

LIBRO
BLANCO
DE LA
COVID-19

COVID-19aren LIBURU ZURIA

LIBRO BLANCO
DE LA COVID-19

Título: COVID-19aren Liburu Zuria.

Subtítulo: Libro Blanco de la COVID-19.

Fecha de edición: Mayo de 2021

ISBN: 978-84-09-30317-5

Páginas: 180

Idiomas: Euskera y castellano.

Autoría: Varios autores.

Tema: Estudios interdisciplinares.

Libro disponible en la web: <https://covid19liburuzuria.eus> en euskera y castellano.

Este es un trabajo realizado a muchas manos y cerebros. Puedes consultar quiénes somos en la sección **5. Equipo de trabajo**.



Los textos están disponibles bajo licencia
[Creative-Commons-Reconocimiento](#)

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

La licenciatario no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia.

Bajo los siguientes términos:

Atribución — Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatario.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos de materiales en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una excepción o limitación aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como publicidad, privacidad, o derechos morales pueden limitar la forma en que utilice el material.

Todas las imágenes son de dominio público.

Una reflexión colectiva. Soluciones concretas.

La COVID-19 ha cambiado radicalmente nuestras vidas desde febrero de 2020. Como consecuencia de esta enfermedad, en los últimos quince meses más de 5.000 personas han fallecido entre la Comunidad Autónoma Vasca (CAV) y la Comunidad Foral de Navarra¹, y al menos 20.000 han sido hospitalizadas. El planeta está sufriendo una situación sindémica² con enormes consecuencias biológicas, sociales y económicas. Y aunque la pandemia fuese —al igual que el Rinoceronte gris³— una amenaza altamente probable, la decidimos ignorar, habiendo pagado un alto precio por ello. Por eso, vemos necesario dirigir una mirada colectiva, multidisciplinar y basada en la evidencia a este escenario tan complejo. Analizar lo que ha pasado, ámbito por ámbito, tiene sin embargo su riesgo. Hacer frente a una pandemia, para que no se convirtiera en sindemia tal cual ha ocurrido, requería de una visión de Salud Pública más allá del ámbito sanitario. Aunque analicemos cada ámbito por separado, no debemos olvidar la interdependencia existente entre la salud de las personas con las políticas sociales y económicas vigentes o a plantear.

¹ Algunos de los textos de este Libro Blanco se han contextualizado en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), mientras otros se han referido al conjunto de la CAV y la Comunidad Foral de Navarra. Dado que en cada caso los trabajos realizados se han basado en los datos disponibles para el grupo que lo ha contribuido, hemos decidido conservar esa diversidad de marcos de referencia. Somos conscientes de que los límites competenciales y administrativos condicionan tanto las circunstancias actuales, como la capacidad de incidir con soluciones a los problemas existentes. Sin embargo, entendemos que la mayor parte de los análisis, conclusiones y propuestas sectoriales detalladas son de similar aplicabilidad para cualquier parte del territorio.

² Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet* 396 (10255) 874. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)

³ Wucker, M. (2016). *The gray rhino: How to recognize and act on the obvious dangers we ignore*. New : Macmillan.

Este libro que tenéis entre las manos ha surgido con la intención de aportar una herramienta para sacudirnos de encima esta sensación de shock colectivo, y superar —como sociedad— la parálisis inducida por la pandemia primero, y la fatiga pandémica después. Para ello, hemos planteado una reflexión sobre lo ocurrido en más de una docena de ámbitos; y aún así, no hemos sido capaces de llegar a cubrir todos los campos clave. Nos han quedado algunas lagunas obvias, no vamos a intentar justificarlo. Pero este trabajo lo entendemos como un principio, no un final; y contamos con que se incorporen próximamente contenidos adicionales a los aquí presentes.

Las y los profesionales que hemos contribuido a este texto, tanto del mundo académico como trabajadores/as de primera línea, invitamos a nuestra sociedad a un ejercicio de reflexión, para entender en qué hemos acertado y en qué hemos fallado, dotándonos para ello de la evidencia más actual, así como de testimonios directos. Desde una perspectiva respetuosa y constructiva, ponemos sobre la mesa soluciones y propuestas para un futuro cercano, y así superar lo que nos queda de esta crisis de la mejor manera posible. También para un futuro no tan cercano, dada la posibilidad real de que nos tengamos que enfrentar a otras crisis. Para desarrollar este trabajo, hemos tomado como base ideológica el Memorando John Snow⁴. Y aunque en un inicio nos habíamos planteado como horizonte deseable una estrategia ZeroCovid⁵, finalmente hemos optado, en esta primera edición del Libro Blanco sobre la COVID-19, por una variedad de soluciones menos utópicas. Creemos firmemente en la necesidad de la transparencia, el debate y el diálogo social, para lo cual ofrecemos como borradores de trabajo los informes que hemos realizado para los siguientes ámbitos

4 The John Snow Memorandum (2020).

<https://www.johnsnowmemo.com>

<https://aldizkaria.elhuyar.eus/albisteak/john-snow-memorandum/>

5 Barcelona Institute for Global Health, ISGlobal (2020) What Is a Zero-COVID Strategy and How Can It Help Us Minimise the Impact of the Pandemic?

https://www.isglobal.org/en_GB/-/que-es-una-estrategia-de-covid-cero-y-como-puedeayudarnos-a-minimizar-el-impacto-de-la-pandemia-

Índice

Sanidad

- Sanidad sociosanitaria..... 11
- Medidas no farmacológicas..... 21
- Vacunas y planes de vacunación..... 29
- Salud mental..... 33
- Hábitos saludables..... 37
- Integración de I+D+i..... 41

Economía

- Factores socioeconómicos..... 47
- Micro y mesoeconomía..... 51

Ámbito social

- Política comunicativa..... 57
- Gestión de datos abiertos..... 61
- Marco legal..... 65

Educación

- Educación infantil, primaria y secundaria..... 71
- Educación universitaria..... 75

Equipo de trabajo

- Equipo de trabajo..... 79

1.

Sanidad



Sanidad sociosanitaria

Dos de los principios más conocidos definidos en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los siguientes: “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social” y “los gobiernos son responsables de la salud de sus ciudadanos”¹. En función de dichos principios, a lo largo de toda la pandemia se ha puesto de manifiesto la falta de organización general del sistema sanitario.

De los países con mayor éxito en el control de la pandemia, se pueden extraer aprendizajes^{2,3}, además del uso de las Medidas No Farmacológicas (ver apartado correspondiente). En dichas naciones se ha priorizado la protección pública de las personas mayores y las más vulnerables, se ha reforzado la Atención Primaria (AP), se ha potenciado la coordinación de la AP respecto a los hospitales, se han utilizado protocolos conjuntos y se han unificado todos los recursos técnicos, personales y científicos del país. En consecuencia, el análisis multidisciplinar de la evidencia de cada momento ha permitido establecer las medidas adecuadas. Todo lo contrario

¹ Constitution of the World Health Organization. WHO, 1946 (<https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>)

² Han E, et al. (2020) Lessons learnt from easing Covid-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. Lancet 396:1525-34.

³ Legido-Quigley H, et al. (2020) The resilience of the Spanish health system against the Covid-19 pandemic. Lancet 5(5):e251-2.

de lo que se ha hecho en nuestro país^{4,5,6,7,8}. Además, la pandemia ha acentuado muchos de los problemas pre-existentes y ha puesto de manifiesto las debilidades de los Sistemas de Salud y Bienestar.

Problemas previos a la pandemia

- a) El presupuesto de sanidad es exiguo con respecto a las recomendaciones vigentes y, además, hay un marcado desequilibrio en el gasto entre sus diferentes sectores^{9,10}: la AP recibe el 14%, cuando necesitaría el 20-25%^{11,12}; y la Salud Pública sólo el 1,1%, mientras que la OMS recomienda el 2-3%¹³. El sistema sanitario tiene a la asistencia individual casi como su único eje, y dota de escasa prioridad al aspecto comunitario y a la prevención o a la promoción de la vida saludable. La precariedad en el número de profesionales y la falta de estructuras tanto de gestión como de asistencia técnica son el resultado de unos presupuestos escasos. El gasto privado, que representa un tercio del gasto sanitario total, va además en aumento.
- b) El sistema de cuidado de las personas mayores se organiza generalmente en dos ámbitos: en el hogar y en las residencias o centros de día. En dichos espacios, los sistemas de salud y protección social están descoordinados, son gestionados por diferentes instituciones y no existe coordinación entre ellas. De hecho, la mayoría de las residencias de personas mayores están bajo gestión privada y cuentan con escasos recursos propios. La vocación de sus profesionales, mayormente mujeres, es remarcable, pero es un sector precarizado. Además, a pesar de su elevada carga asistencial, no cuentan con personal suficiente, por lo que ha organizarse a los y las residentes en grandes grupos. Y cada residencia tiene su propio modelo de gestión.
- c) La sanidad y el cuidado tienen una gestión fragmentada y separada, ya que nuestra estructura administrativa establece una división política en dicha materia. A pesar de dividir el territorio en diferentes entornos sanitarios u Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), la descoordinación entre AP, hospitales y centros concertados y privados es evidente desde hace tiempo.
- d) La mayoría de los cargos directivos o subdirectivos de los centros y entidades del sistema sanitario público (o privado) son cargos de confianza o políticos, es decir, no están basados en la meritocracia. Esto condiciona todas las decisiones y medidas que se toman.

⁴ García-Basteiro AI, et al. (2020) Evaluation of the Covid-19 response in Spain: principles and requirements. Lancet 5(11):e575.

⁵ Chua AQ, et al. (2020) Health system resilience in managing the Covid-19 pandemic: lessons from Singapore. BMJ Global Health 5:e003317.

⁶ García-Basteiro AI, et al. (2020) The need for an independent evaluation of the Covid-19 response in Spain. Lancet 396:529-530.

⁷ Martín-Moreno JM, et al. (2020) Reflexiones sobre cómo evaluar y mejorar la respuesta a la pandemia de Covid-19. Gac Sanit S0213-9111(20):30254-5.

⁸ <https://cmaaustralia.edu.au/ontarget/grid-index-tracking-the-global-leadership-response-in-the-covid-19-crisis/>

⁹ Indicadores clave, Sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2021. <http://inclasns.msssi.es/main.html?permalink=fd5f8cf505aeaaff99b3b04b490ee13#multipleBar-741454>

¹⁰ Recursos económicos del sistema nacional de salud. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 2020. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/recursosEconomicos.htm>

¹¹ https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_EstrategicoAPS_25Abril_2019.pdf

¹² <https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/recomendaciones-sanidad-publica-universal-calidad.pdf>

¹³ <https://www.who.int/es/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>

Lo que ha acontecido durante la pandemia

Las medidas de salud pública contra la Covid-19 se han adoptado para proteger a toda la población, reducir la exposición y evitar efectos potenciales, ya que no teníamos una inmunidad previa contra el virus. Existen pocos tratamientos eficaces y los protocolos puestos a disposición de los profesionales han sido escasos, aunque han ido mejorando a medida que se avanzaba en la recolección de evidencia.

La consecuencia más grave de la pandemia ha sido la mortalidad. Las más perjudicadas han sido las personas mayores, y, proporcionalmente, los hombres^{14,15,16}. Aunque en otros países la influencia de la cronificación de la Covid-19 es notable (datos recién publicados del Office for National Statistics del Reino Unido¹⁷), todavía no se ha recibido ni publicado información a este respecto en nuestro país.

Problemas agravados por la pandemia

Las personas mayores en residencias han sido quienes han sufrido la pandemia de forma más severa^{18,19,20}. Se ha constatado la falta de infraestructuras suficientes. De igual manera, se ha evidenciado que la situación de las personas que viven en condiciones adversas, así como la gestión de sus necesidades sanitarias y sociales, han recaído en el personal sanitario público. A pesar de no estar suficientemente preparado para afrontar una pandemia, dicho personal ha tenido que actuar por su cuenta y sin apenas recursos.

¹⁴ Informes MoMo. Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España, 2020 y 2021. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/MoMo.aspx>

¹⁵ Informes Covid. Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España, 2020 y 2021. <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>

¹⁶ Open Data Euskadiko datu katalogoa. Eusko Jaurlaritza, 2020 eta 2021. <https://opendata.euskadi.eus/datu-katalogoa>

¹⁷ <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases>

¹⁸ Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencies durante la pandemia Covid-19 en España. Amnistía internacional, diciembre 2020.

¹⁹ Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencies durante la Covid-19 en España. Médicos Sin Fronteras, Agosto 2020.

²⁰ La atención primaria, principal víctima de una década de recortes en Sanidad. El siglo de Europa. 23/07/2020. <https://elsiglodeeuropa.es/la-atencion-primaria-principal-victima-de-una-decada-de-recortes-en-sanidad/>

La pandemia ha puesto de manifiesto las debilidades inherentes a la gestión de la sanidad^{21,22,23,24,25,26}: no ha habido co-gobernanza entre todas las partes implicadas (autoridades, equipos directivos de los centros de salud, comisiones clínicas, cargos de diversas entidades sociales, ayuntamientos, asociaciones comunitarias, etc.). No se ha tenido en cuenta la motivación ni las opiniones de los y las profesionales, ni se ha considerado la “fatiga pandémica”²⁷. La escasa coordinación en la organización interna de la Salud Pública ha quedado a la vista, en un momento excepcional en el que eran necesarios unos criterios claros, procesos participativos y la respuesta común de toda la sociedad²⁸. En resumen, se ha extendido la gestión el modelo “laissez faire-laissez passer” (dejar hacer, dejar pasar).

Situaciones emergentes de la pandemia

La pandemia ha evidenciado la necesidad de planificación ante hechos excepcionales, de formación, de capacidad de investigación y de sistemas de información. Ha quedado claro que este trabajo no se ha realizado con anterioridad y así las debilidades de los servicios de Salud Pública han quedado más visibles que nunca.

La apuesta por las consultas no presenciales ha revelado algunas claves en torno a la falta de infraestructuras, como la formación en comunicación telemática, la capacidad de transmitir información, o la capacidad de atender a los más afectados (los y las más pobres, las personas con discapacidad, o aquellas con precariedad laboral, etc.), entre otras.

Tanto en Sanidad como en las residencias de personas mayores ha habido una falta importante de los medios técnicos necesarios (equipos de protección individual, respiradores, mascarillas, etc.), evidenciando el gran impacto que tiene la dependencia de la fabricación de los mismos. Toda la responsabilidad ha recaído en el sector público, y el apoyo desde el sector privado ha sido muy deficiente.

Los y las profesionales de la salud han estado en todo momento en la diana de los mensajes públicos. Y mientras aparecían muchas opiniones supuestamente cualificadas, el colectivo de profesionales de la medicina apenas ha aparecido en los medios de comunicación en los primeros meses. La sobreinformación y la desinformación se han extendido, sin que desde las administraciones se haya impulsado una línea de trabajo concreta para promover la difusión de mensajes basados en la evidencia científica del momento. Por otra parte, la respuesta sanitaria

²¹ Rosano A, et al. (2013) The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. Eur J Public Health 23(3):356-60.

²² Sanchez-Amat M, et al. (2021) ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? AMF 17(2): 76-84.

²³ Starfield B. Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy. New York: Oxford University Press; 1992. 280 p.

²⁴ McWhinney IR. (1998) Primary care: core values. Core values in a changing world. BMJ 316(7147):1807-9.

²⁵ Tieman J, et al. Integration, coordination and multidisciplinary approaches in primary care: a systematic investigation of the literature. Australia: Australian Primary Health Care Research Institute, Australian National University College of Health & Medicine; 2017. <https://rphs.anu.edu>

²⁶ Simó J. Salud, dinero y atención primaria: La «serpiente» del gasto de personal también existe. 30/03/2019 <http://saludineroap.blogspot.com/2019/03/la-serpiente-del-gasto-de-personal.html>

²⁷ Recomendaciones sobre estrategias comunicativas frente a la fatiga pandémica. Grupo de trabajo del Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud para Estrategia Comunicativa frente a la Fatiga Pandémica. 3/02/2021. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Recomendaciones_estrategias_comunicacion_fatiga_pandemica.pdf

²⁸ Kringos DS, et al. Building primary care in a changing Europe. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2015. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154350/9789289050319-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

se ha estructurado frecuentemente desde el punto de vista del “espectáculo médico”: PCR masivas, traslados de camiones de un lado para otro, el uso de polideportivos, estadios o similares, etc. Pero para reforzar dicho despliegue se han desviado los recursos de los centros de salud. En consecuencia, su carga de trabajo ha aumentado, intensificando el cansancio de los y las profesionales. A menudo, el sistema sanitario no ha proporcionado información clara a la población, sino más bien contradictoria. El carácter insuficiente, interesado y opaco de la información ha favorecido, en lugar de evitarlos, comportamientos peligrosos por parte de la ciudadanía. Los y las profesionales sanitarios y sanitarias han tenido que lidiar con la sobre-atención de personas faltas de información, la falta de evidencia y la inseguridad, incrementándose así la carga que debían soportar.

La falta de organización y planificación ha tenido importantes consecuencias en el sistema público de salud. Tanto en las diferentes OSIs como en los diferentes centros de cada OSI se han utilizado protocolos distintos. No ha habido espacios de intercambio de información entre profesionales de los diferentes centros, ni estrategias generales comunes para el estudio de los tratamientos, evidenciándose las debilidades y carencias del sistema. Los servicios de epidemiología han estado colapsados y los y las profesionales tanto de AP como de los hospitalares han recibido escasa ayuda ante la avalancha de datos a analizar. Las situaciones que se han dado han sido las siguientes:

Atención primaria

La ya escasa plantilla de personal previa a la pandemia ha tenido que añadir a su cometido una carga de trabajo aún mayor. Al principio, la rutina cambió por completo. En algunos casos los centros cerraron, derivando enfermeras, enfermeros y médicos a hospitales u otros centros sanitarios. El desconocimiento dominó los primeros meses y las patologías comunes desaparecieron de las agendas.

Durante el verano, las patologías comunes desbordaban las agendas, añadiéndose aquellas de los compañeros y compañeras sin sustituir, y a esta situación se sumó la toma de pruebas de PCR y tareas de rastreo. Las estadísticas indican que el 80% de los infectados con SARS-CoV-2 son atendidos en AP²⁹. Todo esto multiplicó las tareas burocráticas. La mayor parte de la atención se siguió realizando telefónicamente, provocando esto un retraso en los nuevos diagnósticos. Las patologías retrasadas en las especialidades hospitalarias fueron a AP (y viceversa), porque los pacientes ya no podían esperar más. Cabe destacar la falta de equidad en la atención provocada por la atención telefónica y el cumplimiento de la paradoja de la ley de cuidados inversos que aún persisten, ya que el número de pacientes mayores y pluripatológicos atendidos de esta forma ha sido menor. En nombre de la seguridad se ha puesto en juego el acceso (en detrimento de los colectivos más necesitados), característica que en sí reduce los ingresos hospitalarios.

Hospitales y otras áreas de atención

Debido a que se trata de una nueva patología, se han tenido que elaborar protocolos para hacer frente a los problemas cotidianos de los y las pacientes a través de la búsqueda continua de evidencias y trabajo en equipo de todo el personal sanitario. En medio del desconocimiento, en una situación que a diario cambiaba radicalmente, los debates de las medidas de gestión han adquirido un peso importante, con el objetivo de proporcionar la solución más adecuada a la ecuación del equilibrio de espacios, personal y pacientes.

²⁹ Solera Albero J, et al. (2020) La Atención Primaria de Salud: más necesaria que nunca en la crisis del Coronavirus. JONNPR 5(5):468-72.

Durante la primera ola no hubo suficiente material de protección para el personal sanitario. La información y las órdenes que recibían los y las trabajadoras por parte de las direcciones hospitalarias y del Departamento de Salud fueron contradictorias y contrarias a la evidencia. Muchas de las decisiones venían sin explicaciones y “desde arriba”, aunque nadie sabía “de dónde” y en base a qué.

Entre el personal sanitario el contagio fue especialmente elevado³⁰ (de un 11%, 2,5 veces superior a la población general), debido a la escasez de medios eficaces de protección. Cuando apareció el material de protección, se distribuyó de forma desequilibrada entre los servicios y zonas, generando grandes diferencias de carga de trabajo y seguridad. El personal sanitario ha realizado un trabajo colosal, y consecuentemente, y a pesar de no tener ninguna propuesta por parte de la dirección, se han creado numerosos grupos de trabajo, que a largo plazo quedarán como una de las mejores consecuencias que nos ha dejado la pandemia.

Pacientes

Se pidió a la población mantenerse alejada de los centros de salud y hospitales. Y como consecuencia de ello, numerosas personas se han quedado en casa cuando deberían haber sido atendidas, con las graves consecuencias que esto ha podido suponer. Al cancelar las consultas presenciales, éstas pasaron a ser telefónicas. Un número considerable de pacientes graves se quedaron sin la atención que necesitaban, por culpa de lo cual muchos han podido incluso fallecer. Hay infinidad de ejemplos de ello, como lo son la disminución del número de episodios cerebrovasculares y cardíacos agudos atendidos. De la misma manera, el diagnóstico de cánceres y otras muchas enfermedades, así como el retraso de las intervenciones y tratamientos específicos, han provocado un incremento del número y una extensión en el tiempo de las listas de espera (tanto en Navarra como en la CAV)^{31,32,33,34,35,36}.

En los hogares, los cuidadores y las cuidadoras (en general, mujeres y un gran número migrantes) han tenido que hacerse cargo de las personas dependientes, lo que ha generado una carga de trabajo invisible. En la mayoría de los casos, la desigualdad de género es evidente, sobre todo en el caso de las mujeres de los estratos más empobrecidos³⁷. Este hecho no ha sido tenido en cuenta a la hora de decidir las medidas.

El diagnóstico y seguimiento de pacientes con enfermedades psiquiátricas también se ha limitado de forma significativa^{38,39}, tal y como se puede constatar en la sección correspondiente. Las personas que vivían aisladas o en situación de exclusión social se han vuelto invisibles, multiplicando la carga sobre sus espaldas. Los y las pacientes ingresados e ingresadas por la COVID-19 han estado aisladas, privadas de visitas y familiares, lo que ha generado situaciones

³⁰ Estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España (ENE-Covid). Ministerio de Sanidad y Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España, 2020.

<https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/home.htm>

³¹ Ojeti V, et al. (2020) Non-Covid diseases during the pandemic: where have all other emergencies gone? Medicina (Kaunas);56:512.

³² Kontopantelis E, et al. (2021) Excess mortality in England and Wales during the first wave of the Covid-19 pandemic. J Epidemiol Community Health 75:213-23.

³³ Mannucci E, et al. (2020) Factors associated with increased all-cause mortality during the Covid-19 pandemic in Italy. Int J Infect Dis 98:121-4.

³⁴ Jacobson SH, et al. (2020) Non-Covid-19 excess deaths by age and gender in the United States during the first three months of the Covid-19 pandemic. Public Health 189:101-3.

³⁵ Palmer K, et al. (2020) The potential long-term impact of the Covid-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. Aging Clin Exp Res 32:1189-94.

³⁶ Azarpazhooh MR, et al. (2020) Covid-19 pandemic and burden of non-communicable diseases: an ecological study on data of 185 countries. J Stroke Cerebrovasc Dis 29:105089.

extremadamente duras. Muchas personas han fallecido sin despedirse de los miembros de su familia.

