

UAH  
TFM

# EL TRABAJO HUMANITARIO EN ESPAÑA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Máster Universitario en Acción Humanitaria Sanitaria

**Presentado por:**

**D<sup>a</sup> MARÍA DEL VALLE VIEDMA GUIARD**

**Tutorizado por:**

**D. ANGELO PIROLA**

**Alcalá de Henares, a 5 de JUNIO de 2023**

**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**







La pandemia mundial por el virus SARS-CoV-2 provocó una emergencia sanitaria de gran envergadura sin precedentes incluso en países con sistemas de salud públicos sólidos como los europeos. En España las organizaciones de Ayuda Humanitaria (AH) sanitaria realizaron diferentes proyectos para reforzar el sistema nacional de salud que se vio colapsado en las primeras semanas de la pandemia. En este trabajo realizamos un análisis de las acciones que se llevaron a cabo en materia de AH por las principales organizaciones no gubernamentales, a través del análisis de las publicaciones, memorias de trabajo y se han realizado una serie de entrevistas personales a trabajadores humanitarios que participaron en estos proyectos. El objetivo es investigar y analizar el impacto que tuvo este trabajo humanitario en la población y en la gestión sanitaria de la pandemia. Los resultados y posterior discusión muestran cómo el trabajo humanitario que se realizó con enfoque epidémico en nuestro contexto tenía de base los aprendizajes y experiencia obtenidos en el trabajo en las epidemias de Ébola, lo que demuestra que la AH trae beneficios secundarios. Como conclusión además obtenemos que la gestión sanitaria de la pandemia en nuestro país fue complicada debido a la inexperiencia política en una emergencia así y fue determinante el papel asesor de trabajadores humanitarios, y aunque hubo resistencias por parte de gestores e instituciones, se realizó un trabajo muy valioso apoyando y reforzando hospitales y residencias de personas mayores.

## **PALABRAS CLAVE**

Ayuda Humanitaria

Pandemia Covid-19

Emergencia sanitaria

Sistema público de salud

Residencia de mayores



## ABSTRACT

The global pandemic by the SARS-CoV-2 virus caused an unprecedented large-scale health emergency even in countries with strong public health systems such as those in Europe. In Spain, the health Humanitarian Aid (HA) organizations carried out different projects to reinforce the national health system that collapsed in the first weeks of the pandemic.

In this dissertation we analyzed the actions that were carried out in the field of HA by the main non-governmental organizations, through the analysis of the publications, work memories and a series of personal interviews to humanitarian workers who participated in these projects.

The aim is to investigate and analyze the impact that this humanitarian work had on the population and on the health management of the pandemic. The results and the discussion show how the humanitarian work that was carried out with an epidemic approach in our context was based on the learning and experience obtained in the work in Ebola epidemics, which demonstrates that HA brings secondary benefits. As a conclusion, the health management of the pandemic in our country was complicated due to political inexperience in emergencies and the advisory role of humanitarian workers was decisive, and although there was resistance from managers and institutions, a very valuable work was carried out supporting and reinforcing hospitals and residences for the elderly.

## KEY WORDS

Humanitarian Aid

Covid-10 pandemic

Health Emergency

Health Public System

Nursing Home



## 2. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La pandemia por Covid19 ha supuesto un importante cambio en nuestra sociedad, no hay duda de ello, seguimos inmersos en esta pandemia y seguimos viendo esos cambios. A nivel global está afectando a todos los países, con un importante impacto en la salud de la población de forma directa como indirecta. Se trata pues de una crisis sanitaria, social y económica.

Se define como Acción Humanitaria (AH) al conjunto diverso de acciones de ayuda a las víctimas de desastres (catástrofes naturales, epidemias y conflictos armados o emergencias complejas), cuya magnitud supera la capacidad de respuesta de las autoridades nacionales. La AH ha experimentado un proceso de profesionalización y especialización, separándose del concepto de caridad. Las organizaciones humanitarias junto con las Naciones Unidas son las que llevan a cabo esta AH.

La AH se fundamenta en cinco principios generales que son Humanidad, Imparcialidad, Neutralidad, Independencia y Universalidad.

En este trabajo vamos a analizar el impacto en España en los primeros meses de pandemia a nivel humanitario y el trabajo en AH que se puso en marcha desde las principales organizaciones no gubernamentales.

Son múltiples los proyectos y las numerosas redes de solidaridad que se pusieron en marcha tras el inicio de la pandemia en nuestro país, haciendo frente a las necesidades que fueron surgiendo derivadas del primer confinamiento estricto de la población con paralización de gran parte de la actividad económica y por tanto de los ingresos de muchas familias.

Además a nivel sanitario se produjo un colapso en algunas comunidades autónomas y algunas organizaciones con experiencia en manejo de epidemias desarrollaron proyectos de apoyo a la gestión sanitaria.

Otro punto débil del inicio de la pandemia por Covid19 en nuestro país fue la gestión de las residencias de personas mayores y personas dependientes. Se dieron brotes en muchos de estos centros con una importante morbimortalidad, y los medios de



protección y los recursos humanos quedaron insuficientes para afrontarlo por lo que precisaron ayuda externa.

Las ONGs Médicos del Mundo (MdM)<sup>1</sup> y Médicos sin Fronteras (MSF)<sup>2,3</sup> han trabajado en otros países en contextos de epidemias por lo que su experiencia fue de gran utilidad para la ayuda en realización de protocolos, instauración de sistemas de triaje, circuitos y formación en protección de trabajadores sanitarios en diferentes centros sanitarios.

Otras organizaciones como Cruz Roja<sup>4</sup>, Cáritas<sup>5,6</sup> o Save the Children<sup>7</sup> se centraron en la ayuda social que necesitaban muchas familias provocada por el paro de la actividad laboral durante la primera ola de la pandemia. Sobre todo en familias con ya previamente situaciones de trabajos y salarios precarios, en muchos casos con contratos temporales o condiciones laborales pésimas. Familias que vivían al día o ya contaban con ayuda de alguna de estas organizaciones fueron las más afectadas.

Se pararon muchos servicios de asistencia social a población vulnerable como pueden ser los centros de día de **personas ancianas**<sup>8,9,10</sup>, donde en algunas se sirven comidas, o se dan cestas de alimentos o se tiene un seguimiento de las personas mayores que viven solas y se puede detectar con rapidez las necesidades. Al cesar esta actividad estas personas quedaron abandonadas y confinadas en sus domicilios, siendo además la población con más riesgo de padecer una infección grave. Esto ha acarreado importantes consecuencias de aislamiento, disminución de la movilidad física, secuelas graves en salud mental por la soledad y el miedo, incluso problemas de nutrición y salud. A nivel sanitario la actividad esencial se frenó, el acceso a la atención primaria era muy difícil por el colapso y para la población anciana con menor manejo de medios electrónicos se dificultaba aún más. La atención y seguimiento de patología crónica se vio mermada en muchos centros y aún a día de hoy en siguientes olas pandémicas en las que se sigue sin reforzar el sistema sanitario y principalmente la atención primaria, esto sigue ocurriendo con las importantes consecuencias que conlleva.

Otra población vulnerable también gravemente afectada por las medidas de confinamiento y cierre durante este inicio de pandemia fueron las **personas en**



**situación de calle** <sup>11,12</sup>. Se realizaron en toda España diferentes proyectos para habilitar centros donde pudieran recibir asistencia.

También las **personas con diversidad funcional o discapacidad** <sup>13</sup> y la **población infantil** <sup>14</sup>, y sus derechos están siendo un tema controvertido desde el inicio de la pandemia. Los primeros meses se cerraron los centros educativos y se inició poco a poco un sistema de educación telemática. Este sistema partía inicialmente de la premisa de que todos los niños y niñas de España viven en hogares que tienen adecuado acceso a internet, padres y madres con capacidad y tiempo para ayudarles a utilizar los diferentes programas informáticos, dispositivos en buenas condiciones que se adaptan a las necesidades de cada uno de los niños y niñas de cada familia y que haya para todos. Muy lejos de la realidad, por lo que organizaciones como Save the Children también asistieron a muchas familias en estas necesidades de refuerzo escolar y disposición de dispositivos electrónicos como tablets.

