

**CONDICIONES DE LOS MÉDICOS ESPAÑOLES EN LA
PRÁCTICA CLÍNICA DURANTE LA CRISIS DEL
COVID-19**

Asociación de Médicos Unidos por sus Derechos

MUD

Mayo de 2020



www.mudmedicos.com

[@mudmedicos](https://twitter.com/mudmedicos)



INDICE

Preámbulo	Pág. 3
Introducción	Pág. 4
Métodos	Pág. 5
Resultados	Pág. 6
Sección 1. Resultados demográficos	Pág. 7
1. Indique la comunidad autónoma donde trabaja	Pág. 7
2. Indique su centro de trabajo	Pág. 8
3. Indique su Especialidad Médica	Pág. 9
4. Categoría profesional	Pág. 11
Sección 2. Información general	Pág. 12
5. ¿Ha fallecido algún profesional sanitario por COVID-19 en su centro de trabajo?	Pág. 12
6. ¿Hay o ha habido médicos infectados o aislados por coronavirus en su CENTRO DE TRABAJO?	Pág. 13
7. ¿Cuántos médicos de su SERVICIO/UNIDAD/EQUIPO han estado infectados o aislados aproximadamente?	Pág. 14
8. Indique el % de médicos que, hasta el momento, han estado infectados o aislados, respecto al total de médicos de su SERVICIO/UNIDAD/EQUIPO.	Pág. 14
9. Si lo conoce, indique cuál es el criterio que se ha seguido para la realización de pruebas de detección (PCR) de COVID-19 al personal sanitario en su centro.	Pág. 15
Sección 3. Información personal	Pág. 18
10. ¿Ha participado en la atención médica de pacientes INFECTADOS por COVID-19	Pág. 18
11. ¿Ha participado en la atención médica de pacientes SOSPECHOSOS de infección por COVID-19?	Pág. 18
12. ¿Considera que, por ausencia de material de protección adecuado, y ausencia de tests, podría haber sido un vector de la enfermedad entre compañeros, pacientes y familiares?	Pág. 19
13. ¿En algún momento ha trabajado con síntomas compatibles con la enfermedad a la espera de realizarse la prueba de detección de COVID-19?	Pág. 21
14. En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo se tardó entre el inicio de los síntomas y la realización del test?	Pág. 21
15. ¿Su hospital/centro dispone de test rápidos para la detección del COVID-19?	Pág. 22
16. Si se dispone de tests rápidos para todo el personal sanitario ¿A partir de qué fecha?	Pág. 22
17. ¿Le han realizado la prueba PCR para diagnóstico de COVID-19?	Pág. 23
18. ¿Le han realizado un análisis serológico de COVID-19?	Pág. 23
19. ¿Ha sido diagnosticado de infección por COVID-19?	Pág. 24
20. En caso de encontrarse o haberse encontrado en situación de incapacidad laboral por infección de COVID-19, se le ha emitido la incapacidad laboral como	Pág. 25
21. Si ha estado aislado, marque todas las correctas	Pág. 26
22. En caso de haber sido diagnosticado de la enfermedad y haber desaparecido el cuadro clínico ¿Le han repetido el test antes de volver al trabajo?	Pág. 27
23. En ese caso, ¿le han hecho 1 ó 2 PCR negativas antes de reincorporarse?	Pág. 28
24. Si ha sufrido la enfermedad y se ha reincorporado a su trabajo, ¿cuánto tiempo (en días) ha pasado entre el inicio de los síntomas y su reincorporación al trabajo?	Pág. 29
25. Si ha sufrido la enfermedad y se ha reincorporado a su trabajo, ¿cuánto tiempo (en días) ha pasado entre el la PCR negativa y su incorporación al trabajo?	Pág. 29
Sección 4. Equipos de Protección Individual. EPIs	Pág. 30
26. Como profesional médico ¿Se ha sentido desprotegido ante la infección por no disponer del material adecuado en algún momento de la epidemia?	Pág. 30
27. ¿Considera que a día de hoy tiene el material de protección personal adecuado para realizar su trabajo con seguridad?	Pág. 31
28. En caso afirmativo, ¿a partir de qué día recibió el material adecuado para poder realizar su trabajo con seguridad?	Pág. 31
29. ¿Qué MASCARILLAS ha tenido o tiene a su disposición? Marque la de mayor protección a la que ha tenido acceso hasta ahora	Pág. 32
30. ¿Desde cuándo le han suministrado dichas mascarillas?	Pág. 33
31. ¿Cuánto es el tiempo máximo que ha tenido que reutilizar una mascarilla de un solo uso?	Pág. 34
32. En su servicio/centro, ¿se reutiliza el material de protección individual de un solo uso como los gorros o batas desechables?	Pág. 35
33. ¿Ha tenido que comprar personalmente material de protección individual frente a coronavirus para usarlo en su trabajo?	Pág. 36
34. ¿Ha recibido formación para usar el EPI en su puesto de trabajo?	Pág. 37
35. Si ha participado en la toma de muestras, bien en su centro de trabajo o en domicilios, ¿se le ha formado para ello?	Pág. 38
36. Si trabaja en un centro extrahospitalario donde no hay servicio de lavandería disponible, ¿ha tenido que hacerse cargo de la limpieza y esterilización de su uniforme de trabajo?	Pág. 39



37. Señale las medidas de protección individual de las que dispone actualmente en su centro/servicio para protección frente a COVID-19	Pág. 40
38. Indique cualquier otra consideración respecto a los equipos de protección individual que quiera hacer	Pág. 41
Sección 5. Plan de contingencia	Pág. 44
39. En caso de haberse establecido un plan de contingencia en su lugar de trabajo, indique fecha aproximada en la que recuerda que se empezaron a implantarse las medidas	Pág. 44
40. SI TRABAJA EN ATENCIÓN PRIMARIA: Señale las medidas adoptadas como plan de contingencia en su centro de salud /consultorio de atención primaria	Pág. 45
41. SI TRABAJA EN UN HOSPITAL: Señale las medidas adoptadas como plan de contingencia en su servicio hospitalario	Pág. 46
42. ¿El plan de contingencia de su servicio/centro tiene establecido un plan de reserva de personal?	Pág. 47
43. Indique las medidas, no descritas en este formulario, que se han tomado en su centro/ hospital y que podrían ser de utilidad para el resto de compañeros. Puede indicar medidas específicas de su especialidad	Pág. 48
44. Indique cualquier otra cosa que considere relevante	Pág. 49
Sección 6. Desescalada	Pág. 50
45. ¿Está volviendo a la normalidad la actividad asistencial en su centro de trabajo?	Pág. 50
46. Respecto de la "desescalada", como médico y profesional de mayor formación en el ámbito sanitario, exprese lo que considere oportuno para que podamos transmitirlo a las autoridades	Pág. 51
Sección 7. Disposición a reclamar por los hechos vividos durante esta crisis	Pág. 54
47. ¿Estaría dispuesto a poner en conocimiento de las autoridades pertinentes los hechos descritos en este formulario?	Pág. 54
DISCUSIÓN	Pág. 55
CONCLUSIONES	Pág. 62
COMENTARIO FINAL	Pág. 64
BIBLIOGRAFÍA	Pág. 67



PREÁMBULO

La Asociación de Médicos Unidos por sus Derechos, MUD, quiere dar el pésame a todas las familias y conocidos de todos los fallecidos durante estas trágicas semanas.

Al mismo tiempo mandamos nuestro apoyo a todo el personal sanitario que aún sigue, hoy día 9 de mayo, luchando en primera línea desprotegido ante la infección.

Exhortamos a las autoridades, medios de comunicación y a todos los ciudadanos a leer este estudio con detenimiento y a actuar en consecuencia con los datos expuestos. Estudio donde podrán encontrar información real y detallada, sobre lo ocurrido en nuestros centros sanitarios estas semanas, directamente proporcionada por aquellos que estamos en la primera línea de la epidemia, los médicos.

No busquen alegatos partidistas en estas líneas. Nuestro trabajo consiste en curarte sin importar qué pienses. La realidad nos ha golpeado y hasta que no despertemos de esa ensoñación ideológica que parece invadir todo lo que ocurre en nuestro país, los políticos, los medios de comunicación y los ciudadanos seguiremos errando una y otra vez en nuestros diagnósticos y tratamientos.

Aprovechemos, como sociedad este momento histórico para despertar y recalibrar las prioridades. Pongamos en primer lugar de la agenda política aquello que afecta a todos. La salud. Sin salud no hay nada más. Si no se centran en lo importante y piensan seguir su agenda política como si nada hubiera ocurrido sepan que las consecuencias para la salud de nuestros ciudadanos y de nuestra democracia serán graves. Asuman su lugar en la historia y céntrense en lo importante de una vez. No nos hagan escoger entre la política o la vida.

Enrique A. Alfonso Muñoz

Presidente de la Asociación de Médicos Unidos por sus Derechos, MUD.



INTRODUCCIÓN

El día 6 de Febrero de 2020, la cuenta de Twitter del Ministerio de Sanidad publica: “El Foro Económico Mundial sitúa a España como el país con la mejor Sanidad del mundo en su último informe de competitividad, de 2019” ⁽¹⁾

Posteriormente, el día 2 de mayo de 2020, se inicia “la desescalada” con 41.785 sanitarios contagiados, aproximadamente el 20% de todos los casos de COVID-19 de España.⁽²⁾

En una crisis global donde la imprevisibilidad de los hechos afectaba a todos los países por igual, España tiene la mayor tasa de contagios entre el personal sanitario del mundo y una de las tasas de mortalidad más elevadas.

¿Cómo es posible? ¿Qué ha ocurrido durante esta crisis en nuestros centros sanitarios para pasar de liderar la clasificación a colocarnos a la cola del mundo en cuanto a resultados?

¿Cuándo se empezaron a tomar medidas? ¿Esas imágenes de profesionales reutilizando el material de un solo uso han sido esporádicas o generalizadas? ¿Han tenido que trabajar con síntomas de coronavirus algunos médicos a la espera de la realización de un test diagnóstico? ¿Cuántos? ¿Cuánto ha tardado ese test diagnóstico en realizarse? Tras 8 semanas en estado de alarma en el que la llegada de aviones con material de protección se ha anunciado a bombo y platillo, a estas alturas, en plena desescalada ¿ya cuentan con el material adecuado los médicos de nuestro país? ¿Qué puede pasar si los profesionales sanitarios siguen trabajando sin saber si están infectados o no y sin protección y se reanuda la actividad no urgente considerando que la mayor parte de pacientes son mayores de 60 años?

Información de médicos y medicina, ofrecida directamente por los propios médicos.

El estudio que a continuación leerá ha sido realizado por la Asociación de Médicos Unidos por sus Derechos, MUD, constituida hace un mes con el objetivo de mejorar las condiciones laborales de los médicos españoles entendiéndolo que una mejora en sus condiciones repercutirá siempre positivamente en la salud de todos los ciudadanos. La idea principal de MUD es ser el altavoz de los médicos españoles, una herramienta para canalizar sus necesidades y mejorar así la atención de todos. El siguiente estudio, fruto del sondeo de más de 1500 médicos de más de 300 centros sanitarios de todo el territorio nacional es una muestra de ello. Desde el 4 de abril MUD ya ha reunido a más de 9000 médicos de toda España.

Los médicos nos dedicamos a diagnosticar problemas reales y ofrecer soluciones plausibles. Consideramos que esa debe ser la función de todo servidor público. No escondemos la enfermedad a los pacientes, sino que les tratamos como lo que son, adultos, les informamos y nos enfrentamos a la enfermedad con todas nuestras armas.

Con el objetivo de ofrecer información a nuestros dirigentes para que sean conscientes de los problemas reales que sufrimos los médicos de España, en tiempo real, y pongan soluciones que repercutirán positivamente en ti, ciudadano que antes o después precisará de atención médica, presentamos el siguiente estudio sobre la situación vivida por los médicos españoles durante las últimas semanas y el estado actual de la misma. Consideramos que la información a continuación detallada, escandalosa en muchas cuestiones, debe interpelar a toda la ciudadanía la siguiente pregunta: ¿Qué dirección debe tomarse para que esto no vuelva a ocurrir?



MÉTODOS

A través de la herramienta de Google Forms se desarrolló una encuesta en 7 secciones diferentes: Datos personales, Información general, Información personal, Equipos de Protección Individual, Plan de contingencia, Desescalada y Disposición a reclamar por los hechos vividos durante esta crisis.

Dada la naturaleza de las preguntas y la sensibilidad de la información, con el objetivo de garantizar el mayor número de respuestas muchas se dejaron abiertas para ser contestadas o no según el criterio del médico encuestado.

Siguiendo la filosofía de nuestra asociación, de dar voz a los médicos, se han incluido preguntas de respuesta libre para poder trasladar testimonios concretos. De entre los miles de comentarios, se han trasladado los testimonios más relevantes por su frecuencia e impacto.

Con una duración aproximada de entre 5 y 10 minutos, el sondeo se realizó a través de nuestra plataforma web www.mudmedicos.es, enviando la encuesta en un único correo electrónico a los más de 8000 médicos inscritos en MUD a día 26 de abril.

La encuesta ha estado disponible desde la tarde del 26 de abril a la mañana del 3 de mayo. Durante los días 4, 5 y 6 de mayo se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de los datos de la encuesta que presentamos a continuación. Para el análisis de los datos y su presentación se ha usado el programa SPSS Statistics.



RESULTADOS

En total, 1559 médicos de 327 hospitales, centros de salud, residencias y servicios de emergencias de toda España contestaron la encuesta.

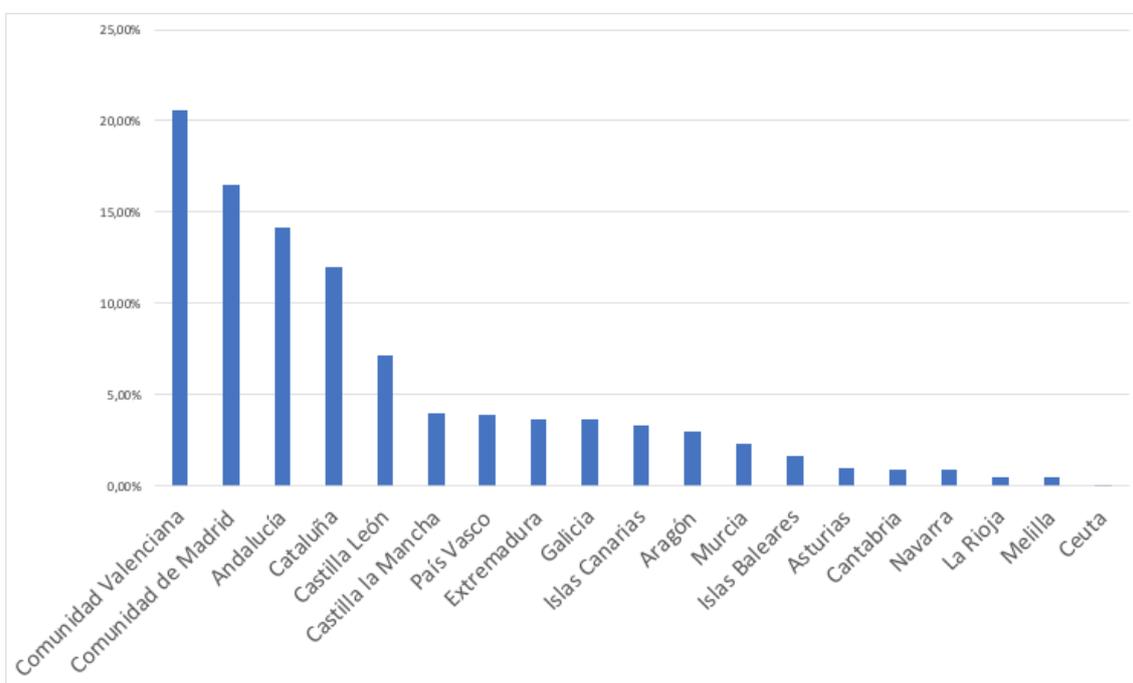
La muestra de 1559 médicos y su distribución en 327 centros sanitarios del país es considerada por MUD suficientemente representativa para extrapolar los datos de esta encuesta al conjunto de médicos de nuestro país.



SECCIÓN 1. Resultados demográficos

1. Indique la comunidad autónoma donde trabaja (Respuestas: 1559)

Comunidad Autónoma	Porcentaje	Comunidad Autónoma	Porcentaje
Comunidad Valenciana	20,60%	Aragón	3%
Comunidad de Madrid	16,50%	Murcia	2,30%
Andalucía	14,20%	Islas Baleares	1,70%
Cataluña	12%	Asturias	1%
Castilla León	7,20%	Cantabria	0,90%
Castilla la Mancha	4%	Navarra	0,90%
País Vasco	3,90%	La Rioja	0,50%
Extremadura	3,70%	Melilla	0,50%
Galicia	3,70%	Ceuta	0,10%
Islas Canarias	3,30%		





2. Indique su centro de trabajo (Respuestas: 1559)

En total 327 centros de trabajo diferentes, entre los que se distinguen:

- 165 Centros de Salud
- 151 Hospitales
- 8 Residencias de ancianos
- 3 Servicios de emergencias



3. Indique su Especialidad Médica* (Respuestas: 1559)

Especialidad	Porcentaje	Especialidad	Porcentaje
Medicina familiar y comunitaria	14%	Neumología	1%
Anestesiología	7,70%	Neurocirugía	1%
Traumatología	6,70%	Oncología radioterápica	0,90%
Pediatría	6,20%	Cirugía Plástica	0,70%
Oftalmología	4,80%	Cirugía Vascular	0,70%
Psiquiatría	4,80%	Endocrinología	0,70%
Ginecología y obstetricia	4,60%	Anatomía patológica	0,60%
Cirugía General	4,50%	Cirugía oral y maxilofacial	0,60%
Atención primaria	3,50%	Cirugía Pediátrica	0,60%
Medicina de urgencias	3,50%	Geriatría	0,60%
Radiología	3,30%	Alergología	0,50%
Medicina interna	3,20%	Medicina del trabajo	0,50%
Medicina física y rehabilitación	2,30%	Cirugía Cardíaca	0,30%
Gastroenterología	2,20%	Medicina nuclear	0,30%
Urología	2,20%	Neurofisiología	0,30%
Otorrinolaringología	2%	Cirugía Torácica	0,20%
Dermatología	1,90%	SAMU	0,20%
Medico general	1,90%	Análisis clínicos	0,10%
Neurología	1,90%	Farmacología	0,10%
Cardiología	1,70%	Medicina del deporte	0,10%
Medicina intensiva	1,50%	Medicina forense	0,10%
Nefrología	1,50%	Medicina preventiva y salud pública	0,10%
Oncología médica	1,40%	Médico de unidad de hospitalización domiciliaria	0,10%



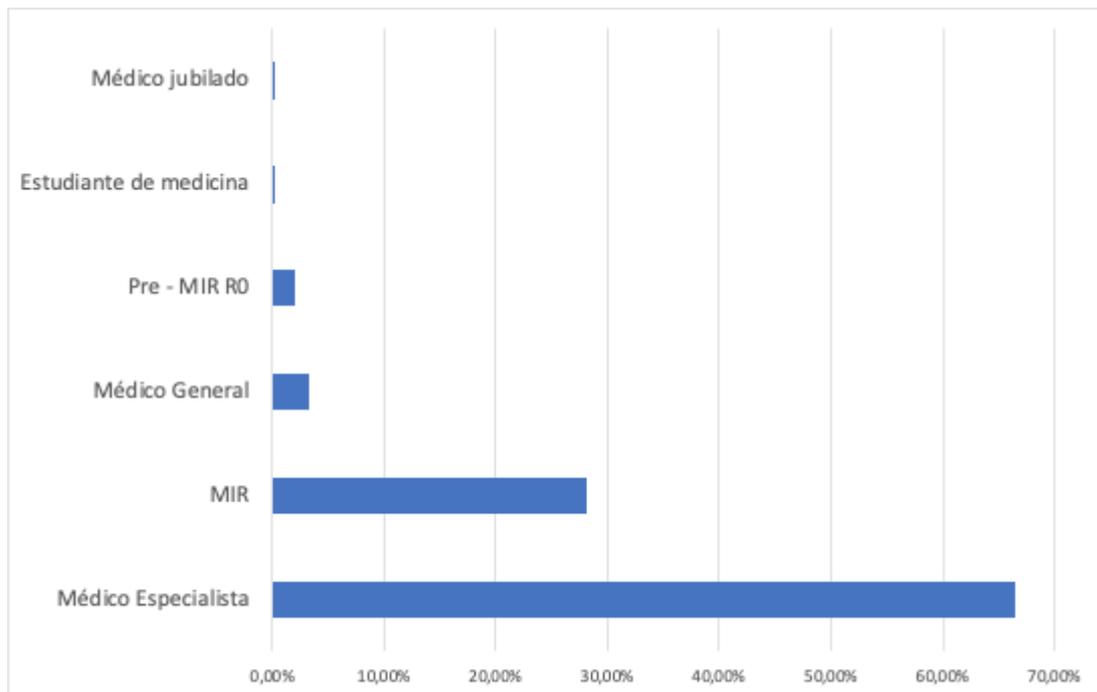
Hematología	1,30%	Microbiología	0,10%
Reumatología	1,10%		

*Se han incluido especialidades no reconocidas como medicina de urgencias o médico de unidad de hospitalización domiciliaria con el objetivo de segmentar mejor la muestra. Dentro de atención primaria se incluyen otras especialidades también representadas como medicina de familia y pediatría.



