertos Clínicos, el Comité Técnico, previsto por el Plan de Prevención de Riesgos Laborales y las figuras del coordinador de los Servicios de Microbiología y del Coordinador de Unidades de Críticos. Se ha mantenido contactos con comités ya existentes como el comité de Bioética.

DIPOSITIVA DE ORGANIGRAMA EXTENDIDO



En estas semanas el ejecutivo regional ha modificado su forma habitual de trabajar durante los primeros meses de legislatura, y que detallaré someramente ya que algún otro miembro del Gobierno podrá dar mejor cuenta de la organización general del gobierno de la Junta. Sin embargo, no quiero pasar sin destacar la creación de un ***Comité de Gobierno de crisis***, un órgano ejecutivo en el que nos reunimos diariamente de forma telemática el Presidente, el Vicepresidente y los Consejeros cuyas competencias resultan más afectadas por la crisis: Sanidad, Economía y Hacienda y Fomento y Medio Ambiente, que nos está permitiendo tomar decisiones inmediatas y coordinar nuestros esfuerzos.

Se ha creado también el **Comité Interdepartamental**, que, bajo la coordinación de la Consejería de Sanidad, reúne a miembros de todas las consejerías para tratar temas específicos sobre COVID-19, creado antes de la declaración del estado de alarma para elaborar los planes de contingencia en los ámbitos de cada Consejería, que continúa trabajando en la adecuación de las medidas a cada una de las áreas de la administración regional.

Destacar también que en las últimas semana se ha creado el **Grupo de trabajo autonómico para la Estrategia de la Fase de Transición o desescalada** del que hay varios miembros de la Consejería de Sanidad, y representantes de otras consejerías como de Transparencia, Ordenación del Territorio y Acción Exterior, de la Consejería de Empleo, de la Consejería de Economía y Hacienda y de la Consejería de Fomento y Medio Ambiente. Este grupo tiene como principal objetivo el diseño de propuestas para la vuelta progresiva a la normalidad.

Si estos son grupos externos a la Consejería de Sanidad creados con el fin de dar respuesta a necesidades que han surgido con el COVID19, la propia Consejería de Sanidad y la Gerencia Regional de Salud han modificado sus funciones y dinámicas de trabajo, de acuerdo a las necesidades que han ido surgiendo, aumentando sus responsabilidades previas pero también adquiriendo nuevas funciones cuando ha sido preciso y se han creado estructuras nuevas.

Quiero explicarles someramente cómo nos hemos adaptado y las responsabilidades que cada Dirección ha asumido en esta pandemia:

- a) El **Gerente Regional de Salud**, Manuel Mitadiel, ejerce la coordinación de las cuatro Direcciones Generales que dependen directamente de él. Así mismo ejerce un papel central de enlace con los responsables provinciales, dicta instrucciones en materia

de personal y asume la coordinación con los gerentes de Atención Primaria, de hospitales y asistenciales con los que mantiene contacto diario. Así como con la Gerencia de Servicios Sociales y otras instituciones implicadas en la lucha contra la pandemia.

- b) La **Secretaría General de Sanidad**, bajo la dirección de Israel Diego Aragón, centraliza la contratación de emergencia y las compras del material necesario en España y terceros países, apoyada por la Consejería de Fomento y Medio Ambiente, y asume labores esenciales de control del gasto, el control de la calidad de las compras, el soporte técnico, administrativo y económico-presupuestario al resto de departamentos y supervisa legalmente todas las órdenes emitidas.
- c) Dentro de la Consejería, la **Dirección General de Salud Pública**, dirigida por María del Carmen Pacheco, ha sido vital en desde el inicio de la pandemia en la detección y seguimiento de casos y en la investigación epidemiológica para encontrar los focos de infección antes de pasar a la situación de mitigación y transmisión comunitaria. En esta fase continúa haciendo dicho seguimiento, y supervisa protocolos de diferentes ámbitos relativos a la salud pública. Ha dictado numerosas órdenes de Salud Pública y también coordina el grupo de expertos y el grupo interdepartamental.
- d) Dentro de la Gerencia, desde la **Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria**, dirigida por Alfonso Montero, y sus tres direcciones técnicas de Atención Primaria y Derechos de los Usuarios, Atención Integral de Urgencias y de Cuidados y Hospitalaria y de Programación Asistencial, se coordina el desarrollo de protocolos de atención a los pacientes

en todos los niveles, realiza la monitorización y distribución de los recursos asistenciales, organiza los equipos COVID en Atención Primaria y residencias, realiza seguimiento diario del plan de contingencia, elabora los pronósticos de impacto e implementa el Equipo de Respuesta Inmediata (ERIC).

- e) La ***Dirección General de Profesionales***, bajo el mando de Mercedes Pérez de Miguel, y sus dos direcciones técnicas, la Dirección técnica de régimen jurídico y dirección técnica de formación y desarrollo profesional, junto con el servicio de prevención de riesgos laborales, ha definido los protocolos de protección y aislamiento para los profesionales sanitarios y no sanitarios y colabora con otras consejerías en el establecimiento de los requisitos técnicos para la fabricación de EPIs. Desarrolla toda la normativa relativa a recursos humanos, contratación de personal y voluntarios, manteniendo una relación constante con los sindicatos.
- f) La ***Dirección General de Infraestructuras y Tecnologías de la Información***, dirigida por María Ángeles Cisneros Martín, con sus direcciones técnicas de Infraestructuras y Tecnologías de la Información, ha sido esencial a la hora de poder preparar instalaciones para la ampliación de unidades de críticos, la compra de equipamiento clínico, dotar a los diferentes departamentos de servicios tecnológicos. También ha tenido relevancia a la hora de adaptar los programas de gestión clínica a las necesidades específicas del coronavirus, facilitar el acceso a teletrabajo a todas las categorías profesionales, incorporar el test de autoevaluación COVID 19 y facilitar el acceso a las hojas de medicación a través de la App móvil SACYL CONECTA, la transmisión vía telemática al INSS de las bajas laborales

evitando acudir al centro de salud y centralizar la información de las pruebas Covid en un único sistema centralizado. Importante también su gestión para la puesta en marcha de los diferentes números 900 al servicio de los ciudadanos, así como el acceso a los grupos Covid de Atención Primaria a través de cita previa. Ha puesto en marcha una app para hacer llegar de una forma eficiente la información a los profesionales.

g) La ***Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica***, bajo el mando de José Ramón Garmendia Leiza, y sus direcciones técnicas de Prestación Farmacéutica y Sistemas de Información, Calidad e Innovación está jugando un papel muy relevante a la hora de poder analizar la situación diaria y establecer canales de información robustos y rigurosos para tener al momento información detallada sobre lo que sucede en los centros hospitalarios y en los centros de salud. También canaliza la comunicación con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y coordina, supervisa o participa en 13 proyectos de investigación, 7 proyectos financiados por el Instituto de Salud Carlos III y 8 ensayos clínicos. Esta dirección trabaja en la calidad y homologación de los Equipos de Protección Individual (EPI) que se han utilizado en las fases iniciales de la epidemia y con la inspección en la gestión de la Incapacidad Laboral por coronavirus, junto con los servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

h) Por último, pero no menos relevante, la ***Gerencia de Emergencias Sanitarias***, dirigida por Flor de Castro Rodríguez, y sus Direcciones Asistencial y de Gestión. Son los responsables de la gestión del Centro Coordinador de Urgencias

y del Centro Coordinador 900 de atención a COVID. **Para poder mantener su operativa habitual** se ha tenido que: **1)** Realizar el refuerzo tecnológico y humano del Centro Coordinador de Urgencias (CCU-Sacyl), **2)** Adaptar los procedimientos de trabajo de este CCU a la demanda del paciente que llegaban por los teléfonos 112, 061 y desde el CCU-900 , **3)** Reforzar los procedimientos de triaje telefónico para establecer el recurso y el circuito de traslado más adecuado, **4)** Crear dos circuitos de traslado de pacientes: circuito de pacientes no COVID y circuito de pacientes COVID, incorporando para este último 27 nuevos recursos a los ya existentes. Se trata de las Unidades-Covid. Además, se han adaptado los 3 Helicópteros Sanitarios (HEMS). Además se ha incrementado la operativa de 11 Unidades de Soporte Vital Básico pasando de 12 o 14 de operatividad a 24 horas (6 de estas USVB son de ZBS rurales o semiurbanas) **5)** Gestionar, mediante el desplazamiento de unas Áreas Sanitarias. **6) Creación de un centro telefónico de respuesta exclusivo para el COVID-19 (CCU-900)**

En lo tocante a mi función como Consejera, hemos celebrado reuniones diarias del Consejo de Dirección de la Consejería, del que forman parte, entre otros miembros, el Gerente Regional, los Directores Generales, los directores técnicos, la Gerente de Emergencias, el responsable de UCIs y personal técnico, para fijar la planificación normativa, estratégica y táctica de la Consejería, fijar el trabajo con Gerentes y expertos de manera constante teniendo un alto volumen diario de toma de decisiones.

También se ha mantenido contacto diario y reuniones semanales con todos los gerentes de área, gerentes de hospitales y gerentes de Atención Primaria y asistenciales de SACYL, a fin de coordinar nuestra

actuación y dirigir las principales líneas estratégicas de actuación. Cerca de mí han estado dos personas clave: Ricardo Pérez Alamillo (jefe de gabinete) y Teresa Zurro (jefa de prensa), facilitándome el trabajo de coordinación interna, externa y comunicación.

La Consejería de Sanidad también ha tenido una importante labor de participación en foros de decisión y deliberación.

Desde el 1 de marzo, hemos asistido a quince sesiones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se ha mantenido contacto permanente con el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias del Ministerio de Sanidad, el Centro Nacional de Enlace, el Centro Nacional de Microbiología y la Subdirección General de Sanidad Exterior.

Quiero señalar aquí la relación constante y fluida que se ha mantenido tanto con el Ministerio de Sanidad como con sus directores. Su actitud ha sido de colaboración y predisposición constante. Reconocer la cercanía con el Ministro especialmente en las situaciones dramáticas como lo ha sido el fallecimiento de nuestros profesionales.

Se ha participado en órganos de vigilancia epidemiológica como la *Ponencia de Alertas y Emergencias Sanitarias* y la *Ponencia de Vigilancia*. Y en las últimas semanas también se está participando en el *Grupo Técnico de Comunidades Autónomas para la Estrategia de la Fase de Transición*, el conocido como “*Comité Nacional de Expertos para la desescalada*”, un grupo técnico del Consejo Interterritorial de Sanidad, del que forman parte en representación de Castilla y León, el Vicepresidente de la Junta, Francisco Igea, e Ignacio Rosell, especialista en la materia y miembro de dos de los comités asesores de la Consejería, y que ya ha celebrado dos reuniones, la última el pasado viernes.