Muchas de estas necesidades de diferentes sectores de la población derivadas de esta pandemia que está generando importantes consecuencias negativas a nivel social, económico y en términos de salud poblacional <sup>15</sup>, siguen precisando apoyo de diferentes asociaciones y fundaciones pues los sistemas gubernamentales no están llegando a cubrirlos. Sería casi interminable el análisis de todo este impacto que desde marzo de 2020 está generando esta pandemia global y los diferentes proyectos y trabajos que van surgiendo de las diferentes organizaciones en cuanto a AH y cooperación.

Sin embargo en este trabajo nos vamos a centrar en los primeros meses de pandemia, en los primeros proyectos de AH que se llevaron a cabo en España por medio de algunas de las principales organizaciones como son Médicos del Mundo, Médicos sin Fronteras, Save the Children, Cruz Roja Española y Cáritas. Así mismo para poder aportar además de un análisis objetivo del trabajo que llevaron a cabo también se han realizado una serie de **entrevistas personales** a algunos de los trabajadores de estas organizaciones para poder recoger también sus experiencias y opiniones respecto a este trabajo que llevaron a cabo.





Nuestros **objetivos** son principalmente ofrecer una visión global del Trabajo Humanitario que se llevó a cabo en los primeros meses de la pandemia por Covid19 en España, y de forma más profunda, investigar y analizar el impacto que tuvo este trabajo humanitario en la población y en la gestión sanitaria de la pandemia y recoger y exponer la experiencia de algunos de los actores implicados en este trabajo humanitario.

Planteamos con **hipótesis principal** de este TFM la idea de que el trabajo humanitario trae consigo unos aprendizajes que pueden ser muy útiles; es decir, aunque el TH realizado en contextos diferentes al nuestro tenga como objetivo el asistir y ayudar a poblaciones vulnerables que están siendo víctimas de catástrofes naturales o conflictos armados, de forma refleja nos aporta experiencias y enseñanzas que se pueden aplicar en nuestro contexto cuando hay crisis como ha ocurrido con la crisis sanitaria por la pandemia por SarsCov2. Vamos a analizar si el trabajo humanitario realizado en España durante la primera ola de la pandemia se nutrió de aprendizajes adquiridos en otros contextos previos de trabajo humanitario.



## 4. RESULTADOS

### 4.1. MÉDICOS SIN FRONTERAS

#### 4.1.1. TRABAJO HUMANITARIO EN ESPAÑA DURANTE 2020

Médicos sin fronteras es una organización no gubernamental que se dedica a la acción humanitaria sanitaria, asistiendo personas en situaciones de emergencia sanitaria causadas por desastres naturales, epidemias y enfermedades olvidadas, conflictos armados o violencia. Se creó en 1971, hace 50 años.

En marzo de 2020 tras la llegada de la pandemia por Covid19 a España ofrecieron su disponibilidad al gobierno español y a los gobiernos de las comunidades autónomas más afectadas para trabajar en la pandemia aportando su experiencia en epidemias como ébola, cólera o SARS. Los objetivos que se plantearon fueron asesorar en control de infecciones y protección y ayudar en la expansión de la capacidad hospitalaria; reforzar residencias de personas mayores e influir y apoyar autoridades sanitarias. Las acciones más destacadas fueron:

- Apoyo hospitales en la Comunidad de Madrid:** instalaron dos extensiones hospitalarias anexas, una en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares y otra en el Hospital Universitario Severo Ochoa de Leganés. Además apoyaron al Hospital Universitario Infanta Leonor de Vallecas y al Hospital Universitario Fundación Alcorcón en la reubicación y organización de espacios. Se habilitaron 453 camas.
- Apoyo hospitales en Cataluña:** cinco extensiones hospitalarias en Vic, Manresa, Sant Andreu de la Barca, Igualada y Girona y tres ampliaciones en Hospital Sant Joan de Déu de Manresa, del Hospital Sociosanitario de Sant Andreu de la Barca y del Hospital de Berg. En total, habilitaron 847 camas. En el Área Metropolitana de Barcelona, ayudaron a poner en marcha ocho estructuras hospitalarias, en pabellones deportivos de Barcelona, Badalona y Sabadell y en hospitales de la Mutua de Terrassa y en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe. En total, se habilitaron 2.837 camas.

- Suministro de oxígeno en infraestructuras móviles. Adaptación de material y alternativas cuando los EPIs escaseaban.
- Apoyo a 486 residencias de personas mayores en Cataluña, Madrid, Castilla y León, Castilla-La Mancha, País Vasco y Andalucía: elaboración de circuitos y protocolos, preparación de planes de contingencia, formación en medidas de control y prevención de infecciones, donaciones de EPI y las formaciones sobre su uso correcto



Figura 1: Cronología de la intervención de MSF en España. Fuente: MSF. Nuestra respuesta a la covid-19 en España. Informe de rendición de cuentas. Julio 2020. <sup>2</sup>



Figura 2: Respuesta de MSF a la Covid-19 en residencias de mayores en España. Fuente: MSF. Nuestra respuesta a la covid-19 en España. Informe de rendición de cuentas. Julio 2020<sup>2</sup>

## 4.1.2. ENTREVISTAS

### 4.1.2.1. ENTREVISTA A PASCUAL J. CABALLERO(PEDIATRA MSF)<sup>16</sup>

\* ¿Cuál fue tu papel en el proyecto? ¿Qué experiencia y capacidad pusiste a disposición del estado Español en la Emergencia por SARS-COV 2?

*Soy pediatra de Málaga y llevo 10 años en MSF. En la primera ola en España, estaba todo el mundo ansioso, autoridades, gestores, trabajadores de primera línea, ciudadanos, estaba todo el mundo muy tenso. Desde MSF nos planteamos trabajar primero en Italia y luego en España, porque el coronavirus era nuevo para todos pero la gestión de epidemias infecciosas y la gestión de emergencias era algo que MSF manejamos. Entonces nuestra labor fue asesorar a tres*





*el consumo disminuye seis veces. Esta era nuestra labor, nosotros no atendíamos directamente a los pacientes, si no que asesorabamos a compañeros que sí lo hacían.*

**\* ¿Con quién os habéis coordinado a nivel gubernamental?**

*Aquellas fechas fueron auténticamente de emergencia sanitaria que es una dinámica que por suerte en Europa hace tiempo que no teníamos, en la que hay priorizar lo que es urgente y lo que es importante. Hay veces que en estas situaciones la gente se despista a lo que es curioso o interesante, pero en una emergencia tienes que ir a lo que es urgente e importante. El nivel de tareas a hacer es muy alto, todo el mundo está hiperactivado, con muchas cosas por hacer y a la vez un poco perdido.*

*Fue muy útil el trabajo en red, contactamos con gestores de hospitales públicos y privados a nivel local en Málaga y además a nivel autonómico también contactamos con la Consejería de Salud y Familia de la Junta de Andalucía. A nivel de residencias de ancianos conseguimos una colaboración muy estrecha y muy fluida con la Unidad de Residencias que la coordinaba el enfermero Juan Carlos Morilla, Esta unidad llevaba ya 20 años funcionando en Málaga provincia y estaba consolidada, contaba con una red de enfermeros que ya conocían las residencias de ancianos. Tuvimos la gran suerte de que eso ya estaba establecido y pudimos apoyarles e hicimos una serie de formaciones con su pool de enfermeros de enlace de la unidad de residencias, que empezamos con Málaga y luego se extrapoló a otras provincias andaluzas, como Granada que también tuvo una incidencia alta en esa primera ola.*

*También trabajamos a nivel particular, cuando una residencia se encontraba muy asfixiada y necesitaba asesoramiento, a veces lo hacíamos presencial, teníamos la capacidad de desplazarnos en la provincia de Málaga o a veces de forma virtual. Afortunadamente con los planos de evacuación que hacen los bomberos de las diferentes estructuras y edificios, nuestro logista tenía la*







*Yo había trabajado en proyectos regulares, aunque me habían saltado emergencias como por ejemplo en Haití que hubo emergencia de epidemia de cólera. Pero trabajar per sé en la unidad de emergencia para mí fue una lección brutal.*