4. Categoría profesional (Respuestas: 1559)

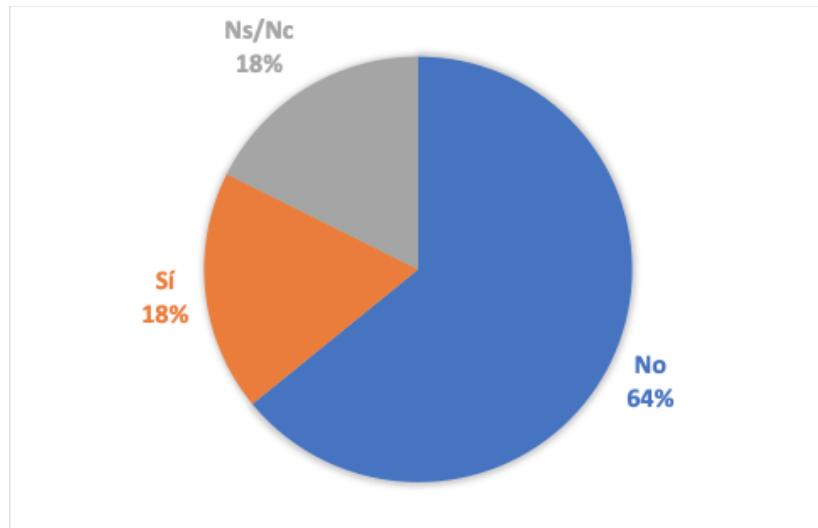
Categoría profesional	Porcentaje
Médico Especialista	66,50%
MIR	28,20%
Médico General	3,20%
Pre - MIR RO	2,0%
Estudiante de medicina	0,10%
Médico jubilado	0,10%





SECCIÓN 2. Información General

5. ¿Ha fallecido algún profesional sanitario por COVID-19 en su centro de trabajo? (Respuestas: 1556)



Respecto al personal sanitario fallecido, la semana pasada se le preguntó al Presidente del Gobierno en rueda de prensa este dato y no hubo contestación concreta.

El Instituto Carlos III a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica ha publicado el número de sanitarios fallecidos en sus informes del 30 de abril y 4 y 7 de mayo ⁽³⁾

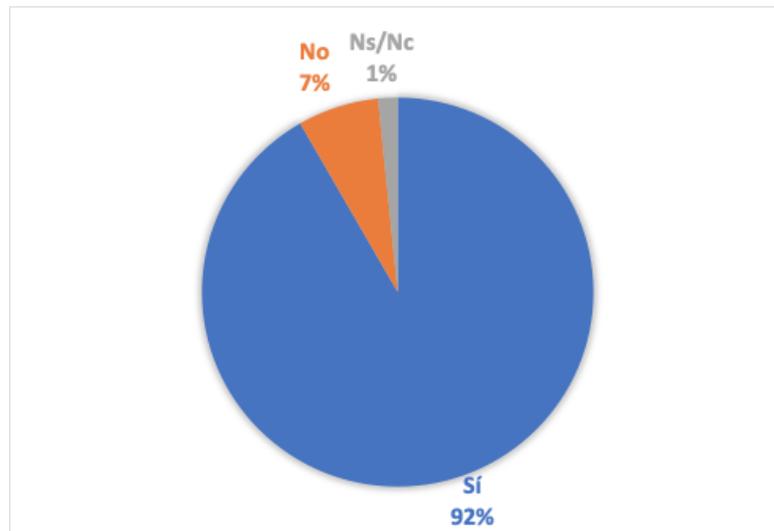
El 18% de encuestados que han indicado “sí” corresponden a 76 centros sanitarios diferentes por lo que suponemos un mínimo de 76 fallecidos entre el personal sanitario de nuestro país, una cifra superior a los 42 indicados en el último informe de Instituto Carlos III. ⁽⁴⁾

La guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo recoge :

“Los trabajadores tienen derecho a disponer de toda la información existente que les pueda afectar relacionada con el trabajo, tanto en lo referente a la exposición a agentes biológicos de los grupos 3 y 4 como a los accidentes e incidentes que se hayan producido.” ⁽⁵⁾



6. ¿Hay o ha habido médicos infectados o aislados por coronavirus en su CENTRO DE TRABAJO? (Respuestas: 1559)



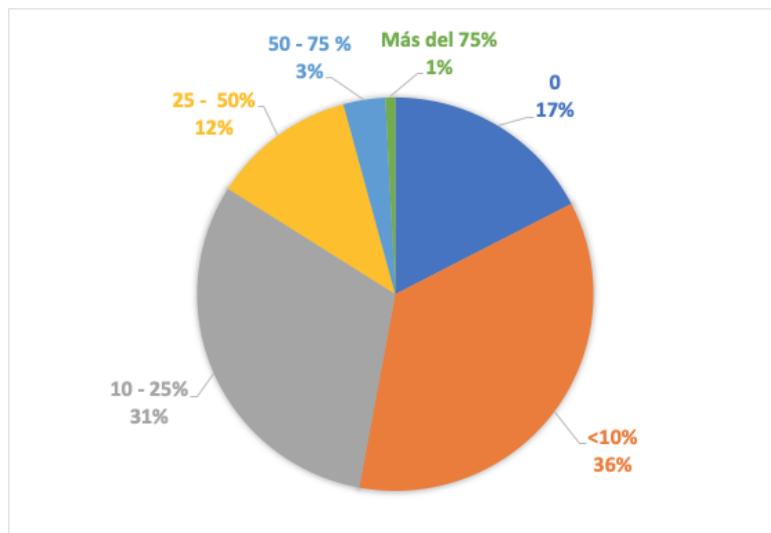
Este dato refleja una probable causalidad directa entre trabajar en un centro sanitario y haberse infectado por COVID-19. Dicho porcentaje de médicos afectados debería ser investigado por las autoridades pertinentes encargadas de asegurar la protección laboral.



7. ¿Cuántos médicos de su SERVICIO/UNIDAD/EQUIPO han estado infectados o aislados aproximadamente? (Respuestas: 1492)

Media	4,55
Mediana	3

8. Indique el % de médicos que, hasta el momento, han estado infectados o aislados, respecto al total de médicos de su SERVICIO/UNIDAD/EQUIPO. (Respuestas: 1557)



El **83%** de los servicios/unidades/equipos de médicos se han visto afectados por el COVID. Un porcentaje más que debería ser investigado por las autoridades pertinentes encargadas de asegurar la protección laboral.



9. **Si lo conoce, indique cuál es el criterio que se ha seguido para la realización de pruebas de detección (PCR) de COVID-19 al personal sanitario en su centro. (Respuestas: 1347)**

Contextualización de la contestación:

Según la “Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y socio-sanitarios del Ministerio de Sanidad. Versión del 13 de abril de 2020”, con respecto a la realización de pruebas de PCR en personal sanitario se indica lo siguiente:

“En la valoración del profesional sanitario se tendrá en cuenta el servicio en el que desarrolla su actividad asistencial (unidades con pacientes especialmente vulnerables como por ejemplo hematología, UCI, oncología o unidades de quemados) y si el profesional tiene factores de riesgo.
a. Contacto estrecho con caso posible, probable o confirmado de COVID-19 con uso adecuado del EPI. Continuará con la actividad asistencial normal y se realizará vigilancia pasiva de aparición de síntomas.

b. Contacto estrecho con caso posible, probable o confirmado de COVID-19 sin EPI. Si se valora como una exposición de alto riesgo: o Se retirará al profesional de la actividad asistencial. o Se valorará la realización a los 7 días de un test diagnóstico por PCR. En caso de que la PCR sea negativa se deberá reincorporar a la actividad asistencial, garantizando el uso de mascarilla quirúrgica y guantes en la asistencia y vigilancia activa de aparición de síntomas hasta los 14 días del contacto. Si la PCR es positiva se iniciará el procedimiento de manejo de los casos descrito más arriba. o Si no se realiza PCR se deberá garantizar que realizará cuarentena domiciliar durante 14 días con vigilancia activa de los síntomas.

Si se valora que se trata de una exposición de bajo riesgo se continuará con la actividad asistencial normal y vigilancia pasiva de los síntomas.

Contacto casual con caso probable o confirmado de COVID-19 sin equipo de protección individual: continuará con actividad asistencial normal y se realizará vigilancia pasiva de síntomas. (...) De forma general y tal como se indica para el manejo de contactos en el Procedimiento de actuación frente a casos de nuevo coronavirus, no se recomienda la recogida de muestra a no ser que presenten síntomas.”

Una vez conocida la guía de actuación del Ministerio, evaluamos las respuestas dadas a la pregunta:

En este apartado, de contestación abierta, la respuesta más habitual ha sido: **Síntomas compatibles**. La segunda respuesta más habitual: **“Contacto estrecho con paciente infectado con protección insuficiente.”**

No obstante, según las respuestas el **control de contactos ha sido muy variable**:

“Estar sintomático. No se ha hecho ninguna prueba a asintomáticos que estuvieron en contacto con positivos (en mi caso estuve 3 horas con un compañero que al día siguiente tuvo fiebre y dio positivo para covid)”

Contestaciones como esta anterior indican como en la práctica se ha realizado un seguimiento limitado a las recomendaciones oficiales.

Ha existido **gran variabilidad entre centros**:

Un médico que trabaja en dos centros diferentes ha indicado: “En un centro se realizaban las pruebas por alta sospecha y criterios clínicos, en el otro centro no se hizo ninguna prueba.”

Esta variabilidad ha dado lugar a respuestas heterogéneas, desde:

- “Se están realizando pruebas al 100% del personal”



- “A quién lo ha solicitado se le ha hecho, independientemente de la clínica. No se nos ha negado el acceso a las pruebas”
- “En general, hasta donde sé, salvo al principio de la epidemia, ha habido bastante libertad para la realización de los test”, “En mi hospital se nos ha hecho a TODO el personal sanitario que estábamos en contacto con COVID-19 de forma semanal para screening e incluso ahora, que yo ya he vuelto a mi especialidad y no estoy en 1a línea con pacientes COVID, se nos hace desde salud laboral CADA SEMANA igual”
- “Voluntario, al que lo pidiese se le ha hecho, desde hace 1 semana”

Hasta:

- “No hemos recibido ninguna instrucción por parte de dirección, Salud pública, riesgos laborales... todos los planes/actuaciones de contingencia etc los hemos tomado a nuestro parecer”
- “No se han hecho”
- “Estar más de una semana con síntomas” “Fiebre + síntomas > 5-6 días” o “a los 7 días del inicio de los síntomas, para valorar la reincorporación al trabajo”
- “**Cada día uno distinto**”

En la línea de esta última, muchas contestaciones han reflejado que ha habido un “**criterio cambiante según la semana**” y “según la disponibilidad de tests”, “Cada semana/pocos días ha cambiado”.

Se destaca también la ***adecuación de los protocolos a los recursos disponibles***, siendo más estrictos en la limitación de la realización de pruebas en plena pandemia que en los días iniciales: “Al inicio, los sintomáticos y los contactos. Después, solo sintomáticos”; o también: “Variaba según los días, al principio síntomas leves, luego fiebre, luego ambos... y contacto con un positivo”.

“Nos consideraban a todos positivos”.

“El 27/03 me dijo en persona el responsable de riesgos laborales que sólo le hacían la PCR a los sanitarios con síntomas GRAVES, porque nos consideraban a todos positivos. Por lo tanto no se lo hicieron a nadie del servicio, solo a un compañero que tuvo además de los síntomas leves, taquicardias y sintomatología cardíaca. En mi servicio hay compañeros que pertenecen a la población de riesgo ya que han pasado infartos o están en tratamiento por algún tipo de cáncer y se les negó el test. A finales de abril decidieron hacernos los test de serología a todos, 1 mes después y con dudosa fiabilidad de dichos test.”

Igualmente, se ha indicado que, en algunos centros **“desde hace una semana” se están haciendo más tests.**

“Hasta mitad de abril no se hicieron pruebas de PCR. A las personas con síntomas se les aislaba en domicilio 2 semanas. Desde entonces están haciendo pruebas de anticuerpos y PCR según el resultado de anticuerpos a todo el personal, celadores, auxiliares, limpiadores, enfermería y médicos del servicio de urgencias y UCI, pero no al resto de médicos especialistas que trabajan allí de forma constante y que están en el régimen de autónomos.”

“Nos han hecho a todos la última semana de abril el test rápido”

“Está empezando a hacer en todos los centros PCR y test rápido de anticuerpos a todo el personal. El test rápido de anticuerpos ha sido rechazado en otras comunidades autónomas por su baja sensibilidad”



“Desde hace una semana se está haciendo un estudio de seroprevalencia en el centro de forma que a todo el personal de hospital nos están haciendo PCR, test rápido con Ac totales y si este es positivo hacen el que diferencia IgG de IgM.”

“Inicialmente: síntomas y contacto de riesgo. Actualmente (desde el 20/4) : aleatoriamente al personal sanitario, comenzando por personal de guardia y quirófano”

También se han debido realizar tras el “uso de mascarillas defectuosas”.

Algunos profesionales **han tenido que realizarse el test en “centros privados”**, resultando positivos. Otros médicos, trabajadores comentan “el que quiere se las hace y se las paga.”

Después de exponer su salud, su vida, muchos compañeros tienen además que enfrentarse a los problemas normativos en plena crisis sanitaria.

“El día 24 de Abril dijeron por primera vez la intención de hacer test a todo el personal laboral del hospital (administrativas y enfermeras y médicos de urgencias generales) pero no médicos especialistas porque como no somos personal laboral, sino que somos autónomos en prestación de servicios, no tenemos derecho; si queremos hacerlo creo que pagando de forma privada. Pero estoy esperando e investigando a ver si puedo hacerlo pagando porque no nos informan nada.”

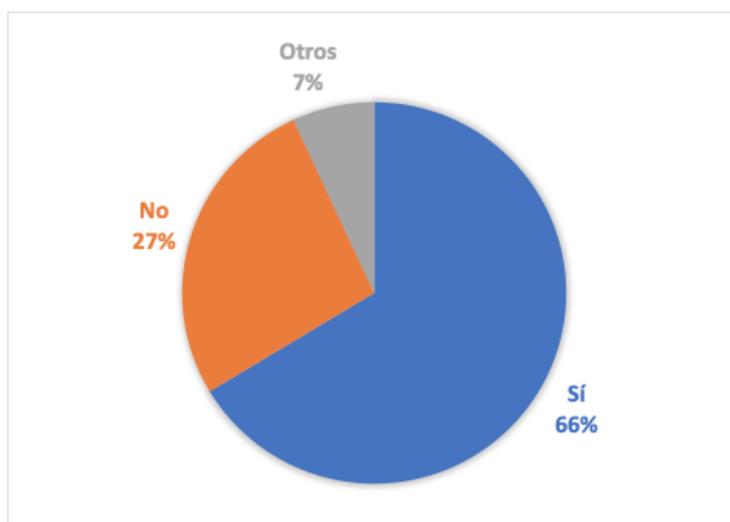


SECCIÓN 3. Información personal.

Sección dedicada a conocer la implicación personal en la atención a los enfermos por COVID y la afectación personal por parte de los médicos.

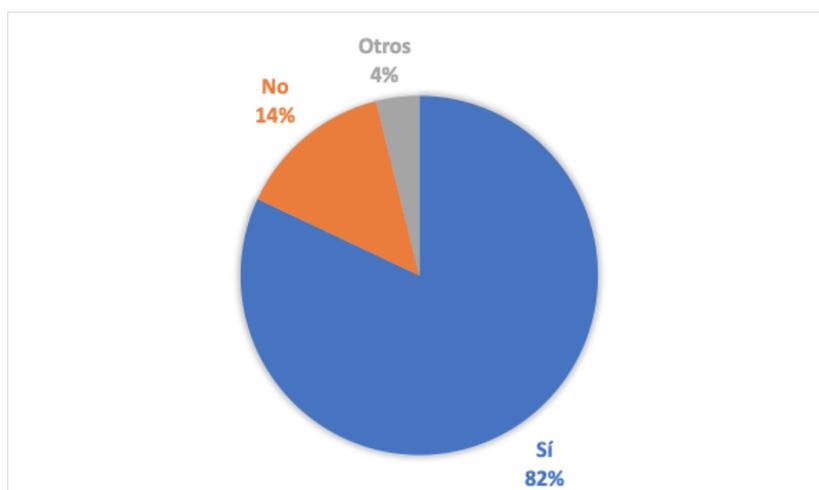
**En las siguientes dos preguntas se dejó abierta la opción "otros" dado que muchos médicos han atendido pacientes COVID indirectamente a pacientes COVID + o sospechosos de tener COVID mediante interconsultas, atención telefónica, etc.*

10. ¿Ha participado en la atención médica de pacientes **INFECTADOS** por COVID-19? (Respuestas: 1555)



En el apartado otros, se comenta mayoritariamente “atención telefónica”, “atención de interconsultas”, “no lo sé”.