Pero una de las actuaciones que más nos preocupaba era aglutinar el talento y el conocimiento que sabemos que existe en nuestra Comunidad, a fin de poder disponer de expertos que nos asesorasen en diferentes ámbitos de lucha contra el COVID. Por ello, desde la Consejería de Sanidad creamos diferentes órganos asesores especializados:

El ***Comité de Expertos para el Asesoramiento Frente al Coronavirus en Castilla y León***, integrado por destacados especialistas de distintos ámbitos sanitarios de la Comunidad concebido como un órgano técnico multidisciplinar que facilita un intercambio rápido de información sobre la evolución de esta enfermedad, permite valorar y analizar su evolución y proponer medidas basadas en la experiencia y el conocimiento profesional de sus miembros. Todos sus componentes, son profesionales especialistas en diferentes especialidades tales como medicina preventiva, medicina de familia, microbiólogos, internistas, urgenciólogos, neumólogos, personal de enfermería, veterinarios o farmacéuticos, entre otros, con una reconocida trayectoria y prestigio que avalan, más que de sobra, su pertenencia a este grupo.

El ***Comité de Expertos Clínicos***, integrado por profesionales sanitarios que están día a día tratando pacientes COVID-19 para diseñar y definir protocolos de despistaje, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y cuidados a la luz de las evidencias del resultado de las distintas estrategias sanitarias. Sus componentes abarcan desde especialistas en medicina de familia a internistas y expertos en enfermedades del sistema inmune o enfermedades infecciosas.

El ***Comité Técnico, previsto por el Plan de Prevención de Riesgos Laborales*** frente a casos de infección por nuevo coronavirus, para coordinar las actuaciones precisas para combatir la enfermedad y garantizar la seguridad y salud de los profesionales, tomando

importantes decisiones casi un mes antes de la aparición del primer caso confirmado en Castilla y León, como, por ejemplo:

- Análisis del material disponible en los centros sanitarios.
- Dotación de Equipos de Protección Individual en Atención Primaria mediante envíos realizados desde Hospitales
- Análisis de la disponibilidad de habitaciones en centros hospitalarios.
- Determinación de Hospitales de referencia.
- Puesta en marcha del teléfono de 900 222 000 para prestar información a la población.
- Organización del circuito de la toma de muestras en domicilios.

Para poder coordinar la actividad tan intensa que estamos teniendo en todos nuestros laboratorios y servicios de microbiología, se designa al doctor José María Eiros, Jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Río Hortega y Catedrático de la Facultad de Medicina, un microbiólogo experto nacional e internacional en virología, como ***Coordinador de los Servicios de Microbiología***.

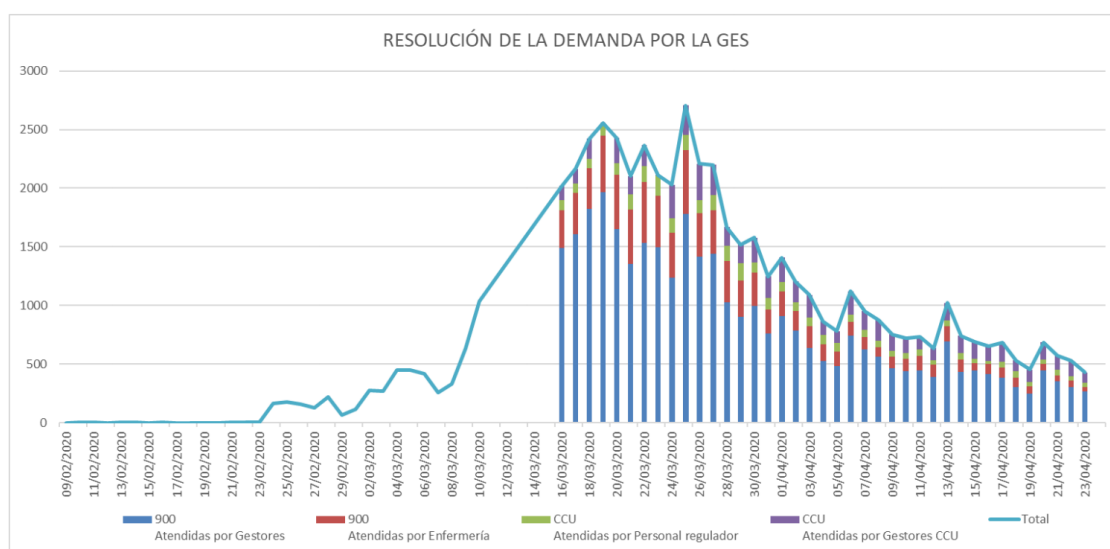
Y desde el punto de vista asistencial, se ha creado la figura del ***Coordinador de Unidades de Críticos***, que ocupa Dr. Jesús Blanco, profesional de reconocido prestigio que se está encargando de coordinar la actividad de estas unidades y supervisar sus necesidades a diario y varias veces al día.

Una vez explicada la organización de actuación de la que nos hemos dotado para actuar frente al coronavirus creo que es importante que sus señorías conozcan las medidas que hemos ido implementando semana a semana en función de las necesidades que la situación epidemiológica y la presión asistencial requerían.

Existen necesidades que han sido precisas gestionar de forma permanente durante toda esta pandemia que van desde las necesidades de información y atención ágil de la ciudadanía, la necesidad de que existieran equipos de protección individual suficientes para los profesionales sanitarios y sociosanitarios, necesidades de personal especialmente en las unidades de cuidados críticos, necesidades de equipamiento médico concreto como han podido ser los respiradores, la necesidad de contar con test de detección de diferentes tipos y la mejora de las tecnologías de la información para mejorar la estancia de nuestros pacientes y la labor de nuestros profesionales.

Desde el inicio de la pandemia, las **necesidades de informar y atender ágilmente a la población** han sido crecientes, Y especialmente en los días que han rodeado a la declaración del Estado de Alarma y las semanas siguientes con el aumento de la demanda asistencial y casos. Para mejorar en este ámbito, pusimos en marcha el pasado 9 de febrero el teléfono 900 222 000, el teléfono de atención a personas que pudieran tener síntomas o haber estado en contacto con algún caso positivo pero que también ha servido para proveer de información y canalizar dudas a otros profesionales.

DIPOSITIVA TELEFONO 900 Informe ARNILLAS



Este teléfono, gestionado por el servicio de emergencias, ha sido un recurso muy importante a la hora tanto de medir la necesidad de asistencia poblacional respecto al COVID, orientar su abordaje así como para dar respuesta a miles de consultas y evitar acudir a los centros donde se podía incrementar la transmisión del virus. También nos ha servido de guía al ser de los primeros elementos del sistema que notaban el aumento de presión. El volumen de llamadas recibido durante los días de mayor actividad, allá por la última semana de marzo y principio de abril, alcanzaban las 3.000 llamadas entrantes a la hora. El teléfono 900 se ha mostrado como un servicio eficaz, que ha sido capaz de dar respuesta a 48.382 llamadas hasta el pasado viernes. Este servicio, ha supuesto una importante movilización de recursos desde la Gerencia de Emergencias:

- Se han incrementado las líneas en 90 adicionales.
- Se han incorporado 8 puestos de regulación adicionales a los 18 existentes
- Se ha reforzado el Centro Coordinador de Urgencias con 60 operadores más
- Se han incorporado 9 sanitarios más para la atención de llamadas. Estando entre ellos un epidemiólogo.

Otra necesidad que rápidamente percibimos era que los ciudadanos querían conocer si podían tener o haber contraído el coronavirus. Para ello creamos un auto-test en nuestra página web, que también integramos en la aplicación SACYL conecta y que durante estas semanas ha alcanzado las 364.919 visitas.

En cuanto a la mejora de la calidad asistencial, también nos ha preocupado actuar contra la soledad y las situaciones diferentes que los pacientes ingresados podían vivir en estas semanas. Por ello, hemos

puesto en marcha un Plan de Humanización que gira en torno a las siguientes medidas:

1. En pacientes críticos en los que se prevea un fallecimiento próximo garantizar el acompañamiento de un familiar que pueda acompañar al paciente y evitar que fallezca en soledad.
2. Fomentar la orientación de los pacientes permitiendo que tengan objetos personales en la habitación.
3. Ofrecer a los pacientes servicios de televisión en abierto.
4. Fomentar el ejercicio físico pasivo por medio de los fisioterapeutas.
5. Organizar actividades de entretenimiento para los pacientes aislados.
6. Animar a los pacientes en aislamiento a que expresen sus sentimientos, emociones y vivencias en forma de cartas, poesías, dibujos, etc., con el fin de aliviar la ansiedad y preocupación.
7. Fomentar la entrega de mensajes que la población general pueda realizar, de forma anónima, para animar y hacer más llevadero el aislamiento. Para ello se habilitó un email, **apoyoafectadosCOVID19@saludcastillayleon.es** que ya ha recibido 973 de mensajes de apoyo.

Cuidar a nuestros profesionales no sólo ha sido cuestión de dotarles de equipos de protección. También hemos puesto en marcha un **programa de apoyo psicológico para la intervención en la pandemia por coronavirus en Castilla y León**, dirigido a prestar apoyo tanto a los profesionales de los distintos niveles asistenciales, especialmente a aquellos en primera línea de atención, sometidos a situaciones de alto impacto emocional, a través de una línea telefónica única a nivel de Castilla y León, atendida por psicólogos que prestan el primer apoyo y, si es preciso, derivan a los profesionales de cada una de las áreas de referencia para que el seguimiento se realice por los profesionales.

Ya estamos atendiendo a 514 profesionales de hospitales, 72 de Atención Primaria, 69 de residencias, 412 pacientes hospitalizados, 238 pacientes aislados en domicilio, 641 familiares de pacientes hospitalizados y 125 familiares de pacientes en aislamiento domiciliario.

También se ha habilitado un número 900 para atención psicológica a los pacientes y a sus familiares, especialmente de fallecidos. El teléfono al que pueden llamar es el 900 40 50 30.

Ya en cuanto a necesidades continuas relativas a la gestión, quiero hacer una mención especial a los tres temas que más nos han preocupado: equipos de protección, respiradores y test.