Las residencias de personas mayores han tenido especiales problemas en las tareas de sectorización de residentes⁴⁰ y en la gestión de la carga de trabajo multiplicada, y en muchas ocasiones no se han podido realizar las tareas necesarias⁴¹. Además, han tenido que gestionar la pérdida de derechos de los y las residentes (para salir a la calle, para recibir visitas de familiares, para con el respeto de sus deseos y decisiones...) y la presión de estar bajo el constante escrutinio de los medios de comunicación. Como consecuencia de ello, la carga de trabajo y la carga psicológica han sido enormes en muchos profesionales, sin formación para hacer frente a una pandemia, así como entre el personal que trabaja en condiciones laborales precarias⁴².

Propuestas

- ▶ Reforzar el sistema público para que asuma y mantenga la responsabilidad con firmeza en situaciones de crisis y fuera de ellas.
- ▶ Lograr un sistema asistencial eficaz y eficiente y garantizar las aportaciones en todos los ámbitos (sistema de bienestar, educación, vivienda, sistemas de cuidados, etc.), con el objetivo principal de satisfacer las necesidades del conjunto de la población. Para ello hay que priorizar la AP (estructura más cercana al sistema sanitario) y los servicios sociales de los barrios y municipios.
- ▶ Revisar los presupuestos y reforzar la colaboración desde todos los sectores, poniendo a las personas en el centro de la sanidad. En el caso de la sanidad el objetivo es llegar al 7-8% del PIB.
- ▶ Aumentar la AP al 25% de los presupuestos sanitarios y duplicar los presupuestos de Salud Pública para lograr un equilibrio adecuado.
- ▶ La contribución del sector privado al sistema sanitario debe ser analizada en profundidad, tomando como criterio principal el impacto que tiene en la eficiencia, la equidad, el seguimiento de pacientes, la educación de la salud o la promoción de la salud. Y, en función de las conclusiones obtenidas, tomar decisiones.
- ▶ Hay que pensar cómo queremos cuidar a las personas mayores, respetando sus deseos, sus derechos y su calidad de vida, impulsando una sociedad solidaria.

Problemas comunes en la gestión

- ▶ Realizar un análisis exhaustivo de la gestión general, para evitar que las medidas estén de nuevo en manos de unos pocos y evitar la falta de participación de las y los profesionales o de la población.
- ▶ Consolidar y aumentar el personal en Sanidad y en los Sistemas de Bienestar para reducir cupos, satisfacer nuevas necesidades y garantizar la seguridad de las y los profesionales.
- ▶ Establecer mecanismos que garanticen la seguridad, salud e información adecuada del personal.

- ▶ Integrar al personal de las residencias de personas mayores (médicos, enfermeras, enfermeros, cuidadores, cuidadoras...) como personal del Sistema Público de Salud, utilizando los recursos de Osakidetza.
- ▶ Establecer una dirección y una gestión unificada entre la sanidad y el cuidado para una correcta integración (especialmente en la CAV, donde la responsabilidad del cuidado recae en las Diputaciones y debería ser asumida por el Gobierno Vasco).
- ▶ Fomentar que la elección de los altos cargos y cargos directivos de las estructuras del sistema sanitario se basen en la meritocracia, evitando los puestos políticos y priorizando a las personas más útiles para una gestión eficaz.
- ▶ Garantizar apoyos sólidos y estables para la formación de las y los profesionales en las múltiples disciplinas (investigación, gestión, epidemiología, evaluación, planificación, formación, promoción de la salud, trabajo en equipo...) necesarias para el mejor desempeño y desarrollo de su trabajo.
- ▶ Garantizar protocolos comunes de diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia en la totalidad de los centros de todo el territorio. Para ello, se deben organizar y orientar comités técnicos multidisciplinares de expertos independientes, garantizando que los informes producidos por éstos estén disponibles en todo momento.
- ▶ Definir e implantar, a través del trabajo en equipo, sistemas de análisis Big data de los miles de datos que se generan diariamente, y sistemas para reducir la burocracia, que, hoy por hoy, están privatizados y no son capaces de satisfacer las necesidades del sistema sanitario.
- ▶ Proporcionar desde el sistema sanitario información transparente y clara a la población y ser capaz de transmitir tanto lo que se conoce como lo que no. Para ello se ha de cuidar el papel de los y las portavoces de los múltiples e independientes equipos de gestión y de profesionales, para que dicha transmisión pueda llevarse a cabo.
- ▶ Crear espacios y vías de participación para las y los profesionales. Impulsar la puesta en marcha de sus proyectos de investigación clínica, así como la continuación de los ya iniciados, creando nuevas planificaciones, para asegurar así unas mejores prácticas de trabajo. Las asociaciones profesionales deberían participar en estas iniciativas.
- ▶ Promover la independencia productiva y la creación de una nueva estrategia de cara al futuro que permita disponer de los recursos técnicos (mascarillas, batas, respiradores, etc.) necesarios.

Gestión en Atención Primaria

- ▶ Tomar medidas económicas para que AP sea el eje vertebrador del sistema sanitario. Entre otros aspectos, garantizar la estabilidad del personal y analizar los perfiles y cantidades de nuevos y nuevas profesionales para poder satisfacer las necesidades incipientes (fisioterapia, psicología, enfermería comunitaria, trabajadores y trabajadoras sociales, administradores sanitarios, administradoras sanitarias...).
- ▶ Diseñar programas de promoción de vida saludable (cuidados, promoción de la actividad física, potenciación de la alimentación saludable, reducción de adicciones y consumos, etc.) que permitan su realización en domicilios, colegios y residencias de personas mayores. El desarrollo de tareas de prevención, tanto con los ayuntamientos como con los colectivos vecinales/locales, requiere el aumento de las plantillas y la promoción

de una estrecha coordinación con las instituciones locales para garantizar este trabajo comunitario.

- ▶ Crear grupos de trabajo entre los centros sanitarios para definir protocolos basados en la evidencia que permitan una formación común y llevar a cabo conjuntamente la investigación para conocer los principales condicionantes de las diferentes poblaciones.
- ▶ Garantizar una infraestructura tecnológica, con un suministro tecnológico similar en todos los centros (para profesionales y para la población) para que así, puedan llevar a cabo la teleasistencia, las interconsultas no presenciales, la teleformación, el acceso a la bibliografía o el trabajo en equipo de la manera más eficaz posible.

Gestión en Atención Hospitalaria

- ▶ Asegurar que el personal hospitalario colabore con los profesionales de AP y centros socio-sanitarios para una atención integral efectiva. El objetivo debe ser el propio paciente, no su patología, y deben aportarse propuestas integrales y concretas siguiendo un modelo bio-psico-social. Muchos de los grupos de trabajo creados con este enfoque a lo largo de pandemia deben estabilizarse y reforzarse.
- ▶ Reforzar y garantizar la formación, la interacción y la investigación clínica, poniendo el tiempo y los recursos necesarios a disposición de los diferentes equipos e individuos.
- ▶ Extender una cultura que garantice una atención humanizada de los y las pacientes, aumentando la formación y, en algunos casos, implementando cambios estructurales.

Gestión en el Sistema de Bienestar

- ▶ Investigar la vía más adecuada para el cuidado de personas mayores y otros colectivos dependientes, poniendo en conjunto las opiniones de familias, personas e instituciones mediante trabajo colectivo.
- ▶ Desplazarse las residencias hacia el sector público ante el fracaso de la gestión privada. De igual manera, hay que modificar la organización física, dotando de unidades de vida más pequeñas, en forma de casas, y fomentando espacios de estancia en el exterior (jardines, terrazas...).
- ▶ Garantizar la vigilancia sanitaria por el sector público, con el objetivo de dar una atención integral a los y las residentes, proporcionándoles así una mejor calidad de vida. Las familias, el personal y los sanitarios y sanitarias deben disponer de espacios comunes para planificar y desarrollar esta vida de calidad.



Medidas no farmacológicas

La evolución epidemiológica del año 2020 se puede dividir en tres períodos: la 1^a fase de aceleración y desaceleración de marzo a mayo, una fase inter-epidémica con transmisión comunitaria reducida, y una 2^a fase, iniciada en julio, con cuatro etapas de aceleración y desaceleración consecutivas, que se extienden hasta la actualidad¹.

Los Planes de Preparación y Respuesta y las medidas no farmacológicas del ECDC y el CCAES^{2,3,4,5} fueron ineficaces para impedir la entrada y difusión del virus, transitando de la fase contención (escenario 2) a la de mitigación (escenario 4) en tan solo dos semanas. Esto se debió, en parte,

¹ Informe técnico. Propuesta de medidas y cuestiones a considerar para la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en España. 10 abril 2020. Revista Española de Medicina Preventiva y Salud Pública. Vol. XXV, Nos 1 y 2, Año 2020.

² European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally – fifth update, 2 March 2020. ECDC: Stockholm; 2020.

³ Documento técnico. Medidas de preparación y respuesta recomendadas por escenarios epidémicos de COVID-19. Versión 25.02.2020. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad (2020).

⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV. ECDC: Stockholm; 2020

⁵ Documento técnico. Medidas de preparación y respuesta recomendadas por escenarios epidémicos de COVID-19. Versión 09.03.2020. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad (2020).

al i) rápido colapso del crónicamente infradotado Sistema de Vigilancia Epidemiológica al intentar desplegar la estrategia de diagnóstico, rastreo y aislamiento (*test-trace-isolate*) para esta enfermedad, ii) un grado de transmisión comunitaria bajo el radar superior al notificado y iii) un conocimiento insuficiente de la historia natural de la enfermedad. Tampoco resultaron eficaces los planes previos frente a otras pandemias por infecciones respiratorias agudas⁶.

Como consecuencia de esta situación, la prevalencia simultánea máxima llegó al 1% de la población en la 1^a ola, con transmisión comunitaria no controlada. A través de la aplicación de las medidas no farmacológicas (MNFs) conducentes a conseguir el distanciamiento social a través del confinamiento domiciliario y la paralización parcial de la actividad económica, la propagación del virus se redujo en gran medida, bajando el número instantáneo de reproducción (Rt) hasta un 0,6 en junio 2020.

Desde entonces, destaca la ausencia de un Sistema de Inteligencia Epidemiológica que monitorizara y evaluara las alertas y señales, así como la falta de planificación de las MNFs ante los distintos escenarios. A consecuencia de un deficiente nivel de control de la transmisión del SARS-CoV-2 (IA 14d > 50 casos/100.000 habitantes y positividad >5%), no se pudo evitar una 2^a fase epidémica. Además, la Red de Vigilancia y Control con medios y recursos insuficiente pronto se vio saturada y su estructura tuvo que ser complementada por el Servicio de Salud de la Sanidad Pública. Este despliegue sobre las OSIs ha creado un nuevo problema, al disociarse de las actuaciones de investigación y control de brotes de Epidemiología y Salud Pública⁷.

En consecuencia, la contención de la transmisión comunitaria y mitigación del impacto asistencial se ha realizado principalmente a través de la aplicación de MNFs a nivel poblacional, incluyendo las limitaciones de derechos fundamentales y libertades públicas que ha precisado la Declaración de otro Estado de Alarma. Estas medidas han tenido además una importante repercusión económica, sin llegar a evitar una presión constante sobre el Sistema Sanitario. Ya que se estima que hasta la fecha de elaboración de este documento se ha contagiado el 10-15% de la población⁸ de la CAV y de la Comunidad Foral de Navarra. Dada la estructura poblacional de estas dos comunidades, con una pirámide poblacional envejecida, esto se ha traducido además en tasas de mortalidad específica muy elevadas.

El impacto directo de la pandemia primero y la aplicación de las medidas para tratar de controlarlo después, en un efecto ping-pong que no ha conseguido el objetivo de controlar de forma sostenida la transmisión, ha alimentado una fatiga pandémica que conduce a una menor adherencia a las MNFs y un mayor riesgo, a pesar de la percepción de disminución del mismo. Algunos sectores han llegado, incluso, a recurrir algunas medidas de Salud Pública en órganos judiciales⁹, consiguiendo interrumpirlas de forma cautelar en los casos en los que no se supo aportar la suficiente evidencia científica a la hora de justificarlas.

El cumplimiento de las medidas de prevención individual (mascarilla, distancia, lavado de manos, ventilación, promover actividades al aire libre) ha reducido la probabilidad de transmisión del virus, mientras que con las medidas restrictivas y de distanciamiento social (cierres munici-

⁶ Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe. 2005 Ministerio de Sanidad y Consumo <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/PlanGripeEspanol.pdf>

⁷ Vigilancia y control de casos y contactos estrechos para la fase de desescalada de la pandemia COVID-19 en Euskadi. Versión 5 - Fecha 20.05.2020 https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/vigilancia_control_covid19/es_def/adjuntos/Plan-vigilancia-control-desescalada-COVID19.pdf

⁸ Informe del viceconsejero de salud sobre la situación actual en la evolución de la pandemia. José Luis Quintas Díez, 11 de febrero de 2021

⁹<https://confi/legal.com/20210209-el-tsjpgv-permite-reabrir-los-establecimientos-hosteleros-en-el-pais-vasco-en-zonas-con-alta-incidencia-de-covid-19/>

pales, cordones perimetrales, toque de queda, restricciones del derecho de reunión, etc) se ha desacelerado la curva (transmisión incontrolada) hasta que el nivel de transmisión comunitaria se ha considerado una carga gestionable por el Sistema Sanitario.

Además de las dificultades propias de intentar controlar la transmisión de una infección respiratoria aguda sin profilaxis y medidas farmacológicas, se ha señalado que la imposibilidad de salir del escenario cíclico (o pin-pon) actual se debe a que:

- ▶ 1. Los umbrales considerados de riesgo (en Incidencia Acumulada, positividad, trazabilidad) para la adopción de medidas restrictivas resultan excesivamente elevados en comparación con el resto de países de la Unión Europea.
- ▶ 2. Su aplicación suele ser más tardía al precisar del empeoramiento simultáneo de los indicadores epidemiológicos y de los asistenciales, empeorando estos últimos de una a dos semanas más tarde.
- ▶ 3. Una duración insuficiente de las medidas no permite que la consolidación de la tendencia decreciente se mantenga. Si se llegara a una IA 14d <50 casos/100.000 hab. Estos valores serían más difíciles de revertir, y además posibilitarían realmente el control de la transmisión mediante un sistema de vigilancia activo de casos y contactos.
- ▶ 4. Ha habido reincidencia de brotes en determinados ámbitos por no haberse identificado los vínculos epidemiológicos y factores de riesgo. Esto ocurre por no haberse introducido medidas de prevención frente a los factores de riesgo intrínsecos de dichas actividades, ni adaptado los protocolos de control de brotes a estas realidades.
- ▶ 5. Carecemos de indicadores sobre el comportamiento social (frecuentación de establecimientos y espacios, movilidad interna y externa, estudios de monitorización del comportamiento y las actitudes de la población, etc.) que permitan evaluar la adherencia e impacto de las medidas en los factores intermedios que condicionan la transmisión comunitaria.
- ▶ 6. A pesar de conocer desde un principio la importancia de los contagios por aerosoles, la comunicación así como las medidas preventivas relativas a los mismos han sido absolutamente escasas. Actualmente un porcentaje muy alto de los infectados podrían estar dándose por la falta de medidas en este sentido, según los datos (sin publicar) relativos a los casos ingresando en los hospitales.

A su vez, aunque las estrategias de diagnóstico de casos, rastreo de contactos y cuarentena y aislamiento de los casos y contactos han demostrado que pueden detectar e interrumpir las cadenas de transmisión¹⁰, hay importantes cuestiones aún sin resolver:

- ▶ 1. La trazabilidad ronda el 75-80% en la CFN y en La Rioja¹¹, en el caso de la CAPV ha sido muy inferior de forma constante, llegando recientemente al 40-50%¹². Y el ámbito de transmisión desconocido supera el 90% en la CAPV frente al 30% de la CAFN¹³.

¹⁰ Flattening the curve on COVID-19 - How Korea responded to a pandemic using ICT (2020)
https://overseas.mofa.go.kr/us-houston-en/brd/m_5573/view.do?seq=759765

¹¹ Informe de indicadores principales de seguimiento de COVID-19 (actualización semanal) 15.04.2021
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/informe_covid_es_publico_2021-04-15.pdf

¹² Información sobre la evolución del coronavirus en Euskadi (boletines diarios en días laborables)
<https://www.euskadi.eus/boletin-de-datos-sobre-la-evolucion-del-coronavirus/web01-a2korona/es/>

¹³ Situación de COVID-19 en España a 21 de abril de 2021. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII)

- ▶ 2. A pesar de que se ha incorporado el rastreo retrospectivo a una semana antes de síntomas (sin cuarentena)^{14,15}, sigue utilizándose una definición de contacto que limita la detección.
- ▶ 3. El alto porcentaje de casos que es sintomático en el momento del diagnóstico y la elevada proporción de los casos primarios respecto a los casos secundarios.
- ▶ 4. La adopción de Radar COVID y otras herramientas de autorastreo han tenido una baja adherencia, sin que se dispongan de la información de evaluación de la misma.
- ▶ 5. Una disminución marcada de la adherencia a las MNF fruto de la fatiga pandémica y desconocimiento del grado de cumplimiento de cuarentenas y aislamientos¹⁶.

Actualmente, la apuesta principal para controlar la transmisión del virus es lograr la inmunidad de grupo a través de vacunación de la población mientras se controla la transmisión con el objetivo de evitar el colapso de los Servicios de Salud. A pesar de la aceleración actual en el ritmo de vacunación, probablemente no salgamos del escenario actual hasta finales del 2021.

La necesidad de replantear las estrategias actuales estriba en varios riesgos potenciales. Por un lado, está la aparición de nuevas variantes del virus de mayor virulencia y capacidad de transmisión con potencial de escapar la inmunidad que proveen las vacunas o la infección previa. Por otro, la posibilidad de suspensiones y retrasos en la campaña de vacunación en caso de surgir reacciones adversas y/o la rotura de stock a nivel mundial de algunos componentes esenciales para las vacunas. A estos riesgos inmediatos se le suman la incertidumbre generada por una infección respiratoria aguda que solo cumple de forma parcial los criterios para poder alcanzar la inmunidad de grupo actualmente, es decir, los postulados de Fox; sin que pueda preverse el impacto o consecuencias que esto puede suponer a medio plazo.

Países insulares como Nueva Zelanda y Australia, o países con un control social intenso como la República Popular de China han sido capaces de implementar y sostener en el tiempo estrategias denominadas ZeroCovid. En el entorno europeo, sin embargo, la existencia de diferentes limitaciones (estructurales, económicas, competenciales y legales, entre otras) impide avanzar más allá de las estrategias de control y supresión actualmente planteadas, aunque niveles de incidencia acumulada menores y coberturas vacunales elevadas podrían eventualmente convertir en factible ese horizonte estratégico.

¹⁴<https://www.eitb.eus/es/noticias/sociedad/videos/detalle/7805660/video-osakidetza-comienza-aplicar-retrorastreo-7-dias-detectar-focos/>

¹⁵ Kojaku S, Hébert-Dufresne L, Mones E, et al (2021). The effectiveness of backward contact tracing in networks. Nat. Phys. <https://doi.org/10.1038/s41567-021-01187-2>

¹⁶ Ronda 5: encuesta realizada en marzo de 2021. Monitorización del comportamiento y las actitudes de la población relacionadas con la COVID-19 en España (COSMO-SPAIN): Estudio OMS. Instituto de Salud Carlos III.

Propuestas

Preparación: medios y capacidades

- ▶ Establecer un Dispositivo de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta en la Red de Vigilancia Epidemiológica de Euskadi para la evaluación de las señales, verificación de las alertas y la planificación, coordinación y evaluación del Plan de Preparación y Respuesta.
- ▶ Establecer un Dispositivo de Rastreo en la Red de Vigilancia Epidemiológica que coordine el Plan de Vigilancia y Control, procedimente la investigación y gestión de los brotes con las Unidades de Vigilancia Epidemiológica y los rastreadores de los ámbitos priorizados y analice, evalúe y monitorice la Red de Estudio de Casos y Contacto.
- ▶ Estudiar establecer una Unidad de Cribados que junto con la Red de Vigilancia Epidemiológica de Euskadi analice y coordine la política de pruebas diagnósticas y la pertinencia, efectividad, sostenibilidad y proporcionalidad de la realización periódica de pruebas diagnósticas de infección activa en ámbitos priorizados semi-abiertos, ámbitos abiertos y en el ámbito poblacional, y que coordine, evalúe y monitorice su ejecución.
- ▶ Definir un Plan de Preparación y Respuesta detallado que recoja los resultados de la evaluación y mejora de las MNFs actuales (restricciones, diagnóstico, rastreo, aislamientos, y control de fronteras), que amplíe los indicadores y se diseñe sobre escenarios adaptados a los distintos condicionantes existentes.
- ▶ Habilitar un órgano colegiado técnico que coordine la implantación y ejecución de las actuaciones de respuestas fijando el marco metodológico, estudiando las evaluaciones de riesgo, adoptando las MNFs necesarias y evaluando periódicamente las mismas.
- ▶ Examinar la necesidad de adaptar el marco legal a las circunstancias actuales y futuras con el fin de aportar una mayor seguridad jurídica y certeza a las medidas a adoptar, que deberán ser basadas en evidencias robustas.
- ▶ Establecer una Estrategia de Comunicación e Información para la ciudadanía y profesionales sobre la base de la estrategia a implementar.

Respuesta: vigilancia, prevención y control

- ▶ Es necesario actualizar el Plan de Vigilancia y Control de casos y contactos estrechos por el SARS-CoV-2, con los siguientes pasos:
- ▶ Introducir la realización del cuestionario epidemiológico EDO y la investigación de los factores comunitarios en la sistemática del rastreo. Establecer protocolos de investigación y gestión de brotes por ámbitos priorizados (social, escolar, universitario, sanitario, sociosanitario, laboral, deportivo, etc.) que, de acuerdo con los distintos escenarios, predefina las actuaciones de prevención y control a adoptar.
- ▶ Generar un cuadro de mandos de indicadores de estructura, proceso y resultado de la Red de Vigilancia y Control. Publicar periódicamente la relación de brotes, con sus ámbitos y municipios afectados, número de casos primarios y secundarios, contactos estrechos y actuaciones implementadas.

- ▶ Transformar el actual rastreo ampliado en un retrorastreo con el fin de detectar el mayor número posible de casos primarios en pacientes que se detectan como sintomáticos. Incluir el análisis de exposiciones de riesgo independientemente de si se conoce que haya existido un positivo en ese ámbito de contagio.
- ▶ Extender el uso de la definición de “contacto no estrecho” para cubrir a personas que hayan estado con mascarilla, menos de 15 minutos o a más de 2 metros en un espacio cerrado compartido con un caso positivo. En caso de resultado PCR negativo, no sería necesario su cuarentena, a diferencia de los “contactos estrechos”.
- ▶ Evaluar periódicamente las innovaciones y mejoras introducidas en la Estrategia, así como estudiar específicamente los ámbitos con mayor tasa de ataque secundaria para adaptar el Plan a los mismos.