11. ¿Ha participado en la atención médica de pacientes **SOSPECHOSOS** de infección por COVID-19? (Respuestas: 1552)

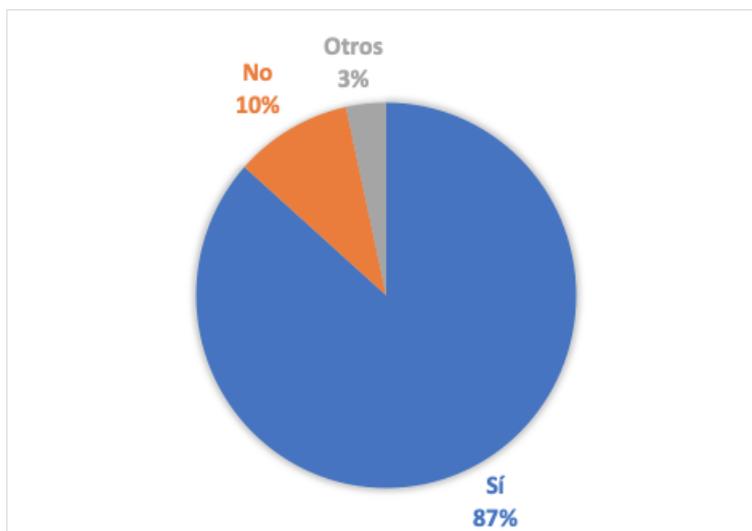


Las contestaciones en “otros” son similares a los de la pregunta anterior: “atención telefónica”, “atención de interconsultas”, “no lo sé”.

El 66% del personal médico del país ha tenido que dirigir su atención a pacientes afectados por la COVID-19. Este dato, es un reflejo del esfuerzo organizativo por parte de los responsables de cada servicio, principalmente aquellos de las especialidades en primera línea en la atención a estos enfermos.



12. ¿Considera que, por ausencia de material de protección adecuado, y ausencia de tests, podría haber sido un vector de la enfermedad entre compañeros, pacientes y familiares? (Respuestas: 1555)



Quisiéramos señalar previamente que la guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo recoge :

“Entre los tipos de vigilancia de la salud, contemplados en el artículo 37.3 del RSP y en el artículo 3 del Real Decreto 843/2011 que hay que tener en cuenta en la protección de los trabajadores expuestos a agentes biológicos, se incluye la protección de los pacientes, familiares y personas de su entorno, evitando que los trabajadores transmitan ciertas enfermedades infecciosas a terceros.”⁽⁶⁾

El 87% considera que sí ha podido ser vector de la enfermedades. De esa consideración se derivan dos cosas:

- La permanencia en el puesto de trabajo de los médicos españoles con independencia del posible riesgo personal para sí mismo y para sus familiares.
- Una falta de medidas de protección que ha puesto en riesgo la salud de los profesionales médicos y, por extensión, también la de los pacientes y sus familias.

En el apartado “otros” algunos comentarios que reflejan ideas en relación al gran porcentaje de respuestas afirmativas de esta pregunta son:

“Por ausencia de test en asintomáticos”

“Sí, dado que hemos estado intubando con mascarillas que finalmente no tenían función ffp2 y todavía no se nos han hecho pruebas ni se nos ha aislado, al menos a los residentes.”

“Nos infectamos en las semanas previas al aislamiento, que no nos daban epis”

“Al inicio de la crisis, si”

“Las primeras semanas de la pandemia por supuesto que sí; ahora tenemos material, pero tampoco para gastar EPI en todos los pacientes sospechosos que vienen a diario”

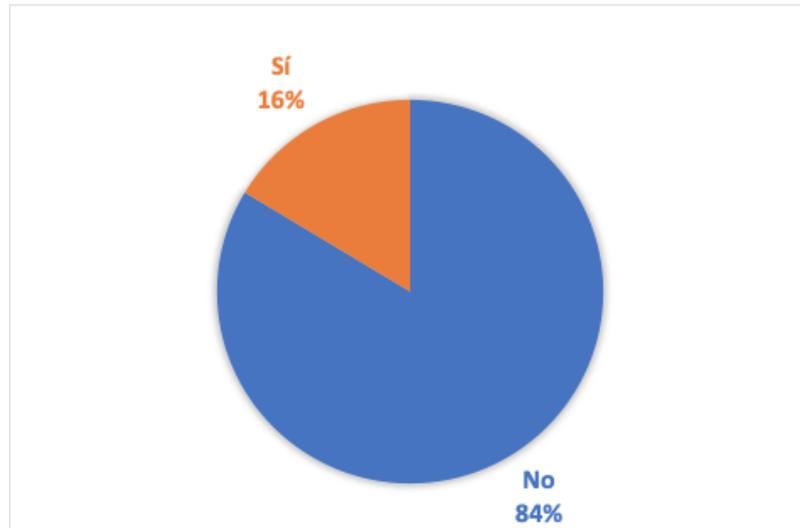


“Me he mantenido alejada de la familia”

Otros recuerdan algo que muchos médicos hemos tenido que vivir durante estos dos meses, y es el hecho de tener que buscar otros domicilios o autoaislarse en sus casas, al no saber si eran asintomáticos positivos.



13. ¿En algún momento ha trabajado con síntomas compatibles con la enfermedad a la espera de realizarse la prueba de detección de COVID-19? (Respuestas: 1555)



El 16% de los médicos que han contestado el formulario afirman haber tenido que trabajar con síntomas compatibles a la espera de realizarse la prueba.

14. En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo se tardó entre el inicio de los síntomas y la realización del test? (Respuestas: 282)

Las respuestas tipo se han convertido en días. P. ej: 1 semana = 7 días.

Las respuestas en las que se comenta que no se han tenido síntomas han sido eliminadas.

Las respuestas a esta pregunta no indican el tiempo que los médicos han tenido que trabajar con síntomas, sino el tiempo que se tardó entre el inicio de los síntomas en aquellos que habían trabajado con síntomas y la realización del test.

Algunos comentan que el test tardó en hacerse pero inmediatamente se autoaislaron o se les dio la baja. En otros casos se indica que han tenido que acudir a sus puestos de trabajo con síntomas.

En total han contestado a la pregunta de manera válida **269 médicos**, con las respuestas que siguen:

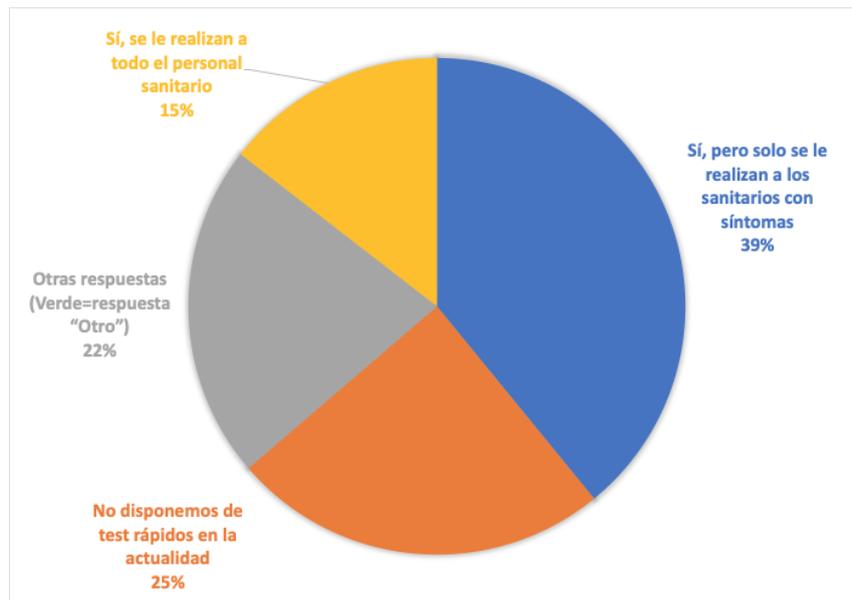
- No se realizó el test en 70
- Se realizó el test en 199

Con el siguiente tiempo medio y mediano tras el inicio de síntomas:

Media	8 días
Mediana	5 días



15. ¿Su hospital/centro dispone de test rápidos para la detección del COVID-19? (Respuestas: 1559)



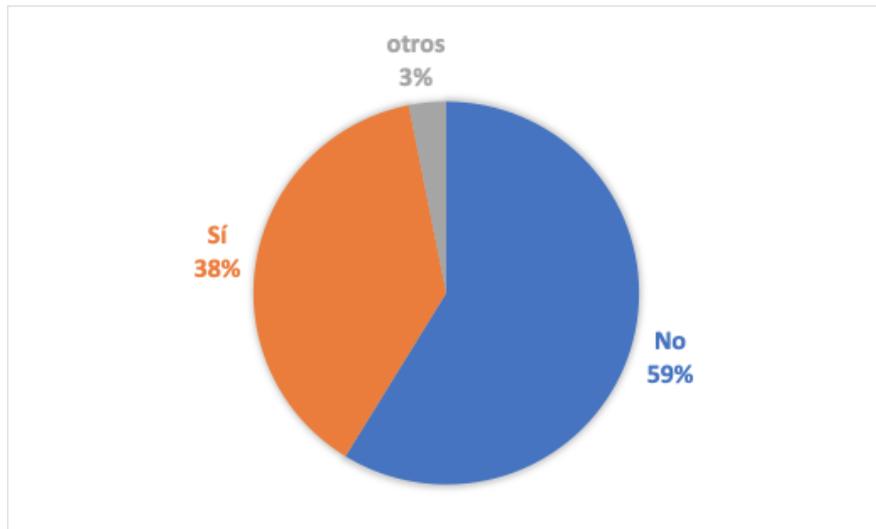
16. Si se dispone de tests rápidos para todo el personal sanitario ¿A partir de qué fecha? (Respuestas: 233)

De ese 15% que ha contestado que se realiza a todo el personal sanitario, estos test se han empezado a realizar de media y mediana en las siguientes fechas:

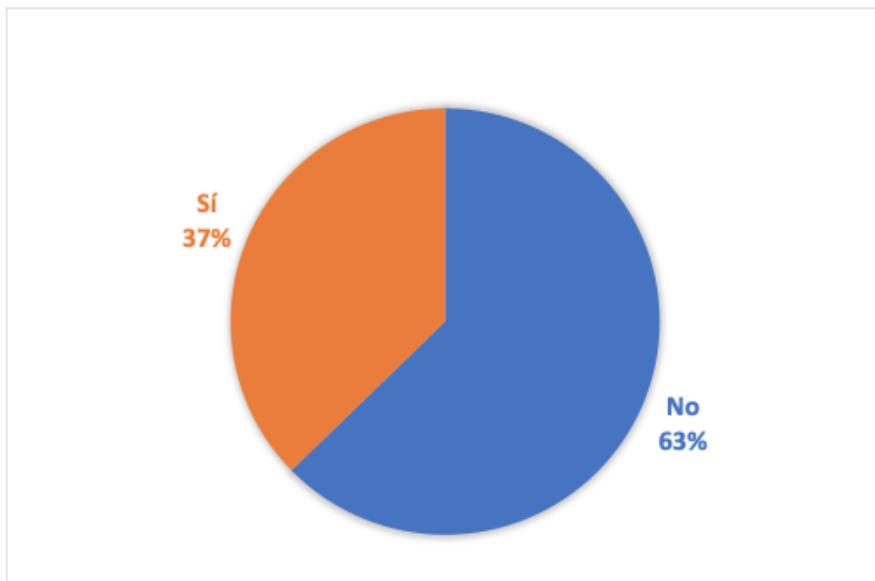
Media	18-APR-20
Mediana	20-APR-20



17. ¿Le han realizado la prueba PCR para diagnóstico de COVID-19? *
(Respuestas: 1558)

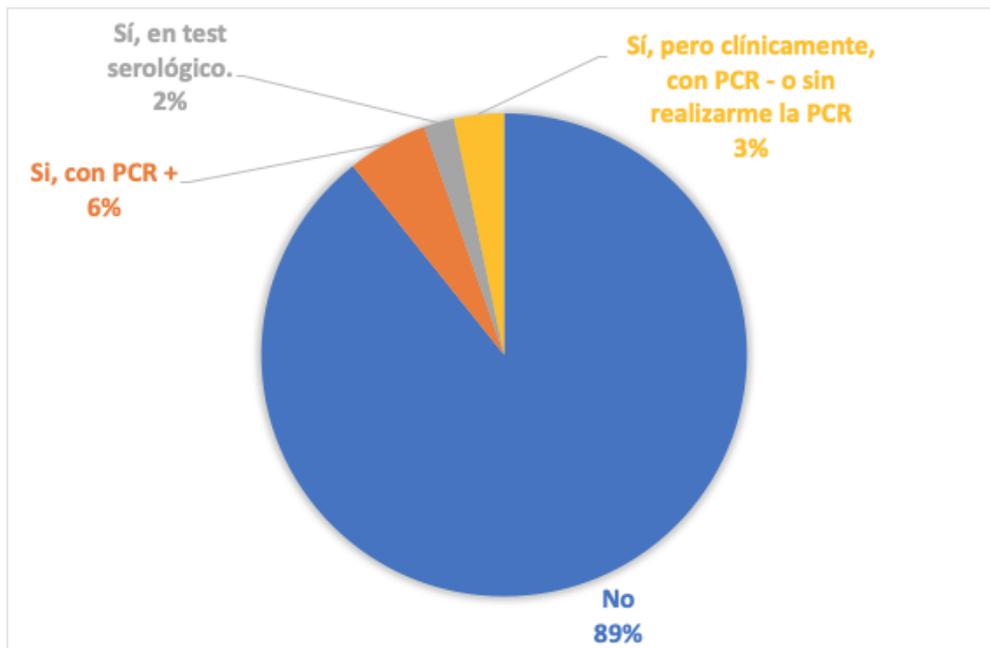


18. ¿Le han realizado un análisis serológico de COVID-19? (Respuestas: 1549)





19. ¿Ha sido diagnosticado de infección por COVID-19? (Respuestas: 1547)



Un 12% de médicos indican haber sido diagnosticados de COVID-19, ya sea con PCR +, con test serológico o clínicamente. Entendiendo esta muestra como representativa, teniendo en cuenta la cifra oficial de médicos colegiados facilitada por el INE (año 2018) de 260.000, si realizamos una extrapolación obtendríamos como resultado la estimación de 31.460 médicos infectados ⁽⁷⁾. Entendemos que el número de infectados podría ser mayor dado que la mayoría de casos son asintomáticos y no se han realizado pruebas diagnósticas a la mayoría de médicos.



20. En caso de encontrarse o haberse encontrado en situación de incapacidad laboral por infección de COVID-19 , se le ha emitido la incapacidad laboral como (Respuestas: 354):

- **80% Enfermedad común**
- **20% Contingencia profesional**

Aunque, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 5.1 del Real Decreto-Ley 6/2020, de 10 de marzo ⁽⁸⁾ por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública, se declara que aquellas incapacidades laborales emitidas y períodos de confinamiento acordados (con ocasión de contagios, contacto con contagiados y análogos) se considerarán asimiladas a la propia de un accidente de trabajo y, por tanto, dicha contingencia será tratada a los efectos de incapacidad temporal como profesional, en la práctica observamos que el motivo de contingencia ha sido enfermedad común en un 80% de los encuestados que se encuentran o han encontrado en situación de incapacidad temporal.



21. Si ha estado aislado, marque todas las correctas (Respuestas: 395):

Sí, he estado aislado con PCR +	118	29.9%
Sí, he estado aislado pero no se me ha hecho la PCR.	35	8.9%
Sí, he estado aislado pero la PCR fue negativa	166	42.1%
He estado aislado por síntomas compatibles con la infección.	107	27.2%
He estado aislado por contacto con positivos.	125	31.7%

Respecto a los aislamientos, de manera aproximada podríamos considerar que*:

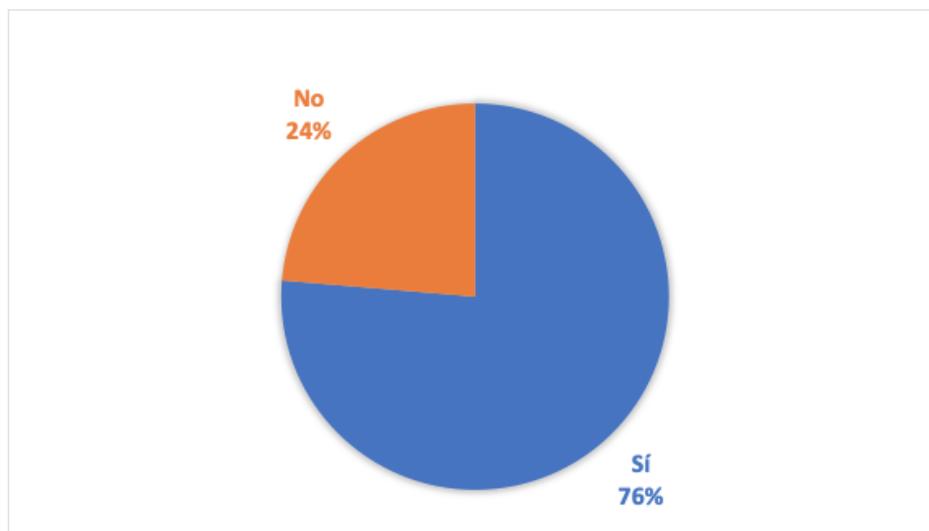
- El 40% de aislados tuvieron finalmente la PCR negativa
- El 30% de aislados han resultado tener PCR positiva
- El 10% de aislados no se les hizo nunca la PCR.

Respecto a aquellos que indicaron el motivo del aislamiento (el 58,9% de los que respondieron la pregunta), aproximadamente el 50% indicaron que fue por síntomas compatibles con la enfermedad y el otro 50% por contacto con positivos*.

*La pregunta se diseñó con la opción de marcar varias opciones, de ahí que los porcentajes no sumen el 100%.



22. En caso de haber sido diagnosticado de la enfermedad y haber desaparecido el cuadro clínico ¿Le han repetido el test antes de volver al trabajo? (Respuestas: 141)



Contextualización de la pregunta:

En la “Guía de actuación frente al Covid-19 en los profesionales sanitarios y sociosanitarios. Ministerio de Sanidad. Versión del 13 de abril de 2020” se indica:

“1. Casos leves con aislamiento domiciliario. Se realizará una PCR para finalizar el aislamiento. Para ello deben haber transcurrido un mínimo de 7 días desde el inicio de síntomas, debe haber ausencia de fiebre sin necesidad de toma de antitérmicos y mejoría de la clínica respiratoria en los últimos 3 días. Si la PCR es negativa y el trabajador se incorpora a su actividad asistencial, deberá hacerlo con mascarilla quirúrgica hasta completar 14 días desde el inicio de síntomas, evitando durante este tiempo el contacto con personas consideradas vulnerables para esta enfermedad. Si la PCR es positiva, continuará el aislamiento hasta que el resultado de la PCR sea negativo o según establezcan los protocolos de cada comunidad autónoma.