Quiero enmarcar todo lo que explicaré a continuación en las premisas que han sustentado y condicionado nuestras actuaciones. Castilla y León posee una población envejecida y dispersa, y motivo de ello es que desde finales de enero ya estuviésemos publicando los primeros protocolos de atención a pacientes contagiados por COVID y a principios de febrero pusiéramos en marcha el teléfono 900. Nuestra situación geográfica ha tenido clara influencia en cuanto a la propagación de la epidemia: nuestra cercanía a Madrid de provincias como Segovia o Ávila, la cercanía a dos focos importantes, La Rioja y Álava, de provincias como Burgos y Soria y la llegada de ciudadanos de estas provincias con la declaración del Estado de Alarma, 3.956 ciudadanos de Madrid 1.195 de País Vasco, pueden haber sido claros condicionantes. De ahí, nuestra insistencia desde el 9 de marzo en el seno del Consejo Interterritorial en que el Gobierno limitase la movilidad desde estas provincias, por ejemplo, cancelando el AVE desde Madrid, o que las medidas de aislamiento y prevención publicadas por el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades se aplicarán a la vez, no de una en una. Pedimos incluso que se declarase el Estado de Alarma en Castilla y León antes de que el Gobierno de la Nación tomase la decisión

para el conjunto del país. Estas condiciones determinaron la evolución de la pandemia en Castilla y León y nuestra actuación en diversos ámbitos.

En lo relativo a los equipos de protección, la necesidad de disponer de ellos en cantidad suficiente para todos nuestros profesionales ha sido y es una de las principales preocupaciones de esta consejería. Hemos trabajado, sin descanso, para que pudiéramos hacer llegar lo antes posible suficientes equipos de protección a todos los centros y profesionales según las necesidades de sus servicios. En este ámbito han confluído situaciones muy complejas que han dificultado extraordinariamente esta tarea.

En febrero sabíamos que las existencias de material de protección para el Ébola en nuestros centros:

Existencias Equipos Protección Febrero 2020

	UNIDADES
MASCARILLAS QUIRÚRGICAS	514.926
MASCARILLAS FFP2	12.136
MASCARILLAS FFP3	7.771
BATAS IMPERMEABLES PLASTIFICADAS	22.800
GAFAS MONTURA INTEGRAL O ANTISALPICADURAS	9.607
PANTALLA PROTECTORA OCULAR Y FACIAL	122
GUANTES	2.805.959
EPIs COMPLETOS	108

BUZOS	2.266
MANDILES	2.512
CALZAS	12.029
SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS	3.430

Pero intuíamos que esto no iba a ser suficiente. El Ministerio nos comunicó que se iban a realizar compras centralizadas de equipos de protección desde el mes de febrero, la inconcreción de fechas en la celebración de estas compras y el aumento de necesidad, nos lleva el 9 de marzo a solicitar formalmente al Ministerio equipos de protección, en concreto 14.000 mascarillas FFP2, 7.000 FFP3 y 12.000 mascarillas quirúrgicas. Situación que no se concreta en los días siguientes y nos motiva a empezar a buscar alternativas a esta falta de equipos. Es entonces, cuando se declara el Estado de Alarma.

El 14 de marzo, contamos en nuestra Comunidad Autónoma con 223 casos confirmados, teniendo todavía una proporción pequeña de ellos ingresados y con las necesidades de equipos de protección cubiertas. Sin embargo, es con la declaración del Estado de Alarma ese día, cuando se atribuye legalmente al Ministerio de Sanidad, como competente y responsable para la compra de todos los suministros sanitarios en todo el territorio nacional, con prohibición expresa a las Comunidades Autónomas de continuar con la adquisición de material. Desde ese momento, la Consejería de Sanidad requirió de forma reiterada al Ministerio el suministro de todo el material necesario, pero que al formularse de forma simultánea por todas las Comunidades, tuvieron una respuesta limitada.

Dados los problemas de suministros, a partir del día 17 de marzo de 2020, se vuelve a autorizar a las Comunidades Autónomas para adquirir el material sanitario necesario, pero en ese momento, recordemos que

otros países europeos e incluso en Estados Unidos comienzan los casos, ya se había producido el desabastecimiento del mercado mundial por rotura de estocaje en todos los productos demandados, lo que ha supuesto un obstáculo importante para la adquisición de los mismos por parte de esta Consejería.

Ello no impide que al día siguiente, 18 de marzo, desde la Consejería de Sanidad ya se formalicen compras de equipos de protección individual realizando un gran esfuerzo, insisto, desde la Secretaría General de esta Consejería, dada la compleja situación del mercado internacional. Desde entonces y hasta el día de hoy hemos seguido comprando equipos de protección, para asegurar el abastecimiento de este material.

Sondear las compras con totales garantías, asegurar su calidad, organizar el transporte y organizar los pagos, en un momento tan complejo como el que se ha dado ha supuesto que la Secretaría General de Sanidad y su equipo estuvieran despiertos hasta altas horas de la madrugada tratando con los bancos para canalizar las compras o para poder tener el contacto más ágil posible con los proveedores chinos y agilizar la compra y el envío de pedidos.

A fecha de hoy, ya hemos gastado un total de 33,7 millones de euros en la compra y transporte de estos equipos de protección y que nos han permitido repartir 31,35 millones de unidades de equipos de protección tanto al ámbito sanitario, como al sociosanitario e, incluso, a farmacias e industria esencial durante las semanas de mayor confinamiento. En total hemos repartido 13.853.220 mascarillas quirúrgicas, 2.601.287 FFP2, 477.408 FFP3, 11.380.355 guantes, 767.299 batas, 360.511 monos, 273.983 gafas, 341.434 pantallas de protección facial, 459.570 calzas o 75.965 botes de gel hidro-alcohólico, entre otros.

La previsión presupuestaria hasta diciembre de 2020 para la adquisición de estos materiales de protección individual que asciende a 56,3 M€, con lo que el gasto total en EPIs para este año se elevaría a 90 millones de euros.

Otro frente importante en cuanto a la gestión de recursos fue **dotar a nuestros servicios y unidades de críticos del equipamiento clínico y material sanitario necesario.**

Al igual que lo sucedido con los equipos de protección, hemos realizado desde el comienzo de la pandemia los mayores esfuerzos para garantizar la dotación del equipamiento sanitario necesario, a pesar de las grandes dificultades que ha presentado el mercado internacional

En estas semanas se han realizado, entre otras, las compras de equipamiento clínico con una inversión superior a los 4,5 millones de euros que, en cuanto se recibe, es distribuido entre los distintos hospitales de nuestra comunidad, en función de las necesidades manifestadas por cada uno de ellos. En total hemos comprado el siguiente material médico:

- 100 equipos respiradores
- 30 mesas de anestesia
- 15 equipos portátiles de radiodiagnóstico
- 36 ecógrafos portátiles.
- 1 TAC
- 200 pulsioxímetros y 100 aspiradores

- 250 electrocardiógrafos móviles adquiridos a través de IECSCYL con fondos recibidos de donaciones. Las donaciones ascienden a 267.207 euros y quiero agradecer a los donantes.

A ello hay que añadir 78 respiradores de transporte y 24 respiradores invasivos proporcionados por INGESA. En este aspecto, el apoyo del Ministerio y de INGESA ha funcionado correctamente.

Otra necesidad que en estas semanas cobra mayor relevancia si caben son **los test de diagnóstico**. Desde el inicio de la pandemia hemos contado con las pruebas de detección molecular, las denominadas PCRs, pero según han avanzado las semanas hemos contado con otros tipos de pruebas y quiero hacer una serie de aclaraciones al respecto:

- Se ha hablado de test masivos cuando se ha hablado de hacer estudio de seroprevalencia.
- No hay ninguna prueba diagnóstica al 100 % segura.

Disponemos de varios tipos de test, los cuales cada uno tiene unas indicaciones específicas y unos tiempos de utilización concretos:

- La PCR nos dice si alguien tiene virus en la nasofaringe. Si es positiva es muy probable que contagie y si es negativa, no. Sirve para las personas con síntomas, o para asegurarnos de una persona no está eliminando virus en ese momento. Útil en: trabajadores sanitarios y socio-sanitarios; pacientes que van a ingresar, que se van a operar, etc.
- La prueba de Anticuerpos totales mide las defensas que tenemos ante el COVID. Sirven para saber si ha habido contacto con el

virus, pero no en qué fase estamos. Sirve para estudiar a pacientes con síntomas de más de una semana. Sirven para estudiar comunidades como residencias, centros penitenciarios, etc., y valorar el estado de inmunidad de esa comunidad.

- Después tenemos una serie de pruebas específicas sobre diferentes anticuerpos y que se hacen de manera simultánea:
 - IgM: Permite detectar las defensas que aparecen precozmente, a partir de 5-7 días de la infección y desaparecen a las 2-3 semanas. Si son positivas, se confirma el contacto con el virus, que es reciente, y que esa persona puede contagiar. Es útil en personas con síntomas de más de una semana de evolución,
 - IgG: Permite detectar las defensas que aparecen más tarde (a partir de la 2ª semana) y duran mucho tiempo. Si son positivas nos confirman el contacto con el virus y que ya ha pasado tiempo. Si la IgM es negativa, esa persona está “protegida” y no contagia.

Desde la Consejería de Sanidad hemos trabajado arduamente para aumentar progresivamente nuestra capacidad de realización de estas pruebas dada su importancia. Se ha provisto de la capacidad de realizar esta prueba a todos los centros hospitalarios, algunos con capacidad más reducida y también hemos incorporado a todas las universidades públicas de Castilla y León y el Laboratorio Regional de Sanidad Animal CyL.

Quiero agradecer aquí el trabajo que todos los servicios de laboratorio y microbiología han realizado en estas semanas.

Desde el 17 de marzo, cuando se volvió a autorizar a las Comunidades Autónomas para adquirir el material sanitario necesario, la Consejería de Sanidad ha invertido cerca de 3,4 millones de euros en la compra de test de diagnóstico, realizando las primeras compras desde el mismo día 18 de marzo. En total, se han comprado 453.582 unidades de test de diagnóstico, de los cuales 45.432 son de tipo PCR y 408.150 son de detección de anticuerpos IgG/IgM. Aquí debemos señalar que el Ministerio de Sanidad ha realizado un envío de 124.000 test de anticuerpos totales que también están siendo utilizados en estos días y justifican en buena parte el aumento de casos detectados en la última semana.

Lo primero de todo, quiero dejar claro que en estos momentos no se están haciendo test de forma masiva a la población. Lo que desde el Ministerio se pudo denominar como tal en un principio es el estudio de seroprevalencia, que empezamos esta semana y que realizaremos en las próximas semanas. Si hemos aumentado el número de test que estamos haciendo en las últimas semanas con test que son más rápidos que las conocidas como PCR que hemos utilizado desde el principio. Los test de anticuerpos que nos ha remitido el Ministerio de Sanidad en las últimas semanas nos han servido para poder evaluar las residencias sociosanitarias, a sus trabajadores y poder hacer también pruebas en Atención Primaria dado que sólo necesitan un poco de sangre para su realización. Sin embargo, volvemos a señalar que los protocolos del Ministerio de Sanidad y los de la consejería no aconsejan los cribados poblacionales en personas asintomáticas en estos momentos.