*En realidad era una emergencia más, lo que pasa que a nivel mundial y nos pilló en casa, en nuestra rica, opulenta y consolidada Europa. Aunque el escenario era diferente, la emergencia era global y no solo afectaba a los lugares de bajos recursos, pero la dinámica de trabajo y la manera de enfocar era la misma que hacíamos en otros sitios.*

*Recuerdo el primer sábado de trabajo, que hicimos un ejercicio de anticipación, era abril todavía con ascenso de ingresos, casos y muertes; el ejercicio fue plantearse cómo íbamos a enfocar el descenso de la curva, porque en todas las epidemias lo sabemos: primero se sube y luego se baja. Las autoridades españolas no veían más allá del pico, en MSF sabíamos que iba a haber un pico y después descenso, no sabíamos cuándo iba a llegar, pero había que ir planteándose diversos escenarios.*

*En MSF siempre hacemos una cosa que es ponernos en el peor de los escenarios, de manera que si se prepara un plan de contingencia para lo peor que pueda pasar, todo lo que pueda ocurrir aunque sea mejor que eso vas a estar preparado. Esta filosofía de la anticipación me parece absolutamente espectacular.*

*En lecciones aprendidas, cuando miramos hacia atrás, yo creo que se hizo todo de una manera muy eficiente. De lo que hicimos nosotros, MSF, no reconozco grandes errores o que nos metiéramos por un sitio que no era lo oportuno. Al inicio focalizamos en hospitales y se abrieron extensiones en Cataluña y en la Comunidad de Madrid, pero rápidamente nos dimos cuenta que la gran amenaza eran las residencias de ancianos, y muy pronto se dirigió el trabajo. Se elaboró un informe, un documento que se llamaba “Poco, tarde y mal” a propósito de la respuesta global en España con las residencias de ancianos. El covid fue un campanazo para hacer ver lo desatendidos que están los ancianos*



*en nuestro país. De hecho ahora que estamos en la sexta ola ya no se nombran las residencias de ancianos.*

*Y respecto a la Salud Mental, empezó fuerte con mucho miedo y ansiedad en todos, en la ciudadanía y en los profesionales. Pero el burn out va creciendo y ahora se está viendo en la sexta ola como los profesionales sanitarios dicen no puedo más, están agotados, y esto lo avisamos desde un comienzo. Quizás debíamos haber insistido más en este aspecto de prevención y atención a la salud mental, sobre todo en grupos muy vulnerables como los adolescentes.*

*Yo estoy bastante satisfecho de lo que hicimos en su momento, de cómo lo hicimos, de por qué lo hicimos, de haber actuado en España y en Europa, y también, una vez que ya la gente se asentó y la curva bajó, el haber vuelto a nuestros escenarios. En MSF somos muy autocríticos, gran parte de nuestro éxito en estos 50 años, se debe a los ejercicios de autocrítica que siempre hacemos. Te lo digo de corazón creo que se actuó muy bien, a nivel global, a nivel nacional. Nuestra fuerza siempre radica en actuar en grupo, la fuerza del colectivo, de la manada.*

**\* vuestra organización MSF España, habéis sido muy críticos con la gestión de las residencias en España, ¿Crees que ha habido lecciones aprendidas después de vuestro trabajo por parte de gestores de residencias y centros sanitarios?**

*Creo que no hemos aprendido nada, como sociedad no hemos aprendido nada y los abuelos siguen desatendidos de nuevo. Esto tiene una base cultural antropológica muy grande, en sociedades con muchas dificultades con alta mortalidad y esperanza de vida bajas, el anciano es una fuente de sabiduría, es una biblioteca viva, ha sobrevivido a sequías, conflictos armados, epidemias, por ello, el anciano es venerado, respetado y es una fuente de conocimiento. Aquí en Europa no, vivimos con una mentalidad de producción y de consumo y el anciano como no es productivo, no es un consumidor activo, no es respetado, es despreciado y acaban en residencias. Como sociedad, tenemos los gestores*



*que nos merecemos, entonces si como sociedad no respetamos a nuestros mayores pues los gestores tampoco. No hay planes en residencias, no hay un mercado laboral que busque formar en geriatría o en cuidados geriátricos. Se habla de muerte digna y eutanasia, pero está todo en un limbo, no se realizan protocolos serios y formación a los profesionales.*

*Yo creo que no, como sociedad no hemos aprendido, estamos volviendo a los viajes abocados, al consumismo desatado, a poco o nulo respeto a la madre naturaleza y sabemos que el cambio climático tiene un impacto enorme en todo lo biológico que nos ocurre. Decíamos “con la pandemia saldremos mejores”, pero no hemos aprendido nada y nos seguirán viniendo palos tanto de coronavirus como de otras pandemias porque la madre tierra quiere decirnos algo y no hemos querido escuchar.*

***\*Incluso peor no? porque después de lo que hemos pasado, se ve aún más cómo somos como sociedad. En ese momento, hubo como un rayo de esperanza, esto nos ayudará a valorar más ciertas cosas y pasa el tiempo y te das cuenta de que no, de que queremos volver a la misma situación sin haber aprendido nada, queremos que desaparezca el virus, cuando no va a desaparecer, sin hacer una reflexión sobre por qué ha venido este virus con todo lo que implica, como tú has dicho, a nivel de medio ambiente y de sociedad.***

*Y nombraría también atención primaria, que es básica para los sistemas de salud y no apostamos por primaria. En sanidad siempre focalizamos en los hospitales y primaria es básica, sobre todo a nivel preventivo, educativo. La tendencia de la medicina occidental es muy asistencial, muy reactiva, pero es poco preventiva. Tenemos obesidad, tenemos sedentarismo, hábito tabáquico, alcoholismo, ciberadicciones y no nos planteamos actuar contra eso. Volverán nuevas amenazas y realidades.*



**\* Y bueno por último, como pediatra, a nivel de la infancia, ¿nos olvidamos mucho de ellos en la primera ola y que se podía haber pensado un poco más en su salud mental desde el principio?**

*Yo creo que fue un error enorme no dejar salir a los niños a la calle. Los niños han sido los ciudadanos más ejemplares en sus comportamientos, y no sólo en las 7-8 semanas de confinamiento que fueron los últimos en salir; si no luego en la vuelta al cole, ese curso escolar, que estaban con las ventanas abiertas en las clases, pasando frío, con las mascarillas. Su falta de ego y su inocencia, han sido los más cumplidores y tendríamos los adultos que aprender de ellos de cómo han actuado en la pandemia.*

*Desde MSF no pusimos el foco ahí, había otras prioridades mucho más relevantes. Pero la Asociación Española de Pediatría hizo sonar la campana con la salida a la calle de los niños. Y bueno el impacto que ha podido tener esto a nivel de conducta y comportamiento lo veremos en los próximos meses y años. Llevamos dos años viviendo mucho en el miedo y esto a largo plazo puede generar trastornos de conducta en los jóvenes.*

#### 4.1.2.2. ENTREVISTA A CÉSAR ARÉVALO (COORDINADOR LOGISTA MSF)

**\*¿Cuál fue tu papel en el proyecto? ¿Qué experiencia y capacidad pusiste a disposición del estado Español en la Emergencia por SARS-COV 2?**

*Yo estuve trabajando en dos proyectos diferentes. El primer proyecto en el que trabajé fue en la Comunidad autónoma de Madrid y se basó al inicio en dar apoyo a los hospitales que tenían una ocupación de camas y de UCI muy alta. Es decir, lo que quisimos hacer fue dar una capacidad extra de camas, haciendo en concreto dos centros de hospitalización de apoyo, en dos pabellones deportivos que estaban cerca de los hospitales, apoyamos a los hospitales de Getafe y de Alcalá de Henares. En total se ofrecieron 200 camas,*





**\* ¿Con quién os habéis coordinado a nivel gubernamental? Has dicho con la Consejería de Sanidad de Madrid y luego supongo que con la de Andalucía**

*Con el SAS, con el Sistema Andaluz de Salud. Hicimos reuniones, les ofrecimos nuestro apoyo y para las residencias en concreto en Andalucía había una figura que era un gestor de las residencias, esa persona trabajaba para el SAS y llevaba un poco el control de cómo estaban las residencias. Conseguimos su contacto y directamente nos fuimos, nos sentamos con él, y le dijimos “somos una herramienta para tí si tú quieres”. Tuvimos muy buena comunicación y organización con este señor, que gestionaba las residencias de Málaga y Granada. En el resto de provincias esta figura de gestor no estaba tan definida o no había y eso nos complicó bastante conocer el estado de otras residencias.*