Es necesario dotar de recursos humanos, técnicos, materiales y económicos a la Red de Vigilancia y Control de Casos y Contactos, con las siguientes prioridades:

- ▶ Establecer un Dispositivo de Rastreo en el Servicio de Epidemiología del Departamento de Salud, que coordine la Estrategia de Vigilancia y Control y provea al Dispositivos de Alertas y Preparación y Respuesta de la inteligencia epidemiológica necesaria (brotes, ámbitos de transmisión, variantes, etc.) para la adopción de las MNFs.
- ▶ Generar grupos especializados de rastreadores por ámbitos priorizados bajo la dependencia de las Unidades de Vigilancia Epidemiológica para la gestión e investigación de brotes y coordinación de los estudios de contactos: escolar, universitario, sociosanitario, sanitario, social, deportivo y laboral.
- ▶ Introducir, formar y remunerar las figuras de Coordinadores COVID entre los trabajadores de los ámbitos priorizados con el fin garantizar la coordinación e información de las actuaciones (remisión de listados de usuarios, bloqueo de grupos burbuja, paralización de actividades, etc.)
- ▶ Asegurar la cobertura(A) legal o financiera para que los progenitores de niños/as en cuarentena por contacto puedan custodiarlos sin recurrir a terceras personas, dado el riesgo que esto supone. Así mismo proveer de la cobertura necesaria a autónomos, pequeñas empresas y otros trabajadores en circunstancias precarias.
- ▶ Disponer de recursos hoteleros y equivalentes (“Hospitales Arca de Noé”) para el aislamiento de los casos leves y ampliar la provisión de alojamientos para la cuarentena de los contactos estrechos.
- ▶ Implementar códigos (digitales o físicos) para la identificación de contactos en lugares cerrados compartidos con personas ajenas al círculo laboral, escolar o familiar.

Es necesario actualizar el Plan de Preparación y Respuesta:

- ▶ Adaptar los umbrales de los indicadores y la metodología de la estratificación del riesgo al marco de la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta.
- ▶ Establecer un Sistema de Inteligencia Epidemiológica que eleve periódicamente Evaluaciones de Riesgo y Propuesta de Medidas al órgano técnico colegiado tomando como base la vigilancia basada en eventos e indicadores proporcionada por el Dispositivo de Alertas y Preparación y Respuesta y el Dispositivo de Rastreo.
- ▶ Introducir mecanismos de evaluación periódica de la efectividad y adherencia a las

MNFs a través de la vigilancia basada en eventos e indicadores (brotes, movilidad, frecuentación, ámbitos de transmisión, etc.). Así mismo, impulsar evaluaciones externas (por universidades, sociedades científicas o centros de investigación) que contemplen el impacto, sostenibilidad y proporcionalidad de las MNFs establecidas.

- ▶ Reevaluar la implementación de las medidas preventivas en espacios exteriores (parques, playas, espacios naturales, etc.), impulsando la realización del mayor número de actividades en las mismas.
- ▶ Intensificar las medidas de reducción de la exposición al riesgo en los espacios interiores reduciendo los umbrales de riesgo ($IA14d > 150$, positividad >5% y ocupación hospitalaria >10%) bajo los cuales se adoptan las limitaciones de las actividades: gimnasios y centros deportivos, centros religiosos y de culto, establecimientos hosteleros, reducción de los aforos y ampliación de las frecuencias en el transporte público, extender el uso de filtros HEPA, etc.
- ▶ Introducción de medidas en positivo que garanticen transitoriamente el cumplimiento del distanciamiento social: potenciar el teletrabajo mientras la incidencia acumulada en 14 días sea mayor de 10 o la trazabilidad menor del 90%. Así mismo, reducir los aforos en el transporte, ampliando frecuencias en franjas de mayor acumulación de pasajeros/tránsito.

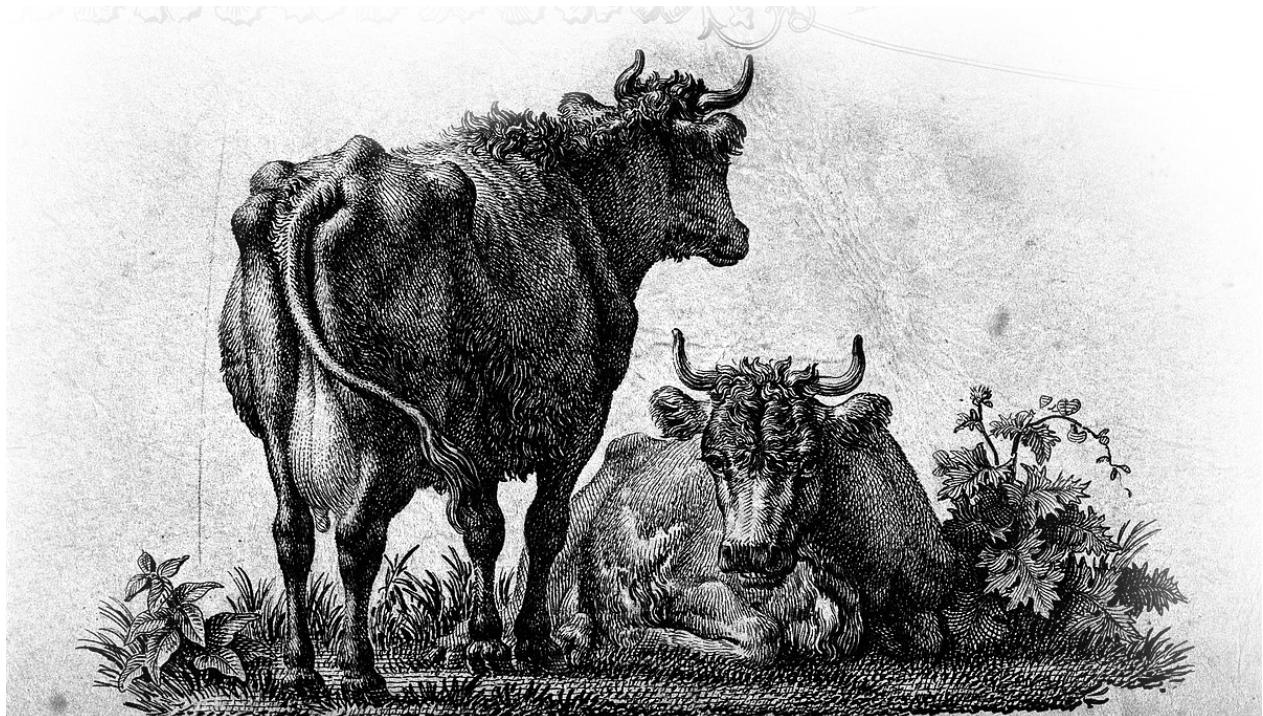
Otras medidas de Prevención:

- ▶ En los viajes, en adición a la PCR en origen (72h antes), asegurar la realización de Pruebas Diagnósticas de Infección Activa (PDIA) a llegada en la frontera. Adicionalmente, implementar un seguimiento estricto de contactos y la realización de PCRs (gratuitas) a los 2 y 5 días desde llegada, para asegurar la no importación de variantes de preocupación(B).
- ▶ Considerar dirigir el uso de medidas limitadoras a la creación de santuarios en las zonas con semáforo de riesgo en verde, con el objetivo de proteger estas comarcas libres de virus. Por ejemplo, podría plantearse en las comarcas con incidencia cero un confinamiento perimetral, para así evitar/reducir la entrada de contagios(C), acompañado de la eliminación total de las restricciones sociales dentro de ellas.
- ▶ Transmitir de forma clara y coherente información sobre las vías de contagio. En particular, comunicar mejor el riesgo de contagio por aerosoles en recintos cerrados. Coordinar la estrategia de comunicación a nivel territorial, incluyendo la actualización de la información para la ciudadanía mediante herramientas estilo FAQ (preguntas frecuentes).

Otras actuaciones de Vigilancia:

- ▶ Establecer circuitos rápidos para la gestión de las PDIA y cuarentenas por parte de los coordinadores COVID de los ámbitos priorizados.
- ▶ Estudiar, pilotar y evaluar la realización de cribados periódicos en los ámbitos priorizados semi-abiertos (escuelas, lugares de trabajo u otros) y en ámbitos abiertos donde coincidan grupos de más de 15 personas. Así se lograría monitorizar la transmisión, controlar la generación de casos secundarios y detectar precozmente posibles eventos de superdiseminadores, cortando las cadenas de transmisión lo antes posible. A su vez, se debiera plantear la pertinencia de la realización de cribados periódicos poblacionales ante determinadas situaciones.

- ▶ Introducir Redes Centinela de Vigilancia Epidemiológica en Atención Primaria y de Casos Graves Hospitalizados en los Hospitales con el fin de realizar una vigilancia sindrómica y virológica (genómica) de una muestra representativa de la población. Realizar periódicamente estudios de seroprevalencia para monitorizar la evolución de la pandemia por grupos etarios, áreas geográficas y determinantes sociales.
- ▶ Vigilar los casos de infección en población vacunada, monitorizando las diferentes variantes que causan la enfermedad en población vacunada, y realizando estudios de contactos ampliados.
- ▶ Coordinar los Sistemas de Información Sanitaria conectando entre sí las aplicaciones de rastreo, vigilancia epidemiológica y resultados de laboratorio, e impulsando la automatización del volcado de la información estructurada. Gestionar el volcado automático de las pruebas diagnósticas incluyendo la información de los cribados poblacionales.



Vacunas y planes de vacunación

Para febrero de 2020 varias empresas farmacéuticas pusieron en marcha proyectos de vacunas contra el SARS-CoV-2. Hoy, más de 100 grupos trabajan en 63 estudios clínicos y unos 170 preclínicos¹. Con el objetivo de obtener resultados fiables en el menor tiempo posible, la OMS proponía en abril del 2020 un ensayo internacional de múltiples vacunas a la vez, por lo que organizaciones y empresas como la Universidad de Oxford, Moderna, Johnson & Johnson y Curevac, entre otras, firmaron entonces una declaración en la que se comprometían a cooperar y compartir datos. Aun así, nunca siguieron las indicaciones de la OMS².

La OMS impulsó el Acceso Mancomunado a Tecnología contra la COVID-19 (C-TAP) y el mecanismo COVAX (mecanismo de acceso mundial a las vacunas contra la COVID-19) para garantizar tanto la producción, como el acceso global, rápido y equitativo a las vacunas^{3,4}. Un año después,

¹ Gomez Marcos J, Lasarte Sanz I. (2021) Vacunas contra el SARS-CoV-2. AMF 17(2):2884.

² Declaración pública en apoyo de la colaboración para el desarrollo de una vacuna contra la Covid-19. OMS, 13/04/2020. <https://www.who.int/es/news/item/13-04-2020-public-statement-for-collaboration-on-covid-19-vaccine-development>

³ Acceso y distribución de vacunas: ¿cómo se logrará distribuir de manera justa y equitativa una cantidad limitada de existencias? OMS 12/01/2021. <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/access-and-allocation-how-will-there-be-fair-and-equitable-allocation-of-limited-supplies>

⁴ Krause P, et al. (2020) Covid-19 vaccine trials should seek worthwhile efficacy. Lancet 396:741-3.

C-TAP y los compromisos acordados en COVAX son ignorados, a pesar de que la investigación y producción de las vacunas haya recibido miles de millones de euros en subvenciones de fondos públicos de decenas de estados. Los países con más recursos económicos además, acaparan la mayoría de las dosis que salen al mercado, lo que no sólo acrecenta las diferencias entre las herramientas para hacer frente a la pandemia entre países, sino que afectará también a la disponibilidad de pasaportes sanitarios.

Actualmente, se dispone de cuatro vacunas aprobadas para su uso en España: Comirnaty (Pzifer-BioNTech); COVID-19 Vaccine Moderna (Moderna); VaxZevria (AstraZeneca) y COVID-19 Vaccine Janssen (J&J)⁵. La reducción sin precedentes de los tiempos requeridos para su desarrollo ha suscitado dudas, pero esa celeridad no descansa en una reducción de seguridad⁶. Las vacunas obtenidas han superado todos los estudios preclínicos y clínicos requeridos para la aprobación de cualquier vacuna. Pero en la situación de emergencia sanitaria actual se ha concedido la autorización de comercialización condicional con el fin de permitir la vacunación de la población lo antes posible. En consecuencia, en el momento de su aprobación, ninguna de las vacunas superaba un tiempo de seguimiento mayor a 2-6 meses, por lo que desconocemos si pudieran darse efectos adversos a medio-largo plazo. Reconocer la incertidumbre sobre esos efectos (teóricamente poco probables, pero posibles) traslada al debate social la pertinencia de asumir un potencial riesgo menor en aras de un beneficio real mayor. En cualquier caso, dado el amplio abanico de incógnitas vigentes sobre las vacunas, es incomprendible que no se haya asegurado la absoluta transparencia en la comunicación y el análisis de los resultados obtenidos en los ensayos clínicos y en el proceso de vacunación de la población general, lo que dificulta la formación de un juicio razonado y, por tanto, una recomendación médica robusta para reducir las reticencias a la vacunación^{7,8}.

Con respecto a la elevada eficacia de las vacunas aprobadas (70-95%), los estudios realizados no priorizaron contemplar la capacidad para prevenir la infección, reducir la transmisibilidad y la mortalidad como variables primarias para determinar dicha eficacia⁹. Los valores de eficacia que conocemos son los determinados en los ensayos clínicos en fase 3, y reflejan mayoritariamente la capacidad de estas vacunas de reducir el riesgo de padecer enfermedad (COVID-19) sintomática leve y/o moderada¹⁰. A pesar de que las experiencias en Reino Unido e Israel revelan, respectivamente, una reducción de los contagios¹¹ y de la transmisión del virus¹², podría ser necesario el mantenimiento de algunas medidas (distancia social, uso de mascarillas, ventilación, etc.) hasta que al menos un 70 % de la población esté inmunizada. Por otro lado, aún desconocemos la duración de la protección de la vacuna más allá de los 6 meses y/o la necesidad de administrar futuras dosis de recuerdo para mantenerla.

En Europa, el 27 de diciembre del 2020 comenzó la vacunación frente a la COVID-19 priorizando las personas que podrían sufrir la enfermedad con mayor gravedad y mortalidad (personas de mayor edad y pluripatológicos) y los colectivos más expuestos (personal sociosanitario y sani-

⁵ <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aempsacerca-del-covid%e2%80%9119/vacunas-contra-la-covid%e2%80%9119/informacion-de-vacunas-autorizadas/>

⁶ <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/ultima-informacion-de-la-aempsacerca-del-covid%e2%80%9119/vacunas-contra-la-covid%e2%80%9119/como-ha-sido-posible-acelerar-tanto-la-disponibilidad-de-vacunas/>

⁷ Rosenbaum L (2021). Escaping Catch-22 – Overcoming Covid vaccine hesitancy. N Engl J Med 384:1367-1371

⁸ Johnson RM, et al. (2020) Covid-19: Should doctors recommend treatments and vaccines when full data are not publicly available?. BMJ 370:m3260.

⁹ Doshi P. (2020) Will covid-19 vaccines save lives? Current trials aren't designed to tell us. BMJ 371: m4037

¹⁰ Polack FP, et al. (2020) Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. N Engl J Med 383:2603-15.

¹¹<https://www.ndm.ox.ac.uk/files/coronavirus/ciscommunityvaccinationpaper20210417complete.pdf>

¹² Mallapaty S. (2021) Scientist seek clues that COVID-vaccine rollouts are working. Nature 589: 504-505

tario)¹³. Sin embargo, antes de cumplimentar la vacunación del primer grupo, se ha vacunado ya a la mayor parte del segundo (incluidos trabajadores sin contacto con casos COVID-19 en su puesto de trabajo, así como a trabajadores jóvenes de colectivos como policías, bomberos, farmacéuticos o funcionarios diversos). Así, decenas de miles de personas mayores de 60 años (edad a partir de la cual el riesgo de muerte por COVID-19 crece exponencialmente) siguen sin estar vacunadas¹⁴. En la priorización antes mencionada, además, no se ven referidos ciertos grupos de trabajadores y trabajadoras en cuyo puesto de trabajo podrían tener un alto grado de exposición, como personal de supermercados y de medios de transporte públicos. Tampoco a las personas en riesgo de pobreza, hacinamiento y exclusión social, ni las de colectivos laborales de cuidados a personas fuera de las residencias de mayores, como ayuda domiciliaria, trabajo del hogar o pisos de acogida¹⁵. Tampoco a las personas con patologías crónicas (cardiovasculares, inmunodeficiencias, diabetes,...) ni las embarazadas, cuyo riesgo de infección y sus consecuencias son mayores que el resto de la población.

Dada su aprobación de urgencia, y la falta de datos de seguridad a medio y largo plazo, las empresas farmacéuticas han sido eximidas de toda responsabilidad sobre los efectos secundarios que las vacunas puedan producir desde su comercialización^{16,17}. La aparición de reacciones adversas graves y extremadamente raras (como la trombocitopenia trombótica inmune descrita para las vacunas de Astra-Zeneca y J&J) ha puesto de manifiesto la separación entre la política y la ciencia. La precipitada gestión de estos acontecimientos genera desconcierto y desconfianza en la ciencia. Comunicar de forma convincente las relaciones beneficio-riesgo no es sencillo^{18,19,20,21}, pero se convierte en un objetivo primordial para evitar temores suscitados que socavén la confianza en las vacunas y comprometan los planes de vacunación⁷. Con todo, en cuanto al éxito de la campaña de vacunación, no es menos importante el respeto a aquellas personas que, tras una adecuada comprensión de la información disponible, rechacen ser vacunadas.

¹³ Estrategia de vacunación Covid-19 en España. Líneas maestras. Ministerio de Sanidad. Gobiernos de España. 23/11/2020.

¹⁴ https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/covid_vac_datos/es_def/adjuntos/20210421-Txertoak-Vacunas.pdf

¹⁵ Upshaw TL, et al. (2021) Social determinants of Covid-19 incidence and outcomes: a rapid review. PLoS One 16:e0248336.

¹⁶ Olmo GD (2021) Vacunas contra el coronavirus: a qué se debe el secretismo que rodea los contratos entre los gobiernos y las farmacéuticas. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-55804567>

¹⁷ Apuzzo M, Gebrekidan S. (2021) Los acuerdos secretos por las vacunas. <https://www.nytimes.com/es/2021/02/01/espanol/vacunas-secretos.html>

¹⁸ <https://www.ema.europa.eu/en/news/astrazenecas-covid-19-vaccine-ema-finds-possible-link-very-rare-cases-unusual-blood-clots-low-blood>

¹⁹ Criado MA. Mezclar dos vacunas, una estrategia para desatascar la lucha contra el coronavirus. El País. 15/04/2021.

²⁰ Winton Centre for Risk and Evidence Communication. Communicating the potential benefits and harms of the AstraZeneca COVID-19 vaccine. 7/04/2021.

²¹ Bruni P. La crisis de AstraZeneca ya se nota en el rechazo a la vacuna en Madrid y Andalucía. El Confidencial. 9/04/2021.

Propuestas

- ▶ Crear una comisión de expertos independientes (farmacólogos, virólogos, epidemiólogos, médicos de atención primaria, etc.) para el control, seguimiento y mejora de los efectos secundarios de la vacunación, para la actualización de los efectos de las vacunas en la población y sobre las diferentes variantes del virus, y para definir un plan de vacunación sólido basado en la evidencia disponible y las recomendaciones de expertos.
- ▶ Diseñar un sistema constante para recabar datos sobre el plan de vacunación, los pacientes vacunados y su seguimiento. Estos datos, además de ser públicos, se usarían por la comisión mencionada en el punto anterior, y serían cotejados con la evidencia que vaya siendo publicada.
- ▶ Elaborar un plan para garantizar la repartición equitativa de las vacunas en los estratos más desfavorecidos de la población, haciendo un especial esfuerzo comunicativo sobre los beneficios de la vacunación entre estos grupos. Mejorar, así mismo, la comunicación sobre los planes de vacunación y los efectos secundarios, garantizando la libertad de elección.
- ▶ Asegurar (mediante listas de reserva, estrategias logísticas adecuadas, gestión local de stocks, etc.) que no se pierda ninguna dosis en cada puesto de vacunación.
- ▶ Priorizar la vacunación de los grupos poblacionales con mayor mortalidad, no los de menos riesgo. Priorizar la vacunación de las personas que no hayan sufrido una infección previa y priorizar la administración de segundas dosis a las personas mayores de 60 años²².
- ▶ Garantizar el acceso a los datos crudos y el escrutinio independiente de los resultados de los ensayos clínicos de las vacunas, para afianzar la credibilidad y favorecer la convicción en la toma de decisiones clínicas.
- ▶ Exigir desde las autoridades competentes que se garanticen los acuerdos y objetivos del C-TAP y el mecanismo COVAX.
- ▶ Exigir desde las autoridades competentes que se suspendan temporalmente las patentes de las vacunas y activar los mecanismos de “licencia obligatoria”, por encima de problemas jurídicos, logísticos, y geopolíticos, con el fin de preservar la salud a nivel mundial. En caso contrario, exigir que las empresas farmacéuticas devuelvan/compongan las subvenciones públicas recibidas.

²² Wei J, et al. The impact of SARS-CoV-2 vaccines on antibody responses in the general population in the United Kingdom.
<https://www.ndm.ox.ac.uk/files/coronavirus/covid-19-infection-survey/cisantibodyresponseaftervaccination20210416complete.pdf>



Salud mental

Según los estudios realizados en la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), los niveles de estrés, ansiedad y depresión que ha traído la actual pandemia han ido creciendo según ha ido transcurriendo el tiempo en la población general. En los inicios de la pandemia la sintomatología del espectro de ansiedad y depresión no alcanzaba tasas tan elevadas como en otros países. Sin embargo, la prolongación en el tiempo de la situación de pandemia ha originado un incremento progresivo en la incidencia de ansiedad (21.6%), depresión (18.7%), sintomatología de estrés postraumático (15.8%) y duelos potencialmente complicados en la población general entre otros síntomas¹. Las personas más afectadas por el sufrimiento psicológico en la población general según los estudios han sido aquellas con enfermedades crónicas, sexo femenino y edades entre 18-25 años².

Esta crisis supone un desafío para los mecanismos de adaptación al estrés y capacidad de resiliencia para la población general y, por otro lado, y en particular, para algunos grupos más vulnerables. Son numerosos los colectivos que han sufrido las consecuencias psicológicas de la pandémica derivando incluso en suicidio^{3,4}.

¹ González-Sanguino, C., Ausín, B., Castellanos, MA., et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior, and Immunity*. Volume 87, 2020. Pages 172-176. ISSN 0889-1591. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>.

² Valiente, C., Contreras, A., Peinado, V. Psychological Adjustment in Spain during the COVID-19 Pandemic: Positive and Negative Mental Health Outcomes in the General Population. *The Spanish Journal of Psychology*, Volume 24, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1017/SJP.2021.7>

³ Kerr, BA. Birdnow, M., Wright, JD., & Fiene, S. (2021). They Saw it Coming: Rising Trends in Depression, Anxiety, and Suicidality in Creative Students and Potencial impact of the COVID-19 Crisis. *Frontiers in Psychology*, 12, 611838

⁴ Kyoko N., Sachiko M., Eri M., Roseline K., Toyoto I., Junko H., Kyoichi O., Masahito F., Takeshi G., Kazuo M. & Fumio Y. (2021). Cross-sectional survey of depressive symptoms and suicide-related ideation at a Japanese national university during the Covid-19 stay-home order. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 26:30

Los niños, niñas y estudiantes presentan una alta tasa de impacto psicológico según los estudios disponibles hasta la fecha⁵. En segundo lugar, personas con patologías crónicas tanto físicas como trastornos mentales han sufrido una epidemia paralela de miedo, ansiedad y sintomatología depresiva. Ocurriendo esto en un periodo en el cual el sistema sanitario se ha visto colapsado y con menos capacidad para atender las demandas de trastornos mentales específicos, llegándose a triplicar la tasa de incidencia⁶.