Estas compras, unidas al aumento de capacidad para realizar pruebas de detección molecular nos ha permitido realizar más de 120.000 pruebas, de las cuales más de 71.000 han sido PCR, y casi 50.000 test rápidos,

permitiéndonos evaluar a 11.228 profesionales sanitarios, al 71% de residencias de nuestra comunidad y al 69% de residentes.

En relación a las **necesidades de personal sanitario y no sanitario**, señalar que hemos adoptado, todas las medidas posibles para dotar de suficiente personal a los centros integrantes SACYL:

Se han adoptado medidas de carácter normativo para posibilitar la adopción de las medidas precisas para la reorganización de todo el sistema sanitario.

También hemos facilitado la contratación del personal necesario, utilizando las distintas vías legales establecidas por el Ministerio de Sanidad:

- Profesionales que realizaron las pruebas selectivas 2018/2019 y 2019/2020 de formación sanitaria especializada. 1.239 contratos
- Profesionales con título de especialista obtenido en Estados no miembros de la Unión Europea pendientes de homologación. 55 contratos
- Profesionales sanitarios jubilados médicos/as y enfermeros/as menores de setenta años. 22 contratos
- Reincorporación voluntaria de personal con dispensa por la realización de funciones sindicales. 31 personas
- Contratación de estudiantes de los grados de medicina y enfermería en calidad de apoyo y bajo supervisión de un profesional sanitario. 70 contratos

- Contratación de personal eventual por diferentes bolsas: 2.835 contratos

Todas estas actuaciones se han traducido en 417 prórrogas de médico adjunto o enfermero de último año (MIR, EIR) y 4.221 contrataciones de profesionales sanitarios habiéndose contratado, de manera eventual, a 191 médicos, 1172 enfermeras, 966 TCAEs, 297 celadores, 78 técnicos y 91 de otro tipo.

Otro recurso que pusimos en marcha desde el inicio de la pandemia ha sido el voluntariado. Hemos habilitado una dirección de correo electrónico (voluntarioscovid19@saludcastillayleon.es) para canalizar el ofrecimiento de colaboración desinteresada con nuestro sistema de salud público por parte de numerosos voluntarios, más de 4.100 de múltiples categorías y profesiones, sanitarios y no sanitarios, a los que agradezco su compromiso y su solidaridad. No siempre se ha requerido su apoyo ya que hemos podido cubrir con profesionales, pero en general, cuando se les ha llamado, han respondido.

En cuanto a la mejora de las tecnologías de la información para mejorar la estancia de nuestros pacientes y la labor de nuestros profesionales, hemos invertido más de 2,3 millones de euros en mejora de los sistemas y servicios tecnológicos.

En este apartado podemos encontrar, por ejemplo, varias medidas destinadas a mejorar la estancia de los pacientes y la información a sus familiares, como por ejemplo parte del desarrollo del Plan de Humanización con la extensión del sistema de notificación a ciudadanos por SMS, siempre que no se pueda realizar llamada telefónica, para mantener informados a los familiares de pacientes hospitalizados por COVID-19, la implantación de televisión en abierto en todos los hospitales y distribución de 200 terminales y líneas móviles donados por

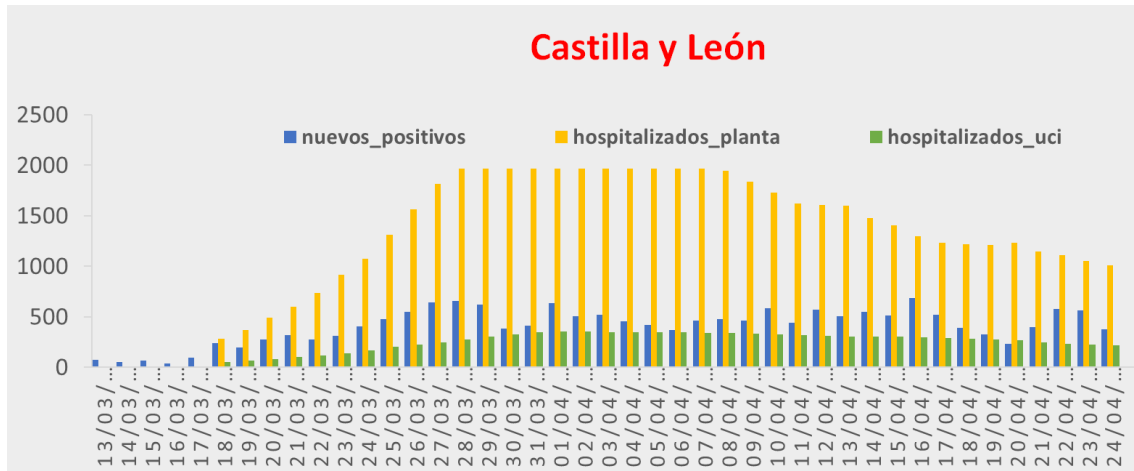
Orange para videollamadas con familiares. También las mejoras que hemos realizado para facilitar las consultas de Atención Primaria sin necesidad de acudir al Centro de Salud, que incluye mejoras de la aplicación SACYL Conecta mediante la consulta y descarga de la hoja de medicación y del tratamiento de anticoagulación.

También hemos realizado inversiones en cuanto a la mejora de la asistencia en los hospitales, a través de la ampliación del sistema de información clínica para la gestión de pacientes críticos en UCIs, el suministro de ordenadores personales para ampliación de centros de hospitalización y UCIs, la integración del nuevo equipamiento de radiología y ecógrafos digitales en los sistemas de gestión, en los de historia clínica electrónica y en el anillo de imagen radiológica y el despliegue de equipos de comunicaciones en movilidad para conexión de equipos de Rayos portátiles.

Otras medidas importantes en este área han sido la modificación de los sistemas informáticos de receta electrónica para facilitar a las farmacias la dispensación de medicamentos de la receta electrónica y de productos visados sin hoja de medicación o con problemas en su tarjeta sanitaria o la extensión de la interconsulta electrónica entre los equipos de atención primaria y atención hospitalaria, la integración de los resultados de las pruebas COVID-19 en las herramientas de historia clínica electrónica.

Estas medidas que acabo de describir han sido complementarias a otras muchas decisiones y acciones que hemos ido poniendo en marcha según precisaba la situación epidemiológica y la presión asistencial y que intentaré resumir por semanas para que tengan sus señorías una visión más global de la actividad frenética que durante estas últimas 10 semanas hemos tenido tanto en la Consejería de Sanidad como en la Gerencia Regional de Salud, nuestros hospitales, los centros de Atención Primaria y el servicio de emergencias:

DIAPPOSITIVA GRÁFICA DE ESTADÍSTICA



Quiero recapitular algunas de las medidas puestas en marcha de cara a pasar a explicar los dos últimos meses ya que creo que puede tener relevancia a la hora de comprender la forma en que hemos intentado dar respuesta a las situaciones que se han ido generando:

- A finales de enero publicamos los primeros protocolos de atención a pacientes positivos por coronavirus en los diferentes ámbitos asistenciales.
- El 9 de febrero ponemos en marcha el teléfono 900 222 000 para el coronavirus.
- En Atención Primaria se organizan nuevas estructuras: COVID-AP, COVID-residencias y COVID-car.
- En Atención Hospitalaria se crean circuitos separados, se crean planes de contingencia por cada centro, se amplían las camas disponibles para COVID y se extendían las UCIs hasta cuadruplicar el número inicial de camas.

- Se ponen en marcha sistemas de atención y apoyo psicológico para ciudadanos y profesionales.
- Se ponen en marcha compras millonarias de equipos de protección, test y equipamiento médico.

A partir de aquí quisiera relatarles con más detalle lo sucedido desde el día 24 de febrero hasta el momento actual. Creo que un repaso más concreto de lo sucedido en estas últimas diez semanas, puede refrescarnos la memoria y darnos perspectiva sobre la rapidez con que la pandemia se ha instalado en nuestras vidas.

SEMANA 1 – Del 24 de febrero al 1 de marzo

El 24 de febrero la Organización Mundial de la Salud solicita a los Estados que se preparen para una potencial pandemia. Desde la Consejería de Sanidad se difunde a todos los centros sanitarios el número 900 habilitado a principios de febrero dada el aumento de la importancia del COVID.

Reconvertimos el sistema de monitorización del plan de contingencia de la Gripe A para monitorizar la actividad COVID. Y estudiamos las proyecciones según tasa de ataque y escenarios.

El 25 de febrero se celebra una reunión matinal en el Ministerio a la que acude la Dirección General de Salud Pública y que supone una modificación del criterio de caso y un Consejo Interterritorial por la tarde en el que se nos comunican criterios para la declaración de casos, de tal forma que sólo se comuniquen los positivos (con PCR realizada) y no los sospechosos.

Durante estos días comienzan las activaciones de protocolos por posibles casos en la Comunidad. Por ejemplo, se envían los planes específicos de prevención de riesgos laborales, o las primeras recomendaciones de actuación que emanan del Ministerio. Tras detectarse el primer caso en España el 31 de enero en las Islas Canarias, no es hasta el 27 de febrero cuando se declara el primer caso positivo en Castilla y León. Se produce en la mañana del 27 de febrero, siendo en la provincia de Segovia y esa misma tarde, se declara otro en Valladolid. El tercer caso tendría lugar en El Bierzo, el domingo 1 de marzo.

Esta semana también se crea el ***Comité de Expertos para el Asesoramiento Frente al Coronavirus en Castilla y León.***

En la Consejería de Sanidad se comienzan a trabajar diferentes protocolos y a evaluar los planes de contingencia de las diferentes áreas. El 26 de febrero se lanza el procedimiento de actuación en Atención Primaria, los servicios de urgencias hospitalarias para el manejo de la infección por coronavirus desde la Consejería de Sanidad, y el Plan Específico de Prevención de Riesgos Laborales ante el coronavirus, que incluía la orden de crear Comisiones de Coordinación en cada área sanitaria, información general sobre la enfermedad y planes de formación en la materia. El 28 de febrero ya emitimos el primer procedimiento de actuación en hospitalización para el manejo de la infección por coronavirus.

Se inicia el registro de casos y posibles casos en MEDORA como Enfermedad de Declaración Obligatoria. El teléfono 900 tiene una media de 250 llamadas diaria, gran parte de ella con dudas y pidiendo información sobre el COVID19.