**\* Y esa coordinación con la consejería y los gestores, fue siempre fácil o hubo alguna reticencia a la hora de poder trabajar con ellos?**

*El primer contacto fue desde la presidencia de la ONG y en concreto desde la unidad de emergencias. Fueron a hablar con el ministerio de salud, llevando el mensaje de “MSF tiene experiencia en tratamiento de epidemias como ébola, cólera, es decir, tenemos formación, tenemos personal y podemos ayudar”. Surgió poco de este primer contacto.*

*Luego fuimos a las consejerías de salud de cada comunidad autónoma donde vimos que había más incidencia o donde consideramos que había más desborde del sistema sanitario. Para el estado español, MSF no deja de ser una ONG y no saben que llevamos poniéndonos y quitándonos EPIS unos cuantos años en ébola, no son conscientes del poder formativo y del poder de actuación que teníamos.*

*Para el apoyo de hospitales fue más difícil, estaba más restringido, es donde se pusieron más trabas. En cambio para residencias de mayores había bastante apertura, enseguida que se les ofreció nos dieron permiso para ir a residencias y una buena línea de comunicación con los bomberos de Madrid que eran los*



*que empezaban a visitar y a desinfectar residencias. En Madrid nuestra coordinadora Paula Farias, y en Andalucía Loreto, eran las que hacían las reuniones de coordinación y de búsqueda de permisos.*

**\* ¿Y los bomberos qué papel tenían en las residencias?**

*Aquí en Madrid hicieron bastantes cosas: desinfección de las residencias por fuera, mano de obra para la sectorización para movilizar muebles y enseres, distribución y transporte de material. En Castilla León también se hizo colaboración con algunos grupos de bomberos.*

**\* ¿Qué cambiarías/mejorarías de vuestra actuación?**

*Bajo mi punto de vista, no teníamos aquí en España un almacén con un stock de emergencia ya que nunca pensamos que íbamos a intervenir aquí, que iba a haber una emergencia humanitaria en España. Fue costoso conseguir el material. Tuvimos que comprarlos, importarlos, buscarlos de una forma desesperada.*

*Entonces debemos tener un mínimo stock para intervenir emergencias aquí, esto podría haber hecho un poco más rápida todavía la intervención. Por apurar y por ser más eficiente en el trabajo logístico de almacenamiento, transporte y distribución.*

*Por otra parte, creo que al inicio nos centramos mucho en los hospitales, y a las residencias de mayores fuimos pero cuatro semanas después de haber ido a los hospitales. Centramos nuestros esfuerzos ahí, obviamente porque estaban muy desbordados, la gente estaba muriendo en los pasillos y eso es una tragedia.*

*Tal vez podríamos haber hecho un equipo desde el inicio en paralelo para ver las residencias, pero es verdad que había muy poca información de qué pasaba realmente dentro de las residencias de mayores.*







## 4.2. MÉDICOS DEL MUNDO

### 4.2.1. TRABAJO HUMANITARIO EN ESPAÑA DURANTE 2020

Médicos del Mundo (España) es una asociación independiente cuyo principal objetivo es la lucha por el derecho a la salud de todas las personas, especialmente las más vulnerables por motivos de origen, o víctimas de catástrofes naturales, epidemias, conflictos armados o violencia de cualquier tipo. Realizan acción humanitaria, cooperación al desarrollo e inclusión social desde hace 32 años en proyectos nacionales e internacionales. Pertenecen a la red internacional de Médicos del Mundo formada en total por 16 delegaciones.

En marzo de 2020 ante el inicio de la pandemia por Covid19 y la situación de riesgo de colapso del sistema nacional de salud se iniciaron proyectos en España <sup>1,17</sup>. Las acciones más destacadas fueron:

- Apoyo a 6 hospitales de la Comunidad de Madrid** (Gregorio Marañón, Fuenlabrada, Severo Ochoa de Leganés, El Escorial, Fuenfría y Guadarrama). En estos centros se realizó apoyo en la gestión de la crisis con formación a unos 2.200 profesionales en aspectos epidemiológicos (colocación de equipos de protección individual, circuitos y triaje, prevención de contagios nosocomiales). Fueron diseñados e implementados 54 circuitos, 25 procedimientos operativos y se realizaron 177 sesiones de asesoramiento.
- Apoyo en 40 residencias de personas mayores** en la Comunidad de Madrid, Castilla-León y Castilla La Mancha . En ellas se formaron a 1.200 profesionales y se ayudó a la organización del trabajo y los espacios para reducir los contagios.
- Distribución de comida, medicamentos** y artículos de higiene y protección a colectivos vulnerables y en exclusión social. Se distribuyeron unos 125.000 kilos de comida, 72.000 mascarillas, 10.000 kits de higiene y 800 entregas de medicamentos.



- Apoyo psicosocial** a unas 2.400 personas con alrededor de 7.500 atenciones psicológicas en varios idiomas. Se detectaron además 50 casos de mujeres con indicios de sufrir violencia de género.
- Realización de unos 5.000 **talleres educativos**
- Ayudas económicas** y gestión de alojamiento a unas 1.000 personas.
- Incidencia política** en cuatro comunidades autónomas para conseguir asistencia sanitaria y protección ante la Covid19 a colectivos migrantes y en situación de exclusión social. En Aragón se consiguió proporcionar tarjetas sanitarias temporales; en Euskadi asistencia directa con identificación activa; en Castilla La Mancha se concedieron prestaciones económicas a mujeres en situación de prostitución y en Almería y Albacete se pusieron en marcha dispositivos de cribado de Covid19 en los asentamientos agrícolas en situación precaria y sin acceso a sistema sanitario de atención primaria.

EN ESPAÑA	COVID-19
<b>134</b> proyectos autonómicos	<b>6</b> hospitales de la red pública de la Comunidad Madrid han recibido nuestro apoyo y se han diseñado <b>54</b> circuitos
<b>16</b> proyectos estatales	<b>40</b> residencias de personas mayores en las que se ha organizado espacios y formado equipos
<b>82.474</b> intervenciones (50.459 sociales, 19.155 sanitarias y 12.860 psicológicas)	<b>20.171</b> intervenciones a personas en situación de vulnerabilidad de <b>116</b> nacionalidades
<b>23.678</b> personas han contactado con la organización (8.999 hombres (38 trans), 13.970 mujeres (659 trans), y 12 de género no binario)	<b>125.000</b> kilos de comida, <b>72.000</b> mascarillas, <b>10.000</b> kits de higiene y entrega de <b>800</b> medicamentos

Figura 3: Médicos del Mundo. Resumen Memoria 2020. <sup>17</sup>

#### 4.2.2. ENTREVISTA A JOSÉ FELIX HOYO

1¿Cuál fue tu papel en el proyecto? ¿Qué experiencia y capacidad pusiste a disposición del estado Español en la Emergencia por SARS-COV 2?