En cuanto a poblaciones más específicas, el personal sanitario en España tiene uno de los porcentajes más altos de sanitarios contagiados por el SARS-CoV-2 según la OMS⁷. En los estudios realizados en la CAV, el personal sanitario ha mostrado síntomas de estrés, ansiedad, depresión, insomnio, estrés postraumático y fatiga por compasión⁸. Otro de los grupos estudiados ha sido el profesorado. Varios estudios han señalado que, durante el periodo de confinamiento, el profesorado ha sufrido niveles de estrés altos⁹. Al margen de estos dos grupos, son numerosos los colectivos que han sufrido las consecuencias psicológicas de la pandemia al verse obligados a realizar un trabajo de adaptación urgente y forzada en favor del cuidado de la sociedad.

Además de los diferentes grupos de profesionales, los grupos de contextos desfavorecidos también han sido los más dañados. Mujeres que sufren maltrato, migrantes, personas en situación de calle, personas con enfermedades mentales previas, personas con discapacidad intelectual y otros muchos grupos han sido los más dañados psicológicamente durante esta pandemia.

Finalmente, las personas mayores han sufrido soledad^{10,11}. Se han visto privadas del acompañamiento de sus seres queridos y muchas han fallecido solas y sin poder despedirse de sus seres cercanos.

Además de toda la sintomatología vivida en diferentes etapas de la pandemia, actualmente se podría destacar que lo que más predomina es la incertidumbre ya que estamos continuamente cambiando de ciclos de una ola a otra. Es decir, cuando hay más contagios se aumentan las restricciones y al bajar los casos éstas se aligeran. Todos estos cambios crean mucho estrés y desánimo entre la población por la falta de control sobre el medio.

⁵ Idoiaga N, Berasategi N, Eiguren A, Picaza M. Exploring Children's Social and Emotional Representations of the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol*. 2020;11:1952. Published 2020 Aug 12. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01952>

⁶ Tíscar-González V, et al. Percepciones y vivencias de escolares de 7 a 8 años del País Vasco durante la alerta sanitaria COVID-19. *Gac Sanit*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.11.006>

⁷ Alonso J, Vilagut G, Mortier P, MINDCOVID Working group. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020 Dec 10:S1888-9891(20)30128-2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.12.001>. Epub ahead of print. PMID: 33309957; PMCID: PMC7726524.

⁸ Dosil M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo I, Picaza M, Jaureguizar J. Psychological Symptoms in Health Professionals in Spain After the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol*. 2020 Dec 18;11:606121. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.606121>. PMID: 33391125; PMCID: PMC7775406

⁹ Ozamiz-Etxebarria, N., Berasategi Sanxo, N., Idoiaga Mondragon, N., & Dosil Santamaría, M. (2021). The Psychological State of Teachers During the COVID-19 Crisis: The Challenge of Returning to Face-to-Face Teaching. *Frontiers in psychology*, 11, 620718. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.620718>

¹⁰ Picaza Gorrochategi M, Eiguren Munitis A, Dosil Santamaría M, Ozamiz Etxebarria N. Stress, Anxiety, and Depression in People Aged Over 60 in the COVID-19 Outbreak in a Sample Collected in Northern Spain. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020 Sep;28(9):993-998. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.022>. Epub 2020 May 31. PMID: 32576424; PMCID: PMC7261426.

¹¹ Eiguren, A., Idoiaga, N., Berasategi, N., & Picaza, M. (2021). Exploring the Social and Emotional Representations Used by the Elderly to Deal With the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychology*, 11, 586560. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586560>

Propuestas

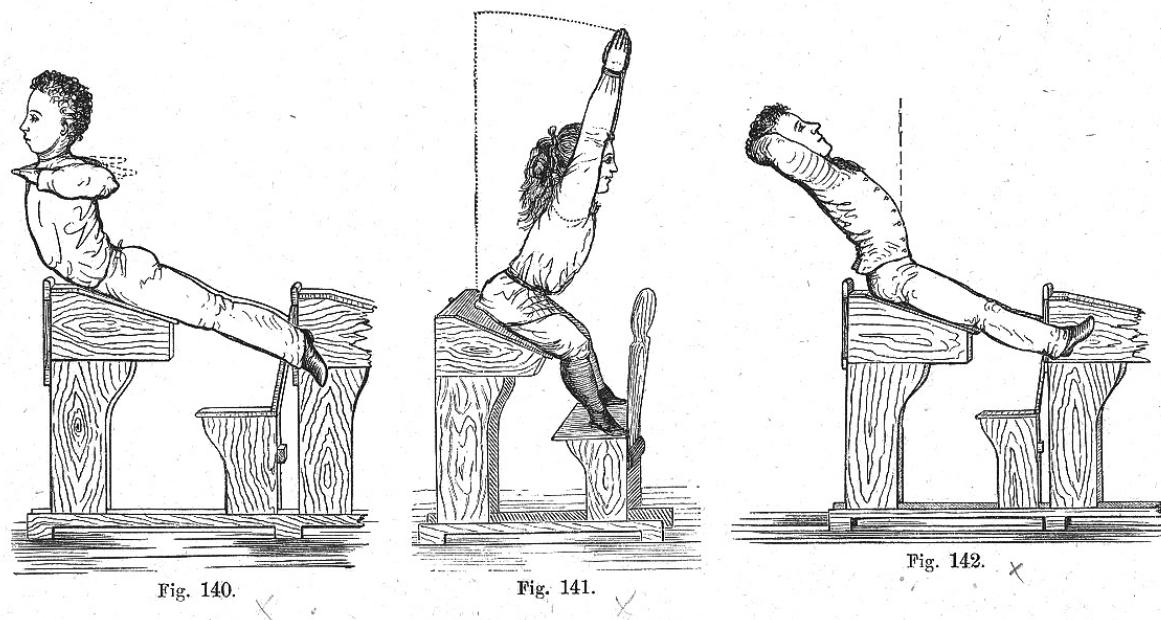
- ▶ Población en general: ampliar el asesoramiento psicológico poniéndolo a disposición de la población, así como estrategias de psicoeducación y divulgación de hábitos de vida a favor del cuidado de los niveles de estrés. Como recomendaciones, la importancia del autocuidado y la necesidad de equilibrar el tiempo libre con otras actividades, controlar la cantidad de tiempo que se dedica a ver las noticias o a recibir información de los medios de comunicación, mantener un horario de trabajo normal, descansar lo máximo posible, hacer ejercicio con regularidad y centrarse en la calidad del sueño.
- ▶ Los niños y niñas: deberán acudir al centro educativo donde se les hablará de la COVID-19 de una forma pedagógica¹². Se deberá fomentar la educación emocional y atender todos aquellos aspectos relacionados con la tolerancia a la enfermedad de forma educativa. A nivel práctico y con el objetivo de preservar el desarrollo de habilidades sociales en formación, se recomienda salir a la calle acompañados de un adulto en grupos burbuja ordenados por espacio temporal y distribuido por zonas.
- ▶ Las personas jóvenes (18-25 años): formarles en la gestión de emociones y en técnicas de relajación, higiene del sueño, ejercicios físicos y posturales. Para ello, será importante establecer una rutina diaria donde ocupar el espacio realizando actividades dedicadas al aspecto emocional¹³, social o físico.
- ▶ El personal sanitario: asegurar el desempeño de su actividad laboral dentro de unas condiciones seguras, así como cubrir la necesidad de atender a su salud mental. Resolver aquellas fuentes de estrés evitables como pueden ser aquellas de origen material: aumentar recursos, ampliar y estabilizar contractualmente plantillas con elevadas tasas de temporalidad. Fomentar estrategias de afrontamiento de estrés y crear espacios accesibles y especializados para el cuidado del personal¹⁴. Estas mismas medidas se podrían aplicar al colectivo del profesorado, al igual que a otros profesionales que puedan estar viviendo las consecuencias psicológicas en el lugar del trabajo.
- ▶ Personas afectadas de trastorno mental previo a la situación de pandemia: mantener, con todas las medidas de seguridad aplicables, la presencialidad de las consultas. Extender entre los diversos dispositivos la asistencia telemática con mayor desarrollo que los medios actuales, en aras de no sufrir retrasos en las consultas y manejo de los síntomas.
- ▶ Los grupos más desfavorecidos: ampliar los recursos sociales urgentes que aseguren la cobertura de bienes básicos. La destinación de bienes a estos colectivos es fundamental puesto que constituye un requisito necesario para poder manejar bajo mínimas condiciones el estrés originado por la pandemia. Contratación de más profesionales de la educación social, así como la realización de campañas de ayuda que aumenten la accesibilidad de estos recursos y la integración de estos colectivos.

¹² Berasategi, N., Idoaga, N., Dosil, M., & Eiguren, A. (2020). Design and Validation of a Scale for Measuring Well-Being of Children in Lockdown (WCL). *Frontiers in psychology*, 11, 2225. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02225>

¹³ Las Hayas et al. UPRIGHT, a resilience-based intervention to promote mental well-being in schools: study rationale and methodology for a European randomized controlled trial. *BMC Public Health* (2019) 19:1413 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7759-0>

¹⁴ Rodriguez, B., Palao, A., Muñoz, A. et al. Implementation of a Mindfulness-Based Crisis Intervention for Frontline Healthcare Workers During the COVID-19 Outbreak in a Public General Hospital in Madrid, Spain. *Front. Psychiatry*, 30 October 2020 | <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.562578>

- ▶ Las personas mayores: deben estar acompañadas siempre de figuras cercanas de referencia que proporcionen un sustento emocional. El acompañamiento será lo menos cambiante posible para dar continuidad de cuidados y disminuir la confusión. Seguir fomentando redes de apoyo comunitario y proteger la existencia de figuras preestablecidas de acompañamiento presencial en los momentos finales de la vida.
- ▶ Finalmente, sería aconsejable que los medios de comunicación difundieran únicamente información precisa y con fuentes fiables y contrastadas. Es importante gestionar la gran cantidad de información no filtrada que transmiten los medios de comunicación y las redes sociales. La exposición a excesos de información contradictoria produce un incremento de la confusión de la población en una situación que ya provoca un desbordeamiento por sé por lo cambiante e incierto de las circunstancias.
- ▶ Además consideramos que plantear una estrategia con el objetivo de conseguir un escenario ZeroCovid podría traer nuevas emociones más positivas, y romper con la actual desilusión y desánimo. Si se consiguiese ese escenario de ZeroCovid se podría crear una nueva ilusión en la población y probablemente mejoraría notablemente la situación emocional que está viviendo actualmente. Por otro lado, el hecho de intentar y no conseguir este nuevo escenario, podría crear frustración en la población, aunque probablemente no mayor de la que se está viviendo actualmente. Decimos esto porque seguramente aunque no se consiguiese totalmente el escenario de ZeroCovid, mejoraría notablemente la situación y la población sentiría que se están tomando otras medidas más efectivas, como se ha visto por ejemplo en Australia o Nueva Zelanda.



Hábitos saludables

Algunas de las medidas que se han tomado para impedir la propagación del COVID-19 han influido en los hábitos relacionados con la salud. Concretamente, en el Estado español se prohibió salir de casa, excepto para las actividades básicas, durante 7 semanas, lo que generó a muchas personas dificultades para poder mantener una actividad física regular¹. Esta reducción de actividad física en España fue especialmente elevada, disminuyendo en un 30-40%. Unido a esto, las actividades sedentarias relacionadas con las pantallas han ido aumentando². Además, se ha observado que esta situación puede tender a mantenerse. De hecho, en China después de tres meses del final del confinamiento aún no se habían recuperado el nivel de actividad anterior al COVID-19³. Es interesante constatar que en los estados en los que desde las instituciones se ha fomentado que las personas se mantuvieran activas y se ha permitido realizar actividad física en el exterior, ésta ha aumentado⁴.

¹ Wilke J et al. (2021) Pandemic within the Pandemic? Physical Activity Levels Substantially Decreased in Countries Affected by COVID-19. International Journal of Environmental Research and Public Health. 18:2235. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052235>

² Rodríguez-Larrad A et al (2021). Impact of COVID-19 Confinement on Physical Activity and Sedentary Behaviour in Spanish University Students: Role of Gender. Int J Environ Res Public Health. 18:369. doi: 10.3390/ijerph18020369

³ Zhou J et al (2021). Impact of COVID-19 Lockdown on Physical Activity Among the Chinese Youths: The COVID-19 Impact on Lifestyle Change Survey (COINLICS). Front Public Health.;9:592795. doi: 10.3389/fpubh.2021.592795

⁴ Constandt B et al (2020) Exercising in Times of Lockdown: An Analysis of the Impact of COVID-19 on Levels and Patterns of Exercise among Adults in Belgium. Int J Environ Res Public Health. 17: 4144. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph17114144>

Al mismo tiempo, el confinamiento ha influido notoriamente en los hábitos alimenticios^{5,6}. En general, se ha comido de más y han aumentado las conductas alimenticias no saludables: entre otras cosas, se han elegido alimentos más insalubres, se ha comido con menos control y se han consumido más “snacks” entre horas. Analizando las razones de estas actitudes, aparte del tiempo de permanencia en el domicilio, se han tomado como factores de riesgo el estrés, la ansiedad y el aburrimiento derivados del confinamiento. Por otra parte, la incorporación de la dieta mediterránea ha aumentado en algunos países, sobre todo entre las mujeres. Asimismo, al prepararse un mayor número de comidas en casa, se ha facilitado la gestión de las dietas restrictivas (celiaquía, por ejemplo), controlando mejor este tipo de transgresiones⁷. Y, sin embargo, los hábitos de las personas con obesidad y las que cursan alteraciones de comportamiento alimentario han empeorado⁸.

Todo lo precedente deja de manifiesto que los cambios en la actividad física y en los hábitos alimentarios provocados por el confinamiento amenazan nuestra salud, lo cual preocupa especialmente. De hecho, tanto la forma física como el estado nutricional son imprescindibles para nuestra salud y bienestar, ya que pueden condicionar la evolución de enfermedades crónicas tales como hipertensión, diabetes, obesidad o síndrome metabólico⁹. En una situación de pandemia esto es especialmente relevante, ya que se ha observado que las personas portadoras de enfermedades crónicas, en contraposición con las sanas, tienen más riesgo de sufrir síntomas más graves de COVID-19¹⁰. Además, es sabido que en lo referente a enfermedades contagiosas, la actividad física¹¹ y una dieta equilibrada¹² fortalecen el sistema inmunológico y reducen el riesgo de infecciones. A lo que ha de añadirse que el sedentarismo y una alimentación pobre pueden acelerar el deterioro físico y cognitivo ocasionado por el proceso de envejecimiento así como fragilidad y sarcopenia¹³. Anteriores investigaciones han demostrado que las personas frágiles¹⁴ y, en general, las que se encuentran en peor estado funcional¹⁵ y nutricional¹⁶ tiene más síntomas graves ocasionados por COVID-19. Por ello, no es de extrañar que la tasa de mortalidad de las personas activas hospitalizadas por COVID-19 sean más bajas que la de las personas sedentarias¹⁷ ni tampoco que la mortandad entre las que están en estado de malnutrición¹⁸ sea mayor que entre las que gozan de una situación nutricional adecuada.

5 Ammar A et al (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. Nutrients 12: 1583. <https://doi.org/10.3390/nu12061583>

6 Rodríguez-Pérez C et al (2020). Changes in Dietary Behaviours during the COVID-19 Outbreak Confinement in the Spanish COVIDiet Study. Nutrients 12:1730. <https://doi.org/10.3390/nu12061730>

7 Monzani A et al (2020). Adherence to the Gluten-Free Diet during the Lockdown for COVID-19 Pandemic: A Web-Based Survey of Italian Subjects with Celiac Disease. Nutrients. 12:3467. <https://doi.org/10.3390/nu12113467>

8 Neira C et al (2021) Consequences of the COVID-19 Syndemic for Nutritional Health: A Systematic Review. Nutrients 2021, 13, 1168. <https://doi.org/10.3390/nu13041168>

9 Warburton DE et al (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. CMAJ. 2006 Mar 14;174(6):801-9. <https://doi.org/10.1503/cmaj.051351>

10 Aly MH et al (2020) Indicators of Critical Illness and Predictors of Mortality in COVID-19 Patients. Infect Drug Resist. ;13:1995-2000. <https://doi.org/10.2147/IDR.S261159>

11 Nieman DC et al (2019). The compelling link between physical activity and the body's defense system. J Sport Health Sci.8:201-217. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2018.09.009>

12 Coelho-Ravagnani CF et al (2021) Dietary recommendations during the COVID-19 pandemic, Nutrition Reviews, 79: 382-393, <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa067>

13 Kim JW et al (2019) Prognostic Implication of Baseline Sarcopenia for Length of Hospital Stay and Survival in Patients with Coronavirus Disease. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 29: <https://doi.org/10.1093/gerona/glab085>

14 Hewitt J et al (2020) The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. Lancet Public Health. 5:e444-e451. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30146-8)

15 Yates T et al (2021) Obesity, walking pace and risk of severe COVID-19 and mortality: analysis of UK Biobank. Int J Obes (Lond). 2021 Feb 26:1-5. <https://doi.org/10.1038/s41366-021-00771-z>

16 Damayanthi HDVT et al (2021). Nutritional determinants and COVID-19 outcomes of older patients with COVID-19: A systematic review. Archives of Gerontology and Geriatrics, 95: 104411, <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104411>.

17 Sallis R et al (2021). Physical inactivity is associated with a higher risk for severe COVID-19 outcomes: a study in 48 440 adult patients. Br J Sports Med. bjsports-2021-104080. doi: 10.1136/bjsports-2021-10408015.

18 Zhao X et al (2021) Evaluation of Nutrition Risk and Its Association With Mortality Risk in Severely and Critically Ill COVID-19 Patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 45:32-42. <https://doi.org/10.1002/jpen.1953>

Por otra parte, algunas personas han generado síntomas de larga duración a consecuencia de la COVID-19 o de las hospitalizaciones (sobre todo en cuidados intensivos) asociadas. Entre estos síntomas cabe destacar la fatiga, debilidad, dificultad respiratoria y sarcopenia¹⁹. El ejercicio físico y una alimentación saludable²⁰ pueden ser de ayuda para afrontarlos, pero todavía son necesarias investigaciones más concretas para determinar cuáles son los protocolos y pautas a seguir con este tipo de pacientes.

También hay que destacar la relación existente entre hábitos de vida y salud mental. La ansiedad y el estrés pueden derivar en deficientes patrones de alimentación; la actividad física, en cambio, puede ser útil para hacer frente a este tipo de trastornos.

Para terminar, reconocer que la pandemia también ha dejado huella en otros hábitos de salud. No se pueden obviar las alteraciones relacionadas con el descanso, el consumo de tabaco o alcohol, así como otras adicciones.

Propuestas

La actividad física y una alimentación equilibrada son fundamentales para hacer frente a las enfermedades crónicas, reducir el riesgo a padecer graves secuelas por Covid-19, y para fortalecer el sistema inmune. Por ello se hace necesario un análisis en profundidad referente tanto al deporte como a la alimentación, debiendo reconocerse por parte de la sociedad y las instituciones la importancia que este cuidado tiene, por una parte para facilitar la detección temprana de malnutrición o disfunción física, así como para ofrecer asesoramiento adecuado en la prevención de enfermedades crónicas. Además, las personas cuya situación física o alimentaria se haya agravado debido al COVID-19 o a una hospitalización prolongada, deberían recibir especial atención, en orden a aliviar los síntomas a largo plazo.

Asimismo, se debería ofrecer un servicio de alimentación domiciliaria y de actividad física para las personas que tienen dificultades para proveerse de una dieta o mantener una actividad adecuadas debido a la falta de autonomía o recursos socioeconómicos. De entre estos colectivos merecen especial mención nuestros mayores.

Pautas sobre actividad física

Deberían darse a conocer y promocionar modos de hacer deporte en casa con los medios que se tengan más a mano. Hay numerosas propuestas en Internet, las cuales, sobre todo en pandemia, han experimentado un notable aumento. Herramientas como la videoconferencia también se pueden utilizar para hacer deporte en comunidad. Esto podría servir para reducir la brecha digital entre las personas mayores y las que disponen de menos recursos, y mejorar sus hábitos en cuanto a la salud. Aunque no podemos olvidar que en muchos hogares no hay un lugar adecuado para hacer ejercicio, y en confinamiento estricto las circunstancias de este tipo deberían ser tenidas en cuenta.

19 Casey P et al (2021) COVID-19-induced sarcopenia and physical deconditioning may require reassessment of surgical risk for patients with cancer. *World J Surg Onc* 19, 8 <https://doi.org/10.1186/s12957-020-02117-x>

20 Angelidi AM et al (2021) Mediterranean diet as a nutritional approach for COVID-19. *Metabolism*. 114:154407. doi: 10.1016/j.metabol.2020.154407.

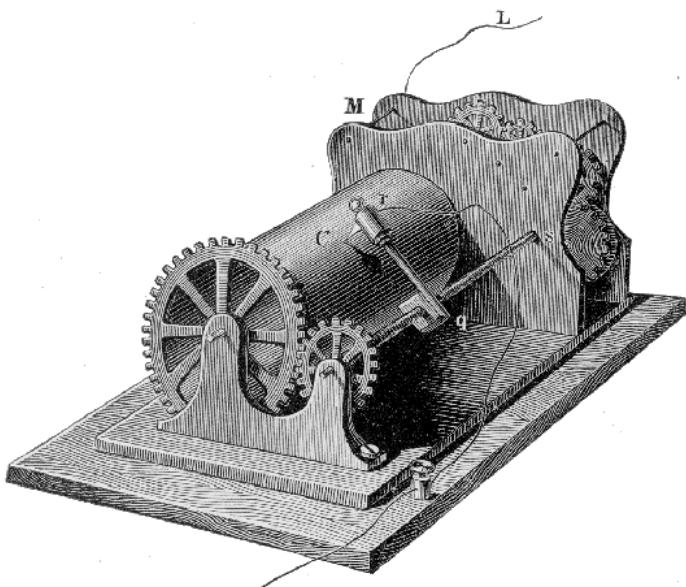
El riesgo de contagios al aire libre, en ausencia de aglomeraciones, es muy bajo. Habría que hacer llegar este mensaje a la población, junto con el de evitar multitudes, e impedir la actividad física en el exterior solo en casos muy extremos. De igual manera se deberían utilizar los parques e infraestructuras al aire libre y fomentar los paseos a pie o en bicicleta. En este sentido, hay que recalcar el beneficio psicosocial que conlleva el ejercicio fuera de casa, más aún cuando se realiza en contacto con la naturaleza.

Además de los ejercicios aeróbicos (caminar, bicicleta, bailar) trabajar la fuerza es muy beneficioso para mantener una buena función muscular y evitar dependencias, sobre todo en personas de edad. Además, habría que evitar estar inmóvil durante mucho tiempo. Por ello, conviene intercalar períodos sedentarios con movimiento.