La situación epidemiológica es de fase de contención, por lo que las medidas de actuación se basan principalmente en el seguimiento epidemiológico de los casos y la preparación de posibles escenarios y planes de contingencia ante la evolución de la epidemia. El domingo 1 de marzo se celebra otro Consejo Interterritorial donde se comunica que la mayoría de las Comunidades están en una fase de contención de los contagios aunque empiezan a despuntar algunas Comunidades y desde el Ministerio se comunica que se está avanzando en los procedimientos de compra centralizada de mascarillas.

SEMANA 2 – Del 2 de marzo al 8 de marzo

Quizá un apunte que ayude a tomar perspectiva, situarnos y a comprender cómo ha transcurrido nuestra visión de la pandemia y el tiempo desde esta semana hasta ahora es que el lunes 2 de marzo se iban a poner en marcha el plan piloto de Aliste y el Divino Valles como punto de atención continuada en Burgos y desde el Ministerio se desaconsejaba la suspensión de eventos por el coronavirus pero sí celebrarlos a puerta cerrada si era contra equipos italianos. Comenzamos la semana con 7 casos confirmados, la acabaríamos con 30 casos.

El 5 de marzo se celebra un Consejo Interterritorial en que se trata la suspensión de los cursos y formaciones en congresos sanitarios. Desde el Ministerio se sigue apostando por un escenario de contención pero sin incremento sustancial y se nos señala que la compra centralizada de equipos de protección se ejecutará en breve. Se prohíbe a productores españoles de equipos de protección la exportación de éstos. Desde la Consejería en este Consejo Interterritorial se traslada las limitaciones existentes en equipos de protección reiterando la necesidad de que se remitan con la mayor brevedad posible. Se debate el cierre de colegios pero no hay consenso.

En esta semana la situación epidemiológica empieza a cobrar algo más de relevancia. Aparecen más casos en León y Salamanca. Las llamadas al 900 aumentan y se decide poner un epidemiólogo en la sala para que ayude al personal a gestionar casos y dudas entrantes. El teléfono 900 comienza a aumentar las llamadas recibidas cada día, comenzando con unas 250 llamadas diarias, muchas solicitando información y finalizando con el doble.

Desde la Consejería de Sanidad se está dando formación a los servicios de prevención de riesgos laborales de la Gerencia Regional de Salud. Se reúne el Comité de Expertos para el asesoramiento Frente al Coronavirus en CyL. Se siguen trabajando los planes de contingencia de todas las áreas sanitarias. Todos ellos deben tener en cuenta el crecimiento exponencial de pacientes infectados, la posibilidad de saturación de los hospitales, tanto en planta como en UCIs y contemplar diversos escenarios posibles para la externalización de los servicios.

Se comienzan a hacer pruebas de detección de manera sistematizada en el Hospital Universitario de Burgos, el Hospital Clínico de Valladolid y el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Se empieza a plantear la expansión de realizar las pruebas al resto de provincias. Mientras tanto recibimos apoyo del Centro Nacional de Microbiología de Majadahonda.

Se cierra la contratación de 10 ambulancias y 12 profesionales para la toma de muestras de posibles casos en sus domicilios iniciada en la semana anterior. Fue un sistema de recogida de muestras inicial muy efectivo. Se dan nuevas instrucciones a Atención Primaria dado que todavía existen dudas sobre cómo registrar adecuadamente los pacientes en los sistemas de información.

Comienza el aislamiento de los primeros profesionales sanitarios expuestos a pacientes con posible COVID o positivos.

Se comienzan a buscar profesionales de refuerzo para unidades críticas como pueden ser intensivistas e internistas.

En esta semana y dada la no llegada de material del Ministerio en relación a la compra centralizada de equipos de protección se comienzan a pensar soluciones alternativas.

Se contacta con la Conferencia Episcopal, arzobispos y obispos para suspender besamanos y actos similares a fin de evitar contagios.

SEMANA 3 – Del 9 de marzo al 15 de marzo

A nivel epidemiológico, en esta semana comenzamos con 33 casos confirmados y llegaríamos a los 292 casos a finales de semana.

El lunes 9 de marzo puede suponer un punto de inflexión en cuanto a la situación epidemiológica. Ese día en Castilla y León la mayoría de los casos declarados se encuentran localizados en Miranda y Burgos. Desde la semana anterior ya estábamos preocupados por el avance de la epidemia y la necesidad de aumentar las medidas de contención, tal y como trasladamos al Ministerio y consideramos esencial clarificar qué sucedió durante estos días.

A las 14h se celebra un Consejo Interterritorial donde se nos avisa que la situación epidemiológica ha cambiado, se precisa la mejora de la coordinación de las CCAA y se reitera que se sigue trabajando en las compras centralizadas. A las 18h se nos convoca a otro Consejo Interterritorial extraordinario donde se declara que oficialmente la situación epidemiológica cambia de fase de contención a contención reforzada. Las áreas más afectadas entonces son Madrid y País Vasco, donde se van a empezar a tomar medidas de mayor contención. Desde Castilla y León se transmite nuestra preocupación por la necesidad de

implementar medidas de contención de manera simultánea, se solicita de nuevo el envío de equipos de protección y se traslada nuestra propuesta de limitar la llegada de viajeros y turistas a través del AVE.

En estos momentos, la demanda de atención al teléfono 900 asciende hasta las 2.500 llamadas diarias atendidas.

El 10 de marzo declaramos Miranda de Ebro zona de contención reforzada. Ese día se vuelve a celebrar un Consejo Interterritorial donde transmitimos nuestra preocupación por la escasez de EPIs, las medidas educativas y cierre de colegios, la necesidad de distanciamiento, se transmite al Ministerio nuestra preocupación por el AVE y el alto tráfico de viajeros a Madrid pero no se da respuesta.

El 11 de marzo la OMS declara la pandemia y desde la Consejería de Sanidad se procede a la compra de 100 respiradores ZOLL en Estados Unidos, solicitándose al Ministerio permiso para ello.

El 12 de marzo el Gobierno de la Junta de Castilla y León emite las primeras órdenes de recomendaciones y obligaciones a toda la población y una orden concreta cuarentenando Miranda de Ebro. Es en este momento cuando para todo el territorio de Castilla y León restringimos visitas a hospitales y centros sanitarios, se suspenden actividades programadas, se suspenden las prácticas sanitarias, se suspenden las salidas de los centros escolares, cierre de eventos deportivos y se emiten recomendaciones de evitar usar el transporte público, evitar viajes innecesarios, restringir visitas a residencias, suspender actividades de gran afluencia. En concreto, para Miranda, suspendemos actividad docente, y clases extraescolares, suspendemos actividad programada, suspendemos acompañamiento en centros sanitarios, se restringen las visitas a las residencias, se suspenden actividades de bibliotecas,

centros cívicos, etc., suspendemos actos litúrgicos y se suspende el servicio de transporte urbano.

A esas alturas ya tenemos camas reconvertidas en todos nuestros centros hospitalarios. Se hace obligatorio el cumplimiento riguroso de la uniformidad para evitar contagios.

Ese mismo día vuelve a celebrarse una reunión del Consejo Interterritorial a media mañana donde se nos comunica que cambia la gobernanza de la epidemia. Toda España pasa a fase de contención reforzada. A las 20h volveríamos a tener otro Consejo Interterritorial donde se nos transmite que habría una compra centralizada de mascarillas y EPIs a nivel europeo que estaría resuelta para finales de mes. También la intención de comenzar a realizar “test masivos” en fechas próximas. Desde la Consejería de Sanidad se traslada al Ministerio la tensión que empieza a sufrir el sistema sanitario, la necesidad de que se agilicen las compras de equipos de protección, la necesidad de implementar las medidas que el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades ha publicado ese mismo día insistiendo en que el aislamiento social es la medida más efectiva, el distanciamiento, la suspensión de eventos. Se vuelve a insistir en la necesidad de que se remitan equipos de protección y se cierren comunicaciones.

Dado que no hay respuesta a la petición de EPIs desde el Ministerio, desde la Secretaría General se empiezan a buscar proveedores en terceros países.

El día 12 de marzo, ya por la noche, se produce el primer fallecido en Castilla y León por coronavirus.

El 13 de marzo se publican varias órdenes nuevas que amplían las restricciones de actividad tales como centros de día, se restringen las visitas a residencias, se suspenden actividades en bibliotecas, centros cívicos, etc., y se trasladan al municipio de Burgos las medidas adoptadas en Miranda el día anterior.

Este mismo día comienza la instalación de las primeras carpas de pretriaje, se recopilan todos los planes de contingencia remitidos por los hospitales y que ya se han empezado a poner en marcha y se contacta con empresas privadas asistenciales y de transporte para conocer recursos adicionales al sistema público. Se elaboran ya los protocolos de circuitos diferenciados.

Este 13 de marzo, el Consejo de Gobierno acuerda reclamar al Gobierno que declare el Estado de Alarma para Castilla y León, dado que desde el día 10 se solicita reiteradamente al Gobierno de España el confinamiento y el cierre de la movilidad, especialmente el AVE, desde la Comunidad de Madrid.

El 14 de marzo se activa la FASE III del Plan de Respuesta Asistencial frente a la infección por Coronavirus y todos los hospitales de Castilla y León comienzan a adaptar sus estructuras para dar respuesta a la epidemia en Castilla y León. Este mismo día se reúne el Consejo de Ministros y se declara el Estado de Alarma. Este día la Consejería de Sanidad, apoyados por el vice-consejero de Empleo y miembros de la Consejería de Transparencia, Ordenación del Territorio y Acción Exterior se inicia la búsqueda hasta altas horas de la noche, de empresas en el exterior que puedan suministrar equipos de protección dado que los equipos prometidos por el Ministerio todavía no han llegado. A partir de este momento la Consejería de Sanidad se convierte en un centro operativo y a partir de este día se desplazarán varios miembros de otras

Consejerías a Sanidad para apoyar al Secretario General en la compra de equipos de protección.

El 15 de marzo, dada la imposibilidad de obtener equipos de protección por parte del Ministerio de Sanidad, el portavoz del Gobierno y vicepresidente hace un llamamiento a las empresas y particulares de la Comunidad para que nos cedan y remitan los EPIs de los que dispongan. Se inicia la compra de 15 equipos de rayos portátiles, 34 ecógrafos, 30 mesas de anestesia, 200 pulsioxímetros y 100 aspiradores. Se convoca una nueva sesión del Consejo Interterritorial y se nos comunica que se suspende la estructura de toma de decisión de las CCAA quedando todo bajo el Ministerio de Sanidad, cooperando con los consejeros autonómicos. Se vuelve a reiterar desde nuestra Comunidad la necesidad de disponer de EPIs y de limitar la movilidad, especialmente del AVE.