*Mi papel fue de coordinador de proyecto, la coordinadora médica era Feli.*

*Lo cierto es que yo particularmente siempre he sido una persona muy interesada en las epidemias, he estado trabajando en muchas tanto dentro de MdM como previamente a trabajar en MdM. Algunos ejemplos son epidemia de cólera en Perú, dengue y malaria en Honduras y ébola en Sierra Leona.*

*Sobre todo a partir de la experiencia del ébola, aprendimos mucho sobre el enfoque epidémico, cómo controlar una epidemia. El estado español, y probablemente la mayoría de los estados del mundo, con excepción de algunos estados del sureste asiático, no han ejecutado nunca de forma interna esa forma de trabajo.*

*Es una forma de trabajo que se basa en unos pilares de control de la epidemia, y básicamente consiste en que para controlar una epidemia hay que intentar que se infecte menos gente; para conseguir que se infecte menos gente, hay que basarse en determinados puntos, si todos los puntos se cubren a la vez y se va registrando cómo se van cubriendo, al final se consigue que el número de casos baje. Pero si se dejan algunos puntos sin cubrir, la epidemia no se controla.*

*Como hemos visto desde el principio, el estado español nunca ha tomado esa determinación, nunca ha hecho una estrategia global. Ha faltado coordinación de la emergencia, por ejemplo comparando con Nueva Zelanda en la que había un mando único, en España había 17 mandos de las diferentes comunidades autónomas.*

*El enfoque epidémico es un enfoque que se puede aplicar a muchos entornos, se puede aplicar a tu propia casa. La comunicación es que las dos personas que conviven estén de acuerdo en cumplir las normas y que esas normas estén avaladas por la evidencia. La coordinación es que toda la familia haga lo mismo para proteger a los demás, por ejemplo en cuanto a puertas de entrada, o uso de mascarilla, a todas las medidas de prevención y control de la infección. Es decir, este enfoque se puede hacer en entornos pequeños y en*



*entornos grandes, se puede hacer en un país, y en el mundo. La OMS lo propuso el 2 de febrero de 2020 pero nadie le hizo caso.*

*Cuando empezó la pandemia, primero dijimos que era una gripe; segundo, dijimos que no nos iba a afectar porque nosotros no éramos China, teníamos un sistema de salud buenísimo; lo siguiente que dijimos es que lo que pasaba en Italia no nos lo creíamos mucho; y cuando llegó aquí se habló de la inmunidad de rebaño, si dejar correr el virus porque era una gripe o controlarlo de otra manera.*

*Entonces lo que ocurrió es que los hospitales se saturaron brutalmente. Nosotros le propusimos ayuda al gobierno español el 4 de marzo. Hablé con la secretaria de Estado de Salud Pública, que la conozco personalmente. Me dijo que las comunidades autónomas mandan y no había posibilidad de tener un plan conjunto.*

*A partir de ahí, empezaron a crecer los casos muy rápido y nos dimos cuenta que en pocas semanas los hospitales iban a padecer una crisis humanitaria de las que estamos acostumbrados a trabajar en terreno en otros sitios.*

*Los preventivistas y la gente de salud pública sabían hacer muy bien su trabajo que era controlar infecciones nosocomiales, pero no tenían ninguna práctica en hacer sectorización de zonas de hospitales, ni en tomar medidas de prevención avanzada, ni en trabajar con circuitos.*

*Yo realicé un plan en mi hospital y nunca estuvo lleno, cambié el sistema de triaje, montamos una zona de aislamiento muy rápido, establecí circuitos, tuve la prevención de que hubiera camas extra antes de que se llenaran, en definitiva, muchas cosas que se pueden hacer en una epidemia, pero en otros hospitales eso no lo hicieron. Simplemente lo que hicieron fue trabajar de la misma manera con una avalancha de casos, algunos leves y otros muy graves.*



*Lo que intentamos hacer MdM es hacer un plan que recuperara la confianza de esos hospitales. Al principio, nadie quería que trabajáramos con ellos porque resulta muy duro que a un gobierno venga una ONG a decirles qué es lo que tienen que hacer. Pero sobre todo a raíz de que el Gregorio Marañón se quedó sin camas, nos pidieron un refuerzo. Ellos querían ampliar más y más camas, en lugar de plantearse no tener más casos. Accedimos a abrir más camas pero intentamos establecer una forma de trabajo que habíamos aprendido en otros lugares trabajando en el mundo de las epidemias, es una forma de trabajo que permite compatibilizar un pico de casos en una epidemia con la actividad habitual.*

*Los servicios de Riesgo Laborales y Preventiva en cierto modo se vieron señalados, y en el Gregorio Marañón se convirtieron en detractores y por eso no seguimos el trabajo allí.*

*La Comunidad de Madrid dejó abierta la vía para que pudiéramos trabajar con hospitales si lo pedían los gerentes. Algunos lo pidieron porque el hospital no estaba funcionando y querían que funcionara como es el caso de Fuenlabrada; y otros lo pidieron, como fue el caso de Leganés, como descarga de responsabilidad.*

*El trabajo en los hospitales resultó muy complicado básicamente porque la gente no entendía si lo que veníamos a enseñar era un sistema que podía haber prevenido el sufrimiento que tuvieron. Se dieron situaciones muy crudas como por ejemplo en Leganés tuvieron muertos 2 ó 3 días sin poder sacarlos, todo abarrotado hasta arriba, todo el personal contagiado, ningún espacio para trabajar, no se sabía si había que dar altas o no, ningún sistema de triaje, todo mezclado, la gente con EPI desde que llegaba hasta que se iba e imposibilidad de atender a los pacientes habituales. Entonces cuando hacíamos la introducción les parecía correcto el plan pero había muchas resistencias porque, primero no sabían si éramos enemigos o amigos, y segundo nos recriminaban no haber llegado antes para prevenir.*



***2 Eso es una de las preguntas también, que si crees que hemos aprendido algo.***

*Desde el punto de vista particular, hay personas en los hospitales que sí han aprendido los fundamentos de cómo se trabaja en una epidemia. Pero no hemos aprendido nada desde el punto de vista gubernamental de la forma de trabajar en epidemias. Ha sido manejado de una forma absolutamente caótica, sin ninguna estructura. No hay ninguna estructura formal que se dedique a hacer recomendaciones, ni equipos de respuesta rápida que se dediquen a hacer recomendaciones a las comunidades autónomas o a los hospitales para decir cómo hay que trabajar.*

*El sistema de trabajo en epidemias funciona, de hecho ahora mismo está funcionando en Japón, ellos tienen un plan estratégico con unos puntos, han elegido una forma de trabajo y cumplen con ese plan.*

*Hemos seguido intentando que se nos escuche para intentar incluir un centro de alto rendimiento de pandemias en el Centro Estatal de Salud Pública que en teoría se va a construir, para intentar enfocar una posible nueva epidemia de un modo más técnico. Ese trabajo estaba hecho en junio de 2020, pero no es algo que parezca primordial porque los poderes públicos tienen una idea muy cortoplacista y esto no gana votos. Lo que gana votos es acabar con la epidemia y las cañas.*

***3;Y también os coordinasteis con otras organizaciones como MSF que también estuvo en residencias?***

*Desde el punto de vista y enfoque epidémico, solo había dos organizaciones, MSF y MdM, que teníamos experiencia en haber trabajado en epidemias reales. MSF también ofreció colaboración al gobierno y les pasó lo mismo que a nosotros, intentaron estar en el comité asesor del gobierno y no pudieron estar. Y luego les pidieron lo mismo que a nosotros, montar hospitales de campaña.*







**5 Y en las residencias crees que se están manteniendo ciertas pautas o protocolos?**

*Creo que en las residencias donde hemos estado, al igual que en los hospitales, siguen trabajando con ese criterio y probablemente lo hayan mejorado.*

*Quizá a día de hoy en las residencias daríamos más importancia a la transmisión aérea, con lo que sabemos. Son cosas que se van aprendiendo, aunque no es tan sencillo hacer reformas estructurales que es lo exige la ventilación o hacer espacios estanco, que recolocar espacios.*

*La primera ola en la comunidad de Madrid, en las residencias fue una masacre, de película de terror. Y lo peor de todo, es tener soluciones que no hubieran salvado al 100% de las personas, pero sí a un 70-80% y no poder ejecutarlas porque no te dejan.*

***Ya, bueno también ocurrirá esto fuera en algunos sitios, ¿no?***

*Sí, hay lugares en donde se ha hecho peor y en otros mejor. Básicamente, se ha hecho mejor en Nueva Zelanda, Australia, Japón, Corea del Sur, Tailandia y Vietnam, todos los que tenían experiencia en haber controlado SARS y MERS, ya les habían ocurrido esto previamente.*



### 4.3. CRUZ ROJA ESPAÑOLA

#### 4.3.1. TRABAJO HUMANITARIO EN ESPAÑA DURANTE 2020

Cruz Roja Española (CRE), es una Institución humanitaria, de carácter voluntario e interés público, que forma parte del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. Desarrollan su actividad como entidad auxiliar y colaboradora de las administraciones públicas, bajo la protección del Estado Español, con independencia y autonomía. Su actividad se despliega a través de una red de asambleas locales, comarcales, insulares, provinciales y autonómicas en todo el territorio español, con la autonomía necesaria y como única Sociedad Nacional de Cruz Roja en España. La sede central se ubica en Madrid. Además, desarrollan actividades en otros países, a través de Cooperación Internacional (en 2020, 29 países).