2. Casos graves que requirieron ingreso hospitalario. Los trabajadores sanitarios con un cuadro clínico grave que requirió ingreso hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite aunque su PCR siga siendo positiva, pero deberán mantener aislamiento domiciliario con monitorización de su situación clínica al menos 14 días desde el día del alta hospitalaria, y siempre que se haya resuelto la fiebre y hayan transcurrido 3 días desde la resolución de los síntomas.”⁽⁹⁾

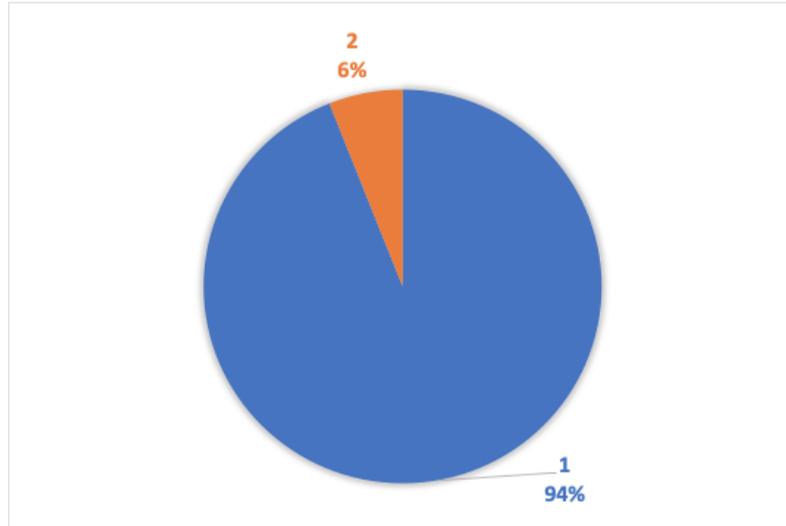
EL 24% de médicos infectados por COVID-19 han tenido que regresar a su puesto de trabajo sin test realizado que confirme negatividad frente a COVID-19. En ellos se ha incumplido el procedimiento de actuación del servicio de prevención de riesgos laborales marcado por Ministerio de Sanidad con última actualización en fecha de 30 de abril de 2020, pasado más de un mes del inicio de la pandemia, y que deja claro su competencia: “ El servicio sanitario del servicio de prevención de riesgos laborales serán los encargados de establecer los mecanismos para la investigación y seguimiento de los contactos estrechos en el ámbito de sus competencias, de forma coordinada con las autoridades de salud pública”⁽¹⁰⁾



**23. En ese caso, ¿le han hecho 1 ó 2 PCR negativas antes de reincorporarse?
(Respuestas: 122)**

Respuestas válidas: 114

Respuesta no válidas: 14 (Las respuestas no válidas incluyen aquellos que indican que no se les ha realizado PCR para reincorporarse, ya indicado en la pregunta previa).





24. Si ha sufrido la enfermedad y se ha reincorporado a su trabajo, ¿cuánto tiempo (en días) ha pasado entre el inicio de los síntomas y su reincorporación al trabajo? (Respuestas: 127)

Media	18,86
Mediana	18

Según la Guía de actuación frente al Covid-19 en los profesionales sanitarios y sociosanitarios del Ministerio de Sanidad⁽⁹⁾ :

“Se realizará una PCR para finalizar el aislamiento. Para ello deben haber transcurrido un mínimo de 7 días desde el inicio de síntomas, debe haber ausencia de fiebre sin necesidad de toma de antitérmicos y mejoría de la clínica respiratoria en los últimos 3 días.”

Menos de 7 días entre el inicio de los síntomas y la reincorporación al trabajo: En el 12,7% de casos no se han seguido las recomendaciones del ministerio respecto al tiempo mínimo para la reincorporación en los casos leves en aislamiento domiciliario. Hay que destacar que estas recomendaciones son del 13 de abril y la mayoría de estos casos se han dado previamente. Igualmente, si el ministerio lo considera recomendable a día 13 de abril, dado que esas recomendaciones están basadas en criterios científicos serían aplicables a fechas previas.

25. Si ha sufrido la enfermedad y se ha reincorporado a su trabajo, ¿cuánto tiempo (en días) ha pasado entre el la PCR negativa y su incorporación al trabajo? (Respuestas: 122)

Media	3,0 días
Mediana	1,5 días



Sección 4. Equipos de Protección Individual. EPIs

Como introducción a esta sección indicamos lo siguiente en el cuestionario:

“Como referencia para responder esta sección, adjuntamos las medidas oficiales de prevención y control de la infección del ministerio de sanidad para a. Primaria (17.03.2020)⁽²³⁾ y a. Hospitalaria 19.03.2020.⁽²⁴⁾”

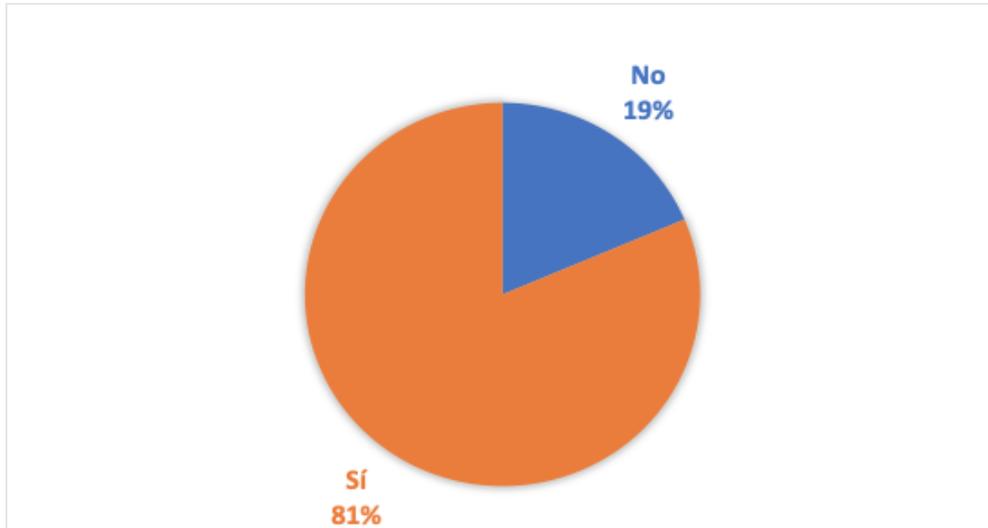
En HABITACIÓN DE AISLAMIENTO por SARS_CoV-2:

- Bata
- Mascarilla (quirúrgica o FFP2 según el tipo de procedimiento a realizar)
- Guantes
- Protección ocular

En PROCEDIMIENTOS QUE GENEREN AEROSOLOS:

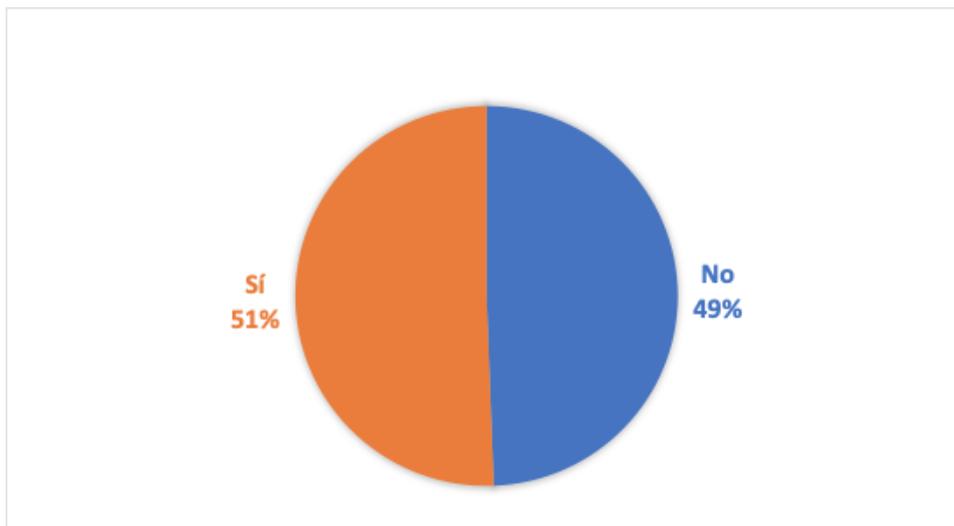
- Mascarilla autofiltrante FFP2 o FFP3
- Protección ocular ajustada de montura integral o protector facial completo
- Guantes
- Batas de manga larga (si la bata no es impermeable y se prevé que se produzcan salpicaduras de sangre u otros fluidos corporales, añadir un delantal de plástico).”

26. Como profesional médico ¿Se ha sentido desprotegido ante la infección por no disponer del material adecuado en algún momento de la epidemia? (Respuestas: 1556)





27. ¿Considera que a día de hoy tiene el material de protección personal adecuado para realizar su trabajo con seguridad? (Respuestas: 1559)



Teniendo en cuenta los resultados observados en las dos preguntas anteriores, podemos concluir que la gran mayoría de médicos consideran más que insuficientes las medidas de protección puestas a su alcance durante la crisis y la mitad siguen considerándolo en estos momentos.

28. En caso afirmativo, ¿a partir de qué día recibió el material adecuado para poder realizar su trabajo con seguridad? (Respuestas: 661)

Media	02-Abril-2020
Mediana	01-Abril-2020

Recordamos que estas fechas indican el momento en el que recibieron el material adecuado aquellos que ya cuentan con él. Pero que un **49% aún no han podido contestar esa pregunta porque siguen sin contar con el material correcto para desempeñar su trabajo con seguridad.**

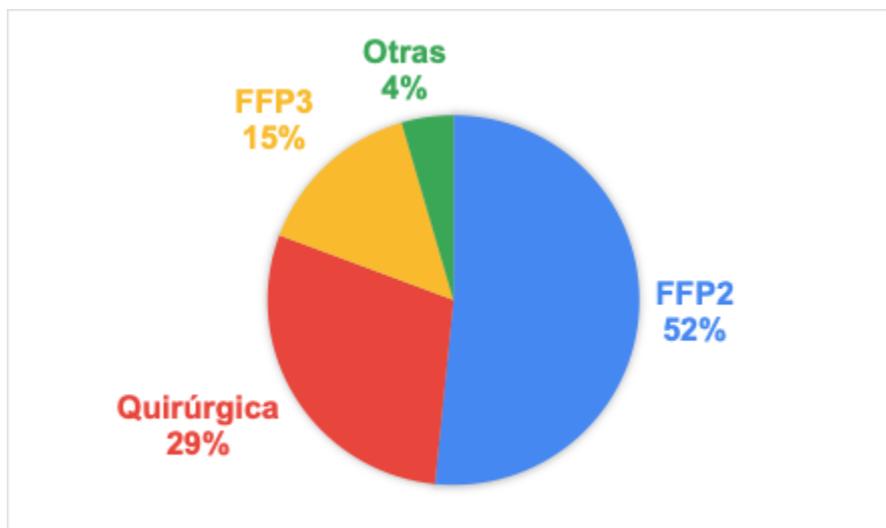


29. ¿Qué MASCARILLAS ha tenido o tiene a su disposición? Marque la de mayor protección a la que ha tenido acceso hasta ahora (Respuestas: 1556)

Contextualización de la pregunta:

Siguiendo las recomendaciones de UNE-EN 14683:2014, debemos recordar que las mascarillas quirúrgicas deben emplearse sólo para pacientes y otras personas con el objetivo de reducir el riesgo de que puedan transmitir infecciones, particularmente en situaciones de epidemias o pandemias, como componentes del llamado Protocolo de Higiene Respiratoria. Así pues, las mascarillas quirúrgicas no se consideran Equipos de Protección Individual. ⁽¹¹⁾

Es necesario destacar que durante la atención de pacientes infectados por COVID-19 se realizan maniobras que pueden generar aerosoles. Para la prevención de enfermedades transmitidas por microaerosoles se recomienda el uso de máscaras FFP tipo 2 o 3⁽¹²⁾.





30. ¿Desde cuándo le han suministrado dichas mascarillas? (Respuestas: 1556)

Quirúrgica	
Media	18-mar-20
Mediana	16-mar-20

FFP2	
Media	28-mar-20
Mediana	30-mar-20

FFP3	
Media	24-mar-20
Mediana	23-mar-20

En España, el primer positivo de COVID 19 fue diagnosticado el 31 de enero de 2020 ⁽¹³⁾. La OMS elevó la alerta por coronavirus a **nivel muy alto** en todo el mundo el 28 de febrero de 2020.⁽¹⁴⁾



31. ¿Cuánto es el tiempo máximo que ha tenido que reutilizar una mascarilla de un solo uso? (Respuestas: 1556)

Según la guía de la Sociedad Gallega de Medicina Preventiva (SOGAMP):

“Las mascarillas quirúrgicas Tipo I deben emplearse solo para pacientes y otras personas con el objetivo de reducir el riesgo de que puedan transmitir infecciones, particularmente en situaciones de epidemias o pandemias, como componentes del llamado Protocolo de Higiene Respiratoria, así pues las mascarillas quirúrgicas no se consideran Equipos de Protección Individual (EPI).”

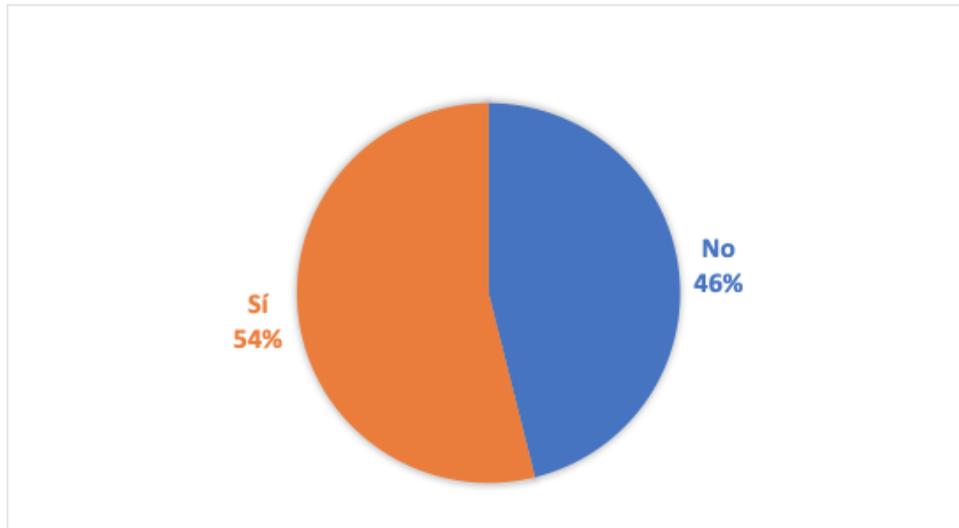
“(…)Una mascarilla quirúrgica debe ser eliminada cuando finalice el procedimiento en el que fue preciso su uso, y no debe dejarse alrededor del cuello. Cuando se va a iniciar un nuevo procedimiento que exige el uso de una mascarilla quirúrgica, debe utilizarse una nueva, e higienizarse las manos antes de ponerla.”

“(…)Algunas máscaras FFP, vienen etiquetadas como de 1 solo uso. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que están diseñadas para un uso continuado durante una jornada laboral de 8 horas.”
(15)





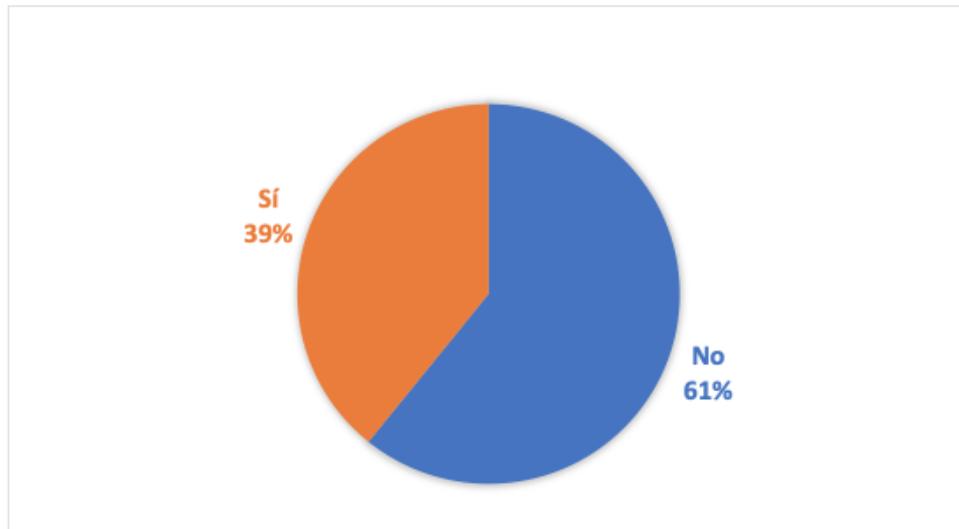
32. En su servicio/centro, ¿se reutiliza el material de protección individual de un solo uso como los gorros o batas desechables? (Respuestas: 1559)



El 54% de los médicos están reutilizando material de protección individual destinado a un solo uso en su asistencia sanitaria. Desconocemos si hay establecidos controles para ello.



33. ¿Ha tenido que comprar personalmente material de protección individual frente a coronavirus para usarlo en su trabajo? (Respuestas: 1559)

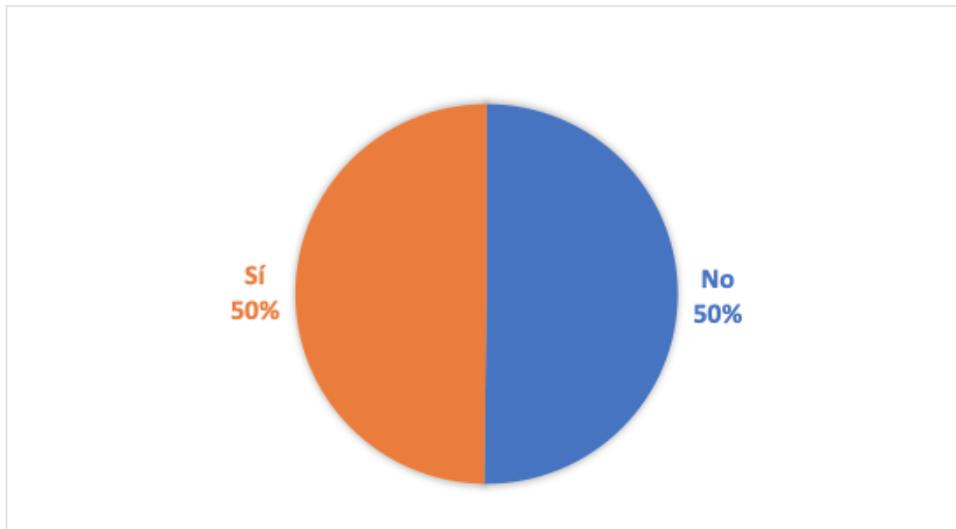


El 39.2 % de los médicos han comprado material de protección individual para usarlo en su puesto de trabajo. De esta compra puede deducirse que, al menos, al 39% de médicos no se le ha ofrecido el material adecuado en su centro, teniendo que comprarlo.

Cabe destacar que, en muchos casos, el material distribuido no estaba homologado.