SEMANA 4 – Del 16 de marzo al 22 de marzo

El lunes 16 tenemos 334 casos confirmados y 12 fallecidos finalizando el 22 de marzo con 1.744 casos confirmados, 740 personas hospitalizadas, 120 de ellos en UCI y 102 fallecidos. A nivel epidemiológico se produce un importante incremento de casos el 18 de marzo habiendo tenido siempre un aumento inferior a 100 casos diarios y pasando a 237 casos nuevos en un solo día.

Siguen las llamadas al teléfono 900 por encima de las 2.500 diarias.

A principios de esta semana se crea el canal de comunicación y directo con los jefes de servicio de UCIs dada la previsión de aumento que esperamos. Los pacientes no COVID pasan a circuitos limpios, y también se comienza a dar uso de los centros privados de la región.

Se mejora y sistematizan los sistemas de información de manera que podemos tener información más precisa y más ágil.

Se establecen protocolos claros para el transporte y atención de pacientes hemodializados o que precisan de radioterapia

Se comienzan a enviar los primeros respiradores a diferentes centros de la región dado que precisan ampliar la unidad de Cuidados Intensivos.

Se crean los equipos COVID residencias en Atención Primaria

Es una semana donde se debe organizar el teletrabajo para más de 5.000 trabajadores

Se comienza a trabajar en el Plan de humanización de cara a la pandemia.

Comenzamos a incorporar los primeros médicos del sector privado, en este caso mutuas.

A principios de esta semana se cierra una compra de equipos de protección de 780.000 mascarillas quirúrgicas, 830.000 FFP2, mascarillas FFP3, guantes, 120.000 buzos, 748.500 gafas de protección y casi 2.000 pantallas faciales.

En estos días algunas provincias como Soria y Segovia comienzan a tener un aumento de casos hospitalizados y una importante tensión en sus unidades de críticos sin llegar a la capacidad máxima de sus UCIs extendidas.

SEMANA 5 – Del 23 de marzo al 29 de marzo

La semana empezó con 2.055 casos confirmados y terminó con 5.414. Las personas hospitalizadas pasaron de 1.057 a 2.540; y las ingresadas en UCI, de 137 a 307. Iniciábamos la semana con 124 fallecidos y terminábamos con 442 fallecidos.

La situación general era de aumento de demanda de recursos, lo que nos seguía movilizándolo para desplegar planes de contingencia. Los planes que diseñamos para los diferentes Centros han tenido en cuenta recursos propios, recursos de la sanidad privada cercanos y recursos no sanitarios que pudieran utilizarse en ciertos casos. Para la externalización analizamos diversos escenarios posibles, desde hospitales “de apoyo” incluidos dentro de cada Complejo Asistencial, hasta centros privados y cualquier otra instalación que fuera precisa. Empezamos a montar nuevos recursos de manera previsora por si los planes de contingencia se vieran desbordados, como es el Hospital de campaña Feria de Muestras.

En esa semana terminamos de organizar los equipos COVID residencias, para dar cobertura sanitaria a los centros socio-sanitarios, especialmente a las residencias de mayores. Los teléfonos de contacto se enviaron a las residencias para que pudieran contactar con ellos.

Articulamos, junto a Protección Civil y las farmacias hospitalarias, el sistema de reparto de medicación hospitalaria a domicilio. Además, iniciamos la entrega de medicación en el Hospital de Día a los pacientes en diálisis para que no tuvieran que acudir a la farmacia. Con estas medidas redujimos aún más los desplazamientos de los ciudadanos y garantizamos la cuarentena social.

Trasladamos a los gerentes que podían solicitar hoteles, tanto para personal desplazado como para personal que trabaja en servicios críticos para que puedan alojarse allí y no volver a sus casas para evitar posibles contagios.

Iniciamos la estrategia del sistema de evaluación y contratación de residentes:

- Prórroga de contrato a los residentes de último año, pagándoles un complemento hasta completar el salario de un adjunto.
- A los licenciados o graduados sin especialidad, contrato laboral por tres meses con retribuciones de R1.
- A los médicos jubilados les mantendríamos en segunda línea para garantizar su seguridad.

El martes 24 tuvimos una reunión bilateral con el Ministro de Sanidad, en la que le trasladamos la situación de los centros hospitalarios y la ocupación de las UCIs de nuestra Comunidad, le explicamos el plan de expansión de los centros y le trasladamos las preocupaciones que teníamos con relación a residencias y a escasez de kits para pruebas de detección molecular. Se comprometieron a enviar una pequeña remesa kits de detección rápida (antigénicos) en 24 horas y señaló que llegarían en mayor cantidad para el fin de semana.

En esa semana, también solicitamos al Ministerio de Sanidad contenedores y bolsas para recogida de residuos sanitarios ya que, con el uso de EPIs, los residuos aumentaban considerablemente. Asimismo, remitimos un requerimiento para que se cedieran al SACYL los respiradores de la base “Cid Campeador” de Castrillo del Val en Burgos.

Seguíamos haciendo envíos a centros sanitarios y socio-sanitarios de materiales que comprábamos o que recibíamos de colaboraciones de empresas y particulares. Tuvimos problemas con ciertos envíos. Por ejemplo, la compra de respiradores que habíamos hecho en EEUU semanas atrás estaba retenida en aduana y no nos daban un motivo concreto del porqué de su inmovilización.

Creamos, junto a la Consejería de Empleo e Industria, la dirección de correo-e covidofertaproductocyl@jcyl.es para que las empresas pudieran

donar material sanitario y creamos 6 retos, y posteriormente otros 3, como, por ejemplo, llegar a 80.000 unidades de Batas plastificadas o a 40.000 unidades de Mascarillas FFP2 y FFP3.

Empezamos a hacer pruebas de detección molecular en Ávila, Segovia y Soria, en vez de enviarlas al Centro Nacional de Microbiología de Madrid, para agilizar el tiempo en dar los resultados. Pero seguíamos teniendo problemas para conseguir pruebas en las cantidades que deseábamos. Los fabricantes no tenían stock y el Gobierno todavía no nos suministraba los nuevos kits. Entonces, realizamos una compra en el exterior por nuestra cuenta, cerca de 50.000 unidades.

El domingo 29 viajé a Segovia y a Soria para analizar la situación y mostrar apoyo a sus profesionales. Conscientes de las dificultades, solicitamos al Ministerio recursos materiales y humanos para ambos centros, incluido personal sanitario de las Fuerzas Armadas.

Sabíamos que una pandemia no entiende de áreas sanitarias. Con el COVID, Castilla y León al completo es la misma área sanitaria. Por eso, nos decidimos a drenar desde las ubicaciones que tenían más ocupación y dificultades a las que menos.

SEMANA 6 – Del 30 de marzo al 5 de abril

Esta semana empezó con 5.801 casos confirmados y terminó con 8.749. Los pacientes ingresados en UCI pasaron de 326 a 348. Iniciamos la semana con 516 fallecidos y terminamos con 919 fallecidos. Sin embargo, los pacientes hospitalizados bajaron de 2.602 a 2.508.

En la reunión del lunes con todos los gerentes de SACYL confirmamos el objetivo: todos somos la misma área de salud. Ellos compartían problemas comunes:

- escasez de recurso humano, especialmente dificultades para encontrar enfermeras y TCAEs,

- escasez de fármacos para las UCIs.

Por otro lado, parece que empezábamos a tener una situación de estabilidad generalizada, con balance entre ingresos y altas en los últimos días y sensación de reducción de los ingresos y demanda asistencial.

Al empezar la semana, la situación del hospital de Soria estaba contenida. Ante las noticias que salieron en diferentes medios estuvimos viendo la situación del hospital con el gerente: no era una situación alarmante. Las imágenes difundidas por algunos medios no eran de ese centro. Al final de la semana tenían algo menos de presión en la UCI, en planta la ocupación también había bajado, y ya se estaban dando más altas que ingresos.

Al empezar la semana, en el hospital de Segovia había situación de equilibrio entre entradas y salidas, con problemas de personal pero empezando a incorporarse los primeros aislados. Al final de la semana, Segovia siguió reduciendo la presión asistencial, se habían hecho 8 traslados al HCUV, 2 al Hospital de FERIA y otros 3 al HURH.

El hospital de Burgos puso la carpa de triaje a funcionar sin incidencias remarcables.

El día 31 inauguramos el Hospital de Convalecencia en la Feria de Muestras de Valladolid (Centro COVVA).

Esta semana distribuimos:

- 5 millones de unidades de material de protección;
- Pantallas fabricadas por varias empresas de la Comunidad, que enviamos a las nueve Delegaciones Territoriales;
- 5 mesas de anestesia, destinadas a Soria, Segovia, Salamanca, HURH y Burgos para ampliar su capacidad de acoger pacientes críticos;

- 35 respiradores, que recibimos ese sábado, de los 100 que compramos hacía semanas en Estados Unidos;
- 20 ecógrafos, que repartimos en diferentes centros, muy útiles para hacer seguimiento de los pacientes;
- y 3 equipos de rayos portátiles para Ávila, Aranda y El Bierzo.

En lo relativo a EPIs, esa semana conseguimos una situación de abastecimiento generalizado para dar respuesta a las necesidades.

Para la realización de pruebas de detección molecular, el Ministerio de Sanidad y el INGESA decidieron establecer seis centros de alto rendimiento, y un séptimo en Castilla y León, situado en el HURH.

Pusimos al servicio de los profesionales del Sacyl una aplicación móvil denominada “IRIA MEDICAL”, con contenidos informativos y formativos, así como alertas y noticias.

Seguimos potenciando el teletrabajo de los profesionales aislados. En ese momento ya contábamos con más de 600 profesionales.

En esos días, tuvimos las primeras reacciones judiciales a las demandas que se habían presentado sobre la falta de equipos de protección. El juzgado de los Social de Valladolid emitió un auto en el que desestimaba las medidas cautelares solicitadas, ya que no había constancia de que “no se hayan adoptado las medidas razonables y factibles ante estas circunstancias anormales e imprevisibles”.

Como parte del Plan de Humanización, habilitamos la dirección de correo-e apoyoafectadosCOVID19@saludcastillayleon.es para que los ciudadanos pudieran animar y hacer más llevadero el aislamiento a los ingresados. Una semana después, habíamos recibido 750 mensajes.

SEMANA 7 – Del 6 al 12 de abril. SEMANA SANTA

La semana empezó con 9.116 casos confirmados y terminó con 12.118. Los pacientes hospitalizados bajaron de 2.469 a 1.923; y los ingresados en UCI, de 346 a 312. Iniciábamos la semana con 982 fallecidos y terminábamos con 1.263. Percibíamos que entrábamos en fase de meseta de esta epidemia, ralentizándose las tasas de nuevos casos, ingresos y aumentando las altas. En general, la presión asistencial estaba disminuyendo.