Prácticamente en todos los países del mundo existe una Sociedad nacional de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, cuyos estatutos han sido oficialmente reconocidos y que actúa como auxiliar de los poderes públicos.

Fundadas para atender a los soldados heridos o enfermos, las Sociedades Nacionales despliegan hoy, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra, múltiples actividades que varían en función de las necesidades de cada país y de sus habitantes

En su Memoria de 2020 <sup>4</sup> CRE detalla la actuación llevada a cabo en la pandemia por Covid19, pusieron en marcha el 1 de marzo el **Plan Cruz Roja Responde** <sup>18,19</sup> Destacan una primera fase (fase de emergencia), en la que reforzaron los mecanismos de respuesta en emergencias: *“traslados de personas afectadas, acompañamiento a personas con necesidades básicas, línea Multicanal COVID-19 de información y prevención de la enfermedad, seguimiento telefónico a personas dependientes, provisión de recursos de material sanitario básico, construcción de infraestructuras hospitalarias temporales y más acciones que pusimos a disposición de la ciudadanía y administraciones públicas.* “





#### 4.3.2. ENTREVISTA CARMEN MARTÍN (DIRECTORA DE SALUD, CRUZ ROJA ESPAÑA)

**\* A nivel sanitario durante la primera ola y primeros meses de la pandemia Covid19, ¿qué trabajo humanitario sanitario se realizó desde Cruz Roja España mediante el plan Responde?**

*Lo primero que hicimos fue adelantarnos como dos meses y medio y hacer un acopio de materiales de protección: EPIs, mascarillas, guantes y gel. Gracias a esto luego sufrimos menos que otras entidades o centros sanitarios. Esto fue así al trabajar también dentro de nuestra Federación Internacional y estar en contacto con el resto de países que tienen sociedades nacionales de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja. Nuestras cruces rojas asiáticas nos avisaron que había una probabilidad alta de que un coronavirus que todavía ni se había tipificado casi, podía hacerse muy contagioso.*

*Hace unos años hubo otra alerta por la gripe aviar en donde al final la cosa quedó en nada y todos los países occidentales compraron un medicamento que se llamaba Tamiflu. Afortunadamente no llegó a ser pandemia ni siquiera endemia, se quedó en epidemia en algunas zonas muy concretas de Asia.*

*Cuando ya se instauró y se declaró la pandemia por parte de la OMS y desde nuestro gobierno se dictara el confinamiento, lo primero que hicimos es adaptar los protocolos que publicaba el ministerio de sanidad y la OMS a nuestra organización. Éramos conscientes que la actividad que estábamos realizando no podíamos parar de hacerla y necesitábamos protocolizar toda la actividad.*

*Protocolos de protección de nuestros voluntarios para poder seguir yendo a las casas con los diferentes proyectos. No quisimos que nos pasara como hicieron otras entidades que no lo pudieron asumir y tuvieron que dejar de ir. O lo que hizo la administración que cerró los centros de salud, cerraron los hospitales, sólo existían las urgencias, es decir, la no actividad. Nosotros intentamos no cerrar absolutamente nada, gracias a la adaptación de todos los protocolos,*



*pensando en nuestro usuarios y nuestros voluntarios y personal técnico para que pudieran seguir prestando la ayuda, tanto social como sanitaria.*

*Esto nos llevó un trabajo bastante importante, porque en aquella época el ministerio sacaba un protocolo sobre algo concreto y a las 20 horas lo cambiaba otra vez. En esa época no se sabía nada, no se sabía cómo funcionaba este virus, qué patrón tenía de contagio, primero se decía que eran las superficies, luego se vio que las superficies no eran, hasta que ya se supo que el contagio era vía aérea.*

*Entonces todo esto nos hizo tener permanentemente un equipo de mucha gente trabajando sin parar solamente en adaptar los protocolos y estar pendiente de lo que iba saliendo en la página del ministerio de sanidad y de la OMS.*

*Además pudimos seguir prestando la ayuda gracias a que teníamos hecho el acopio de material con dos meses de antelación, luego el mercado se cerró y no había manera de comprarlo ni a precio de oro. Si nuestros voluntarios y técnicos no podían ponerse un EPI, no hubieran podido entrar en ninguna casa o en una residencia o en un albergue donde seguimos dando comida a la gente, alimentos, ropa general y kits de higiene.*

*Otra cosa reseñable que también hicimos fue un convenio con el Consejo General de Farmacéuticos por el cual nuestro personal podía ir a las farmacias a retirar los medicamentos de todas aquellas personas que estaban en confinamiento, solas y no podían mandar a nadie. Esto fue complejo porque está prohibido transportar medicamentos mientras no sean los organismos oficiales, por tanto, tuvo el ministro que hacer una exención por resolución ministerial para que la CR pudiera hacer este tipo de transportes. Y con esto también aliviarnos a todas esas personas que con enfermedades crónicas, enfermedades sobrevenidas o la propia covid, no podían moverse de su casa y no tenían a nadie.*





*transitando un duelo que no habían podido ir ni siquiera a despedirse de sus familiares o amigos; o a las personas que estuvieron confinadas solas y nadie les pudo atender. Otra formación específica para la gente con ideas suicidas; otra para jóvenes; otra para adolescentes; otra para familias; otra para la gente que se había quedado sin empleo porque se cerraron muchísimas empresas sobre todo de autónomos, de pequeñas pymes y hubo mucha gente desesperada.*

*Este es un servicio que tiene dos niveles, primero llamas y te atiende un operador experto en atención emocional, si el caso es leve se atiende por este operador y si es un poco más complejo lo deriva al segundo nivel donde están los psicólogos. Lo pusimos en marcha en abril, muy rápido y esa fue la gran ventaja.*

*Otra cosa que hicimos desde el punto de vista de salud, a todas las personas voluntarias mayores de 60 años o que tuvieran alguna patología crónica de nuestra organización, les pusimos a hacer tareas que no tuvieran que ver con contacto con usuarios para protegerlos de posibles contagios. Afortunadamente eso lo suplimos rápidamente porque tuvimos en aquella época del 2020, 65000 personas nuevas voluntarias que quisieron entrar con nosotros.*

*También repartimos muchas mascarillas a todos nuestros usuarios porque no tenían dinero para comprarse mascarillas. Por otra parte, estuvimos haciendo pruebas de antígenos y anticuerpos a la población a través de un proyecto de la UE, de la dirección general de salud con la federación internacional. En algunas comunidades hemos vacunado o nos ha encargado la administración sanitaria que hiciéramos el control de temperatura en los aeropuertos y puertos, como por ejemplo en la comunidad Balear.*

*También hemos entrado en las residencias en algunas comunidades que nos lo han pedido. Y hemos hecho varias campañas en las redes sobre prevención y protección, cómo actuar frente al covid.*







*Luego a nivel territorial, los presidentes autonómicos de cada autonomía se pusieron en contacto con su presidente del gobierno autonómico y con las consejerías de sanidad; y a nivel local con sus ayuntamientos. Nosotros siempre trabajamos en red, y en colaboración con la administración sanitaria. Es decir, cuando pasa algo lo primero es coordinarnos con la administración y lo que salga de ahí hacemos y lo complementamos con otras cosas.*

**\* En cuanto a recursos humanos, ya me has dicho que ampliasteis muchísimo la cantidad de voluntarios durante ese primer año sobre todo y ¿también los que son trabajadores?**

*Trabajadores no mucho, tuvimos que suplir algunos trabajadores esenciales porque claro también se contagiaron de covid, y en algunos hospitales de la CR tuvimos que contratar mucho porque iban cayendo con covid o aislados por contacto.*

**\* ¿Para finalizar, qué cambiarías/mejorarías de vuestra actuación?**

*Siempre se puede mejorar todo, estamos satisfechos con lo que hemos hecho pero siempre hay mejora. Yo creo que lo que sacamos en conclusión de todo esto es que el tema de la digitalización de las organizaciones es fundamental cuando viene una situación como esta. Afortunadamente estábamos bastante digitalizados pero echamos de menos el haber estado mucho más. Todas las comunicaciones se basan en plataformas digitales pero las plataformas tienen un potencial y un límite. Y todo esto es lo que ahora hemos aprendido y estamos digitalizando toda la organización al 100% con las últimas tecnologías. Ahí sí que hemos aprendido, y nos hemos puesto las pilas, así que espero que si tiene que venir algo parecido pues estaremos más preparados para llegar a más gente en menos tiempo que es de lo que se trata.*



## 4.4. OTRAS ORGANIZACIONES

### 4.4.1. CÁRITAS ESPAÑOLA <sup>5,6</sup>

Es una organización de la Iglesia Católica, instituida en 1974 por la Conferencia Episcopal Española. Tiene por objeto la realización de la acción caritativa y social de la Iglesia en España, a través de sus miembros confederados.