34. ¿Ha recibido formación para usar el EPI en su puesto de trabajo?
(Respuestas: 1545)



La obligación a la formación para uso de dichos equipos queda reflejada en la guía técnica para la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual basado en el Real Decreto 773/1997, de 30 de mayo, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.

Y así expone:

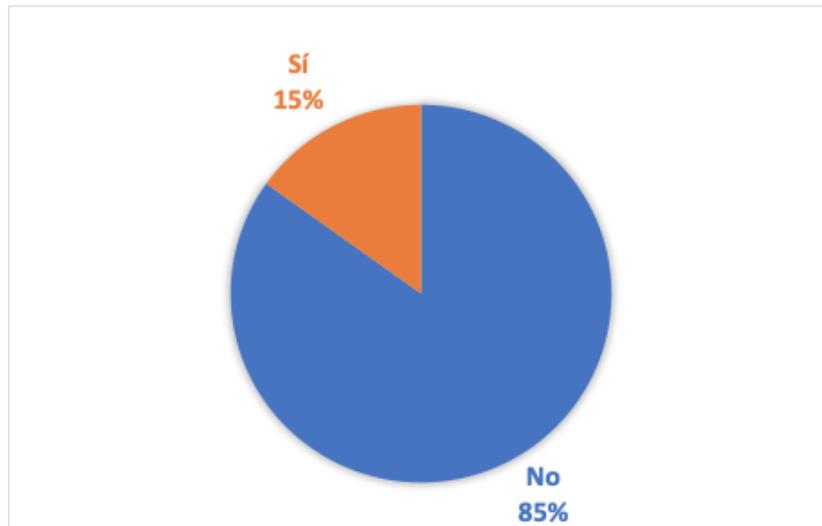
“Apartado 8 de la guía técnica para la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.

Obligaciones en materia de información y formación:

1. De conformidad con los artículos 18 y 19 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el empresario adoptará las medidas adecuadas para que los trabajadores y los representantes de los trabajadores reciban formación y sean informados sobre las medidas que hayan de adoptarse en aplicación del presente Real Decreto.
2. El empresario deberá informar a los trabajadores, previamente al uso de los equipos, de los riesgos contra los que les protegen, así como de las actividades u ocasiones en las que deben utilizarse. Asimismo, deberá proporcionarles instrucciones preferentemente por escrito sobre la forma correcta de utilizarlos y mantenerlos. El manual de instrucciones o la documentación informativa facilitados por el fabricante estarán a disposición del trabajador. La información a que se refieren los párrafos anteriores deberá ser comprensible para los trabajadores.
3. El empresario garantizará la formación y organizará, en su caso, sesiones de entrenamiento para la utilización de los equipos de protección individual, especialmente cuando se requiera la utilización simultánea de varios equipos de protección individual que por su especial complejidad así lo haga necesario” ⁽¹⁶⁾



35. Si ha participado en la toma de muestras, bien en su centro de trabajo o en domicilios, ¿se le ha formado para ello? (Respuestas: 762)



Considerándose el SARS-CoV-2 un agente biológico del tipo III, la guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo recoge:

“Sin perjuicio del artículo 18 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, el empresario adoptará las medidas adecuadas para que los trabajadores y los representantes de los trabajadores sean informados sobre cualquier medida relativa a la seguridad y la salud que se adopte en cumplimiento del presente Real Decreto. Asimismo, el empresario tomará las medidas apropiadas para garantizar que los trabajadores y los representantes de los trabajadores reciban una formación suficiente y adecuada e información precisa basada en todos los datos disponibles, en particular en forma de instrucciones, en relación con: a) Los riesgos potenciales para la salud. b) Las precauciones que deberán tomar para prevenir la exposición. c) Las disposiciones en materia de higiene. d) La utilización y empleo de ropa y equipos de protección individual. e) Las medidas que deberán adoptar los trabajadores en el caso de incidentes y para la prevención de éstos. 2. Dicha formación deberá: a) Impartirse cuando el trabajador se incorpore a un trabajo que suponga un contacto con agentes biológicos. b) Adaptarse a la aparición de nuevos riesgos y a su evolución. c) Repetirse periódicamente si fuera necesario.

1. Técnicas de trabajo (buenas prácticas de trabajo). Consiste en el seguimiento estricto de unas prácticas de trabajo apropiadas, especificadas en los procedimientos de trabajo correspondientes, para la manipulación segura de agentes biológicos, a fin de evitar o minimizar su liberación al ambiente de trabajo.

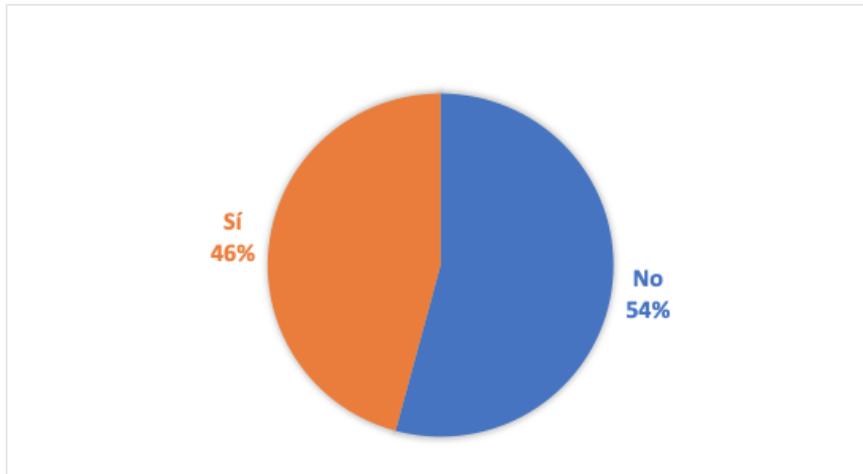
2. Medidas de protección colectiva y de protección individual. Las primeras son de aplicación sobre el agente, el foco de contaminación y el medio de dispersión, y su objetivo es evitar o minimizar la liberación del agente contaminante. Cuando estas medidas no sean suficientes para evitar la exposición, la actuación debe ser proteger al trabajador mediante el empleo de los equipos de protección individual.

3. Diseño y construcción de la instalación. Son medidas que, además de contribuir a la protección de los trabajadores, tienen como principal objetivo evitar la liberación o escape fuera de la zona de trabajo de los agentes biológicos manipulados, ya sean otras áreas o dependencias en que no se manipulan estos agentes, ya sea al medio donde se manipula.”⁽¹⁷⁾

Dado lo expuesto se hace necesario, cuanto menos, haber tenido una formación mínima para la manipulación de un agente biológico de estas características. Formación que niegan haber recibido el 85% de los 762 médicos que han contestado a esta pregunta.



36. Si trabaja en un centro extrahospitalario donde no hay servicio de lavandería disponible, ¿ha tenido que hacerse cargo de la limpieza y esterilización de su uniforme de trabajo? (Respuestas: 631)



El control de la infección por SARS-CoV-2 tiene como uno de sus pilares fundamentales la desinfección y el mantenimiento de la esterilización de los equipos de trabajo para evitar contagios y la propagación del virus.

Durante estas semanas, la limpieza y mantenimiento de los uniformes de trabajo con los que se presta atención a los pacientes ha tenido que realizarse particularmente por el 46% de los encuestados que no disponen de servicio de lavandería en su lugar de actividad asistencial. Posiblemente dicha limpieza se ha debido realizar en los propios domicilios de los médicos, con el riesgo de contagio que ello conlleva.



37. Señale las medidas de protección individual de las que dispone actualmente en su centro/servicio para protección frente a COVID-19 (Respuestas: 1559)

Medida de protección individual frente a COVID-19	Respuestas	Porcentaje
No se ha implementado ninguna medida	4	0.3%
Lavado de manos con soluciones hidroalcohólicas en las consultas	1447	92.9%
Uso de guantes durante la exploración	1483	95.3%
Uso de mascarillas quirúrgicas	1472	94.5%
Uso de mascarillas homologadas (FFP2, FFP3)	1022	65.6%
Uso de gafas protectoras anti salpicaduras	964	61.9%
Uso de pantallas faciales	1147	73.6%
Uso de gorros NO IMPERMEABLES	1073	68.9%
Uso de gorros IMPERMEABLES	168	10.8%
Uso de batas NO IMPERMEABLES	858	55.1%
Uso de batas IMPERMEABLES	769	49.4%
Uso de delantal impermeable	403	25.9%
Uso de trajes completos IMPERMEABLES	402	25.8%



38. Indique cualquier otra consideración respecto a los equipos de protección individual que quiera hacer (Respuestas: 352)

38.1 El discurso más frecuente en este apartado de la encuesta es referente a la **falta de material**, principalmente, durante las primeras 4 semanas desde el inicio del brote:

“El material ha llegado a los diferentes centros de forma irregular y dependiendo del día había más o menos disposición de él”

“A día 27/04 solamente se nos facilitan mascarillas quirúrgicas. Ninguna de mayor protección”

“En mi hospital no funciona la lavandería para la ropa blanca, sólo lavan pijamas verdes. Batas y pijamas blancos los lavamos en casa, No tenemos EPIS y las pantallas nos las han regalado asociaciones, las limpiamos nosotros personalmente y las intercambiamos entre compañeros”

“En UCI sin trajes enteros impermeables hasta la última semana de abril”

“Los EPIs son escasos, no hay suficiente para todo el personal que trabaja frente a Covid”

“No todo el personal médico que tiene contacto con pacientes infectados por COVID-19 dispone de EPIs”

“El material no está disponible de igual manera para todos los servicios en cuanto a la asistencia a sospechas de COVID. No se dispone de mascarillas FFP3 en ningún caso. Las FFP2 están muy restringidas.”

“En los primeros 7-10 días, desprotección total en la urgencia, no se nos permitía emplear EPI, se valoraba a los pacientes con mascarilla quirúrgica y guantes (salvo recogida de exudado nasofaríngeo o nebulización), incluso aquellos COVID+; en planta, algo más de material disponible aunque inicialmente muy escaso. Desde hace unas 3-4 semanas, mucha mayor accesibilidad a los EPI, incluso en urgencias. Actualmente sin problemas de disponibilidad.”

“Intentamos actualizarnos en cuanto a protocolos COVID según criterios de la AEC, pero no existe disponibilidad de parte del material recomendado para cirugías con pacientes COVID positivos (filtros de CO2, gafas protectoras envolventes...)”

“(...) en planta, algo más de material disponible aunque inicialmente muy escaso. Desde hace unas 3-4 semanas, mucha mayor accesibilidad a los EPI, incluso en urgencias. Actualmente sin problemas de disponibilidad”

“Trabajo en intensivos. Muchas de las medidas de protección se dan por supuestas. Y no hemos tenido ni las aconsejadas ni mucho menos las deseables...empezando porque hemos quintuplicado el número de camas y no disponíamos ni del personal ni del material adecuado (como respiradores)”

38.2. En segundo lugar se pone de manifiesto que el material procede principalmente de **donaciones** o autoabastecimiento:

“Hemos tenido que reutilizar las FFP-2 debido a la escasez de material. Las pantallas de protección facial que he utilizado hasta ahora proceden de un ciudadano que ha tenido la amabilidad de imprimirlas en su casa y traerlas al hospital”

“Compramos los miembros del servicio monos impermeables para realizar endoscopia”

“El material no está disponible de igual manera para todos los servicios en cuanto a la asistencia a sospechas de COVID. No se dispone de mascarillas FFP3 en ningún caso. Las FFP2 están muy restringidas. Parte del material proviene de empresas o particulares que han proporcionado las pantallas faciales y batas no impermeables.”



“Chubasquero comprado personalmente. Pantalla protectora de donación. Delantal de bolsa de basura. Gorro impermeable de ducha donado por hoteles.”

38.3. Con **respecto al material defectuoso o uso de material distinto al homologado** para configurar los EPIs:

“Muchos presentan taras y no son adecuados. Ejemplo: Gafas protectoras con agujeros en su contorno; Guantes de vinilo que se rompen”

“Durante un periodo de tiempo de este mes de Abril, las mascarillas FFP2 disponibles han sido las posteriormente retiradas por incumplir las medidas de protección (mascarillas garry Galaxy)”

“Se han reesterilizado batas continuamente. Batas blancas no transpirables que muchas veces estaban mojadas y/o con olor a lejía. De las azules ya no había la segunda semana que estuve en planta. Ahora tenemos mascarillas ffp2 que parecen de papel y hay que montar la parte metálica.”

“Se usaron durante varios días mascarillas que resultaron defectuosas y en una cirugía un traje que se rompió y también resultó que pertenecía a un envío defectuoso”

“Las batas impermeables sólo están disponibles para pacientes COVID-19 positivos, el resto del tiempo usamos batas no impermeables que se esterilizan con ozono. Las tenemos por donación de una empresa de Quintanar”

38.4. Control **o requisamiento del material**, dificultades para su disponibilidad por parte de dirección de centros de atención primaria y hospitalaria:

“(EPIs) custodiados por supervisión de enfermería. La jefa de servicio no nos ha proporcionado material. La supervisora nos ha ofrecido únicamente mascarilla quirúrgica y hay que ir a buscarla personalmente a su despacho, *medio mendigando*. Se nos ha negado a casi todo el personal las mascarillas FFP2”

“ Los distintos sistemas de protección se dispensan de forma arbitraria en las Unidades que no atienden a paciente con SARS-CoV-2. El mayor store proviene de donaciones. Los profesionales restantes desconocemos siquiera si hay suficientes pantallas o gafas o ffp2 para cubrir a todo el personal sanitario”

“ (...) el propio personal sanitario no ayuda en muchas ocasiones "requisando" el material disponible o llamando la atención por su uso alegando que no existen unidades suficientes.”

“(...) las mascarillas quirúrgicas las tenían los supervisores bajo llave y sólo la daban si ibas a atender a un paciente con clínica respiratoria.”

“No tenemos , los que hay no los dejan salvo que el caso sea muy claro de COVID-19. Pero ¿cómo lo vamos a saber si es primer contacto con sistema sanitario? Tienen los pacientes síntomas pero hasta que no les hacen pruebas no sabemos si son positivos o negativos”

“Las mascarillas tanto quirúrgicas como FFP2 se reutilizan durante días incluso semanas (aplican un racionamiento muy estricto). No se ha formado al personal en cuanto a colocación ni retirada del EPI, ni en la toma de muestras, al menos en lo que respecta al Servicio de Cirugía General. Intentamos actualizarnos en cuanto a protocolos COVID según criterios de la AEC, pero no existe disponibilidad de parte del material recomendado para cirugías con pacientes COVID positivos (filtros de CO2, gafas protectoras envolventes...)”

38.5. Y **coacciones** para no usar los elementos de protección individual por parte de los superiores, en el inicio de la pandemia, **con el fin de no alarmar a la población**:

“Se nos ha reñido (marzo e inicios de abril, hasta que desde medios comunicación empezaron a recomendar uso de mascarillas a todo el mundo) por utilizar mascarillas quirúrgicas , *amenazando con abrir expediente* si nos veían con ellas. Aparte de correos de gerencia diciendo



que no eran necesarias , salvo en pacientes covid o sospechosos El servicio de medicina preventiva , apoyando a gerencia todo el tiempo”

“En los primeros 7-10 días, desprotección total en la urgencia, *no se nos permitía emplear EPI*, se valoraba a los pacientes con mascarilla quirúrgica y guantes (salvo recogida de exudado nasofaríngeo o nebulización), incluso aquellos COVID positivo”

“El uso de la mascarilla quirúrgica ha sido OBLIGATORIO por defecto desde el 7 de abril. Antes *estaba ‘mal visto’ si la utilizabas*. ‘El miedo es libre...’, me respondieron mis superiores ‘con la distancia es suficiente’. Lo mismo explicaron en los cursos de formación de preventiva de colocación del EPI. Tras realizarme la prueba por contacto estrecho con positivo confirmado, también *me instaron a NO solo no hacer aislamiento sino a trabajar SIN mascarilla y guantes*. Me encontré con malas caras por no ‘hacer caso’ y generar ‘inseguridad’ por usarlas por mi cuenta (que yo me procuré) porque no me las facilitaron. Las mascarillas quirúrgicas las tenían los supervisores bajo llave y sólo la daban si ibas a atender a un paciente con clínica respiratoria”

“UNA mascarilla ffp2 para TODA la pandemia”

“Se nos llegó a decir que no nos cambiásemos los guantes a menos que estuviesen sucios o rotos, una mascarilla quirúrgica a la semana, una ffp2 desde hace más de un mes. Pantallas faciales no homologadas, así como plásticos a modo de batas impermeables no homologadas y donadas. Gorros comprados por nosotros. Bolsa de basura a modo de delantal.”

“(…) las pantallas, todas son donadas y no homologadas, las gafas igual”.
“Hemos lavado equipos con lejía entre un aviso COVID y otro”

“Al inicio de la crisis se nos hizo entrega de un único EPI por profesional, incidiendo en que no había muchos y que sólo lo usaremos si venían pacientes de China Madrid o Italia y *debíamos anotar con quién lo usábamos*. Las instrucciones de uso fueron insuficientes y a la carrera porque ya teníamos la crisis encima. (...) Ante la insistencia de usar EPI como caso excepcional y haciéndote responsable de quedarte sin él, hemos estado expuestos solo con mascarilla con casos confirmados ,algunos valorados por otros motivos ,incluso en sus domicilios,que luego resultaron positivos.”

“la regla general ha sido ‘*esto es para toda la guardia (24 horas)*’. Un EPI (lo que hubiera llegado ese día) para una guardia”



Sección 5. Plan de contingencia

39. En caso de haberse establecido un plan de contingencia en su lugar de trabajo, indique fecha aproximada en la que recuerda que se empezaron a implantarse las medidas (Respuestas: 1140)

N	1140
Media	19-mar-20
Mediana	17-mar-20

La OMS elevó la alerta por coronavirus a **nivel muy alto** en todo el mundo el 28 de febrero de 2020⁽¹⁴⁾.