Pautas alimentarias

Los hábitos alimentarios saludables son los que garantizan una mayor riqueza y calidad nutritiva en la dieta. Esta dieta cubrirá nuestras necesidades de nutrientes y energía, distribuirá equilibradamente los macronutrientes y ajustará adecuadamente el equilibrio energético a la actividad física. Además, se aconseja que la dieta sea lo más atractiva posible, sobre todo en época de pandemia. Para ello, ofrecemos las siguientes recomendaciones: garantizar el consumo diario de frutas y verduras, comer legumbres varias veces a la semana, elegir cereales integrales, consumir lácteos todos los días, incluir frutos secos en la dieta, hidratarse bien, priorizar el aceite de oliva y moderar el consumo de alimentos de origen animal. En cambio, se deberían evitar: los alimentos con alto contenido en azúcar, el consumo de sal, los alimentos ricos en grasas saturadas, los alimentos refinados y la comida rápida. Para finalizar, las comidas saludables deben espaciarse equilibradamente a lo largo del día, adecuando los tramos de ayuno.

Por desgracia, el contexto de estrés y ansiedad provocado por la pandemia empujan a consumir alimentos no saludables. La motivación para mantener una dieta saludable ha disminuido, y vence la opción provocada por la influencia del bajo estado de ánimo. El principal objetivo ahora es recuperar el control de la dieta: hay que planificar las comidas y cuidar el contenido en calorías y calidad nutricional de los alimentos.



Bakewell, E. P. 12352, 2. 12. 1848

Integración de I+D+i

La toma de medidas preventivas para reducir la expansión del virus han sido transversales a todos los estratos socioeconómicos e industriales de nuestra sociedad, dividiendo las actividades económicas en esenciales y no esenciales. Las actividades no esenciales se han visto abocadas a un cierre prolongado hasta que los datos epidemiológicos han permitido su reapertura. Durante esta pandemia se han identificado varios “cuellos de botella” que han dificultado su gestión, entre los que se encuentran el suministro de kits diagnósticos, el desarrollo y distribución de vacunas, así como los tratamientos para el COVID-19. La generación de conocimiento nutre al menos los dos primeros aspectos. En esta sección se analiza la contribución que el tejido de Investigación, desarrollo e innovación vasco podría aportar para afrontar mejor futuras emergencias sanitarias de este tipo. Nos referiremos al tejido de investigación como un concepto amplio que abarca el I+D+i de centros de investigación y tecnológicos, universidad, sector industrial biotecnológico y biosanitario. Como éste ha presentado un comportamiento desigual a nivel internacional, nos centraremos en la CAV con respecto a aspectos esenciales de gestión de la ciencia:

Operatividad y continuidad de las líneas de investigación. El tejido de investigación ha seguido un procedimiento de operatividad comparable al resto de las áreas consideradas no esenciales en nuestra sociedad. Salvo excepciones principalmente adscritas al ámbito sanitario, no ha habido una adecuación a las características de las entidades de investigación, ni a las consecuencias de dicho cierre. Únicamente unos pocos laboratorios han mantenido una actividad

residual con la justificación de desarrollar trabajo relacionado con la respuesta a la pandemia. Pero en general:

- ▶ El cierre de los centros de investigación/tecnológicos y universidades ha sido abrupto, con un muy reducido tiempo de preparación para minimizar el daño sobre las líneas de investigación en marcha.
- ▶ El ritmo de reapertura de las entidades de investigación ha sido altamente asimétrico, con centros que han reiniciado su actividad con un plan adaptado a la pandemia en un periodo corto (menor de 2 meses) y otros que no han reabierto hasta varios meses después.
- ▶ Los y las investigadores con becas y contratos competitivos en centros de investigación/tecnológicos y universidades han carecido de una respuesta temprana para compensar la parada de su actividad investigadora. En algunos casos estudiantes investigadores en su último año de contrato no han podido disfrutar de prórrogas para paliar el efecto de la pandemia en su formación.

Explotación de los recursos tecnológicos provenientes del tejido de investigación. La mayoría de las entidades de I+D+i han puesto sus recursos y capacidades personales y materiales al servicio del Gobierno Vasco a través de diferentes iniciativas. Sin embargo:

- ▶ No ha existido un plan de respuesta a la pandemia que cuente con la capacidad analítica de dichas entidades.
- ▶ No se ha desarrollado un plan temprano de acreditación específica en el contexto de este estado de alarma que habilite a entidades que desarrollan I+D+i a contribuir a tareas de detección del coronavirus, con los criterios de calidad, especificidad y sensibilidad que el sistema de salud requiere. Ni tampoco en lo relativo a la producción de materiales o instrumental esencial durante la pandemia (e.g. mascarillas, fungibles para el diagnóstico).
- ▶ No se ha elaborado un protocolo para la gestión y transporte de muestras que, asegurando la confidencialidad del proceso, permita la externalización de los análisis a centros de investigación con capacidades técnicas y de bioseguridad para llevar a cabo dichas tareas.

Propuestas

- ▶ De forma general, y con el objetivo de explotar los recursos de investigación, desarrollo e innovación de los que disponemos, es primero necesario explicitar la función de la ciencia en nuestra sociedad. La investigación es un componente esencial en respuesta a los problemas principales de salud en su conjunto, incluido las emergencias sanitarias.
- ▶ Para ello debería engranarse un sistema de comunicación entre el tejido de investigación y los departamentos correspondientes en el Gobierno Vasco que aseguren que los recursos tecnológicos e intelectuales quedan a disposición del sistema de salud.
- ▶ Asimismo, se debería impulsar el desarrollo de planes de emergencia en el tejido de investigación que aseguren la continuidad de la I+D+i con el fin de que el progreso intelectual y tecnológico no se vea mermado.

En base a los aspectos arriba mencionados, sería necesario y urgente:

- ▶ Crear un Comité Científico-Técnico Asesor que analice las iniciativas de I+D+i prioritarias y disponibles para responder a necesidades urgentes. Es crítico y necesario identificar las figuras clave en la comunidad científico-técnica, en el sistema sanitario y en el sector de gestión de la I+D+i que lo integren. De modo que dicho comité pueda ponerse en funcionamiento de un modo ágil y rápido ante una emergencia sanitaria.
- ▶ Establecer un canal de comunicación entre el Gobierno Vasco y este Comité Científico-Técnico Asesor para asegurar la correcta canalización, gestión y adecuación de propuestas referentes a la respuesta a la alarma sanitaria por parte del tejido de investigación de Euskadi.
- ▶ Crear un protocolo de apertura de los organismos que forman parte del tejido de investigación vasco adaptado a sus procedimientos y capacidades de bioseguridad, designando la investigación como actividad esencial.
- ▶ Elaborar un procedimiento de acreditación y habilitación de centros de investigación y tecnológicos, universidades, empresas del sector biotecnológico y biosanitario para el apoyo a la labor asistencial del sistema de salud en situaciones de emergencia sanitaria. Sería imprescindible el desarrollo de protocolos que aseguren la calidad de las metodologías desarrolladas para su uso en la clínica.
- ▶ Desarrollar un protocolo de gestión, transporte y codificación de muestras que permitan el apoyo a la labor asistencial por parte de entidades de investigación sin vulnerar aspectos de confidencialidad y trazabilidad del material biológico.
- ▶ Establecer un protocolo para la acreditación habilitación de empresas de I+D+i que acelere los trámites administrativos para que se explote e impulse la capacidad de diseño y fabricación avanzada en Euskadi. Se considera que correspondería al Comité Científico-Técnico Asesor identificar las necesidades de diseño y fabricación de materiales, dispositivos y herramientas un modo rápido, dinámico y eficiente.

2.

Economía



Factores socioeconómicos

Aunque las pandemias se definen (literalmente) por su carácter de afectación a la práctica totalidad de una población, esta caracterización resulta muy insuficiente cuando se trata de evaluar sus efectos socioeconómicos. Y un problema fundamental en la respuesta institucional a la pandemia ha sido la falta de holgura del sistema público¹.

Tanto la pandemia como las decisiones políticas y sanitarias implementadas para combatirla (disminución de los contactos para reducir los contagios, con su corolario de suspensión de actividades económicas, cierre de negocios, etc.) han supuesto una prueba de estrés para el sistema de servicios públicos. Aunque en algunos casos se han observado iniciativas para reforzar el sistema público tanto con recursos humanos como económicos, estas han sido evidentemente insuficientes. Esto indica una falta de un diagnóstico cualitativo y cuantitativo de las necesidades y demandas emergentes fruto de la pandemia. Ha quedado en evidencia así mismo un modelo productivo y un modelo de empleo expresamente diseñados para evitar cualquier holgura: de tiempos, de personal, de espacios, de recursos. Esta concepción estrecha, meramente contable, de la eficiencia, ha extendido el paradigma de gestión Just in Time más allá de la empresa², imponiéndose incluso en el ámbito servicios tan esenciales como el sanitario, donde la temporalidad en la plantilla puede llegar a rozar el 40%³.

1 Mullainathan, S. y Shafir, E. (2016). Escasez. México: Fondo de Cultura Económica.

2 Han, B. C. (2017). La sociedad del cansancio. Barcelona: Herder Editorial.

3 FSS de CCOO de Euskadi (2019). La temporalidad como método. El empleo en Osakidetza/SVS, 13/06. <http://ccoo.eus/73f36396cf5ffefc05b21deb2daa7af8000056.pdf>

En el ámbito laboral, la pandemia de COVID-19 ha golpeado especialmente a sectores ligados al ámbito de los servicios, y que necesitan altos niveles de movilidad y de contacto físico para operar⁴. Entre los mismos, los más golpeados son la hostelería, el comercio al por menor y el turismo, así como el sector de cuidados de personas dependientes. Asimismo, y aunque no suelen salir en las métricas, las personas que trabajan sin permiso de trabajo, y por tanto, sin ninguna garantía ni cobertura legal. Estos sectores económicos emplean en un alto porcentaje a personas que no pueden desarrollar su actividad a través del teletrabajo, cuentan con unas condiciones laborales precarias y un nivel formativo medio-bajo. Poniendo el foco en las personas trabajadoras, las más golpeadas son las de menores ingresos, jóvenes e inmigrantes. Perfiles que ya se encontraban en una situación precaria de forma previa a la llegada de la pandemia⁵. Se trata, nuevamente, de sectores y de trabajadoras y trabajadores que ya funcionaban en el límite mismo de la suficiencia, cuando no bajo él, sin la imprescindible holgura que les hubiera permitido resistir mejor la paralización o limitación de la actividad económica.

Además del impacto al mercado laboral, la experiencia histórica muestra que la llegada de una pandemia suele aumentar la desigualdad en las sociedades donde golpea⁶, siendo la población más vulnerable la que más sufre. Según los recientes análisis de Caixabank Research⁷, que monitoriza la evolución de millones de nóminas, entre febrero y diciembre de 2020 el índice Gini –una medida de la desigualdad en los ingresos económicos, y que es peor cuanto mayor es su valor– subió en 1,36 puntos a nivel estatal. A nivel de la Comunidad Autónoma Vasca y la Comunidad Foral de Navarra este índice aumentó en 1,15 puntos y 0,55 puntos respectivamente.

La Renta de Garantía de Ingresos (RGI) vasca y la Renta Garantizada navarra, funcionan como diques de contención contra el aumento de la desigualdad, la pobreza y la exclusión social. A pesar de contar con este pilar de protección social, hay muchas personas que no pueden acceder a la misma por no cumplir los requisitos. A consecuencia de esto, el 30% de la población en pobreza real no accede a la ayuda⁸, quedando totalmente desprotegido.

Las personas más afectadas por la situación de pandemia son aquellas más vulnerables a nivel biopsicosocioeconómico, lo cual ha supuesto un incremento muy considerable en las demandas de apoyo en los servicios sociales. A pesar del tensionamiento que esto ha supuesto, ha sido posible implementar medidas urgentes durante el confinamiento domiciliario para garantizar la cobertura de necesidades básicas. Estas medidas, sin embargo, han sufrido un receso desde la desescalada, en un escenario en el que las necesidades de los sectores más vulnerables continúan latentes. El aumento de las demandas y la normativa sanitaria por la cual las citas se dan telefónicamente, ha limitado la atención presencial. Por otro lado, la implementación del teletrabajo en la atención por parte de algunos Servicios Sociales ha supuesto y está suponiendo un obstáculo para el acceso, especialmente a las personas con menos recursos personales, educacionales, sociales y tecnológicos. No hay que olvidar que además las redes primarias de apoyo (familiares y sociales) se han visto debilitadas fruto de los confinamientos perimetrales y las indicaciones de no acceder a domicilios ajenos.

4 Rasul, I. (2020). The Economics of Viral Outbreaks. *AEA Papers and Proceedings*, 110, 265–268

5 Diputación Foral de Bizkaia – Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad. (2020). Plan de Defensa del Empleo.

6 Wade, L. (2020). An unequal blow. *Science*, 368(6492), 700–703.

7 CaixaBank Research (2020). El impacto económico de la COVID-19 en la desigualdad: this time is different.

8 Zalacain J (2018) ¿Es la renta básica universal un nuevo reto para Euskadi? Retos de las políticas contra la pobreza en Euskadi. Fundación Eguia-Careaga. https://www.caritasgipuzkoa.org/sites/default/files/2018-03/joseba_zalakain._renta_basica_universal_un_reto_para_euskadi.pdf

Propuestas

- ▶ Reducir al máximo la temporalidad en el empleo público, especialmente en los sectores sanitario y educativo, hasta cumplir con las plantillas estructurales aprobadas por el Gobierno.
- ▶ Realizar un seguimiento en directo y pormenorizado de la evolución de la desigualdad en la CAV. Las principales entidades financieras vascas tienen información valiosa sobre evolución de nóminas que se puede analizar de forma agregada y anónima. Esto permitiría conocer, al menos de entre aquella parte de la población con contrato de trabajo o con un contrato que corresponde a su dedicación laboral, los colectivos, sectores y perfiles más afectados por la pandemia.
- ▶ Reflexionar sobre medidas fiscales a implementar por las tres haciendas vascas para reducir el impacto de la pandemia en la desigualdad. Sobre todo, teniendo en cuenta las diferencias de tasación entre rentas de trabajo y rentas de capital⁹. Las competencias fiscales vascas son una importante herramienta, que se debe activar frente a las consecuencias socioeconómicas del COVID-19, tal y como apunta el Fondo Monetario Internacional¹⁰.
- ▶ Revisar las condiciones para el acceso y el mantenimiento de las prestaciones de RGI, con el fin de evitar suspensiones en el cobro de las mismas por razones meramente administrativas, en la línea de lo que, desde hace años, vienen reclamando distintas entidades sociales¹¹. En su defecto, activar otro tipo de prestación de gestión urgente desde los servicios sociales municipales para asegurar un ingreso mínimo.
- ▶ Asegurar la inmediatez en la gestión y cobro del Ingreso Mínimo Vital (IMV) aprobado a través del Real Decreto-ley 20/2020, de 29 de mayo de 2020. Facilitar la solicitud del mismo.
- ▶ Analizar los mecanismos necesarios para implementar una Renta Básica Universal en tiempos de pandemia. Abrir e impulsar una amplia conversación pública sobre las posibilidades de hacer avanzar los actuales sistemas de garantía de rentas en la dirección de un sistema de cobertura universal e incondicional, según el modelo de la renta básica universal¹².
- ▶ Dotar a los servicios sociales municipales y forales de partidas económicas adicionales para poder hacer frente a las problemáticas y dificultades de índole socioeconómico que puedan presentar las personas debido a las circunstancias actuales.

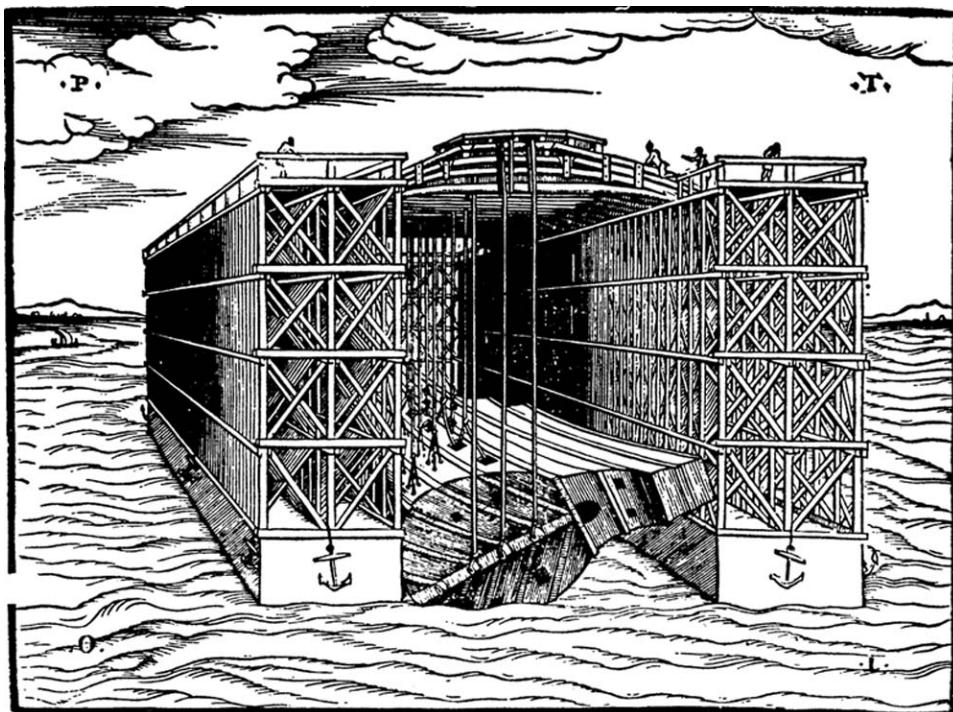
⁹ Díaz de Sarralde Santiago & Garcimartín, C. (2015). ¿Hay alternativas al modelo fiscal dominante? Una propuesta de impuesto global sobre la renta de las personas físicas. *Ekonomiaz: Revista vasca de economía*, (88), 124-145.

¹⁰ de Mooij, R., Fenochietto, R., Hebous, S., Leduc, S., & Osorio-Buitron, C. (2020). Tax Policy for Inclusive Growth after the Pandemic. IMF Fiscal Affairs, Special Series on COVID-19

¹¹ Erletxea (2016). Llamamiento a todas las personas a las que Lanbide ha suspendido la RGI. 14/12. <https://www.erletxea.org/es/berria/2016-14-12/llamamiento-todas-las-personas-las-que-lanbide-ha-suspendido-la-rgi>

¹² Sevilla, J., (coord. y dir.) (2019). Reforzar el bienestar social. Del ingreso mínimo a la renta básica. Observatorio social de “la Caixa”. https://observatoriosocialacaixa.org/documents/22890/182418/Informe%20renta%20basica_es.pdf/3642780f-87f5-8141-5993-864af1851e31

- Generar nuevos puestos de trabajo tanto en los servicios públicos (sanidad, servicios sociales, etc) como en los ámbitos del sector privado (supermercados, empresas de reparto, etc) que han visto incrementada considerablemente su actividad laboral como consecuencia de la pandemia. Dichos puestos de trabajo estarían destinados para las personas que se hayan quedado en situación de desempleo y así complementar los ingresos por ERTE que son significativamente inferiores al salario base. De esta forma se genera empleo y se mejora la calidad de los servicios tanto a nivel público como privado.



Micro y mesoeconomía

La COVID-19 ha provocado una situación sin precedentes a nivel global. El foco inmediato y primario ante la pandemia ha sido hacer frente a la crisis de salud que estamos viviendo, y las respuestas de los sistemas sanitarios y la ciudadanía para gestionarla y así salvar vidas. Las consecuencias económicas han sido también devastadoras. La OCDE estima, en Marzo 2021, que la reducción del PIB mundial ha sido del -3,4% con una mayor incidencia en Europa (Área Euro -6.8% y Gran Bretaña -9.3%) y una menor incidencia en Asia, especialmente en China que ha crecido un +2.3%¹. Dentro de Europa, España ha sido uno de los países más afectados (-11% frente a una caída del -5.3% de Alemania). En Euskadi no somos ajenos a esta crisis y nuestro PIB se ha reducido en un -9,5%².

Si bajamos a un nivel más micro los sectores relacionados con el turismo y ocio, como la Hostelería o las Industrias Culturales, y las actividades industriales relacionadas con la movilidad, como Material de transporte, el Caugo o el Refino de Petróleo, han sido los más afectados y son los que tienen un periodo de recuperación más incierto³.

Esta asimetría en los efectos en los distintos territorios, sectores e incluso a nivel empresarial es también la principal característica de la crisis económica que estamos viviendo⁴, lo cual difi-

¹ OECD (2021), OECD Economic Outlook, Interim Report March 2021, OECD Publishing, Paris.
<https://doi.org/10.1787/34bfd999-en>.

² EUSTAT (2021), Cuentas trimestrales IV/2020

³ Retegi J, Carrillo F, Gil de San Vicente I, Salado J-P. (2020). Análisis sectorial del potencial impacto y recuperación de la crisis en la COVID-19 en las empresas vascas, Reflexiones COVID-19, 3/2020, Orkestra-Instituto Vasco de Competitividad.

⁴ ORKESTRA (2020), Informe de Competitividad del País Vasco, Publicaciones de la Universidad de Deusto, ISBN: 978-84-1325-099-1.

culta la toma de medidas que contrarresten sus efectos. La reacción ante la crisis ha sido muy destacada ya que ha requerido un especial esfuerzo por parte de toda la sociedad. Las personas se han adaptado a las circunstancias, asimilando nuevas formas de trabajo y estrictos protocolos dirigidos a evitar contagios. En esta adaptación las dificultades han sido considerables con una mayor incidencia negativa en aquellos colectivos con peores condiciones laborales y menor cualificación, y donde el colectivo femenino ha tenido la dificultad añadida de asumir el principal esfuerzo de las tareas domésticas y cuidados familiares⁵.

Por su parte las empresas han tenido que reaccionar ante un shock en la actividad, lo que les está creando una caída de la rentabilidad e importantes tensiones financieras⁶. Asimismo, las empresas han tenido que afrontar la ruptura de algunas cadenas de valor, lo que ha afectado a su capacidad de producción y previsiblemente traerá un replanteamiento de sus políticas de compras con una reconfiguración de las cadenas de valor⁷.

En cuanto a las medidas tomadas por las administraciones públicas en Euskadi, tal y como el Informe de Competitividad del País Vasco 2020 indica, han sido en general ágiles y similares a otras regiones de referencia en Europa. Un ejemplo de ello fueron las líneas de ayuda que se han puesto a disposición de las empresas que tienen como objetivo aliviar su situación financiera⁸, en unas condiciones muy favorables. Las empresas han aprovechado estas facilidades endeudándose. De hecho, el endeudamiento empresarial aumentó en España un 5,3% en 2020⁹. Este esfuerzo económico por parte de las administraciones junto con una reducción de la recaudación fiscal ha propiciado un importante aumento del peso del endeudamiento público. En España este endeudamiento supone ya el 120% sobre el PIB; en el caso de la CAV este endeudamiento alcanzó el 16,1% del PIB, lo que supone un incremento del 3,4 p.p con respecto al año anterior⁹.

Una de las principales dificultades ha sido asimetría de las consecuencias de la pandemia, que ha concentrado sus efectos negativos en ciertos colectivos. Asimismo, pese a que algunas teorías iniciales preveían una crisis en “v”, con una fuerte recuperación, la evolución de la pandemia está retrasando la recuperación y genera distintas fases en la crisis, donde las condiciones y los colectivos afectados varían¹⁰. Es además difícil la toma de medidas, tanto por la complejidad de tener datos sobre una realidad que va cambiando inesperadamente como por las dificultades estructurales que hay en el sistema para adaptarse de forma ágil a las mismas.