Es Semana Santa y para asegurar la continuidad asistencial, acordamos la actividad se mantuviera como día laborable los días jueves y viernes.

Desde Atención Primaria nuestras gerencias seguían trabajando con las residencias de personas mayores y personas con discapacidad.

Continuábamos potenciando la hospitalización a domicilio y en residencias con oxigenoterapia y con los mismos tratamientos farmacológicos que en los centros hospitalarios. Y ya comenzamos a realizar test de anticuerpos en éstas.

El día 6 llegaron 62.400 kits de test rápidos desde el Ministerio. Iniciamos su reparto en el ámbito hospitalario (25%) y Atención Primaria y centros socio-sanitarios (75%) para empezar a utilizarlos en profesionales sanitarios, personas en centros socio-sanitarios y personal esencial como las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

En la reunión de Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día 6 trasladamos al Ministerio nuestras inquietudes sobre diversos temas como:

- las propuestas de recursos intermedios (lo que exigían era muy similar a lo que ya estábamos haciendo en la Comunidad),
- los test y su utilización,
- o el uso general de mascarillas.

Desde esta Consejería de Sanidad les trasladamos la necesidad de homologar y homogeneizar los sistemas de información y registros: Que debemos dar datos similares, unificar registro de incidencia, profesionales afectados, de fallecimientos y mejorar la calidad de los datos de forma general.

El día 9 el jefe de servicio de cardiología del CAUSA, y tres personas más de su servicio, se trasladaron al Complejo Asistencial de Soria para dar apoyo.

Soria y Segovia integraron a los equipos SAMUR y de Protección Civil que se desplazaron desde Madrid, dando apoyo dentro del hospital, y, por otra parte, atendiendo a residencias en el medio urbano.

Seguíamos ampliando nuestra capacidad para hacer pruebas de detección molecular. Comenzaban a realizarse en el laboratorio de la Universidad de León pruebas procedentes de Atención Primaria y residencias socio-sanitarias.

Pusimos en marcha el Protocolo de Salud Mental para la Intervención en la Pandemia por Coronavirus,

Estábamos haciendo un gran trabajo en la publicidad de los datos. Íbamos avanzando mucho con el paso de los días. Y he de decir, Señorías, que con relación a esto, somos un referente nacional en transparencia. Los sistemas de información son esenciales para evaluar la situación real y planificar acciones futuras.

Durante esta semana se produce el traslado de un paciente del Complejo Asistencial de Soria al Hospital de Logroño. La cooperación y diálogo entre Comunidades ha sido continua e igual que nosotros enviamos ese paciente, también recepcionamos un niño en la UVI de Burgos en semanas anteriores.

El día 9 celebramos un nuevo Consejo Interterritorial, en el que transmitimos al Ministro cuestiones que creímos relevantes en esos momentos:

- Nuestra preocupación por las medidas y plazos para la desescalada. Le transmitimos que no considerábamos oportuno que se relajasen las medidas vigentes en esa fecha ni que fuera oportuno la vuelta a sus puestos de trabajo de numerosos trabajadores el lunes siguiente.
- Preocupación por el alto número de desplazamientos desde Madrid a provincias limítrofes y segundas residencias durante la Semana Santa
- Le solicitamos un mayor número de test.
- Preocupación por la realización de test fuera del circuito de registro sanitario.

El día 10 mantuvimos una reunión con el Ministerio con relación a la promoción y evaluación de los MIR. Le trasladamos nuestra postura, coincidente con la del Colegio de Médicos y el Sindicato Médico, siendo que los MIR, EIR, etc., deben ser evaluados cuanto antes para que puedan finalizar su formación y ser adjuntos, o seguir avanzando en los niveles de formación y adquisición de competencias

Ese mismo día, el Ministerio de Sanidad anunció que el lunes volvería a la actividad un número importante de personas y que para ello iban a proporcionar un tipo de mascarilla, denominada “higiénica”. El Ministerio nos dijo que se amparaba en las recomendaciones del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades y, por lo mismo, le solicitamos que se cumplieran todas las recomendaciones que acompañan a ésta en el informe que el ECDC publicó el 8 de abril.

SEMANA 8 – Del 13 al 19 de abril

La semana empezó con 12.628 casos confirmados y terminó con 15.621. Los pacientes hospitalizados bajaron de 1.909 a 1.489; y los ingresados en UCI, de 308 a 276. Iniciábamos la semana con 1.299 fallecidos y terminábamos con 1.493.

Estábamos en una situación donde los casos declarados aumentaban, pero indicadores secundarios nos indicaban que se debía al incremento de pruebas diarias realizadas y no a un rebrote.

La Atención Primaria continuaba realizando el seguimiento del 90% de pacientes COVID mediante atención telefónica, presencial, o visita domiciliaria y continuaban dando un apoyo vital a centros socio-sanitarios.

Seguíamos trabajando en la mejora de las infraestructuras y capacidades de nuestro sistema:

- Pusimos en marcha un helicóptero para traslados de pacientes críticos entre UCIS por si fuera necesario hacer traslados.
- Asimismo, en Segovia se desplegó un equipo de Rayos Portátiles en una ambulancia para poder acudir a las Zonas Básicas menos accesibles a hacer radiografías evitando el desplazamiento de pacientes a hospitales.

La violencia de género sigue siendo un problema que nos preocupa. En este sentido, hemos publicado recomendaciones para nuestros profesionales para mejorar la detección de este tipo de casos.

Seguíamos evaluando residencias con nuestros equipos COVID residencias haciendo pruebas a las personas institucionalizadas.

Trasladamos al Ministerio de Sanidad nuestro desacuerdo con un levantamiento del confinamiento de forma prematura y sus efectos sobre un posible repunte.

El día 16 celebramos una nueva reunión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La situación compartida por el resto de Comunidades era similar a la nuestra: Descenso de ingresos y de presión asistencial, pero cautela.

SEMANA 9 – Del 20 al 26 de abril

La semana empezó con 15.857 casos confirmados y terminó con 18.684. Los pacientes hospitalizados pasaron de 1.499 a 1.122; y los ingresados en UCI, de 267 a 209.

La situación asistencial es variable. De la alta presión en planta hospitalaria inicial ahora tenemos alta presión en las Unidades de Cuidados Intensivos y en Atención Primaria. A estos últimos, planificamos dotarles de Electrocardiógrafos portátiles. Hemos adquirido 250 equipos.

El lunes 20 acabó su labor el equipo de profesionales y voluntarios del SAMUR de Segovia y el miércoles 23 finalizaron su servicio los profesionales de Soria.

El 21 de abril se decide hibernar el Hospital de Campaña de la Feria de Muestras de Valladolid (COVVA) que inició su actividad asistencial el 2 de abril.

Seguimos evaluando residencias. A esta fecha ya tenemos un gran porcentaje de ellas evaluadas. Hemos evaluado al 71% de las residencias de la Comunidad, siendo evaluadas el 99% de las residencias críticas. Se han hecho test a 30.349 residentes y a 17.548 trabajadores de éstas.

Seguimos enviando equipos de protección a los centros sanitarios y socio-sanitarios. El día 20 llevábamos enviados más de 26 millones de equipos.

La realización de test ha sido, es y será fundamental a la hora de implementar estrategias sobre el COVID, siendo esenciales en las semanas venideras de cara a la desescalada, tanto para saber en qué situación epidemiológica nos encontramos, como para poder detectar posibles personas contagiadas y poder aislarlas rápidamente. Como habrán podido seguir según los datos que hemos ido ofreciendo en las ruedas de prensa, en estas semanas:

- Hemos aumentado la capacidad para realizar PCR en nuestros hospitales públicos. En las primeras semanas hemos hecho una media de 400 pruebas diarias, básicamente PCR, mientras que en esta semana hemos superado las 6.000 diarias entre PCR y test rápidos.
- Hemos puesto en marcha en el HURH técnicas rápidas de realización de PCR.
- Hemos dotado a los hospitales, principalmente los de menor tamaño, de 2.000 test de PCR rápida (tipo GeneXpert) para PCR urgentes.
- Hemos incorporado en el apoyo a la realización de pruebas a todas las Universidades Públicas de Castilla y León mediante la validación de su técnica por el Instituto de Salud Carlos III. Esto, gracias a la Consejería de Educación y a cada uno de los rectores. Todos trabajamos con el mismo objetivo. También al Laboratorio Regional de Sanidad Animal CyL.
- Hemos iniciado el uso de 124.000 test de anticuerpos enviados por el Ministerio de Sanidad, junto a la adquisición de 250.000 test comprados por nuestra Comunidad de Castilla y León. También hemos hecho una reserva adicional de 100.000 unidades más para el próximo mes.

En estos días hemos empezado a trabajar en una ORDEN para establecer los criterios de las personas a las que se les deben hacer los test en la reincorporación a la actividad laboral. Estará en línea con las directrices del Ministerio.

El día 20 por la tarde celebramos una nueva sesión del Consejo Interterritorial en el que trasladamos la necesidad de saber en base a qué informe técnico se ha tomado la decisión de la salida de menores de edad y, por otro lado, reiteramos la necesidad de que el Ministerio de Justicia fuera quién pilotara el estudio de mortalidad a través del Registro Civil al ser la mejor fuente primaria. Con relación a esto último el Ministro nos dijo que este estudio tardaría y que siguiéramos registrando según el criterio de fallecidos con prueba positiva.

La tendencia de descenso de pacientes hospitalizados y en UCI se mantiene hasta el día de hoy.

SEMANA 10 – Del 27 de abril al 3 de mayo

En esta semana que empieza hoy, con **19.028** casos, tenemos ante nosotros varios retos en el corto plazo:

- Establecer los criterios técnicos para la desescalada social a través del **Grupo de trabajo autonómico para la desescalada** y el traslado de estas propuestas al Ministerio de Sanidad.
- Diseñar la desescalada sanitaria para poder comenzar a retomar parte de la actividad ordinaria en cuanto la situación lo permita
- Establecer medidas y planes de contingencia para posibles repuntes en los meses futuros

- Seguir aprendiendo todo lo que podamos sobre el COVID para que no volvamos a sufrir una situación como la de las semanas anteriormente relatadas.

Son retos complejos, que no sólo afectan de manera estricta al ámbito sanitario y precisarán de la colaboración con el resto de Consejerías para poder afrontarlo de manera efectiva. Un ejemplo claro es, como ha señalado ya el Presidente de la Junta, la necesidad de trabajar todos juntos, incluidos los diferentes Grupos Parlamentarios, para revisar nuestro sistema de atención sociosanitario y mejorar las debilidades que hemos podido detectar en estas semanas.