40. **SI TRABAJA EN ATENCIÓN PRIMARIA:** Señale las medidas adoptadas como plan de contingencia en su centro de salud /consultorio de atención primaria (Respuestas: 298)

Medida adoptada	Respuestas	Porcentaje
Triaje por parte de enfermería o medicina y circuito diferenciado para pacientes sospechosos de COVID-19 una vez acceden al centro	231	77.8%
En mi centro no hay espacio suficiente para poder establecer circuitos diferenciados entre los pacientes o zona de aislamiento.	21	7.1%
Entrada del paciente a consulta solo o con un acompañante en caso de ser necesario	206	69.4%
Establecimiento de zonas "LIMPIAS" y "SUCIAS" con circuitos diferenciados para pacientes con sospecha o infección por COVID-19 Establecimiento de zonas "LIMPIAS" y "SUCIAS" con circuitos diferenciados para pacientes con sospecha o infección por COVID19	201	67.7%
Establecimiento de zonas LIMPIAS donde trabajan los profesionales que no tienen contacto con pacientes sospechosos o infectados por Covid-19	141	47,5%
Cancelación PARCIAL de las actividades no urgentes en CONSULTA	139	46.8%
Cancelación TOTAL de la actividad no urgentes en CONSULTA	137	46.1%
Realización de consultas telefónicas	282	94.9%
Contratación de más personal médico	36	12.1%
Contratación de otro tipo de personal sanitario	27	9.1%
Aislamiento domiciliario en profesionales con síntomas de cuadro respiratorio	194	65.3%
Adecuación de los programas de salud , así como vacunaciones, consulta de sintrom, extracciones , etc a la situación de pandemia limitando la asistencia presencial de pacientes	226	76.1%
Limpieza y desinfección de forma frecuente de las consultas y zonas comunes	210	70.7%

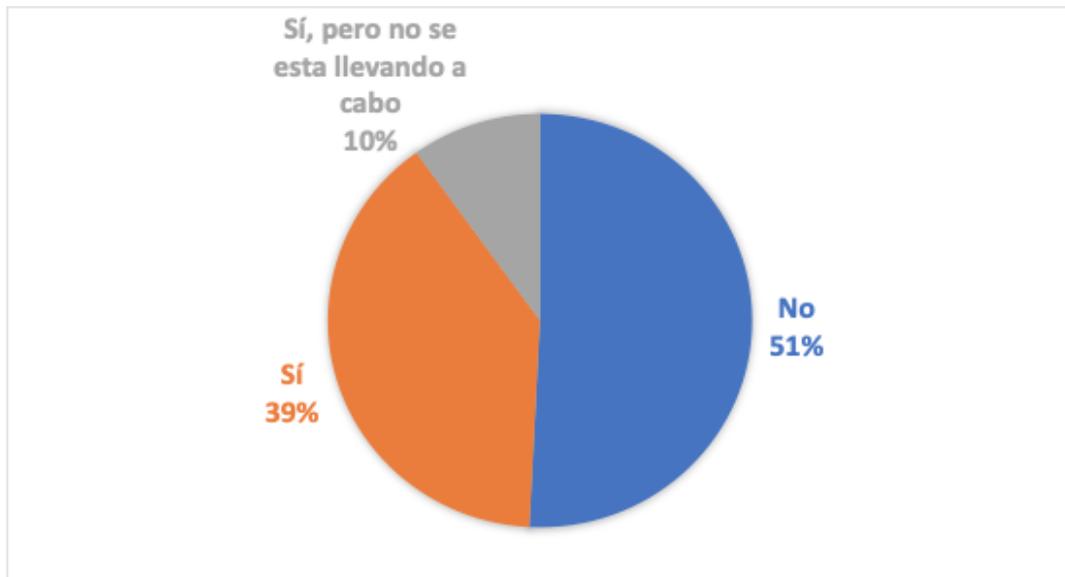


41. SI TRABAJA EN UN HOSPITAL: Señale las medidas adoptadas como plan de contingencia en su servicio hospitalario (Respuestas: 1244)

Medida adoptada	Respuestas	Porcentaje
Triaje por parte de enfermería o medicina y circuito diferenciado para pacientes sospechosos se COVID-19 una vez acceden al centro	953	76,7%
Entrada del paciente a consulta solo o con un acompañante en caso de ser necesario	1011	81,3%
Establecimiento de zonas "LIMPIAS" y "SUCIAS" con circuitos diferenciados para pacientes con sospecha o infección por COVID-19	943	75,9%
Establecimiento de zonas LIMPIAS donde trabajan los profesionales que no tienen contacto con pacientes sospechosos o infectados por Covid-19	539	43,4%
Cancelación PARCIAL de las actividades no urgentes en CONSULTA	461	37,1%
Cancelación TOTAL de la actividad no urgentes en CONSULTA	722	58,1%
Cancelación PARCIAL de las actividades no urgentes en QUIRÓFANO	393	31,6%
Cancelación TOTAL de la actividad no urgentes en QUIRÓFANO	802	64,5%
Contratación de más personal médico	202	16,3%
Realización de consultas telefónicas	1131	91%
Contratación de otro tipo de personal sanitario	317	25,5%
Aislamiento domiciliario en profesionales con síntomas de cuadro respiratorio	837	67,3%
Aumento de camas hospitalarias	871	70,1%



42. ¿El plan de contingencia de su servicio/centro tiene establecido un plan de reserva de personal? (Respuestas: 1399)



Dada la alta tasa de contagios entre el personal sanitario desde el comienzo de la pandemia, muchos equipos, sobre todo los destinados a cuidados intensivos, urgencias hospitalarias y algunos centros de atención primaria establecieron dentro de sus planes de contingencia de reserva de personal para asegurar los medios personales necesarios para la asistencia a lo largo de toda la pandemia.



43. Indique las medidas, no descritas en este formulario, que se han tomado en su centro/ hospital y que podrían ser de utilidad para el resto de compañeros. Puede indicar medidas específicas de su especialidad (Respuestas: 241)

Antes de introducir algunas de las respuestas más significativas, hemos considerado oportuno poner al lector en antecedentes sobre el marco legal en el que nos movemos en esta cuestión:

- La consulta y participación de los trabajadores o sus representantes sobre las cuestiones a que se refiere en el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, se realizarán de conformidad con lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 18 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- **El derecho de consulta** se traduce en un deber de información del empresario y un derecho de los trabajadores de efectuar propuestas al empresario y a los órganos de participación y representación, dirigidas a la mejora de los niveles de protección de la seguridad y salud de los trabajadores. Este derecho se debe ejercer a través de los representantes de los trabajadores en materia preventiva, válidamente elegidos; en ausencia de estos, a los delegados de personal o miembros del comité de la empresa, y, cuando no hubiera representantes, directamente a través de los trabajadores.

Algunas de las medidas propuestas fueron:

“Utilización de mascarillas de inducción de anestesia modificadas por nosotros mismos para aislar vía aérea durante la realización de nasofibrolaringoscopias”.

“Turnos rotatorios semanales para evitar contagios innecesarios y posibilidad de que siempre hay gente del equipo sana”

“Turnicidad del personal en 2 grupos (uno de reserva y otro asistencial) cada 15 días”

“Transformar tratamientos intravenosos a orales, que se pueden enviar a domicilio en colaboración con el servicio de Farmacia”.

“Teletrabajo”, “Teletrabajo, con atención telefónica”

“PCR 48 h antes de cirugía electiva y cancelación si PCR positiva”

“PCR a pacientes psiquiátricos, aunque no tengan síntomas respiratorios, antes de ingresar en hospitalización de Psiquiatría, al ser una Unidad cerrada de riesgo y pacientes poco fiables a la hora de investigar sintomatología compatible con COVID-19”.

“Pantallas en las lámparas de hendidura”

“Medicalización de residencias de ancianos”



44. Indique cualquier otra cosa que considere relevante (Respuestas: 127)

Algunas de las respuestas fueron:

“**Improvisación** de las medidas a tomar y protocolos de protección”

“La mayor parte del material que nos han dado son **donaciones**”

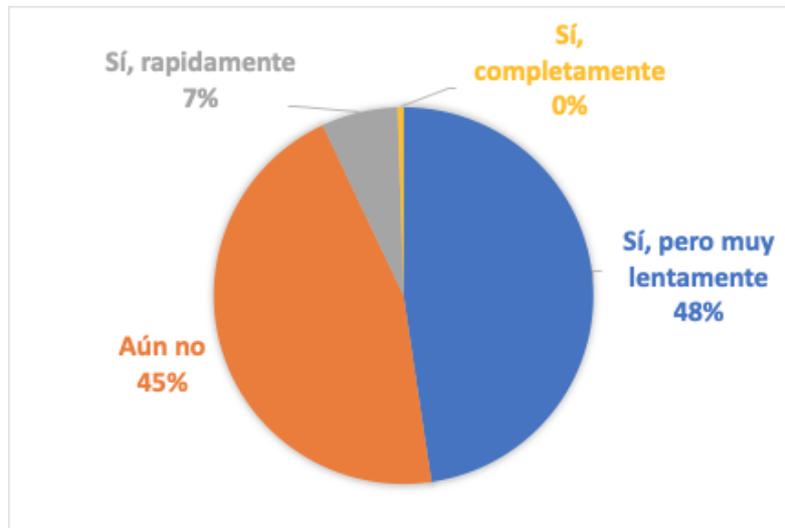
“Tenemos EPIS **NO** homologados”

“**Directrices verbales** (no por escrito). No información sobre medidas protección individual disponibles en caso de valoración pacientes de manera presencial. “



Sección 6. Desescalada

45. Está volviendo a la normalidad la actividad asistencial en su centro de trabajo? (Respuestas: 1550)



Es motivo de esperanza la vuelta a la normalidad, pero teniendo en cuenta que el 49% de los profesionales sanitarios consideran que no tienen material suficiente para su protección, la exposición podría significar un nuevo repunte de casos de COVID-19, sobre todo entre el personal sanitario.



46. Respeto de la "desescalada", como médico y profesional de mayor formación en el ámbito sanitario, exprese lo que considere oportuno para que podamos transmitirlo a las autoridades (Respuestas: 735)

Los dos principales mensajes transmitidos en relación a la "desescalada" del confinamiento han sido:

1. "Se deben reforzar las plantillas de médicos para poder abordar correctamente el aluvión de consultas y quirófanos que viene"

La necesidad de reforzar las plantillas de médicos para poder asumir la carga de trabajo que viene tras la cancelación de consultas y quirófanos durante al menos dos meses. Tanto en atención primaria como en la atención hospitalaria.

En concreto, uno de los comentarios refleja con claridad la situación que viene si no se lleva a cabo esa contratación masiva de médicos:

"La no realización de mi actividad habitual [durante esta crisis] va a conllevar un retraso de unas 400 analíticas, una media de 2-4 recetas que los pacientes deben en farmacia, informes por actualizar, pacientes crónicos descompensados, interconsultas aplazadas, etc. Partiendo de que mi cupo es de casi 1700 usuarios (cuando el cupo máximo es de 1500, y el recomendado de 1350), va a suponer un retraso de unos 60 días de consulta, lo que va a conllevar una sobrecarga brutal de trabajo que se traducirá en 20-30 consultas 'urgentes' diarias por no quedar citas tras atender una media de 40-50 pacientes al día [en total 60-80 pacientes/médico cada mañana]. Es urgente e innegociable que se garantice que vamos a atender un máximo de pacientes al día (fijado en 25-35 como mucho) y habrá que reforzar las plantillas con los médicos necesarios para que no exista demora que genere consultas urgentes administrativas que nos llevan al desbordamiento psicológico y a una carga mental inasumible que incidirá en nuestra salud mental y en la eficiencia en el trabajo".

"La mayor preocupación es la cantidad de pacientes que vendrán a consultas presenciales luego de la iniciación de la actividad, y por consecuencia las agendas apretadas. Trabajaremos mucho más de lo que lo veníamos haciendo por el retraso que esta situación supone."

Queremos incidir en lo esencial de "aumentar contratos médicos".

"Es el momento de demostrar quién está con la salud de los ciudadanos, y quién con sus propios intereses".

2. "Test masivos a todo el personal sanitario para evitar focos de contagio"

Un mensaje repetido ha sido la urgencia en la realización de test, tanto PCR como de seroprevalencia con la intención de poder delimitar los posibles vectores y evitar el contagio a pacientes, la mayoría ancianos. Consideran que sin test no se pueden abordar correctamente las "medidas concretas en la desescalada", y argumentan que aún NO se están realizando en la mayoría de los centros como se ha comprobado en las respuestas de la encuesta. Se indica además que los test ofrecidos deben ser "fiables, que diferencien inmunoglobulinas (IgG e IgM)".

Con respecto a las **medidas a tomar en los centros sanitarios**, se ha abogado por "mantener las medidas de diferenciación de circuitos COVID positivos y negativos en los hospitales" y por la "importancia de la diferenciación de circuitos limpios y sucios". Otros, directamente han propuesto la separación por hospitales: "Separación de hospitales COVID y no COVID", "Hospitales monográficos COVID".



También, de manera mayoritaria se propone “facilitar el trabajo telemático”, y “espaciar más las consultas para evitar aglomeraciones en los centros sanitarios”, así como continuar con las limitaciones de la presencia de acompañantes en hospitales y centros de salud”.

En cuanto a las medidas a tomar o tomadas en la población general:

En general, a la mayoría le ha parecido una “**desescalada demasiado rápida y precipitada**”, fundamentalmente porque no se ha garantizado “la disponibilidad de medidas de protección ni de recursos sanitarios” hasta la fecha. Reflejo de ello es el resultado de esta encuesta donde la mitad de los médicos aún se sienten desprotegidos.

Otra de las razones por las que la desescalada se considera precipitada en su forma es porque “hay muchos pacientes asintomáticos que, sin mascarilla obligatoria, pueden iniciar una nueva cadena de contagio si no son detectados”. Por ello, se ha comentado mayoritariamente la necesidad de “realización de tests masivos a toda la población”, empezando por grupos de riesgo o donde haya más probabilidades de infección, como el personal sanitario. De otra manera, también se ha comentado la “necesidad de un estudio de seroprevalencia para poder tomar medidas concretas en la desescalada”.

En la misma línea, **aquellos que han compartido la necesidad de la desescalada, inciden en la necesidad de volver a la actividad médica habitual** ya que las enfermedades están progresando sin control:

Uno de los médicos argumentaba: “Hay que reiniciar la vuelta a la normalidad. Los pacientes vienen muy pasados (con mucha patología aguda) a la urgencia, porque hay mucho miedo. (...) hay que comprar material y aumentar la capacidad de hospitalización y UCI en caso de nuevo brote”.

“Me parece fundamental acabar con el confinamiento y que los médicos pasen visita (...) No se está atendiendo adecuadamente a los enfermos no COVID”, “La desescalada debe ser muy gradual y más centrada en la telemedicina, gestionando nosotros la demanda clínica. Es decir, que acudan al centro para ser valorados los que a nuestro criterio deben acudir espaciando las citas para evitar masificación de gente en los centros de salud.”

De entre las **recomendaciones a la población general** durante la desescalada destaca hacer “Obligatorio el uso de mascarilla quirúrgica en la población en todos los ámbitos”. También se comenta la **ineficacia de los guantes** sin la educación adecuada: “fomentar el lavado de manos”, “menos guantes para la población, más mascarillas en sitios cerrados y salir a la calle sí, pero con distanciamiento”.

Para alcanzar un buen comportamiento de la población, **los médicos ponen el foco en los medios de comunicación como protagonistas para superar la crisis**. “El cuarto poder debe ser parte del éxito en la superación de esta crisis”, “buscando la verdad y la exposición de evidencias científicas por encima de cualquier otra consideración”, “la salud trasciende toda ideología”. Su papel aparece como fundamental en la concienciación social para que los ciudadanos actúen con responsabilidad. “El coronavirus está aquí, no se ha ido”. Se indica su responsabilidad como canalizadores de “educación sanitaria” en el éxito de la desescalada, ya que este éxito va a basarse en el cumplimiento particular de las recomendaciones. En resumen, trasladar a la población una sensación de victoria precipitada puede acabar en un rebrote, se apela a la responsabilidad.

En cuanto a la posibilidad de un nuevo brote se recomienda:



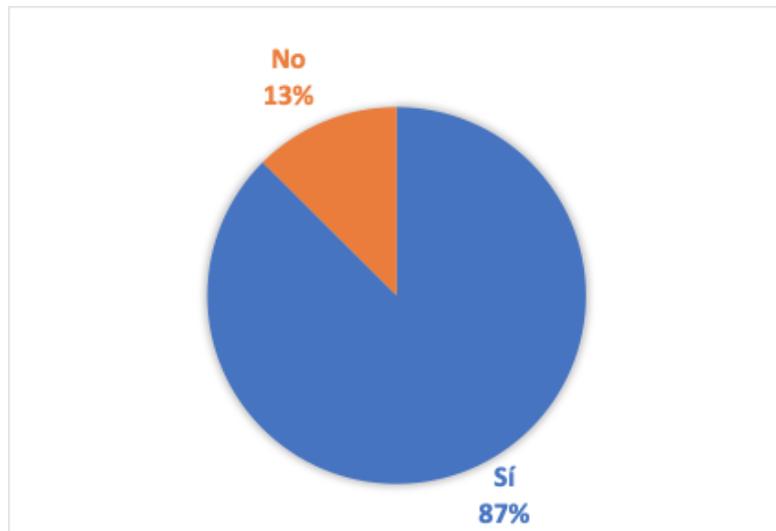
“Acopio de medidas en caso de rebrote (...) refuerzo de personal y de medios de protección para sanitarios”

Se ha incidido en la importancia de una “desescalada ajustada a cada provincia y comunidad autónoma”, como ya se está realizando.



Sección 7. Disposición a reclamar por los hechos vividos durante esta crisis

47. ¿Estaría dispuesto a poner en conocimiento de las autoridades pertinentes los hechos descritos en este formulario? (Respuestas: 1464)





DISCUSIÓN

1. Representatividad de la muestra

El presente estudio con 1559 respuestas de médicos de toda España de más de 300 centros sanitarios de todas las comunidades autónomas podría considerarse representativo y extrapolable al colectivo médico en todo el territorio nacional.

De todas las respuestas solo 186 corresponden a médicos no inscritos en nuestra asociación que han accedido al formulario bien a través del grupo de Facebook de MUD, en el que se encuentran más de 38.000 personas, bien a través del envío de los propios inscritos a otros compañeros. Con el objetivo de evitar que personas ajenas al colectivo médico hayan podido intervenir en los resultados de la encuesta se han analizado a parte los datos sin esas 186 respuestas. Los resultados no han variado significativamente con la exclusión de dicha muestra, por lo que hemos considerado incluirlas en el estudio.

Excepto alguna respuesta de carácter inverosímil, como las que indican que han usado una mascarilla por paciente en un contexto de carestía de mascarillas en toda España, el resto de respuestas encajan correctamente en la crisis vivida.

2. Alcance de la infección a los médicos españoles

El 12,1% de los encuestados indican haber sido diagnosticado de infección por coronavirus, bien mediante PCR (7,6%), bien clínicamente (3,5%), bien serológicamente (1%). Según este dato, se estima que aproximadamente 31.460 médicos podrían haberse infectado hasta el día de hoy si tomamos como referencia el dato de número de médicos colegiados según el INE en el año 2018⁽⁷⁾. Considerando que aún no se han realizado test a todos los médicos, solo al 22,5% se le ha realizado un análisis serológico, y que el 80% de los infectados son asintomáticos, el porcentaje posiblemente será mucho mayor.

La mortalidad por coronavirus entre el personal sanitario es desconocida a día de hoy. El 18,3% de los médicos encuestados han afirmado que en su centro de trabajo ha fallecido algún profesional. Ese porcentaje pertenece a 76 centros sanitarios diferentes, el 23% de los centros sanitarios en los que trabajan los participantes en esta encuesta. El número de profesionales sanitarios fallecidos por coronavirus, por tanto sería de un mínimo de 76 y posiblemente mayor. Hay que tener en cuenta que los datos fueron recogidos en este formulario hasta el día 3 de mayo. El día 4 de mayo el Instituto Carlos III publicó un informe incluyendo 35 muertes de sanitarios notificadas a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)⁽¹⁸⁾. El día 7 de mayo volvió a publicar un nuevo informe comunicando 42 fallecimientos entre el personal sanitario ⁽¹⁹⁾ Teniendo en cuenta que los datos recogidos en este formulario, el número de fallecidos entre el personal sanitario sería, como mínimo, el doble del notificado. El gobierno de España debería publicar cuanto antes las cifras exactas de sanitarios fallecidos.