Este contexto ha puesto a prueba la capacidad de adaptación de todos los agentes económicos ante un shock que ha creado gran incertidumbre con una información disponible escasa. El principal reto es crear una capacidad de resiliencia que nos permita como sociedad enfrentarnos en los próximos años a futuras crisis y gestionar las situaciones de dualidad que esta pandemia está generando y generará. Esto facilitará el mantenimiento de un desarrollo económico que sea inclusivo y sostenible.

⁵ Farre L, Fawaz Y, Gonzalez L, Graves J. (2020) How the Covid-19 Lockdown Affected Gender Inequality in Paid and Unpaid Work in Spain. IZA Discussion Paper No. 13434, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3643198>

⁶ Menéndez, A., y Mulino, M. (2021), Resultados de las empresas no financieras hasta el cuarto trimestre de 2020. Un avance de cierre de ejercicio, Boletín Económico, Banco de España.

⁷ Miroudot, S. (2020) Reshaping the policy debate on the implications of COVID-19 for global supply chains. J Int Bus Policy 3, 430–442. <https://doi.org/10.1057/s42214-020-00074-6>

⁸ Como por ejemplo: instrumentos de garantía de crédito orientados a autónomos y pymes (línea de financiación al 0% para pymes y autónomos de Elkargi -Gobierno Vasco Líneas de Avales COVID-19 de ICO); aplazamientos de pagos, reembolso adelantado de anticipos (INDARTU, alquileres en polígonos industriales de SPRILUR, Gauzatu Industria, Bideratu, Bideratu Berria); ayudas reintegrables para la reestructuración y relanzamiento de empresas (Bideratu COVID-19).

⁹ Banco de España (2021), Cuentas Financieras de la Economía Española correspondientes al cuarto trimestre de 2020

¹⁰ De Vet JM, Nigohosyan D, Núñez Ferrer J, Gross A-K, Kuehl S, Flickenschild M (2021). Impacts of the COVID-19 pandemic on EU industries, Publication for the committee on Industry, Research and Energy, Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies, European Parliament, Luxembourg, 2021.

Propuestas

- ▶ Crear un sistema de monitorización de cómo está afectando la pandemia en los diferentes sectores (observatorio sectorial) para ir adecuando las políticas públicas de apoyo a la recuperación a cada sector.
- ▶ Tipificar las empresas en función de las problemáticas que está viviendo cada una (liquidez, solvencia, rentabilidad...) para poder definir políticas de apoyo para la recuperación más adaptadas a las diferentes problemáticas empresariales.
- ▶ Establecer canales, espacios y foros de participación directa de las propias empresas y sectores en la toma de decisiones que les afectan, como agentes sociales que son y por la responsabilidad social y colectiva que han de asumir en este escenario pandémico.
- ▶ Trabajar la diversificación de abastecimientos de bienes y servicios básicos desde geografías cercanas (europea y española) y locales, en función de las capacidades existentes en el territorio. Así se conseguiría evitar rupturas de cadenas de valor y la aparición de dificultades de abastecimiento que dificulten mantener la producción en procesos de fabricación.
- ▶ Generar una adecuada colaboración público-social con visión de futuro a medio y largo plazo. Además de la continuidad de las cadenas de valor, tres son los requisitos básicos para garantizar el futuro del tejido empresarial y que la pandemia está poniendo en jaque: disponer del suficiente flujo de liquidez, poder incrementar las inversiones productivas a pesar de la contracción general de la economía, y generar un contexto de confianza para sostener la creación de nuevas empresas y actividades.
- ▶ Poner en marcha ayudas y políticas de capacitación y acceso al empleo adaptadas a cada tipo de colectivo que garanticen el bienestar de todas las personas, especialmente de las más vulnerables y afectadas por esta crisis: personas mayores y dependientes, personas de renta baja con pocas capacidades de acceso a un empleo (ver bloque de factores socio-económicos de la pandemia).
- ▶ Apoyar el acceso a herramientas digitales y generación de capacidades en el ámbito digital a personas, empresas e instituciones de diferente tipo para aprovechar el potencial de esta palanca en el desarrollo de las diferentes actividades. Así, además de ayudar a mantener las actividades durante la pandemia supone también importantes mejoras de eficiencia y productividad para la post-pandemia combinándola de forma equilibrada con la actividad presencial. Es más, deberíamos aprovechar esta palanca no sólo para mejorar y transformar las actividades económicas existentes, sino también crear nuevas actividades económicas en lo digital.
- ▶ Abordar las tres grandes transiciones (la transición verde, la digital y la sociodemográfica) ha no sólo como retos, sino poniéndolas en valor como oportunidades que nos brindan: generando actividades de economía circular, reciclado, re-manufactura, bioeconomía, ciberseguridad, industria de la salud, el cuidado integral de las personas...

3.

Ámbito social



Política comunicativa

Esta crisis, sin precedentes en el último siglo, ha planteado enormes retos en el ámbito de la política de comunicación. Los tradicionales manuales de Emergency Risk Communication¹ no sirven de mucho -aquí y ahora-, ya que la situación comunicativa que se ha creado es totalmente desconocida². En este contexto, comunicar de forma breve, concisa y clara se ha convertido en una tarea muy complicada, máxime cuando la situación es, a menudo, cambiante y confusa. Es por ello, que los gobiernos, las autoridades sanitarias y los medios de comunicación deben hacer un esfuerzo especial por evitar difundir la sensación de caos y pánico entre la ciudadanía, y así transmitir confianza³.

En su lugar, ha habido intentos por parte de las autoridades de dirigir el trabajo de los medios de comunicación, obstaculizando la transparencia informativa. Los y las periodistas recurren al Departamento de Sanidad como fuente habitual de información pero, a menudo, han encontrado un impenetrable muro de silencio. Por ejemplo, en algunos momentos los datos aportados se han reducido, en lugar de ir ampliando la oferta como sería de esperar. Por otro lado, ha

¹ Infanti J, Sixsmith J, Barry MM, Núñez-Córdoba J, Oroviogoiocochea-Ortega C, Guillén-Grima F. (2013). A literature review on effective risk communication for the prevention and control of communicable diseases in Europe. ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control). <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/risk-communication-literary-review-jan-2013.pdf>

² Heydari, S.T., Zarei, L., Sadati, A.K. et al. (2021). The effect of risk communication on preventive and protective Behaviours during the COVID-19 outbreak: mediating role of risk perception. BMC Public Health 21, 54 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10125-5>

³ WHO, World Health Organization (2017). Communicating Risk in Public Health Emergencies. A WHO Guideline for Emergency Risk Communication (ERC) policy and practice. <https://www.who.int/risk-communication/guidance/download/en>

sido prácticamente imposible conseguir una entrevista con algunos responsables del Departamento de Salud. Además, las autoridades no han tenido suficientemente en cuenta las voces críticas, entorpeciendo la aparición de opiniones de profesionales públicos o impidiendo otras explicaciones críticas.

Las medidas y decisiones adoptadas por el Gobierno, a menudo, no han sido suficientemente explicadas, ni las razones de su adopción o ratificación, ni las consecuencias esperadas. Ha ocurrido con frecuencia que las explicaciones técnicas que están detrás de las decisiones han sido más accesibles en las redes sociales (por iniciativa individual) que en las fuentes de información del Gobierno Vasco. Por si fuera poco, en determinados casos, los escasos detalles y argumentos aportados para ilustrar algunas normas y decisiones, no han hecho más que aumentar la confusión.

A los medios de comunicación, por su parte, les ha costado abordar la responsabilidad de explicar a la ciudadanía la compleja y desgraciada realidad que ha traído la pandemia. En la mayoría de los casos se han limitado a recoger datos crudos, cegados en la evolución de un día para otro. Se ha echado en falta una contextualización de los datos y decisiones, una explicación a los mismos y un enfoque más amplio que ofreciera un indicador más adecuado de la evolución de la situación epidemiológica. En los primeros momentos pudo entenderse la dificultad de los medios de comunicación para hacer llegar al público una interpretación que acumulaba una gran complejidad y cantidad de datos en una situación sin precedentes. Pero los recursos (presentaciones de datos, infografías, utilización de indicadores epidemiológicos...) que se pusieron en marcha para este fin en la mayoría de los medios de nuestro entorno apenas han observado una evolución o mejora significativa en este periodo de tiempo.

Al aportar datos sobre la evolución de la pandemia, los y las portavoces, a menudo, no han explicado adecuadamente la crudeza de la situación. Si comparamos la CAV y la Comunidad Foral de Navarra con estados establecidos como tales, nuestra tasa de mortalidad por 1.000 habitantes sería una de las mayores del mundo⁴, un dato que ha sido obviado por las autoridades. Y cuando las estadísticas han empeorado, la situación en las UCIs se ha agravado o el número de decesos ha aumentado, los y las portavoces del Gobierno Vasco han preferido culpabilizar a la ciudadanía del empeoramiento de la situación, subrayando sus comportamientos insolidarios o señalando a un sector concreto de la población, antes que hacer autocrítica en nombre de la institución.

Se han producido numerosos cambios en los cargos de portavoz, lo que ha añadido una sensación de inestabilidad a una responsabilidad que de por sí requiere una imagen de estabilidad, especialmente ante la incertidumbre como la que vivimos. Además, en más de una ocasión, los portavoces han eludido las preguntas difíciles y han mostrado una actitud defensiva. Los portavoces han mostrado una excesiva dependencia de los textos escritos y una cierta autonomía comunicativa únicamente a la hora de responder a preguntas. Es evidente que han tenido dificultades para improvisar. Se les ha detectado inseguridad y, en muchos casos, no han sido capaces de comunicarse en euskera con naturalidad.

Es importante subrayar también que el sistemático bombardeo informativo en torno a la COVID-19 agudiza a menudo la ansiedad entre la ciudadanía, dificultando una interpretación adecuada de la situación. Los medios no han combatido suficientemente los efectos de la infodemia (bulos, desinformaciones, etc.) que ha sido denunciada incluso por la OMS. Muchas veces ha faltado contextualizar datos y opiniones, y, frecuentemente, se ha priorizado la cantidad sobre la calidad de la información.

⁴ Mayor, U. (2020) Harrituta. Berria <https://www.berria.eus/paperekoa/2236/003/001/2020-11-27/harrituta.htm>

El continuo e inmediato bombardeo informativo por parte de los medios de comunicación en torno a la COVID-19 ha aumentado la ansiedad entre la ciudadanía, dificultando una interpretación adecuada de la situación, especialmente en una situación que necesita semanas, no días, para percibir su evolución. En las ocasiones en que la situación ha empeorado, no ir, por ejemplo, más allá de la evolución de un día para otro, no explicar cual era la tendencia, recurrir al alarmismo cuando una evolución dada era esperable⁵, no han hecho más que aumentar esa ansiedad ciudadana. Por otra parte, esta infodemia⁶ (bulos, desinformaciones, etc.) denunciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) no ha sido abordada con el suficiente rigor. Se ha primado el impacto informativo, la emotividad, sin tener en cuenta el embrujo negativo que la perplejidad permanente puede generar en la ciudadanía.

Propuestas

- ▶ A los ciudadanos se nos deben explicaciones claras. Los gobiernos y los medios de comunicación deben realizar una comunicación directa, clara y veraz. Básicamente, se necesitan unas bases claras y sólidas para la comunicación: transparencia, honestidad, empatía, explicando lo que necesita explicación, y proporcionando la información necesaria para hacer entender tanto la situación como las decisiones y medidas adoptadas. Este empoderamiento informativo facilitará mucho la colaboración ciudadana.
- ▶ Se requiere una política de comunicación que priorice la calidad antes que la cantidad y la frecuencia⁷. Lo importante no es aparecer a diario o con otra frecuencia fijada, sino cuando realmente se necesite.
- ▶ Los datos deben ser precisos, claros y actualizados. Periodistas y medios de comunicación pueden ser capaces de interpretar adecuadamente estos datos, pero deben abordar el reto de hacerlo con valentía, renunciando a ser meros mensajeros de la información recibida de las autoridades. La situación que vivimos ha hecho necesario que los medios desarrollen la habilidad para gestionar y explicar grandes cantidades de datos, indicadores complejos e información epidemiológica especializada.
- ▶ La comunicación emocional debe cuidarse. Los y las portavoces, así como los titulares periodísticos, más allá de los datos, también transmiten sentimientos. Siendo necesaria tanto la comunicación escrita como la oral, en las comparecencias públicas se agradecería la presencia de portavoces menos dependientes del texto. Ya que el uso de la máscara es imprescindible, los ciudadanos necesitamos y agradecemos a las personas que nos miran a los ojos y no a los papeles. Más allá de la evolución asfixiante de cada día, se necesitan relatos que permitan una comprensión más amplia de la situación y de la evolución, así como dar sentido a las medidas que se tomen.
- ▶ Fomentar la presencia en ruedas de prensa y comparecencias de portavoces competentes en las dos lenguas oficiales de nuestra Comunidad. Ha sido frecuente que en las comparecencias públicas el castellano haya sido la lengua vehicular y el euskera la secundaria. Ambos idiomas deben estar al mismo nivel en todas las comparecencias, tanto escritas como audiovisuales.

⁵ Cuando una vez que dejan de aumentar el número de positivos, dado el decalaje temporal, siguen aumentando durante algunos días los ingresos y la presión en las UCI; o por la falta de mejoras en los datos epidemiológicos en los días inmediatos de la entrada en vigor de nuevas medidas, por ejemplo.

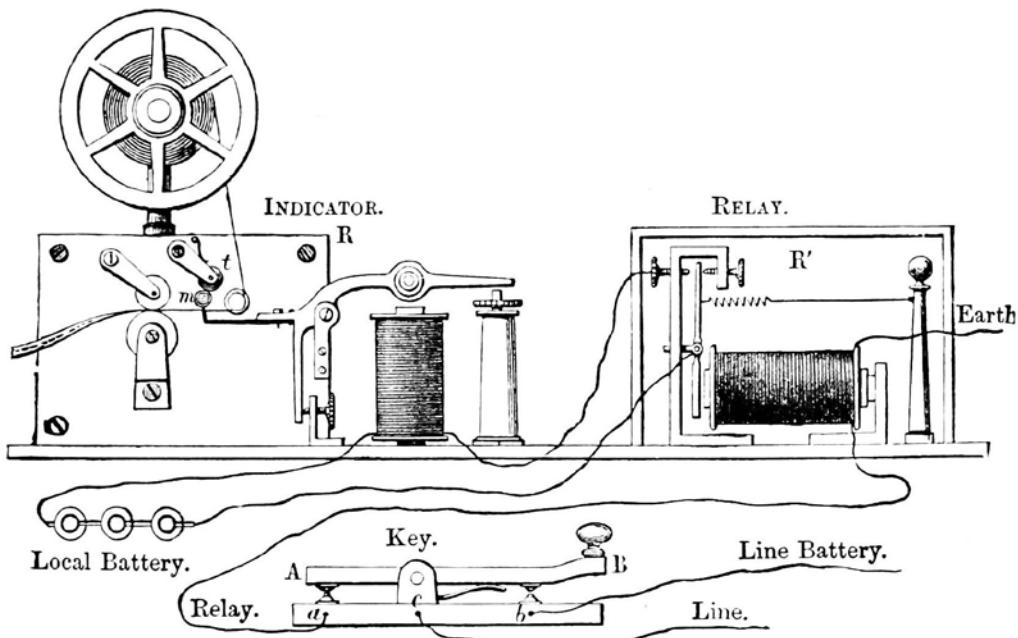
⁶ WHO, World Health Organization (2020). Immunizing the public against misinformation. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/immunizing-the-public-against-misinformation>

⁷ Beretta, S., & Bozzolan, S. (2004). A framework for the analysis of firm risk communication. The International Journal of Accounting. 39(3), 265-288.

- ▶ Desarrollar una política de comunicación transparente y descartar la opacidad. Por muy duros que sean, hay que proporcionar datos objetivos, confiando en la capacidad de los medios y de la sociedad para asimilarlos. Los y las portavoces deben ser capaces de responder de forma adecuada a las preguntas difíciles de las y los periodistas, sin esquivarlas, contextualizando los datos y sin ocultarlos cuando la evolución no es buena. Es importante explicar suficientemente tanto los datos, como las interpretaciones, como las evidencias que se utilizan para tomar las decisiones para así poder entender el sentido de esas medidas. La ciudadanía precisa una información completa y una comunicación sincera. Tenemos que saber, por ejemplo, dónde nos hemos contagiado, qué variantes están predominando en los contagios, por qué se hace un cribado, o cómo va la campaña de vacunación.
- ▶ Fomentar una política de comunicación proactiva, tal y como aconseja la OMS⁸. En situaciones complicadas es cuando se aprecia mejor la profesionalidad de los y las portavoces. Esta actitud exige dejar de lado los tics reactivos, actuar honestamente, subrayando las decisiones acertadas e incluso reconociendo honestamente cuando se han equivocado. Cuando los datos empeoran, la ciudadanía no puede ser sistemáticamente señalada como la única culpable. Los gobiernos tienen que ejercer más la autocrítica.
- ▶ Proporcionar estabilidad en los cargos de portavoz. En situaciones de crisis la figura de portavoz es muy importante. Debe transmitir tranquilidad. Se necesitan portavoces competentes en la comunicación verbal y no verbal, lo que requiere estabilidad y no cambios periódicos en dichos cargos. Asimismo, se agradecería que el número de portavoces que deban dar explicaciones sobre la pandemia sea lo menor posible para garantizar la eficacia del mensaje y evitar contradicciones.
- ▶ Es absolutamente necesario realizar una comunicación veraz, rigurosa, comprensible y accesible del riesgo. Esta comunicación debe estar basada en evidencias científicas y ser creíble, coherente y continua en el tiempo, teniendo en cuenta la diversidad social (de edad o de lengua, entre otras) y adaptándose a sus características y necesidades.
- ▶ La comunicación durante la pandemia debe facilitar la vida cotidiana de los y las ciudadanas, proporcionar criterios para permitir identificar y gestionar los riesgos de una manera independiente y por tanto propiciar la construcción de comunidades más seguras y solidarias⁹. Es importante, por ejemplo, que la comunicación exprese y comparta con precisión la lógica epidemiológica que explica el porqué de las medidas y consejos, los factores de riesgo de contagio y los recursos de protección personal.
- ▶ Es asimismo imprescindible escuchar a la ciudadanía, y favorecer una comunicación bidireccional, por ejemplo creando foros de debate para adaptar la lógica epidemiológica a los diferentes grupos y situaciones sociales. Una precondition para ese diálogo es creer en la madurez de las y los ciudadanos. Por otro lado, en este intercambio de información, así como de visión, la mediación de los medios de comunicación es fundamental. El reconocimiento mutuo entre la autoridad y la sociedad, y la asunción de esta responsabilidad por parte de los y las periodistas podría tener la capacidad de crear una interacción fructífera y tranquilizadora, calmando así las inquietudes y perturbaciones que puede acarrear por sí misma esta era pandémica.

⁸ WHO, World Health Organization (2020). Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19). <https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-readiness-and-initial-response-for-novel-coronaviruses>

⁹ Covello, V. T., McCallum, D. B., & Pavlova, M. (1989). Principles and guidelines for improving risk communication. Effective risk communication (pp. 3-16).



Gestión de datos abiertos

En España los datos relacionados con la epidemia de COVID-19, tanto los asistenciales como los epidemiológicos, son gestionados por cada comunidad o ciudad autónoma y enviados al Ministerio de Sanidad, que los publica de forma centralizada a través del Instituto de Salud Carlos III. Los datos se obtienen caso por caso a partir de la declaración de éstos a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) a través de la plataforma informática vía Web SiViES (Sistema de Vigilancia de España) que gestiona el Centro Nacional de Epidemiología (CNE)¹.

Cada comunidad autónoma decide qué datos en abierto publicar y cómo². Dependiendo del tratamiento de los datos, los números resultantes pueden ser diferentes dependiendo de si se consultan las bases de datos estatales o autonómicas. Cuando hay diversas fuentes para un dato y no coinciden, no hay forma de saber cuál es el más cercano a la realidad.

Durante la pandemia, la CAV ha realizado, como otras comunidades autónomas y países, cambios a la hora de publicar y mantener los datos en abierto que no han tenido en cuenta las dificultades que se introducían para el seguimiento de la evolución de la pandemia. Algunas variables se publican sueltas en notas de prensa, sin ofrecerse la serie histórica de los datos ni posibilidad de descarga. Otras series de datos dejaron de publicarse, como los fallecidos por provincias³ o los datos asistenciales por hospitales.

¹ Situación y evolución de la pandemia de COVID-19 en España. Panel Covid-19 en Instituto de Salud Carlos III. <https://cnecovid.isciii.es/covid19/#documentación-y-datos>

² Autonomías y Covid-19: ¿datos para comunicar o para confundir? (David Rodríguez Mateos) <https://theconversation.com/profiles/david-rodriguez-mateos-1170231>

³ Artículo en blog que cuenta la ausencia de publicación de fallecidos por provincias en la CAV <https://numeroteca.org/2020/11/25/fallecidos-euskadi-provincias-datos>

Una serie de datos que no se publica o que requiere de mucha elaboración para ser analizada es menos susceptible de ser utilizada y, por tanto, de ser publicada por los medios de comunicación y atraer la atención del público. De forma deliberada o no, el acceso a los datos ha sido problemático y ha puesto de manifiesto las limitaciones de las formas en las que han sido publicados y la falta de voluntad para hacerlo en abierto.

En Open Data Euskadi, la plataforma de datos abiertos de la CAV, están disponibles para su descarga varias series de datos⁴, que se actualizan únicamente en días laborables. En ocasiones, esta información se actualiza semanalmente y se dan únicamente datos acumulados, requiriendo para su uso la reconstrucción de la serie completa descargando, agrupando y comparando todos los archivos. Sin embargo, esta tarea no siempre es posible porque pueden no estar disponibles todos los archivos. A veces, algunas variables en uno de los formatos ofrecidos (.csv) eran diferentes que las descargables en hoja de cálculo (.xlsx), dificultando su comparación. Los archivos disponibles para ser procesados mezclan datos con explicaciones, incumpliendo los estándares a la hora de publicar datos abiertos (como se indican por ejemplo en Open Standards for Data, <https://standards.theodi.org/>). Además, muchas variables no están claramente definidas. Tampoco existe dirección web (URL) para cada una de las series de datos, sino que se encuentran en hojas de cálculo multipestaña o en archivos .csv contenidos en .zip. Varias veces las hojas de cálculo contienen errores fruto, probablemente, de un procesado de datos manual.

En Irekia, la plataforma web del Gobierno Vasco, se ofrece información en notas de prensa o en boletines en formato PDF de la situación epidemiológica de la Viceconsejería de Salud. Esta información recoge información diaria en días laborables y resúmenes semanales. Algunas series de datos contenidas en los boletines o notas de prensa no se publican como datos abiertos (p. ej., las relativas a los motivos de realización de test diagnóstico o el número de aulas escolares cerradas).

Desde la ciudadanía se han planteado preguntas sobre algunas variables y sobre la publicación de datos adicionales, todavía sin respuesta. Se ha contestado puntualmente a alguna pregunta en Irekia y a algunas cuestiones por la cuenta de Twitter de @opendataeuskadi. En cualquier caso, puede decirse que, en general, la Administración no ha respondido a las peticiones de apertura de datos⁵.