En las últimas semanas la situación ha sido totalmente diferente a aquella que vivimos entre finales de marzo y principios de abril. La pandemia evolucionó muy rápidamente y un par de días suponían un cambio de situación sustancial sobre el que debíamos actuar rápidamente. Sin embargo, estas últimas semanas la situación se ha caracterizado por una disminución de la presión asistencial por COVID en los servicios de urgencias y hospitalarios, pero se ha seguido manteniendo una presión asistencial muy importante en los servicios de Atención Primaria y las unidades de críticos. La ocupación de nuestras plantas COVID ha disminuido muy rápidamente, con cientos de altas diarias, pero sin embargo, nuestras unidades críticas daban apenas una media de cinco o seis altas diarias. De igual manera hemos visto como la presión en Atención Primaria ha podido verse disminuida en relación a las semanas más intensas de la pandemia, pero siguen existiendo muchas necesidades que cubrir: desde la atención y apoyo a las residencias, a retomar actividad que por esta pandemia ha podido quedar algo más de lado y que ahora debemos retomar sin demora pues el resto de enfermedades siguen existiendo y necesitan de nuestros servicios.

Una vez hemos llegado a esta situación en que existe una tendencia de estabilidad y disminución de la presión asistencial, aunque sea lenta, nos enfrentamos a un nuevo panorama con grandes retos: reversión y normalización del sistema sanitario, desescalada de la situación de cuarentena social, estudio de seroprevalencia poblacional y supervisión constante de la situación para evitar posibles repuntes, dando tiempo a nuestros profesionales para descansar de la intensa actividad que han realizado.

¿Cuál es la situación a la que nos enfrentamos hoy, 27 de abril?

Llevamos ya varias semanas escuchando hablar de la desescalada. Antes me he referido al comité autonómico de desescalada y al comité creado en el Ministerio de Sanidad donde el vicepresidente, Francisco Igea y el doctor Ignacio Rosell, representan a Castilla y León. Pero quiero transmitir un mensaje claro de cara a este tema. Soy consciente del deseo generalizado que todos y cada uno de nosotros tenemos para que la situación retorne a como era antes del confinamiento. Sé que estas siete semanas de aislamiento social han sido duras, especialmente para aquellas personas que han podido estar solos en casa o con niños muy pequeños, pero todos debemos ser conscientes de que en este momento todos los responsables, y también la ciudadanía, debemos ser muy cautelosos para no echar por tierra este esfuerzo colectivo. Estamos en el momento de diseñar la desescalada, no en el momento de aplicarla. Debemos ser pacientes, cautos, no bajar la guardia y seguir aplicando las medidas de distanciamiento social, las medidas de higiene respiratoria y el lavado de manos como las medidas más efectivas para evitar contagios.

Un exceso de prisas en esta fase que ahora empezamos puede ser fatídico tanto para la economía, como para el sistema sanitario. Si levantamos la cuarentena social de manera precipitada, aumentaremos

los contagios y deberemos volver a endurecer las medidas de cuarentena. La cautela y el establecer unos criterios puramente técnicos, que indiquen la situación epidemiológica concreta que permita iniciar el desconfinamiento, va a ser clave en las próximas semanas.

Esta situación la tratamos la semana pasada con nuestro comité de expertos, y pudimos comprobar que existía unanimidad entre todos ellos en relación a la situación en la que nos encontrábamos entonces: todavía tenemos casos de contagio, desconocemos muchos factores en cuanto a la transmisión del virus a través de los menores, el tipo de inmunidad que deja y tenemos una ocupación de unidades críticas que no aconsejaban que iniciásemos la desescalada.

Vamos a seguir tratando este tema todas las semanas con ellos y transmitiendo a nuestro comité autonómico las principales conclusiones para que se establezcan criterios técnicos y científicos que permitan al Ministerio tener la información más adecuada para iniciar este proceso. En el ámbito asistencial estamos trabajando con todos nuestros gerentes la desescalada sanitaria, la cual tiene sus complicaciones en varios puntos y que me gustaría señalar rápidamente.

Por un lado, como hemos explicado, las unidades de cuidados críticos se han ido ampliando en los diferentes hospitales ocupando servicios que inicialmente se destinaban a otras funciones (servicios de reanimación, quirófanos, etc.) y dada la lentitud en la que se están produciendo la salida de pacientes de las unidades de críticos, hay parte de la actividad ordinaria que va a tardar todavía semanas en recuperarse a una actividad aceptable. Igualmente, vamos a tener que diseñar circuitos separados en todos nuestros centros para que en los próximos meses podamos gestionar la atención separada de aquellos casos que acudan a

nuestros centros siendo positivos, ya sea para tratar el COVID en sí mismo u otras afecciones que precisen atención.

Por otro lado, vamos a reforzar nuestra Atención Primaria ya que sobre ésta va a pivotar la actuación de vigilancia, detección y actuación precoz de todos aquellos casos que puedan surgir en adelante. La gran mayoría de casos durante la epidemia han manifestado sintomatología leve y se han quedado en aislamiento domiciliario. No hay ninguna evidencia a día de hoy que señale que estas próximas semanas la situación pueda variar y será la Atención Primaria, como puerta de entrada y eje central del sistema, quien deba poder detectar y realizar pruebas de detección de manera ágil para aislar a los posibles nuevos casos que no tengan sintomatología grave y no precisen hospitalización.

Igualmente vamos a mantener instalaciones listas en toda Castilla y León por si pudiera darse un repunte de los casos y volviésemos a precisar atender a un número importante de personas afectadas por COVID. Por ejemplo, queremos hibernar el hospital montado en la Feria de Muestras de Valladolid, la carpa organizada en Miranda o el Divino Valles en Burgos. Debemos tener recursos listos para una hipotética nueva oleada.

Como pueden comprobar por todo lo expuesto, la anterior normalidad, al menos en el ámbito sanitario, no va, ni puede ser inmediata. Nuestro siguiente paso es volver a la fase 1: la fase de contención, donde detectar, aislar y trazar sean la clave.

Todos nosotros, en los diferentes ámbitos de nuestra vida y profesionales, debemos tener claro de aquí en adelante, que vamos a tener que aprender a convivir con esta nueva realidad y con el COVID19 durante meses.

Otro de los elementos que nos ocupan en estos últimos días es el estudio de seroprevalencia que vamos a poner en marcha las Comunidades Autónomas en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III y el Ministerio de Sanidad y que tiene como finalidad establecer una fotografía de la situación inmunológica del conjunto del país. Llevamos ya una semana de constantes reuniones con el Ministerio y otras Comunidades para terminar de desarrollar y cerrar los detalles del mismo. De la muestra de 62.000 personas, a Castilla y León le corresponden 10.140 personas, distribuidas de la siguiente forma:

Con 960 personas Soria. Con 1.020 personas, Ávila, Palencia, Segovia y Zamora. Con 1.200 Burgos y Salamanca. Con 1.320 León y con 1.380 Valladolid.

Organizar este tipo de estudios tiene sus dificultades, más aún en una situación en que las muestras debe recogerlo una Atención Primaria que sigue teniendo bastante carga asistencial, a lo que se le añade la dispersión y tamaño de nuestra Comunidad.

Es con esta situación y con estas previsiones de trabajo que hemos llegado hasta hoy. Es importante recapitular y tomar perspectiva de todo lo sucedido en estos dos últimos meses. Hemos atravesado una pandemia global que ha puesto a prueba a nuestro sistema sanitario; hemos sido capaces de adaptar un sistema sanitario al completo para dar la mejor atención posible en una situación donde la escasez de equipos de protección, de equipos médicos como respiradores y donde la presión asistencial de pacientes muy complejos han confluído; todos nos hemos visto afectados de una u otra manera y tardaremos tiempo en volver a tener una situación similar a la previa a esta pandemia.; y lo más importante, todos juntos hemos sido capaces de plantar cara a este virus.

Quiero esbozar unas líneas de futuro sobre las que deberemos trabajar en las próximas semanas y meses:

- Deberemos evaluar la necesidad de disponer de centros hibernados para la atención sanitaria en caso de rebrote.
- Debemos persistir en la investigación clínica y epidemiológica
- Hay que seguir investigando en fármacos y vacunas.
- Estamos desarrollando el Proyecto ULYSES, que planifica un sistema preparado para enfrentar pandemias.
- Potenciar la Atención Primaria, eje primordial para actuación y detección rápida.
- Revisar nuestro sistema sanitario y nuestro sistema socio-sanitario.

El COVID19 nos ha puesto ante numerosas dificultades y retos, ante situaciones muy críticas, incluso situaciones muy duras, pero todo ello debe servirnos también como proceso de aprendizaje.

En estos dos meses hemos sido capaces de implantar modelos de actuación y atención que unas cuantas semanas antes de esta epidemia podían considerarse como poco probables: la telemedicina y las consultas telefónicas han pasado a ser lo normal, se han mejorado los sistemas de información de manera significativa, las sesiones clínicas y colaboración entre centros vía telemática se han puesto a la orden del día.

No quiero acabar mi comparecencia sin hacer una mención especial a Isabel Muñoz, Médico de familia en el Centro de Salud Rural Fuente de San Esteban; a Antonio Gutiérrez, Coordinador del Centro de Salud

Rural Eras de Renueva; a Luis Fernando Mateos, Médico de familia del Centro de Salud Rural Linares de Riofrío; a Marisol Sacristán, celadora en el Hospital General de Segovia; y a Yolanda Hernando, auxiliar de clínica del Hospital Fuente Bbermeja de Burgos. Compañeros que han perdido la vida en estas semanas.

Señorías, el COVID19 ha sido un punto de inflexión en todos los ámbitos de nuestra vida, incluido el sanitario. Sé que añoramos nuestra rutina anterior, pero debemos seguir siendo fuertes y pacientes para aguantar esta situación. Me gustaría poder darles mejores noticias pero a día de hoy las certezas son pocas y muchas las dudas. A partir de aquí tenemos un panorama con numerosas incertidumbres. Existen dudas sobre fechas ciertas en las que podamos volver a pasear por nuestras calles con nuestra familia, en las que podamos visitar a otros familiares o amigos en sus casas o compartir una comida en un restaurante. Existen dudas sobre lo que nos deparará esta situación a nivel laboral y económico. Van a darse momentos difíciles y complicados. Existen dudas también sobre el propio comportamiento del virus, de si crea inmunidad, de si existirá una vacuna, de si volverá en el otoño. Existen numerosos elementos de los que todavía no tenemos respuesta. Pero si algo ha demostrado el COVID19 durante estos dos meses es que, ante él, si todos estamos unidos y trabajamos juntos, somos capaces de vencerlo.

Muchas gracias.