El 91,9% de los médicos indican que ha habido médicos infectados o aislados por coronavirus en su centro de trabajo. Más del 80% declaran que en sus unidades de trabajo, equipos o servicios ha habido personal médico infectado o aislado, representando del 25 al 50% de la plantilla en el 11,7% de casos y más del 50% en el 4,1%. La media de médicos aislados o infectados por unidad, equipo o servicio ha sido de 4 médicos. Estos datos indican una probable relación de causalidad entre haber trabajado en centros sanitarios de nuestro país y haberse contagiado del COVID-19. Consideramos que dicha causalidad debería ser investigada por la autoridad pública competente en materia de riesgos laborales, más aún cuando hay profesionales que han fallecido por coronavirus y muchos otros habrán quedado con secuelas.

A fecha de la realización de la encuesta, sólo se habían realizado test rápidos a todo el personal sanitario en el 14,6% de casos, el número de casos seguramente será mayor.



En los casos en los que se ha respondido que se dispone de test rápidos para todo el personal sanitario, la fecha mediana de contestación ha sido el 20 de abril.

El 86,8% de los encuestados considera que por ausencia de material de protección adecuado, y ausencia de tests, podría haber sido un vector de la enfermedad entre compañeros, pacientes y familiares.

En cuanto al aislamiento el 40% de aislados tuvieron finalmente la PCR -, el 30% de aislados han resultado tener PCR+ y al 10% de aislados no se les hizo nunca la PCR, el 20% restante de médicos que contestaron que habían estado aislados no indicaron su estado en cuanto a la PCR.

Respecto al motivo del aislamiento el 50% de los que respondieron estos campos indicaron que fue por síntomas compatibles con la enfermedad y el otro 50% por contacto con positivos.

Respecto a la incapacidad laboral por infección de COVID-19, del resultado de la encuesta se observa que al 80% de los participantes que se encuentran o se han encontrado en situación de incapacidad laboral se les emitió dicha incapacidad temporal como **enfermedad común**, frente al 20% de encuestados, cuyas incapacidades temporales fueron consideradas como contingencia profesional, con lo que no se están emitiendo las contingencias relacionadas con la infección por COVID en médicos acorde a la normativa en vigor artículo publicada en el artículo 5.1 del Real Decreto-Ley 6/2020, de 10 de marzo. Como consecuencia de ello, en los casos de médicos que hayan fallecido o que tengan secuelas derivadas de la enfermedad por contagio de COVID19 y que hayan sido encuadrados como enfermedad común tienen una puerta cerrada a las prestaciones que les pueda corresponder a ellos o a sus familias frente al caso en que dicha contingencia sea considerada como enfermedad profesional. El porcentaje de afectados por esta situación anómala es muy elevado y van a verse abocados a acudir a la vía judicial para reclamar sus derechos.

En cuanto a aquellos que tras haber sido diagnosticados de la enfermedad les han desaparecido los síntomas, al 22,9% no se les repitió el test antes de volver al trabajo, frente al 77,1% que sí que se les repitió el test.

EL 22.9% de médicos infectados por COVID-19 han tenido que regresar a su puesto de trabajo sin test realizado que confirme negatividad frente a COVID-19. En ellos se ha incumplido el procedimiento de actuación indicado por el Ministerio de Sanidad con fecha de 30 de abril de 2020 ⁽¹⁰⁾

En aquellos casos en los que sí se les repitió el test el 94% indica que la reincorporación se llevó a cabo con 1 PCR negativa, frente al 6% en los que se realizó con 2 PCR.

Respecto al tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la reincorporación al trabajo de los médicos infectados por COVID-19, la media fue de 18,8 días y la mediana de 18 días.

Respecto al tiempo transcurrido entre la PCR negativa y la reincorporación al trabajo de los médicos infectados por COVID-19 la media fue de 3 días y la mediana de 1,5 días.

3. Participación en la crisis

El 66,5% de los encuestados indican haber participado en la atención de pacientes infectados por COVID-19, y el 82,4% en la atención de pacientes sospechosos de infección por COVID-19. Teniendo en cuenta que el 42,5% de los encuestados pertenecen a especialidades directamente relacionadas con el COVID-19 (Atención primaria (Medicina de Familia y Comunitaria, Pediatría, Medicina de Urgencias), Medicina Interna, Neumología, Medicina Intensiva, Anestesiología y Reanimación), hay un alto volumen de especialistas de otras disciplinas que han debido dedicarse a actividades relacionadas con la infección por COVID-19 durante estas semanas.

Esta necesidad ha implicado que se haya tenido que cancelar un alto volumen de la actividad no urgente en los centros de salud y hospitales. En los centros de salud ha habido una cancelación parcial de la actividad en un 46,8% de casos y total en un 46,1% de casos. En los hospitales, en



quirófano se ha cancelado parcialmente la actividad no urgente en el 31,6% de casos, totalmente en el 64,5%. Respecto a las consultas no urgentes se ha realizado una cancelación parcial en el 37,1% y total en el 58,1%.

Estas cifras indican:

- A) Un alto grado de adaptación de los médicos a las necesidades del momento. Los médicos españoles han tenido centrarse en la atención de los pacientes afectados por coronavirus, dedicando las horas que no han estado presencialmente en el hospital, al estudio y análisis de una patología que dista mucho de su actividad diaria como especialistas de otras áreas.
- B) Hay muchos pacientes que no han podido ser atendidos durante esta crisis. Por ejemplo, pacientes pendientes de ser diagnosticados de cáncer y otras patologías graves. La suma de 2 a 4 meses de parón sanitario a las listas de espera habituales, de 4 meses de media en España, alcanzando 5 meses de media en algunas comunidades⁽²⁰⁾, va a provocar un colapso del sistema cuyas consecuencias serán muy graves a no ser que se refuercen las plantillas con contrataciones masivas de médicos. Con la vuelta a la actividad los médicos ya estamos detectando esta tendencia a la que las autoridades deberían atender con urgencia.

Respecto a cuántos médicos han tenido que trabajar con síntomas compatibles con la enfermedad a la espera de que les realizaran la prueba diagnóstica. Lejos de tratarse de casos esporádicos, suponen el 16,3% de la muestra. Este hecho demuestra la falta de personal para abordar la crisis. En esta situación en la que personas enfermas han tenido que trabajar, queda pendiente conocer las horas extras no remuneradas y turnos de más de 24h que han hecho los profesionales médicos españoles para poder atender a todos los ciudadanos.

Cabe destacar que en la encuesta no se indica el tiempo que se ha trabajado con síntomas. Muchos médicos nos han indicado que se “autoaislaron” pero otros que tuvieron que seguir acudiendo a su puesto de trabajo. De estos médicos que han tenido que trabajar con síntomas a la espera de la prueba diagnóstica, el 26% ha indicado que nunca se les llegó a hacer la prueba. Al resto, la PCR se hizo de media a los 8 días, la mediana indica 5 días.

4. Disponibilidad de Equipos de Protección Individual (EPI)

Del total de los encuestados, el 81,4% indica haberse sentido desprotegido en algún momento de la pandemia.

En este momento, tras 7 semanas en estado de alarma, el 49,4% de los médicos que han participado en la encuesta ha respondido que a día de hoy considera que no tiene el material de protección adecuado para realizar su trabajo con seguridad.

Esta cifra es una de las más llamativas de la encuesta y diverge plenamente con la sensación de que la ausencia de material ocurrió durante las primeras semanas del estado de alarma pero que ya ha sido resuelta. Estos datos indican todo lo contrario, 1 de cada 2 médicos aún no se siente seguro cuando va a su puesto de trabajo. Este hecho pone de manifiesto la mala gestión en la obtención de material previa al brote, durante el brote y en estos momentos. Confiamos en que la compra y producción de este material no ceda hasta cubrir con las necesidades de cada equipo, cada profesional y resto de servidores públicos que lo necesiten, cumpliendo además con las garantías de que dicho material esté debidamente homologado.

En cuanto a aquellos que han contestado que sí consideran que ya disponen del material de seguridad suficiente para trabajar, la fecha mediana a partir de la que dispusieron de ese material es el 2 de abril y la media el 1 de abril.



En cuanto a las mascarillas, el 29,% de los encuestados indican que nunca han dispuesto de una mascarilla de seguridad superior a la quirúrgica. El objetivo fundamental del diseño de las mascarillas quirúrgicas no es proteger al trabajador sino que es proteger el campo quirúrgico, así pues las mascarillas quirúrgicas no se consideran Equipos de Protección Individual (EPI) .El 52% indican haber dispuesto de una mascarilla FFP2 y el 15% de una mascarilla FFP3. El 4% indicó que usó otra mascarilla.

Respecto a la fecha de suministro de dichas mascarillas. Los encuestados han contestado que dispusieron de mascarillas quirúrgicas, fecha media el 18 de marzo, mediana el 16 de marzo. En cuanto a las FFP2, la fecha media en la que dispusieron de ella fue el 28 de marzo, la mediana el 30 de marzo. En cuanto a las FFP3, la fecha media fue el 24 de marzo y la mediana el 23 de marzo.

Las mascarillas quirúrgicas suelen estar a disposición del personal médico en los hospitales en actos quirúrgicos o para prevenir enfermedades contagiosas pero en este caso su uso no fue generalizado en muchos hospitales hasta que no se indicó oficialmente, de ahí la fecha mediana del 16 de marzo. Al inicio de marzo en más de un hospital se indicó que no se llevara mascarilla “para no preocupar a los pacientes” e incluso se realizaron charlas informativas donde se indicó que no eran necesarias. Existía hasta cierta vergüenza en aquellos que empezaban a llevarla, se les tildaba de “exagerados”.

Uno de los principales problemas de esta crisis, y posiblemente una de las causas principales de contagios, ha sido la necesidad de reutilizar materiales de un solo uso.

Respecto a las mascarillas de un solo uso, solo el 28% de los encuestados han usado una al día. El 20% las ha tenido que usar de 1 a 3 días en alguna ocasión, el 25% de 3 a 7 días y el 26% más de una semana, incluyendo a un 4% que las ha usado más de un mes. Damos fe de la realidad de estos datos por haberlos experimentado personalmente.

En cuanto a gorros y batas desechables, el 54% de los encuestados ha indicado que en su servicio/centro se reutilizan.

Otro de los datos más llamativos de nuestro estudio es que en esta crisis no han habido más contagios, seguramente gracias a que los médicos han usado material adquirido de manera particular. El 39% de los médicos encuestados ha indicado que ha tenido que comprar personalmente material de protección individual frente al coronavirus para usarlo en su trabajo.

En cuanto a la limpieza y esterilización del uniforme de trabajo, el 46% de aquellos que trabajan en centros extrahospitalarios han indicado que han tenido que hacerse cargo ellos mismos al no haberse habilitado un servicio de lavandería..

En cuanto a las medidas de protección disponibles prácticamente el 100% ha contestado que ha dispuesto de Guantes - Mascarilla quirúrgica - gel hidroalcohólico. El uso de mascarillas quirúrgicas (94.5%) constituye un porcentaje más elevado que el uso de soluciones hidroalcohólicas (92.9%)

Más allá de esas medidas, el 62% ha dispuesto de gafas antisalpicaduras y el 74% de pantallas protectoras faciales. El uso de gorros impermeables ha sido del 10,8% respecto al 68,9% que han usado gorros no impermeables. El 55% ha usado batas no impermeables, frente al 49% que también ha dispuesto de batas impermeables. El 25,8% ha dispuesto de trajes impermeables completos. Llama la atención que sea un porcentaje tan bajo teniendo en cuenta que es un material indispensable para evitar contagios en los profesionales.



6. Plan de contingencia.

Los planes de contingencia durante la epidemia de Covid-19 sirven como instrumento de gestión de trabajo del que se sirven los responsables de cada centro, servicio y equipo asistencial para que puedan adoptar y planificar las medidas necesarias para eliminar o minimizar la exposición al SARS-CoV-2. Dicho plan de contingencia debe ir documentado para asegurar al máximo la actividad preventiva a la que está destinado, mejorando las condiciones de trabajo y reduciendo las consecuencias de los riesgos durante el periodo de pandemia.

En la actualidad nos encontramos con que cada conselleria u organismo autónomo establecerá procedimientos internos o normativas correspondientes para adaptar sus Planes de Contingencia a sus centros dependientes, en función de la actividad, tipo de centro, tamaño, etc. con todos los medios técnicos, humanos y organizativos necesarios siguiendo las recomendaciones establecidas por la autoridad sanitaria en todo momento.⁽²¹⁾

Así pues, ante la diversidad de escenarios para hacer frente al Covid, cada centro, servicio y equipo ha elaborado dichos planes de contingencia sin seguir criterios uniformes en su totalidad pero con la finalidad común de dirigir los esfuerzos a la prevención y a la respuesta ante la aparición de casos y brotes de COVID-19.

Como regla general los planes de contingencia se implantaron tarde, de media el 19 de marzo, de mediana el 17 de marzo.

En este formulario se han plasmado los ítems más frecuentes para las medidas establecidas dentro del plan de contingencia tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria y se ha solicitado a los encuestados que marcaran las implementadas en sus respectivos lugares de trabajo.

En ambos escenarios laborales, la medida de contingencia más señalada ha sido la realización de consultas telefónicas. Un 98.7% en atención primaria y un 91% en hospitalaria.

En segundo lugar, la medida de contingencia más señalada ha sido el triaje por parte de personal médico o de enfermería. Para ambos escenarios se sitúa por encima del 75% (77.8% para primaria y 76,7% para hospitalaria).

La entrada del paciente a consulta solo o con un acompañante supone un porcentaje del 81.3% para hospitales y del 69.4% en atención primaria.

El establecimiento de zonas limpias y sucias, según los ítems marcados, solo supone un porcentaje del 67.7% en atención primaria por lo que no se ha podido implementar como medida en todos los centros. De hecho está señalado como ítem en un 7.1% que no se dispone de espacio para esa medida en el centro. Y en hospitalaria supone 77.9% como ítems marcado. Respecto a la medida de establecer dichas zonas limpias como lugar donde trabajan los profesionales que no tienen contacto con pacientes sospechosos o infectados por Covid-19 sólo ha sido marcado como ítem en un 50% aproximadamente (43,4% en hospitalaria, 47.5% en atención primaria).

Ha destacar que el ítem de contratación de más personal médico sólo se ha señalado con un porcentaje de 13.1% (36 encuestados han señalado esta medida con plan de contingencia de su centro) y 16.3% (202 encuestados han señalado esta medida como pan de contingencia de su servicio) para atención primaria y atención hospitalaria respectivamente. Medidas ya contempladas por las autonomías como refuerzo frente la pandemia pero que impresiona de insuficiente dado el alto número de contagios en el país.

No en todos lo centros y servicios se ha tenido en cuenta el aislamiento domiciliario de profesionales sanitarios con síntomas respiratorios compatibles con COVID19 como medida de



contingencia y para evitar contagios. Se ha señalado como ítem en un porcentaje en torno al 65% (65.3% en atención primaria, 67.3% en atención hospitalaria).

Respecto al aumento de camas hospitalarias, hemos de destacar que 871 personas (un 70.1%) han marcado este ítem como medida de contingencia en su hospital.

La cancelación total /parcial de las actividades no urgentes suma porcentajes cercanos al 100% tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

7. “Desescalada”

En cuanto a la vuelta a la actividad asistencial habitual en los centros de trabajo, el 45,3% de los encuestados indicó que aún no se estaba produciendo frente al 47,6% que indicó que sí, pero muy lentamente, el 6,5% sí rápidamente y el 0,5% que indicó que ya se había vuelto completamente a la normalidad.

Respecto a las consideraciones sobre la desescalada, de los comentarios particulares de los médicos que han participado en el estudio se pueden extraer 4 puntos principales:

- Si no se contrata masivamente a más médicos las consecuencias del parón sanitario van a ser muy graves. Ya están llegando casos muy evolucionados y descompensados. El gobierno y los dirigentes autonómicos, si están comprometidos con la salud de sus ciudadanos, deben apostar por reforzar masivamente las plantillas y poner todas las infraestructuras en funcionamiento. Si no ocurre va a generarse un exceso de mortalidad y secuelas por patologías tratables muy grave.
- Para el control de una infección donde la mayoría de pacientes son asintomáticos es necesaria la realización de test a la población para poder aislar a los contactos. La limitación en el número de test que las autoridades pueden ofrecer no debe ser una limitación para ofrecer estrategias alternativas. Dada la limitación de los test debería iniciarse una campaña de test masivos allí donde la incidencia o la mortalidad es mayor, es decir, en centros sanitarios y residencias y en grupos de riesgo.

La inmunidad de rebaño, como alternativa.

A día de hoy se desconoce su efectividad. Además resulta poco ética la asunción de un contagio masivo de una población altamente envejecida como la española de una enfermedad con una tasa de mortalidad del 8,5% por encima de los 60 años y del 25% por encima de los 70 años⁽²²⁾. Se añade que para cualquier franja etaria, las consecuencias a largo plazo de la enfermedad son completamente desconocidas. En terminos de mortalidad, considerando una mortalidad de entre el 0,55 % y el 2,37%,⁽²⁵⁾ tomando como referencia los datos de Islandia y Corea del Sur, dos países que han controlado correctamente la pandemia, dejaría entre 300.000 y 1.000.000 de muertos en España si damos por hecho que se va a infectar toda la población. Considerando que la inmunidad de grupo se alcanzará con un 60% de contagios, esta estrategia seguiría resultando intolerable. Ante estas alternativas, el control de la enfermedad mediante la realización de tests para intentar realizar un control de casos, aunque sea parcial, parece fundamental para la protección actual y futura de la población. A esto debería añadirse el uso de mascarillas obligatorias si no queremos que la “desescalada” acabe siendo el valle previo a un segundo brote. Recordemos que la COVID-19 es una enfermedad sin tratamiento específico y sin vacuna, lo único que podemos hacer para vencerla es prevenir la infección y aquí todos debemos asumir nuestra parte de responsabilidad.

- Por otro lado se percibe una deshumanización de las cifras. No deshumanicemos los datos, pensemos que uno de esos nuevos fallecidos por no tomarse las medidas adecuadas puede ser un familiar o conocido nuestro e incluso usted mismo. No debemos



tolerar como sociedad un solo fallecido más por la falta de determinación en las medidas a tomar o la incapacidad para tomarlas.

- Los medios de comunicación y los gobernantes deben lanzar mensajes más contundentes en cuanto al uso de mascarillas y el distanciamiento social. Existe una falsa sensación de éxito, cuando los contagios y las muertes siguen produciéndose masivamente, aunque sea en menor medida. Antes del estado de alarma, el # “yo me quedo en casa” tuvo su efecto inmediato. Más allá de las medidas gubernamentales, los medios de comunicación deben ejercer su responsabilidad en el éxito de esta desescalada para que esta pueda resultar verdaderamente efectiva.