Propuestas

Algunas de las siguientes propuestas están inspiradas en el manifiesto Todavía es posible⁶.

- ▶ Publicar datos actualizados. Para tomar medidas epidemiológicas, decisiones políticas y comunicar claramente a la población en qué se basan, es necesario contar con información actualizada fiable. La publicación debería ser, en la medida de lo posible, lo más próxima en el tiempo respecto a su obtención y tratamiento en origen.

⁴ Evolución del coronavirus (COVID-19) en Euskadi <https://opendata.euskadi.eus/catalogo/-/evolucion-del-coronavirus-covid-19-en-euskadi/>

⁵ Hilo de Twitter que recoge el proceso de reutilización de datos en la CAV.
<https://twitter.com/numeroteca/status/1370123787472154625>

⁶ Todavía es posible. Por unos datos públicos accesibles para la construcción de un conocimiento compartido en tiempos de pandemia global (junio 2020) <https://datoscovid19esposible.github.io>

- ▶ Habilitar repositorios que permitan la accesibilidad a datos organizados de forma estructurada, abierta, vinculada y contextualizada, en la línea de iniciativas gubernamentales ya existentes como <https://red.es/redes/> o <https://datos.gob.es/>. Deben incluir metadatos que describan tanto los campos utilizados como la forma en la que se ha obtenido cada uno de ellos, incluido el nivel de incertidumbre que pueda existir en torno a la definición del campo en sí, como al procedimiento de recogida y el valor obtenido. Este repositorio debería disponer no solamente los datos mínimos y armonizados que solicita el Ministerio de Sanidad (en el ejercicio de sus funciones de coordinación), sino todos los conjuntos de datos que se estén recopilando. La transparencia ayuda a la ciudadanía a comprender las medidas que se toman en base a los datos y a aplicarlas.
- ▶ Asegurar un tratamiento de los datos que permita mantener su trazabilidad, conservar accesibles todas las versiones de los datos (registros históricos) dentro del repositorio con el fin de permitir el estudio de la evolución de la pandemia. El repositorio debería estar integrado con los portales de transparencia tanto de la administración central como de las comunidades autónomas, para facilitar aún más el acceso de la ciudadanía a los datos.
- ▶ Publicar los datos de forma transparente, teniendo en cuenta las necesidades informativas y de investigación de los colectivos que trabajan con los datos (comunidad científica y medios de comunicación, por poner dos ejemplos).
- ▶ Proporcionar datos con un nivel de desagregación suficiente para ser útiles (edad, provincia, municipio, zonas de salud,...) y que al mismo tiempo sea compatible con la anonimización exigida en materia de protección de datos.
- ▶ Centralizar la información. La Administración debe mantener un sitio web orientado a la ciudadanía que de forma clara centralice toda la información e indique cuál es la situación epidemiológica actual y qué medidas le afectan en cada momento (por localidad, actividad profesional etc). De esta forma, la ciudadanía tendría la posibilidad de incrementar las medidas de precaución o limitar su movilidad más allá de lo exigido por las autoridades basándose en información veraz y accesible.
- ▶ Informar de forma transparente sobre la influencia de la variación del número y tipo tests realizados en valores obtenidos (incidencia acumulada, porcentaje positividad). Con la gran variación de pruebas diagnósticas realizadas, y sin información desagregada por provincias, ni información separada de los cribados generalizados, la evaluación de la incidencia acumulada o casos diarios es muy problemática.
- ▶ Interpretar los datos de forma preliminar. La publicación de los datos por parte de la administración debería incluir una primera interpretación de los mismos, así como las pautas de dicho análisis, para evitar las interpretaciones erróneas tanto por parte de los medios como de la propia ciudadanía.



Marco legal

La evidencia empírica ha mostrado que nuestro marco jurídico no estaba adecuadamente preparado para afrontar una situación como la planteada por la pandemia de 2020. Muchas de las normas con las que contábamos no se adaptan bien a la situación o incluyen demasiadas incertidumbres. Cuestiones clave como la regulación de la cuarentena, la posibilidad de imponer una vacuna obligatoria o un pasaporte inmunológico o certificado de vacunación siguen sin estar convenientemente resueltas.

Toda injerencia en el ámbito de los derechos fundamentales y libertades públicas, bien sobre su desarrollo (art. 81 de la Constitución) o porque implique una limitación o condicionamiento a su ejercicio (art. 53 de la Constitución), precisa de una habilitación legal. Para hacer frente a los efectos de la pandemia en nuestro territorio hemos contado con: la Ley orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio; la Ley orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública; Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad y particularmente su artículo 26; la Ley 8/1997, de 26 de junio, de ordenación sanitaria de Euskadi; la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, y especialmente su artículo 33; el Decreto Legislativo 1/2017, de 27 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de gestión de emergencias y, singularmente, su artículo 8; y los Reales Decretos 463/2020, de 14 de marzo y 926/2020, de 25 de octubre, por los que se declararon sendos estados de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

Además de ello, hay que tener en cuenta las medidas adoptadas en el marco de las relaciones laborales, tendentes asimismo a controlar la expansión de la epidemia, como la del permiso retribuido recuperable regulado en el Real Decreto 10/2020, de 29 de marzo, entre los días 30 de marzo y 9 de abril de 2020, con el fin de reducir la movilidad de las personas trabajadoras por cuenta ajena que no presten servicios esenciales.

Si se revisa con detalle la normativa aplicada, se observa que el marco jurídico extraordinario fijado en la Ley orgánica 4/1981 permite, en el caso de “Crisis sanitarias, tales como epidemias y situaciones de contaminación graves”, la declaración del estado de alarma para acordar la limitación de la circulación o permanencia de personas o vehículos en horas y lugares determinados, así como su condicionamiento a ciertos requisitos, y la posibilidad de establecer prestaciones personales obligatorias, que hoy encuentran concreción en el marco habilitado por el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre. Sin embargo, a día de hoy aún es tema de debate si esta Ley Orgánica permite limitar (menos aún suspender) determinados derechos fundamentales, como el de libertad ambulatoria. Cuestión que, planteados recursos de inconstitucionalidad frente al estado de alarma declarado por los precitados Reales Decretos, sigue pendiente de resolución por el Tribunal Constitucional.

Por su parte, la ley Orgánica 3/1986 es muy parca y ambigua, y aún así se ha utilizado prácticamente como recurso esencial para todo. La ley 14/1986 constituye la primera norma ordinaria integral que habilita al Parlamento Vasco para poder desarrollar sus previsiones (legislativo y ejecución).

Por otra parte, desde el punto de vista Estatutario, hay competencias para poder dar cobertura a situaciones de emergencia epidémica en el plano sanitario, de orden público y logístico, concretadas en los títulos competenciales reflejados, entre otros, en los apartados 12 y 25 del artículo 10 y artículos 18 y 17, del Estatuto de Autonomía, principalmente, sin perjuicio de otros sectoriales tangencialmente afectados como los recogidos en los apartados 15, 27, 32, 36 o 38 del artículo 10, entre otros. En cambio, el marco de libertades y derechos que pueden verse limitados por la declaración de un estado de alarma es competencia estatal.

Tras una revisión de urgencia, a punto del cierre de este capítulo, se puede considerar que el proyecto de Ley de medidas para la gestión de la Pandemia COVID-19 remitido por el Gobierno Vasco de forma urgente al Parlamento, y que persigue ser aprobado antes de finales de junio, respeta el marco competencial del Título VIII de la Constitución y contiene varias remisiones a la normativa estatal que da cobertura a las medidas materiales contenidas en el mismo.

No tenemos, sin embargo, una caracterización adecuada del marco jurídico de los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que ha devenido una herramienta clave. Así por ejemplo, el rango jurídico del Plan de Vacunación estatal no es en absoluto claro.

Propuestas

- ▶ Adaptar y actualizar el marco legal para otorgar mayor seguridad jurídica y mayor eficacia a las medidas que hayan de adoptarse. Es preciso fijar de forma sistemática y coherente un conjunto de soluciones jurídicas, colectivas y particulares para dar respuesta a la pandemia en nuestro territorio. Tal esfuerzo normativo debe contribuir a reforzar la acción pública de salud, de educación y de los servicios públicos en general y promover solidaridad y cohesión social. El punto de partida ha de ser la Ley 8/1997 de ordenación sanitaria de Euskadi.
- ▶ Definir en una ley autonómica vasca las medidas adoptables en el caso de pandemia. Surgen dos opciones legislativas: 1) elaborar una Ley vasca de Salud Pública global, preventiva, que aglutine y refunda en una sola norma toda la dimensión transversal, menos coyuntural y que pudiera valer para el futuro; 2) abordar en una Ley de Emergencias Sanitarias las circunstancias concretas actuales de la pandemia por la COVID-19, atendiendo a lo coyuntural, pero con vocación de aplicación ante futuras circunstancias pandémicas similares. Esta podría incluir cuestiones como la necesidad o no de la obligatoriedad en la vacunación, el pasaporte sanitario, los registros de vacunación, las cuarentenas y aislamientos, la regulación de la actividad del personal expuesto a riesgo extraordinario, etc.
- ▶ Avanzar en la aprobación del reglamento que ha de desarrollar la Ley General de Salud Pública.
- ▶ Crear un organismo de coordinación entre CCAA más eficiente, con una normativa que avale su funcionamiento y proporcione seguridad jurídica, sin solapar o sustituir los órganos constitucionalmente previstos para la adopción de normas.
- ▶ Adecuar la Ley orgánica 4/1981 mejor a circunstancias como las de la pandemia actual, tal vez ampliando las medidas aplicables al estado de alarma.
- ▶ Analizar el Reglamento Sanitario Internacional y su conciliación con algunas de las medidas que se han adoptado en el tráfico aéreo (como la exigencia de pruebas diagnósticas) o la adopción de pasaportes inmunitarios (como el Pase Verde) sin incurrir en discriminación de quienes no hayan podido tener acceso a la respuesta sanitaria dada en la UE.
- ▶ Ordenar y normar de forma coherente los posibles regímenes sancionadores orientados a garantizar el cumplimiento de las medidas adoptadas, tanto en el seno del régimen excepcional del estado de alarma como desde la legislación ordinaria. Habría que analizar la conveniencia de recuperar el delito contra la Salud Pública para los casos más graves de conductas que supongan un peligro para la salud colectiva.

4.

Educación



Educación infantil, primaria y secundaria

Los últimos doce meses han dejado cambios mucho más profundos en nuestro sistema educativo, a medio y largo plazo, que un puñado de leyes orgánicas de educación. Algunos problemas estructurales que la educación venía arrastrando han salido a la luz, agravándose en no pocas instancias. El cierre total de todo centro escolar en marzo de 2020 tuvo que gestionarse desde la improvisación y la espontaneidad. A pesar de que aquellos que tenían la digitalización incluida en las líneas estratégicas del centro se adaptaron mejor, en otros muchos casos no hubo previsión, ni medidas de respuesta, ni recursos adecuados a la nueva situación¹.

La Administración solicitó al personal docente que realizara las adaptaciones necesarias para poder impartir las asignaturas de forma telemática. Pero en este nuevo escenario de escolarización virtual se puso muy de manifiesto el problema de la brecha digital, sobre todo relativo a los ingresos domésticos, al modelo familiar vigente (brecha de género), o al índice de ruralidad. Por consiguiente, entre un 5% y un 10% del alumnado tuvo problemas de accesibilidad, bien a los dispositivos o bien a la red digital².

¹ UNESCO (2021): Impacto de la COVID-19 en la educación. <https://es.unesco.org/covid19/educationresponse>

² INE: Equipamiento y uso de TIC en los hogares - Año 2020 https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735576692

La segunda de las conclusiones y también motivo de preocupación, puesta en evidencia casi desde el primer momento, ha sido la relativa a los contenidos educativos y a su evaluación, así como en lo referente al euskera. La Administración ha propuesto adaptaciones a lo establecido por los decretos curriculares en casi todas las etapas, exigiendo cambios coyunturales en los criterios de evaluación. Siendo el segundo curso de bachillerato y la evaluación de acceso del bachillerato a la universidad las únicas excepciones. El 75% del alumnado de la CAV³ y el 25% de Navarra⁴ tiene el euskera como lengua vehicular escolar, pero con una presencia en los hogares cercana al 15%, el retroceso en la competencia lingüística ha sido evidente.

Además, la falta de socialización derivada del cierre de las escuelas, ha influido en el estado psico-emocional del alumnado, que se ha mostrado más nervioso (70,14%), triste (55%) o se ha enojado con mayor frecuencia (74,66%). Asimismo, el cierre de los colegios ha tenido consecuencias tanto en la actividad física como en los hábitos alimentarios (el 64,72% ha comido más y el 68,1% ha consumido más bollería industrial)⁵.

En cuanto a la salud del profesorado, el 50,6% de docentes ha sufrido estrés, de los cuales el 14,1% se ha comunicado como grave y el 4,5% como muy grave. Además, el 32,2% de docentes ha declarado haber tenido síntomas depresivos, de los cuales el 4,3% han declarado síntomas graves y el 3,2% síntomas muy graves. En cuanto al género, las mujeres han sido las que mayor puntuación han tenido en problemáticas de salud mental. En lo que a edad se refiere, los niveles de ansiedad y estrés más altos correspondieron a participantes de mayor edad.

Con la apertura generalizada de los centros educativos como consecuencia de las medidas adoptadas en el verano de 2020, se ha restaurado la presencialidad, al igual que la adaptación de la normativa educativa, y el establecimiento de planes y protocolos de contingencia para los centros educativos. Este curso han aflorado las preocupaciones en torno a espacios educativos y ratios: ratios altos, falta de espacios adecuados para la correcta aplicación de las medidas de seguridad, problemas para implementar actividades al aire libre frente a la recomendación de la administración, insuficiencia de recursos humanos, interrupciones en las relaciones y en la colaboración entre los y las niñas.

La pandemia de la COVID-19 ha supuesto un aumento de la inversión pública en educación, de cara a las medidas profilácticas y de seguridad, así como la inversión principalmente relacionada con la digitalización de los centros, las licencias de software y la compra de dispositivos tecnológicos.

Por último, la educación no formal, el deporte escolar y la oferta de tiempo libre han decaído casi en su totalidad en un primer momento, y aunque sus consecuencias educativas, emocionales y sanitarias son difíciles de evaluar, se consideran evidentes. Las adaptaciones que se han tenido que realizar en esta oferta, que poco a poco se va recuperando, no deben menoscabeirse.

³ Eusko Jaurlaritza: Matrikula: Bilakaera-irudiak, Haur Hezkuntzako, Lehen Hezkuntzako eta DBHko ikasleen eboluzioa 2015-2016 ...2020-2021 <https://www.euskadi.eus/matrikula-bilakaera-irudiak/web01-a2hestat/eu/>

⁴ Nafarroako Gobernua, Hezkuntza Departamentua: Oinarrizko datuen estatistika.
<https://www.educacion.navarra.es/eu/web/dpto/estadisticas/estadistica-de-datos-basicos>

⁵ Eusko Jaurlaritza, Nafarroako Gobernua, Euskararen Erakunde Publikoa (2016). VI. Inkesta Soziolinguistikoa. Euskararen eremu osoa. https://www.irekia.euskadi.eus/uploads/attachments/9954/VI_INK_SOZLG-EH_eus.pdf?1499236557

6 Berasategi Sancho, N., Idoyaga Mondragón, N., Dosil Santamaría, M., Eiguren Munitis, A., Pikaza, M. & Ozamiz Etxebarria, N. (2020). Umeen ahotsak konfinamendu garaian. KideOn. EHU.
http://www.hikhasi.eus/Albistegia/20200928/Umeen_ahotsak_konfinamendu_garaian_

Propuestas

- ▶ Adaptar toda decisión legislativa de la Administración a las necesidades y derechos de las personas menores de edad (alimentación, educación, salud física y psíquica, juego, privacidad...) de forma indirecta o a través de disposiciones adicionales.
- ▶ A la hora de establecer protocolos se deberá tener en cuenta la vulnerabilidad de la infancia y la juventud; anticipando, desde un primer momento, el miedo, la exclusión, la ansiedad, el aislamiento, la alimentación y otros efectos adversos, y acudiendo a modelos más protectores⁷.
- ▶ Dotar a los centros educativos de un mayor grado de autonomía a la hora de armonizar dichos protocolos.
- ▶ Asegurar una comunicación tanto de la situación como de los datos que sea transparente y adaptada. Por un lado, para que niños y niñas comprendan lo que está ocurriendo y, por otro, para que las familias hagan una valoración realista del riesgo, de cara a decidir si mandar a sus hijos e hijas a la escuela, o para organizar la vida extraescolar.

Organización

- ▶ Reducir de forma generalizada los ratios para la formación de burbujas, teniendo en cuenta las variables de etapa y nivel de aprendizaje, centro escolar y contexto –origen del alumnado, primera lengua y situación socio-económica. Ofrecer recursos suficientes para limitar los movimientos del profesorado entre burbujas.
- ▶ Proveer asistencia con el aislamiento. Garantizar el servicio de comedor a las personas que se queden en casa. Proporcionar apoyo psicológico/emocional. Definir un plan que garantice que la totalidad de alumnos y alumnas tengan recursos dignos en casa (conexión de red adecuada, ordenador).
- ▶ Escalonar los horarios de entrada y salida para evitar mezclas entre burbujas. Ventanas abiertas y mascarillas en el transporte escolar.

Medidas relativas a los espacios educativos

- ▶ Implementar medidas que superen el paradigma “un alumno-una mesa de estudio”, con inversiones en diseño de nuevos espacios, reformas de centros, mobiliario, etc.
- ▶ Priorizar los espacios exteriores y el uso de la naturaleza. Utilizar lugares cubiertos o instalar carpas que permitan una amplia ventilación y, partiendo de la idea de “espacio como agente educativo”, ofrecer medios para la didactización de recursos externos, naturales, como internos. Aprovechar los espacios amplios⁸: salas, bibliotecas, espacios deportivos, patios...
- ▶ Crear espacios para la implementación de competencias relacionadas con el cuidado en los centros educativos; cocinas, lavaderos, talleres de bricolaje y pequeñas reparaciones domésticas, foros y/o recursos de observación de la naturaleza (huertas, estanques, escuelas-bosque...).

7 UNESCO (2020): Escuela, salud y nutrición: por qué la COVID-19 requiere una reforma de la educación para luchar contra las desigualdades de género. <https://es.unesco.org/news/escuela-salud-y-nutricion-que-covid-19-requiere-reforma-educacion-luchar-desigualdades-genero>

8 Sistiaga M. & Andoño i. (2021): Nola balia genezake natura konpetentziak lantzeko? http://www.hikhasi.eus/Albistegia/20210212/Nola_balia_genezake_natura_konpetentziak_lantzeko_

RECURSOS

- ▶ Instalar monitores de CO₂ en todas las aulas, sin menoscabo de la calidad térmica para garantizar la ventilación. Utilizar filtros HEPA cuando la ventilación natural no sea posible⁹.
- ▶ En función de su disponibilidad, distribuir mascarillas transparentes homologadas preferentemente a los centros escolares, empezando por el alumnado de Educación Infantil y el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo.
- ▶ Ofrecer a los niños y niñas pruebas diagnósticas menos invasivas con el fin de cortar las cadenas de transmisión lo antes posible. Incluir al profesorado en las listas de cribado siempre que haya habido casos sospechosos en el aula.
- ▶ Definir una estrategia digital integral de educación basada en tecnologías que garanticen el compromiso con el euskera, la no dependencia de proveedores y la propiedad de los datos, definiendo las condiciones mínimas para garantizar una digitalización saludable del alumnado y del centro.

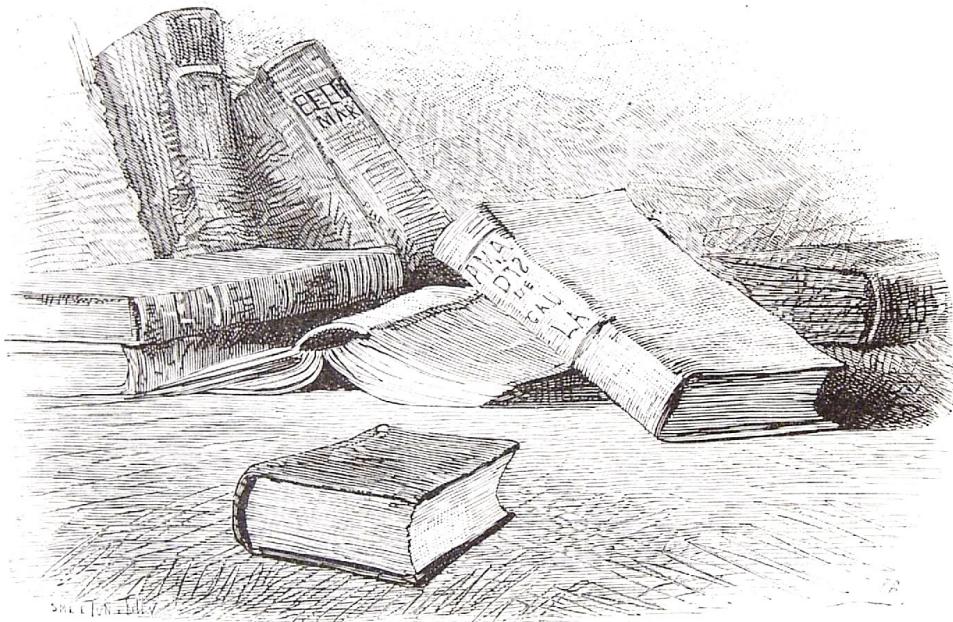
Medidas relativas al euskera

- ▶ Implementar, en colaboración con otras instituciones, redes para el cuidado de las competencias en euskera de los y las menores.
- ▶ Poner a disposición recursos tecnológicos, divulgativos y servicios de traducción en euskera.
- ▶ Reforzar los recursos humanos en esta dirección.
- ▶ En todo caso en que la primera lengua sea una lengua extranjera, dar los pasos necesarios para su incorporación al currículo escolar, estableciendo medidas de tratamiento lingüístico integrado.

Medidas curriculares

- ▶ Introducir en el currículo contenidos relacionados con el trabajo de cuidado tanto personal como colectivo.
- ▶ Incorporar en el currículo contenidos relacionados con la educación sostenible y las competencias eco-sociales que fomenten la biofilia y las actividades de experiencia directa con la naturaleza.
- ▶ Con el objetivo de una evaluación educativa y saludable, focalizarse en la interconexión, la empatía, la salud y el bienestar integral y el cuidado. Además de las calificaciones (o más allá), registrar la interrupción de la enseñanza-aprendizaje cuando esto suceda. Aliviar la presión relativa a la elaboración de contenidos al ritmo habitual y la carga de las evaluaciones cuantitativas, salvo en los casos de fuerza mayor.
- ▶ Crear espacios para hablar y reflexionar sobre las vivencias de los niños y niñas en torno a la Covid-19.

⁹ Gurdasani D. & Alwan N.A. (2021): School reopening without robust COVID-19 mitigation risks accelerating the pandemic. *The Lancet*, 397, 1177-1178.
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2900622-X>



Educación universitaria

Con la orden de confinamiento iniciado en marzo de 2020, además de convertir todas las clases a modo telemático, la universidad no estaba preparada para adaptarse adecuadamente a todos los cambios exigidos por la situación de la crisis sanitaria. La gran deriva y la falta de pautas concretas obligaron a tomar muchas decisiones de forma improvisada. A pesar de lo cual, se consiguió dar la oportunidad a la mayoría del alumnado de continuar estudiando y terminar el curso.