En su memoria de actividades de 2020 exponen que durante la primera fase de la pandemia realizaron entrega de kits de higiene y protección personal, se realizó también entrega de ayuda alimentaria y medicamentos a colectivos vulnerables y campañas de información y sensibilización. A partir de junio de 2020 lo denominan como fase de atención a medio plazo y se centran en la adaptación de proyectos previamente en marcha cuyos objetivos globales son la mejora de los medios de vida y el acceso a servicios básicos. Además destacan la necesidad de reorganización de la forma habitual de actuación, precisando mejorar la atención virtual.

### 4.4.2. SAVE THE CHILDREN

Es una organización no gubernamental internacional que tiene como finalidad trabajar por los derechos de los niños y las niñas. Fundada en 1919 por Eglantyne Jebb en Londres tras la Primera Guerra Mundial con el objetivo de ayudar a los niños refugiados y desplazados en Europa. Actualmente desarrollan su trabajo en 120 países. En España tienen cinco sedes ( Madrid, Cataluña, País vasco, Andalucía y Comunidad Valenciana).

Durante el inicio de la pandemia en 2020, en España crearon el programa “A tu lado” <sup>7</sup> cuyo principal enfoque es la lucha contra los efectos socioeconómicos de la pandemia en las familias más vulnerables.

En su memoria del 2020 destacan principales acciones en España, atendiendo en total a más de 6.500 niños y niñas:

- Programa A tu lado, contra la pobreza infantil, fueron atendidos 3500 niños y niñas. Algunas de las medidas fue a través de transferencias de efectivo a familias para comprar bienes de primera necesidad, apoyo psicológico, clases de refuerzo educativo presencial y online a niños durante la fase de confinamiento



- (cierre de las escuelas durante 6 meses), reparto de equipos informáticos y acceso a internet para la infancia.
- Trabajo de protección con niños y niñas migrantes, refuerzo de programa de Melilla e iniciando programa en Canarias.
  - Incidencia política con el impulso de la tramitación de la Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia, que ha sido aprobada finalmente en 2021; ejercieron presión para medidas tan importantes como el Ingreso Mínimo Vital y realizaron movilizaciones por los cortes de suministro eléctrico en la Cañada Real Galiana (Madrid).
  - Creación de línea de atención telefónica gratuita (un número 900) para proporcionar atención a las familias y ofrecer recursos durante el confinamiento (consejos de alimentación y ocio en casa, apoyo psicoemocional, coordinación para entrega de alimentos, denuncia violencia).

Además cabe destacar que uno de los trabajadores de Save the Children España, director de Cooperación Internacional y Acción Humanitaria, David del Campo, trabajó como asesor del ministro de sanidad en el inicio de la pandemia. En su libro “Los días en el gabinete del ministro Illa“<sup>20</sup> describe cómo fue esa experiencia. La organización lo liberó de su trabajo para realizar este asesoramiento dada la experiencia en trabajo en epidemias que tenía como trabajador humanitario.

En este libro narra y reflexiona sobre lo que vivió durante ese tiempo cumpliendo esta labor. Es un libro que escribió en junio de 2020, todavía en una fase bastante inicial de la pandemia. Se trata de una lectura muy interesante, además acerca al punto de vista de la gestión, de cómo se vivieron esas fechas desde el Ministerio de Sanidad, tomando decisiones que afectaban a tantos ámbitos de la vida. Reflexiona sobre las declaraciones que iba realizando la OMS respecto a la pandemia, las compara con las realizadas en la epidemia de Ébola, en cuanto a declaración de emergencia de salud pública de importancia internacional y posteriormente, el 11 de marzo de 2020, la calificación de pandemia por parte de la OMS. También expone su opinión y explica cómo fue la toma de decisiones, cómo funciona la política, en cuanto a temas como fueron la instalación



sanitaria de IFEMA, la colaboración con el ministerio de Defensa, las prórrogas al estado de la alarma y los decretos de medidas de desconfinamiento.

#### 4.4.3. PLAN INTERNACIONAL

Es una organización no gubernamental apolítica y sin afinidades religiosas, fundada en 1937 por un periodista Británico llamado John Langdon-Davies y tenía como objetivo ayudar a los niños y niñas que quedaron huérfanos durante la Guerra Civil española. Nace con el nombre 'Foster Parents Plan for Children in Spain'. Durante la Segunda Guerra Mundial, la organización adquiere un carácter internacional y toma el nombre de "Foster Parents Plan for War Children" y empieza a trabajar en Inglaterra ayudando a niños expatriados de toda Europa. A partir de los años 50 la ONG comienza nuevos programas de ayuda internacional en países del Sur global.

Actualmente Plan Internacional España tiene programas y proyectos en muchos países y algunos son en respuesta a emergencias a nivel salud.

Durante el inicio de la pandemia por Covid19 en 2020 tuvieron que adaptar sus proyectos que ya tenían en marcha y crearon en España el programa "#QueNadieSeQuedeFuera"<sup>21</sup> por el cual han ayudado a casi 7.000 adolescentes y sus familias con apoyo educativo y formativo, ayudas económicas, y apoyo psicosocial.

Destacar el proyecto Plane@ de formación en competencias socio-laborales y mentoría profesional a adolescentes y jóvenes vulnerables de entre 16 y 24 años que les permita afrontar el acceso al empleo y el emprendimiento en su transición a la vida adulta.

A nivel de incidencia política han seguido luchando por alcanzar la igualdad de las niñas con diferentes acciones como en las escaleras de entrada del Congreso de los Diputados y durante la COP 25 celebrada en Madrid, organizaron eventos para dialogar sobre el papel de la juventud en la economía verde, para garantizar una transición ecológica justa e igualitaria.

Sin embargo, no realizaron proyectos ni medidas de AH en el ámbito sanitario durante la pandemia en España.

En primer lugar comentar que dada la magnitud y el impacto que ha tenido y tiene la pandemia por Covid 19 en todo el mundo, y la cantidad por tanto de AH que se ha llevado a cabo como lucha a esta pandemia, el trabajo realizado en España ocupa poco espacio en los informes y memorias de las principales organizaciones de AH. Es por esto que recabar las acciones específicas llevadas a cabo resulta un poco difícil, además en este trabajo nos centramos en la AH sanitaria que en muchos aspectos y proyectos se mezcla o se cruza con acciones sociales. En este aspecto ya sabemos que todos los factores sociales y ambientales presentan un impacto directo en nuestra salud, por tanto, esta separación en cuanto a qué programa o proyecto es exclusivamente sanitario resulta también a veces ambiguo.

Las entrevistas llevadas a cabo para este trabajo han sido muy enriquecedoras, además de que son personas que llevan años de **experiencia como trabajadores humanitarios**<sup>16</sup>, por tanto su opinión y narración sobre el trabajo llevado a cabo en nuestro país durante los primeros meses de pandemia resulta muy interesante.

Uno de los temas que más se repite en estas entrevistas, y sobre el que creo que es importante reflexionar, es la experiencia previa al covid que estas organizaciones tenían en el trabajo en epidemias y el escaso caso que se les hizo desde las instituciones a la hora de abordar la pandemia.

En la primera entrevista a Pascual, pediatra de MSF, lo dice bien claro, ellos tenían una experiencia en la gestión de emergencias sanitarias y en la gestión de epidemias que no tenían las autoridades sanitarias españolas y aunque se ofrecieron a ayudar en la coordinación y gestión, fueron rechazados o poco escuchados en muchos casos.

En el libro <sup>20</sup> “Los días en el gabinete del ministro Illa” de David del Campo, director de Cooperación Internacional y Acción Humanitaria de la organización Save The Children, también hace mucho énfasis en esta idea, lo poco que se les escuchó a los experimentados en epidemias.