8. Disposición a reclamar estos hechos

El 87,5% de los médicos que han participado en esta encuesta se muestran predispuestos a poner en conocimiento de las autoridades pertinentes los hechos descritos en esta encuesta.

Consideramos que tanto inspección de trabajo como fiscalía deberían investigar los hechos aquí descritos, más aún cuando estos hechos podrían demostrar un incumplimiento por parte de la administración respecto de sus obligaciones, y la relación de causalidad entre la desprotección del personal sanitario y su contagio y muerte en algunos casos.



CONCLUSIONES

1. **El 12% de los médicos han padecido la enfermedad.** Considerando el alto porcentaje de asintomáticos (hasta en un 80% de casos) el número de contagios entre el personal médico seguramente sea mucho mayor al oficial. Estos datos deben conocerse cuanto antes, por transparencia y sobre todo, para garantizar la seguridad de los propios médicos y sus pacientes que ya empiezan a acudir de nuevo a sus consultas programadas.
2. **El 18,3% de los encuestados afirma que en su centro de trabajo ha fallecido personal sanitario por coronavirus. Ese porcentaje pertenece a 76 centros sanitarios diferentes, el 23% de los centros sanitarios en los que trabajan los participantes en esta encuesta. El número de profesionales sanitarios fallecidos por coronavirus, por tanto sería de un mínimo de 76 y posiblemente mayor.** Hay que tener en cuenta que los datos fueron recogidos en este formulario hasta el día 3 de mayo. El día 4 de mayo el Instituto Carlos III publicó un informe incluyendo 35 muertes de sanitarios notificadas a la Red Nacional de Vigilancia (RENAVE) ⁽⁴⁾. El día 7 de mayo volvió a publicar un nuevo informe comunicando 42 fallecimientos entre el personal sanitario ⁽⁴⁾. Teniendo en cuenta los datos recogidos en este formulario, el número de fallecidos entre el personal sanitario sería, como mínimo, el doble del notificado en las mismas fechas. Tener que hablar de posibilidades en cuanto al número de fallecidos entre el personal sanitario es absolutamente vergonzante y no es digno de un país que se considere transparente. El gobierno de España y las diferentes consejerías autonómicas deben hacer público este dato de inmediato para rendir el correspondiente homenaje a aquellos que han dado su vida por nosotros. Esperamos que ese dato no se vea disminuido en un solo profesional sanitario fallecido.
3. **El alto número de médicos infectados o aislados** (el 92% indica que ha habido médicos infectados o aislados por coronavirus en su centro de trabajo) **implica una posible causalidad entre su profesión y el contagio que debería ser investigada por las autoridades competentes.** El 87% de los médicos participantes estarían dispuestos a poner en conocimiento de dichas autoridades los hechos descritos en este estudio.
4. **El 66,5% de los médicos han atendido a pacientes infectados por COVID-19.** Es decir, dos tercios de los médicos españoles han tenido que dedicar su atención al coronavirus. El esfuerzo no ha sido solo físico, sino adaptativo. Los médicos españoles cuando no han trabajado, han estudiado.
5. **Prácticamente el 100% de los encuestados ha indicado que se ha realizado una cancelación parcial o total de sus consultas debido al coronavirus.** Si no se contratan de manera masiva médicos para poder atender a todos estos pacientes que se han acumulado, las listas de espera van a incrementarse con consecuencias muy graves. Tumores que pasarán de ser operables a ser no operables. Ojos enfermos que pasarán de poder curarse a acabar en la ceguera. La contratación de médicos es una emergencia, el día 28 de mayo salen al mercado 7633 nuevos especialistas. Los gobernantes tienen una oportunidad única para demostrar que apuestan por mejorar el sistema sanitario desde este mismo instante, no solo generando nuevos contratos para poder superar el aluvión de consultas y quirófanos que viene, sino consolidando dichos contratos haciendo que una vez finalizados puedan ser ocupados mediante concurso-oposición.
6. **El 16,3% de los médicos que han participado en nuestro estudio han afirmado haber trabajado con síntomas compatibles con la enfermedad a la espera de la realización de un test PCR.** Al 26% de estos profesionales nunca se les llegó a realizar el test, a aquellos que se les realizó se hizo de media 8 días después del inicio de los síntomas. La imagen de médicos con fiebre y otros síntomas teniendo que trabajar



ejemplifica las condiciones a las que se ha sometido al personal médico durante estas semanas.

7. **El 86,8% de médicos considera que podría haber sido vector de la enfermedad por carecer del material de protección adecuado.** Esta consideración es importante, puesto que los médicos piensan que, de haberse infectado, lo habrían hecho por ausencia de material de protección en su centro de trabajo, como es lógico, y no en otros lugares como se ha llegado a insinuar durante esta crisis.
8. **El 23% de los médicos diagnosticados de COVID-19 afirman haber vuelto al trabajo sin repetición del test PCR.** Mientras tanto, ha habido test para colectivos mucho menos expuestos y de menor riesgo como potenciales transmisores de la enfermedad.
9. **El 49% de los médicos a día de hoy (fecha de finalización del sondeo 2 de mayo) considera que aún no tiene el material necesario o que no está homologado para realizar su trabajo con seguridad.** Tras 8 semanas en estado de alarma este dato, junto a la percepción de una sensación generalizada de que este hecho ya no es un problema, es indicativo de muchas cosas que están ocurriendo en nuestro país, que son a su vez causa de lo que hemos padecido. "Desescalar" sin material de protección supone un riesgo muy elevado para el rebrote. La gestión de la adquisición de este material debería ser auditada puesto que ha sido causante de muchos contagios y muertes entre nosotros. Después de 2 meses en plena batalla, con la gente en las calles de nuevo, seguimos vendidos.
10. **Las bajas laborales no se están realizando como enfermedad laboral en la mayoría de casos, como debiera ocurrir.**
11. **En cuanto a las mascarillas homologadas ffp2 y ffp3, el 29% de los médicos indica no haberlas tenido a su disposición hasta la fecha.**
12. **Uno de cada cuatro médicos ha reutilizado una mascarilla de un solo uso más de una semana.** El 4% ha tenido que reutilizar una misma mascarilla más de un mes. El resto del material desechable como gorros y batas también se ha reutilizado por parte de la mitad de los encuestados.
13. **El 40% de los médicos encuestados ha tenido que comprar el material de protección contra el coronavirus por su cuenta.**
14. **En cuanto a la desescalada, "desescalar" sin protección para los médicos y el resto de sanitarios perpetúa las infecciones, y las muertes, en los hospitales, como estamos viendo.** Uno de los criterios para avanzar de fase es la disponibilidad de EPIs en stock. Con el 50% de personal sanitario por proteger podemos afirmar que no se están siguiendo las propias recomendaciones que el ministerio da en sus informes. Por otro lado, "el uso de mascarilla debería ser obligatorio", al menos hasta que se asiente el control de la enfermedad. Pasar del confinamiento total al desconfinamiento sin mascarilla hace peligrar lo logrado entre todos estas semanas. Recordemos que todo esto se inició con un solo caso en el mundo, si bajamos la guardia habrá un nuevo rebrote.
15. **Durante el análisis se han percibido diferencias entre las distintas regiones de España en cuanto a la disponibilidad de material de protección y pruebas diagnósticas.** Dichas diferencias no han sido analizadas con detalle, su análisis queda pendiente a estudios posteriores.



COMENTARIO FINAL

¿Cómo se pasa en un mes de ser “la mejor sanidad del mundo” a estar a la cola de la clasificación, tanto en tasa de mortalidad como en número de sanitarios contagiados, en una crisis sanitaria que afecta a todo el planeta?

Como profesionales médicos que trabajamos en el sistema de salud, que hemos vivido esta crisis en primera línea, con experiencia en haber trabajado en otros países, consideramos que la gran diferencia entre “ser los mejores” y “estar a la cola” es directamente proporcional al peso que soporta el sistema sobre los hombros de sus profesionales sanitarios y no tanto sobre una buena organización y gestión de los recursos disponibles.

El sistema sanitario español tiene unas prestaciones y una cobertura de las que todos debemos sentirnos orgullosos. Nuestro sistema pone a disposición de nuestros pacientes los últimos tratamientos y las últimas pruebas diagnósticas. Los médicos españoles son punteros en muchas áreas, siendo referencia en los congresos internacionales. Existen muchos motivos por los que nuestro sistema debe considerarse uno de los mejores del mundo. ¿Pero en qué basa su funcionamiento?

Este sistema lleva años aguantando como una presa a punto de desbordarse, sostenida por el empuje de unos médicos hipertrofiados, acostumbrados a realizar más trabajo del que les corresponde por unidad de tiempo. ¿De dónde nacen esas desesperantes horas esperando a ser llamados frente a la puerta de las consultas? ¿Qué razón existe para tener que esperar meses en lista de espera? La respuesta está en la sobrecarga laboral. En el tiempo que un médico debería atender a 20 pacientes, en muchas ocasiones atiende a 30 ó 40. Esto, como es obvio, repercute en la calidad asistencial que podemos ofrecer. En el momento en el que ha venido una ola, la presa se ha desbordado completamente sin margen de maniobra. Y, ¿a quién se ha llevado por delante? En primer lugar, al conjunto de la ciudadanía española, con una tasa de mortalidad muy elevada. Y, en segundo lugar, a los profesionales sanitarios, con la mayor tasa de contagios del mundo.

La primera lección que debemos sacar de esta crisis es que un sistema de salud no se puede basar en la sobrecarga de sus trabajadores, sino en la buena gestión, la buena organización y el buen trato a los profesionales que lo integran. En el Sistema Nacional de Salud hay médicos que trabajan durante 32 horas seguidas sin descanso: los residentes que hacen guardias de 24 horas y al día siguiente no libran por tener que apoyar esas consultas sobrecargadas. ¿Se imaginan a cualquier empresa nacional haciendo trabajar a sus empleados 32 horas seguidas sin descanso porque no quieren contratar a más personal? Es ilegal, sí, pero en “nuestra empresa” ocurre.

Los datos de mortalidad, de contagios entre el personal sanitario y los reflejados en este estudio indican el resultado de una mala organización y un maltrato en forma de abandono a los trabajadores. Sin embargo, queremos incidir en que el problema es el modelo, porque esta mala gestión de la que hablamos, ya la soportábamos antes de que llegara el COVID.

Nuestros dirigentes, nuestros representantes, deben decidir si el modelo de sobrecarga de sus trabajadores es el que quieren seguir manteniendo para nuestro país. Un modelo cuyas consecuencias salen a relucir ahora por su gran dimensión, que durante la crisis ha perjudicado a todos los ciudadanos, pero que también los mataba lentamente de manera mucho más sutil antes de que estallara el estado de alarma. ¿Cómo opera una cirujana que está pendiente de una llamada para conocer si va a poder trabajar o no la semana siguiente? La precariedad laboral del sector médico es elevada. La sociedad nos exige las mayores puntuaciones para acceder a los estudios más largos, de 11 a 12 años para ser médico especialista. Los médicos estamos



entre los profesionales con estudios superiores mejor formados, que ostentan uno de los empleos con mayor responsabilidad del mundo laboral. Y a cambio ¿qué nos ofrecen por nuestro trabajo? Juzguen ustedes.

La segunda lección que debemos sacar de esta crisis es que la política sanitaria no puede supeditarse a decisiones políticas de personas que desconocen completamente el ejercicio de la profesión. Lo hemos visto en todo el mundo, también en España. Es manifiesto que, por muchos asesores que uno disponga en su gobierno, nacional o autonómico, no puede manejar un barco si no tiene el título de marino. Menos aún en plena tormenta. No solo hacen falta más médicos en puestos de responsabilidad sobre las decisiones en política sanitaria (solo 2 de los 15 diputados de la Comisión de Sanidad del Congreso son médicos), también la medicina debería inspirar a partir de ahora la política española. Los médicos no nos dedicamos a decirle a los pacientes lo que quieren escuchar. Tampoco a tratarlos según sus opiniones o ideas. Estamos para diagnosticar enfermedades reales y ofrecer tratamientos plausibles. Las enfermedades, al igual que el resto de problemas reales no se solucionan con medidas homeopáticas envueltas en edulcoradas campañas de marketing. Si perdemos de vista la realidad, cuando nos golpea nos encuentra totalmente desprevenidos. Aprovechemos esta oportunidad que nos da la historia para recalibrar la política española y centrarla en las cosas fundamentales que a todos nos alcanzan: la salud, la seguridad, el trabajo.

La tercera lección que nos enseña esta crisis es que el coronavirus era el enemigo, no el alarmismo, y había muchas evidencias para anunciarlo. Es responsabilidad de los periodistas reivindicar la independencia de prensa. Los buenos periodistas son fundamentales para el correcto funcionamiento democrático de un país y hoy, más que nunca, también para la salud y protección de todos. España está llena de buenos periodistas, marquen sus límites, ustedes son parte del poder, no teman ejercerlo.

La cuarta lección es que nuestro país no estaba preparado. Los planes y protocolos de emergencias sanitarias deben ser revisados y llevados a la práctica cada cierto tiempo. La industria nacional debe contar con planes estratégicos de adaptación a situaciones de emergencia sanitaria.

El trabajo de los médicos nunca acaba cuando acaba nuestro turno. Al salir de la consulta, del quirófano o de la ambulancia, llegamos a casa acompañados de esos casos complicados que a diario nos exigen estudiar y volver a estudiar. Asumimos con determinación la responsabilidad de tener en nuestras manos lo más preciado que tienen los españoles, su salud. Muy pocas veces tenemos tiempo para hablar de nuestras condiciones, llevamos entre manos la parte más dura de la vida, la enfermedad. Durante estos meses hemos sido la primera línea de esta batalla. Sin los recursos adecuados, ninguno de nosotros ha dudado en asumir su responsabilidad exponiendo su salud y la de sus familiares a cambio de salvar vidas. Sí, era nuestra responsabilidad. Hemos salvado todas las vidas que hemos podido.

A cambio, España en su conjunto, reflejada en esos aplausos desde los balcones, ha acudido puntual cada día a su cita de las 8:00 de la tarde, a aliviarnos el cansancio y a empujarnos a apretar los dientes y seguir trabajando sin descanso.

En este momento histórico los médicos españoles solo pedimos que España nos atienda igual que la atendemos nosotros cada mañana, cada tarde y cada noche. Con hechos y soluciones. Hechos para trabajar en condiciones. Esos hechos deben empezar por la dotación de test y de material adecuado que, tras 8 semanas de estado de alarma, nuestros gobernantes han sido incapaces de suministrar. Esos hechos deben continuar con la realización de un plan de contratación masiva de médicos para sacar adelante el trabajo acumulado estos meses, contratos que deberían consolidarse posteriormente para poder continuar ejerciendo nuestro



trabajo en las mejores condiciones para los pacientes. Esos hechos deben dignificar la figura del médico en España, aquel profesional al que la sociedad le exige más para ser reconocido como tal. Si la sociedad española quiere realmente tener la mejor sanidad del mundo, los médicos debemos trabajar en unas buenas condiciones que nos permitan llevarla a la excelencia.

Queremos cuidarte, ese es nuestro trabajo, ayúdanos a poder hacerlo.

Asociación de Médicos Unidos por sus Derechos, MUD

www.mudmedicos.es

@mudmedicos



BIBLIOGRAFÍA

A todos los enlaces indicados se accedió a fecha 8 de mayo de 2020.

1. <https://twitter.com/sanidadgob/status/1225398376105160704?lang=es>
2. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-los-nuevos-casos-en-personal-sanitario-bajan-un-56-en-24-h--1083>
3. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>
4. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a.%20Situaci%C3%B3n%20en%20Sanitarios%20a%2007%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
5. *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Madrid. Mayo 2014.*
6. *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Madrid. Mayo 2014.*
7. Instituto Nacional de Estadística
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176781&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
8. Real Decreto-Ley 6/2020, de 10 de marzo <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-3434>
9. *Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y socio-sanitarios del Ministerio de Sanidad. Versión del 13 de abril de 2020*
10. *Procedimiento de actuación del servicio de prevención de riesgos laborales frente a la exposición del SARS-COV-2. Ministerio de Sanidad. 30 de abril de 2020*
https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/PrevencionRRL_COVID-19.pdf
11. 10.Recomendaciones de UNE-EN 14683:2014 Mascarillas quirúrgicas, requisitos y métodos de ensayo.
12. World Health Organization. *Infection prevention and control of epidemic -and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. WHO Guidelines. 2014. [Consultado el 03/05/2020].* Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112656/1/9789241507134_eng.pdf
13. Linde, Pablo (1 de febrero de 2020). «Sanidad confirma en La Gomera el primer caso de coronavirus en España». *El País*. ISSN 1134-6582 Consultado el 7 de mayo
14. <https://www.lavanguardia.com/vida/20200228/473825235434/oms-coronavirus-alerta-internacional-alta.html>.
15. *Uso de mascarillas quirúrgicas y FPP en las precauciones de aislamiento en centros sanitarios. Guía de la Sociedad Gallega de Medicina Preventiva. Octubre de 2015.*
16. *Guía técnica para la utilización por los trabajadores de los equipos de protección individual. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Segunda Edición, diciembre 2012.*
<https://www.insst.es/documents/94886/203536/Gu%C3%ADa+t%C3%A9cnica+para+la+evaluaci%C3%B3n+y+prevenci%C3%B3n+de+los+riesgos+para+la+utilizaci%C3%B3n+por+los+trabajadores+en+el+trabajo+de+equipos+de+protecci%C3%B3n+individual/c4878c11-26a0-4108-80fd-3ecbef0aee38>
17. *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Madrid, mayo 2014.*
<https://www.insst.es/documents/94886/203536/Gu%C3%ADa+t%C3%A9cnica+para+la+evaluaci%C3%B3n+y+prevenci%C3%B3n+de+los+riesgos+relacionados+con+la+exposici%C3%B3n+a+agentes+biol%C3%B3gicos/22fd163d-8d8f-4259-a571-c0c14aeebeaf>
18. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID->



- 19%20en%20Espa%C3%B1a.%20Situaci%C3%B3n%20en%20Sanitarios%20a%2004%20de%20mayo%20de%202020.pdf).
19. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a.%20Situaci%C3%B3n%20en%20Sanitarios%20a%2007%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
 20. SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE LISTAS DE ESPERA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SISLE-SNS Situación a 30 de junio de 2019. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. https://www.mschs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LLEE_SNS_IndicadoresResumen_Junio2019.pdf
 21. Guía técnica para la elaboración del plan de contingencia y continuidad del trabajo durante la Covid-19. Servicios de prevención de riesgos laborales del personal propio. Instituto valenciano de seguridad en el trabajo. Última actualización 5 de mayo de 2020.
 22. <https://elpais.com/ciencia/2020-03-14/cual-es-la-tasa-de-letalidad-del-nuevo-coronavirus-en-las-personas-mayores.html>
 23. Manejo en atención primaria del COVID-19 Versión de 17 de marzo de 2020 . Documento técnico. Ministerio de Sanidad
 24. Manejo clínico del COVID-19: atención hospitalaria 19 de marzo de 2020. Documento técnico. Ministerio de Sanidad
 25. https://en.wikipedia.org/wiki/Template:COVID-19_pandemic_data