Por el contrario, en el nuevo curso ha habido más tiempo de planificación para pensar mejor los cambios necesarios y poner recursos en marcha. Desgraciadamente, en estos espacios de reflexión y decisión no han estado presentes todos los sectores que participan en la universidad, entre ellos las y los estudiantes, lo que ha provocado muchas lagunas. En función de la universidad y la facultad, se han propuesto clases online, de carácter bimodal o totalmente presencial, haciendo llegar la información al alumnado de forma tardía. Por otro lado, con el objetivo de mantener las burbujas, los horarios han tenido que variar, limitándose a las pocas posibilidades que ofrece la infraestructura. No se ha tenido en cuenta la incidencia que todo ello pudiera tener en las vidas del alumnado: en lo que respecta a las rentas de los pisos escolares, la brecha digital, los horarios de quienes trabajan al mismo tiempo que estudian... Por lo tanto, la pandemia ha puesto de manifiesto y acrecentado muchas de las carencias existentes.

En cuanto a la metodología de aprendizaje, se ha procurado adecuar la adaptación educativa a las necesidades de cada situación y tipo de estudios, en función tanto de la universidad como de la facultad. A pesar de la puesta en marcha de nuevas herramientas para garantizar la continui-

dad de las clases desde casa, éstas, a menudo, no se ajustan a las metodologías de enseñanza. Por ejemplo, ha habido cámaras, pero no se veía bien la pizarra; hay micrófonos, pero no se escucha bien; el estudiantado puede verse e interaccionar online, pero es complicado trabajar en grupo. El grado de conocimiento que una parte importante del profesorado tiene del nuevo equipamiento, además de la interrupción reiterada de las clases, ha influido en la motivación del alumnado y en la calidad de la enseñanza.

La falta de conocimiento y/o concreción de los protocolos de seguridad ha llevado a una aplicación diferente en cada materia: desde la ventilación excesiva (pasando frío en el aula), hasta la decisión de asignar o no trabajo al alumnado cuando el o la profesora se ha tenido que confinar. Asimismo, se ha incrementado la distancia en las relaciones, dificultándose la comunicación y la participación en clase. Debido al uso de la mascarilla por un lado, y, por otro, porque el alumnado que estudia online tiene que pasar muchas horas seguidas al día mirando una pantalla, en solitario. En general, tanto en los grupos como en las facultades que han podido mantener el aprendizaje presencial, el alumnado no ha detectado tantas dificultades, manteniendo la calidad de las materias y teniendo más facilidad para seguir el hilo del tema con motivación.

La falta de infraestructuras para estudiar, comer y relacionarse con los y las compañeras fuera de las horas lectivas ha aumentado debido a los protocolos de seguridad. Los espacios de estudio (mesas, biblioteca, aulas, etc.), por ejemplo, se han reducido aún más y no hay espacio disponible para todo el alumnado, ni para trabajos en grupo, ni a lo largo del curso, ni durante el periodo de exámenes. Además, las aplicaciones para móviles puestas en marcha para gestionar los espacios existentes, como la biblioteca, no se adaptan a las necesidades del alumnado y aumentan la brecha digital. Mantener abiertas las cafeterías y comedores universitarios ha sido positivo. Pero el hecho de que se hayan eliminado espacios y recursos gratuitos para el descanso o para comer lo que se ha traído de casa (las salas y los microondas, por ejemplo), ha obligado a la gente a tener que consumir en los comedores de pago y a agruparse en torno a las cafeterías.

Del mismo modo, se han puesto de manifiesto claras contradicciones en materia de transporte. Se ha mantenido el número de medios de transporte existentes hasta ahora, lo que ha provocado aglomeraciones en algunas líneas de autobús y metro. A pesar de las medidas que se han tomado en la universidad, las medidas que se toman en las vías de acceso también son esenciales para evitar contagios en dichos espacios. Sobre todo si se tiene en cuenta que en los medios de transporte se mueve gente de diferentes facultades, pueblos y provincias, rompiendo burbujas continuamente.

Por último, la ansiedad digital, las nuevas medidas y la incertidumbre que genera la situación actual han influido negativamente en el estado emocional y motivacional del alumnado. La falta de información accesible sobre la tasa de incidencia y el rastreo de casos en cada facultad también ha sido causa de ansiedad.

Propuestas

Proponemos una serie de mejoras para dar solución a las carencias mencionadas:

- ▶ Integrar en los centros de decisión a representantes de todos los sectores de la universidad para garantizar un diálogo continuo que permita una mejor respuesta a errores y necesidades. La adaptación de las medidas para el próximo curso y una reflexión en profundidad sobre los métodos a usar.
- ▶ Incluir las especificaciones que faltan en el protocolo para hacer frente a la pandemia, para reducir el margen de improvisación y evitar diferencias entre alumnos y/o materias.

Infraestructura

- ▶ Facilitar espacios y utensilios de cocina, con el material de limpieza necesario para poder comer en dichas salas.
- ▶ Ampliar y capacitar los espacios de estudio, especialmente en época de exámenes, poniendo en marcha los recursos necesarios (limpieza, protección...).
- ▶ Ofrecer espacios dignos para el descanso: lugares cubiertos al exterior, clases en el interior de los edificios...
- ▶ Para regular adecuadamente la ventilación en espacios cerrados, instalar en todas las clases dispositivos que midan la concentración de CO₂ en el aire y, por tanto, del aire respirado.

Comunicación: ¿qué, cuándo y cómo?

- ▶ Organizar sesiones para comunicar el protocolo y los nuevos recursos que se ofrecen y/o los canales de ayuda (económicos, digitales...) y utilizar canales de comunicación más cercanos.
- ▶ Transmitir las líneas generales del curso siguiente al final del anterior (metodología, horarios, instrumental necesario...), para que el alumnado pueda tomar las decisiones oportunas (alquileres de pisos, conciliación de estudios y trabajo...).
- ▶ Crear diferentes canales de comunicación para evitar la sobrecarga de mensajes en los correos electrónicos existentes, para solicitar y transmitir de forma organizada cada tipo de información: calendarios digitales, plataformas de seguimiento de posibles contactos...

Nueva metodología y herramientas

- ▶ Asegurarse de que además de ofrecer formación al profesorado, éste cuenta con la capacidad para utilizar con facilidad los recursos digitales, y evitar así la interrupción continua de las clases.
- ▶ Aumentar la coordinación entre el profesorado para que el alumnado se pueda organizar para las tareas en grupo con el mismo número de personas y así mantener las burbujas.

- ▶ Mejorar la calidad de las clases online: diseñar clases de fácil seguimiento ante la pantalla, asegurarse de que las voces se escuchen bien, cuidar la calidad de la imagen...
- ▶ Disminuir el número de horas a pasar frente a la pantalla para reducir la ansiedad digital, adaptando la metodología: realizar otras tareas, pedir lecturas...
- ▶ Poner a disposición de las plataformas digitales todo el material necesario para llevar a cabo los estudios, teniendo en cuenta posibles problemas técnicos o confinamientos.
- ▶ Aumentar los recursos personales para que las clases sean lo más presenciales posible, dando la posibilidad de continuar online, desde casa, a las personas confinadas.

Transporte

- ▶ Aumentar la frecuencia o número de los medios de transporte (metro, autobús...) para evitar aglomeraciones.
- ▶ En función del campus, ofrecer más espacios para aparcar, y hacerlos gratuitos, ya que se ha incrementado el número de personas que quieren o necesitan desplazarse en coche, en lugar de utilizar medios de transporte público.

Recursos y bienestar

- ▶ Para reducir la brecha digital, volver a poner a disposición los ordenadores fijos para estudiar en la universidad, ofreciendo las medidas de limpieza necesarias para ello.
- ▶ Respetar los derechos lingüísticos en todos los servicios existentes (el servicio digital de práctica deportiva en la EHU, por ejemplo, se ha ofrecido exclusivamente en castellano).
- ▶ Ofrecer un servicio de apoyo psicológico a toda la comunidad universitaria.
- ▶ Realizar una revisión de las tasas a abonar, ya que se han modificado las condiciones de aprendizaje y la metodología docente en algunos de los grados.

5.

Equipo de
trabajo

Este trabajo está enfocado a un único objetivo: ayudar a la sociedad a desarrollar herramientas más eficientes que las actuales para afrontar esta o futuras crisis sanitarias. Su elaboración ha sido posible gracias al esfuerzo realizado por un grupo de investigadores y profesionales que han aunado sus fuerzas con este ideal común. La marcada interdisciplinariedad de sus autores ha hecho posible ofrecer un trabajo panorámico, que abarca múltiples materias, visiones y aproximaciones. Nuestra intención ha sido, además, ofrecer sugerencias basadas en datos, de manera que sean lo más objetivas posibles. Obviamente, esto no significa que todos y todas compartamos todos sus contenidos finales. Entre otros motivos, porque no tenemos ni siquiera la capacidad de valorar adecuadamente lo que no pertenece a nuestro propio campo de trabajo. Esperamos, en todo caso, que pueda ser de utilidad para el futuro.

Oier Ateka Barrutia

Especialista en Medicina Interna, Hospital Universitario Donostia. Profesor asociado en el departamento de Neurociencias de la UPV. Responsable de la cohorte de seguimiento a pacientes Covid del Hospital U. Donostia.

Lazaro Elizalde Soto

Médico jubilado. Especialista en Salud Pública. Ex Director del Servicio de Ciudadanía Sanitaria. Departamento de Salud de Navarra. Miembro de la ADSPN-OPEN y la Plataforma Navarra de Salud.

Lorea Larrañaga Azpiazu

Médico de Familia y Comunitario del Centro de Salud de Osakidetza de Ondarroa. Vocal de Osatzen (Colegio Vasco de Médicos de Familia y Comunitarios).

Saioa Elosegi Uranga

Médico de la Residencia Sagrado Corazón de Erreenteria. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Licenciada en Medicina por la Universidad de Navarra. Master universitario en Geriatría y Gerontología. Miembro de “Zahartzaroa”.

Angel Bidaurrazaga Vandierdonck

Profesor de la Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU. Doctor en Medicina.

Adrian Hugo Aginagalde Llorente

Director del Observatorio de Salud Pública (SP) de Cantabria. Especialista en Medicina Preventiva y SP. Investigador del Museo Vasco de Historia de la Medicina. Coordinador de la Sección de SP de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Álvaro Goñi de Francisco

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública (MP y SP). Vocal de la Comisión Nacional de la Especialidad de MP y SP en el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar. Facultativo especialista en MP y SP en la OSI Bidasa

Ugo Mayor

Profesor Investigador Ikerbasque en el departamento de Bioquímica y Biología Molecular de la UPV/EHU. Doctor en Biología por la Universidad de Cambridge. Coordinador del desarrollo de un protocolo de detección de SARS-CoV-2 por RT-PCR en marzo 2020.

Sergio Barrondo Lacarra

Profesor Agregado del Departamento de Farmacología de la UPV/EHU. Investigador del Grupo Consolidado de Gobierno Vasco IT-1230-19 y miembro del CIBERSAM. Farmacología y caracterización funcional del sistema cannabinoides endógenos.

Maitane Picaza

Profesora adjunta en el departamento de DOE (UPV/EHU). Dra en Educación (Univ de Deusto). Grupo de Investigación consolidado del GV KideON. Investigadora de las consecuencias psico-sociales y educativas de la pandemia por COVID-19 en la CAV

Naiara Ozamiz

Profesora adjunta en el departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación (UPV/EHU). Dra. en psicología por la UPV/EHU. Investigadora de las consecuencias psico-sociales y educativas de la pandemia por COVID-19 en la CAV.

Amaia Eiguren

Profesora laboral en el departamento de DOE (UPV/EHU). Dra en psicodidáctica por la UPV. Grupo de Investigación Consolidado del GV KideON. Investigadora de las consecuencias psico-sociales y educativas de la pandemia por COVID-19 en la CAV.

Naiara Berasategi

Profesora adjunta en el departamento de DOE en la Facultad de Educación (UPV/EHU). Grupo de Investigación Consolidado del GV KideON. Investigadora de las consecuencias psico-sociales y educativas de la pandemia por COVID-19 en la CAV.

Maria Dosil

Profesora en el departamento de Ciencias de la Educación (UPV/EHU). Dra en Psicología de la Educación y Didácticas específicas por la UPV/EHU. Investigadora de las consecuencias psico-sociales y educativas de la pandemia por COVID-19 en la CAV.

Nahia Idoiaga

Profesora adjunta en el dep. de Psicología Evolutiva y Educación (UPV/EHU). Dra en psicología. Grupo de Investigación Consolidado del GV KideON. Investigadora de las consecuencias psico-sociales y educativas de la pandemia por COVID-19 en la CAV.

Carmen Martín

Adjunta psiquiatría en el HUA, investigadora en Bioaraba. Tutora de la UNED (Psicología). Colaboradora en programa de atención a personas con Trastorno Mental Grave y prevención de ingreso durante la COVID y apoyo a profesionales de OSI ARABA.

Iñaki Zorrilla

Doctor en psiquiatría, facultativo del HUA, profesor asociado en UPV-EHU, investigador en Bioaraba y CIBERSAM. Coordinador de la Unidad Ensayos clínicos Bioaraba. Valoración de impacto emocional en población escolar y profesionales sanitarios.

Jon Irazusta

Catedrático, Docente e Investigador en el departamento de Fisiología de la UPV/EHU. Doctor en Biología por la UPV/EHU. Investigador Principal del equipo de investigación consolidado Ageing On.

Ana Rodríguez Larrad

Fisioterapeuta. Profesora Agregada, docente e investigadora, en el departamento de Fisiología de la UPV/EHU. Doctora por la UPV/EHU. Investigadora del equipo de investigación consolidado Ageing On.

Itziar Txurruka

Profesora Titular, docente e investigadora, en el departamento de Farmacia y Ciencias de los Alimentos de la UPV/EHU. Doctora en Farmacia por la UPV/EHU. Co-Investigadora Principal del equipo de investigación consolidado GLUTEN3S.

Arkaitz Carracedo

Profesor Investigador Ikerbasque en CIC bioGUNE. Doctor en Biología por la Universidad Complutense de Madrid. Miembro del grupo de actuación COVID-19 de CIC bioGUNE coordinado por José María Mato.

Guionar Pérez de Nanclares

Investigadora en IIS Bioaraba y profesora en la UPV/EHU (Dpto Bioquímica y Biología Molecular). Colaboradora en el protocolo de detección de SARS-CoV-2 por RT-PCR y coordinadora del proyecto de fabricación de hisopos mediante impresión 3D.

Iñigo Calvo Sotomayor

Profesor e investigador del Departamento de Management de Deusto Business School. Doctor en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad de Deusto y Posgraduado en Relaciones Internacionales por la Universidad Católica de Lovaina.

Imanol Zubero Beaskoetxea

Profesor Titular de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación. Doctor en Sociología. Director del grupo de investigación CIVERSITY-Ciudad y Diversidad.

Olga Giménez Pérez

Trabajadora Social en Servicio de Urgencias Sociales. Master en Trabajo Social California State University. Atención directa de recursos de urgencia antes de y durante la pandemia: dependencia, desprotección, violencia de género, sinhogarismo, ...

Mari Jose Aranguren Querejeta

Directora General de Orkestra - Instituto Vasco de Competitividad y Catedrática de Economía en la Deusto Business School de la Universidad de Deusto.

Ibon Gil de San Vicente

Subdirector general de Orkestra - Instituto Vasco de Competitividad. Economista por la UPV/EHU y MBA por University of Kent. Doctorando en Competitividad Empresarial y Territorial, Innovación y Sostenibilidad de la Universidad de Deusto.

Pablo Aretxabala

Asesor en K2K Emocionando. Licenciado en Derecho por la Universidad de Deusto y MBA por la UPV/EHU. Promotor del manifiesto nerfuture de empresas ante la pandemia del covid.

Txema Ramírez de la Piscina

Especialista en Gabinetes de Comunicación. Doctor en Periodismo e investigador en Ciencias de la Comunicación. Ex miembro del Consejo de Administración de EITB y, actualmente, miembro del Consejo de Administración de Berria.

Xabier Madariaga Idirin

Periodista en EITB. Tras su paso por las corresponsalías de Jerusalén, Madrid y París, se puso al frente del programa Ur Handitan en 2017. Desde entonces ha presentado más de 150 capítulos de este programa semanal de temática social.

Edurne Begiristain Iturritxa

Licenciada en Periodismo. Actualmente redactora en el periódico Berria. Anteriormente, redactora en Euskaldunon Egunkaria y locutora en Euskadi Irratia. He colaborado con varios medios: Geu Gasteiz y Radio Vitoria, entre otros.

Pablo Rey Mazón

Investigador y analista de datos en Montera34, desde donde coordina la iniciativa Escovid19data, que recopila y abre datos sobre COVID-19 a nivel estatal. Impulsor de Bilbao Data Lab y otras iniciativas que abren datos abiertos.

Amaia Arroyo Sagasta

Profesora de Educación Especial. Profesora e investigadora de la Facultad de HUHEZI en la Universidad de Mondragón y de KoLaborategia, el Laboratorio de Educación y Comunicación para la Sociedad Digital. Doctora en Comunicación y Educación.

Miren Berasategi Zeberio

Profesora investigadora en la Universidad de Deusto. Doctora en Comunicación. Su actividad se desarrolla principalmente en torno a las áreas de la comunicación y visualización de datos y la comunicación en línea.

Juanjo Álvarez

Catedrático Derecho Internacional Privado y Abogado. Experto independiente de la Comisión Europea para el Área de Justicia. Secretario de Gobernance. Patrono de la Fundación Ikerbasque. IP del grupo investigación consolidado GV IT-1296-19.

Iñigo de Miguel Beriain

Profesor Ikerbasque. Investigador distinguido UPV/EHU. Licenciado en Económicas y doctor en Derecho y en Filosofía. Ha participado en proyectos de investigación y publicado artículos sobre aspectos éticos y jurídicos de las crisis sanitarias.

Nora Salbotx Alegria

Profesora asociada de la UPNA y de HUHEZI. Directora de la escuela de Amaiur. Licenciada en Magisterio y Psicopedagogía. Postgrado en Educación y Comunicación y Educación Rural. Partícipe de la iniciativa Hik Hasi.

Iratxe Esnaola Arribillaga

Profesora e investigadora en la Universidad de Deusto. Miembro del laboratorio de ideas Telesforo Monzon eLab Euskal Herrigintza Laborategia. Ingeniera en Informática y Doctora en Educación.

Maite Goñi Eizmendi

Profesora de la Facultad HUHEZI en la Universidad de Mondragón. Licenciada en Filología Vasca e Inglesa. Investigadora en digitalización y competencia digital en KoLaborategia, Laboratorio de Educación y Comunicación de la Sociedad Digital.

Ainara Gorostitzu Muxika

Periodista y editora de las revistas Hik Hasi y Hazi hezi, especializada en crianza y educación. Licenciada en Filología Vasca.

Oihana Aiartzaz

Estudiante de Psicología en la UPV/EHU. Graduada en Biología por la UPV-EHU y Máster de Profesorado en la Universidad Europea de Madrid.

Ane Arrieta

Estudiante de Psicología en la UPV/EHU.

Garazi Etxebarria

Estudiante de Psicología en la UPV/EHU.

Galder Gonzalez Larrañaga

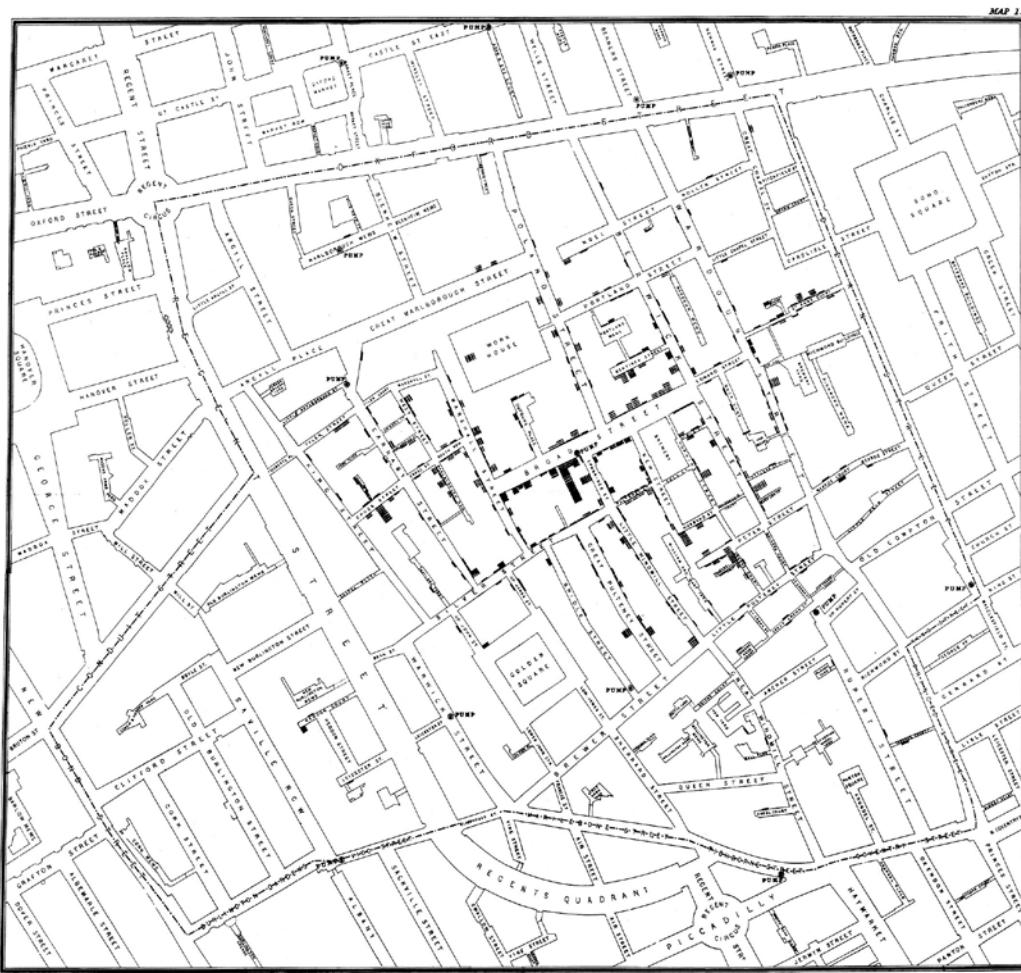
Licenciado en Geología en la UPV/EHU y en Primatología en la UB. Tras varios años trabajando en el ámbito de la comunicación, hoy en día es el responsable del programa educativo en la Wikipedia en euskara.

Traducción

Eneko Urizar e Ines Serrano

Queremos agradecer a todas esas personas, profesionales y expertas, que no han participado directamente en la preparación del trabajo, pero que han ayudado de maneras muy diversas a que este trabajo viera la luz. Mila esker Estibalitz, Iker, Janire, David, Angela, Jonathan, Jakeline, Guillermo, Marian, Unai, Izortze, Ana, Garbiñe...

De la misma manera, queremos dejar claro que la puerta de este grupo de trabajo independiente y diverso está abierta a toda persona que quiera sumarse en el futuro.



John Snowren kolera-kasuen mapa, 1854