No solo a nivel de gobierno o Ministerio de Sanidad, que era de donde salían las recomendaciones oficiales y las guías de manejo clínico; si no también a nivel más local

como puede ser en la gestión de un hospital específico o residencia de ancianos. Todo el proceso de sectorización, creación de circuitos, procesos de limpieza y desinfección y gestión de residuos debe realizarse basándose en protocolos y guías pero precisa de una adaptación práctica a los recursos materiales y humanos de cada lugar. En este punto me parece muy interesante el trabajo que llevaron a cabo MSF <sup>2,3</sup> y MdM <sup>1,17</sup> sobre todo, ayudando a la realización de planes de contingencia y reubicación, sectorización y organización de los espacios específicos de centros sanitarios.

La epidemia de Ébola<sup>22, 23, 24</sup> de hace años dejó unos aprendizajes a este nivel muy interesantes e ilustrativos que se tendrían que haber utilizado o tenido más en cuenta desde el inicio de la pandemia Covid. Las grandes organizaciones que trabajaron allí lo hicieron con los objetivos de ayudar y proteger a toda la población afectada en una situación de desborde sanitario, lo que no sabían es que ese trabajo traería de vuelta un conocimiento que ha sido tan útil, e incluso lo podría haber sido más, en nuestro contexto europeo para la gestión de esta pandemia. La acción humanitaria trae estos beneficios secundarios.

A veces desde una mirada de Norte global, creíamos que ese tipo de situaciones tan dramáticas de emergencia sanitaria con aislamientos de miembros de la familia, hospitales colapsados, necesidad de establecer circuitos, sanitarios con EPIs y todo lo que nos llegaba de la lucha frente al ébola, no nos pasarían nunca aquí. Incluso teniendo ya la pandemia delante, viendo como estaban actuando en China, o posteriormente en Italia, aún así, pensábamos que no nos pasaría. La crisis de la covid-19 ha resaltado las carencias que tenemos en predicción, prevención y respuesta ante estas emergencias en todo el mundo. Además se han visto las actitudes de “nacionalismo sanitario” <sup>25,26</sup> en la fase de vacunación y procesos de desconfinamientos progresivos. En lugar de buscar estrategias globales ya que la pandemia ha sido global y trabajar por un bien común, se han priorizado estrategias nacionales, muy diversas entre diferentes países aunque tuvieran tasas de contagio y sistemas de salud similares lo que denota que no se realiza un trabajo común lo cual se traduce en muchas diferencias entre países. Obviamente cada país precisa de una adaptación de las medidas de prevención según muchos factores como características poblacionales y tipos de sistemas de salud, pero si se

realizan planes que tengan en cuenta estos factores pero cuyo objetivo final es global pues se conseguirían mejores resultados porque se ha visto que no basta con cerrar fronteras para frenar al virus. Con la vacunación se ha visto esto de forma muy clara, mientras en Europa se ponían terceras y cuartas dosis, en países africanos las tasas de primovacación eran muy bajas.

Como comenta José Felix Hoyo en su entrevista, estas organizaciones que tenían experiencia en epidemias de Ébola, ofrecieron sus conocimientos, ofrecieron su apoyo y trabajo a los gobiernos, a las instituciones desde el inicio de la pandemia, incluso ante de establecer el estado de alarma, desde el día 4 de marzo de 2020 comenta que se ofreció ayuda. Supongo que la gestión y la toma de decisiones era complicada, y que la flexibilidad para iniciar nuevos protocolos e incluir estas organizaciones en los comités de salud pública también.

Pero además en mi opinión estas instituciones de Prevención y Salud Pública se vieron un poco amenazadas por estas ONGs que ofrecían una visión diferente, que desmontaba el sistema tal y como estaba funcionando, del “enfoque epidémico” que hablaban de crear circuitos de asistencia, de mantener la actividad de consultas y atención primaria, de organizar todo lo que ellos debían organizar.

También creo que dado el sistema de consejerías de salud por comunidad autónoma que tenemos en España, el acceso a los gestores es complicado porque en cada comunidad los organismos son diferentes, hay figuras intermediarias y en algunas comunidades gestión privada de hospitales y centros sanitarios.

Otro de los temas que creo que hay que dedicar un espacio en esta discusión es sobre la AH realizada en las **residencias de ancianos**. Algo en lo que coinciden los cuatro entrevistados en este TFM, es que lo que ocurrió con las residencias de ancianos en las primeras olas de pandemia Covid en nuestro país fue bastante devastador.

En el informe de MSF publicado en agosto de 2020 “Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de las personas mayores en las residencias durante la COVID-19 en España”<sup>3, 27</sup> se habla de este tema, aparte de contar lo que ocurrió, lo que se encontraron trabajando en las residencias y lo que hicieron, además plantea conclusiones y una serie





de medidas que considera que deben llevar a cabo de forma preventiva. Me parecen destacables estos fragmentos:

*“Las residencias tenían un déficit estructural de recursos y de supervisión sanitaria y ningún plan de contingencia. Esta combinación hizo inviable que pudieran responder a la epidemia. Carecían de recursos sanitarios y asistenciales, lo que tuvo un impacto directo en la salud de los residentes, cuando recayó en estructuras diseñadas para situaciones sociales (de vivienda) la responsabilidad de un recurso sanitario de urgencia, de vida o muerte. Esto condujo a que la asistencia médica quedara desatendida, a una alta mortalidad y a una merma en la calidad de la atención social. Muchas personas mayores murieron aisladas y solas. Sea cual sea el modelo de gestión y gobernanza que se adopte, ha de traducirse en un marco normativo que proteja adecuadamente a las personas mayores. Las deficiencias detectadas en el funcionamiento, con su coste dramático en vidas y sufrimiento, han de subsanarse radicalmente. “*

*“Para MSF, el debate no está en el cambio de un modelo por otro, o en si las residencias tienen que pasar al Sistema Nacional de Salud o deben seguir siendo parte de los servicios sociales, o en si la gestión debe seguir descentralizada en la comunidad autónoma, o en si el modelo debe ser público o privado. **Para MSF, el debate debe estar en cómo asegurar que las personas mayores y sus necesidades de cuidados y salud se pongan en el centro del modelo”***

Obviamente resulta complicado la gestión de residencias y el cambio en el modelo actual, pero a día de hoy cuando ya han pasado muchos meses de esta catástrofe, creo que es un tema olvidado y estos planes de contingencia no se han hecho, ni se ha apostado por la formación de los trabajadores en prevención de contagios, ni se han bajado la ratios. Es cierto que es difícil de valorar porque puede que algunas residencias sí hayan tomado medidas, pero desde las instituciones no se han llevado a cabo planes preventivos a implantar de forma generalizada.



Además uno de los problemas más importantes y que generó más bloqueo, saturación, agobio y problema asistencial tanto en servicios sanitarios como en residencias y en la población general fue la **falta de material** de protección, la falta que hubo de disponibilidad de EPIs y mascarillas al inicio. Una de las funciones de AH que llevaron a cabo todas estas organizaciones fue la distribución de todo este material a residencias. En la entrevista a Carmen Martín de Cruz Roja comenta que una de las medidas que primero llevaron a cabo fue hacer acopio de material ya que desde otras organizaciones de CR de otros países les avisaron que el covid venía fuerte y que iban a necesitar mucho material si querían seguir realizando su labor, lo cual fue una medida muy acertada.

Enlazando con CR, creo que la **labor de las organizaciones locales** en la pandemia fue muy importante ya que al cerrar todo mucha población vulnerable se quedó sin soporte tanto social como de ayudas económicas, como por ejemplo los comedores sociales y escolares. Realizaron mucho seguimiento y apoyo telefónico, siguieron con todos sus programas de reparto de alimentos, ropa y productos de higiene. Esto es reseñable ya que hablamos de un momento en que cerró y se paralizó toda la actividad no esencial, incluso a nivel sanitario los centros de salud y los seguimientos en consultas pararon. El acceso a los servicios de atención primaria era muy complicado, líneas telefónicas colapsadas, mucha confusión en protocolos, seguimiento de rastreadores, bajas laborales. Organizaciones como Cáritas y CR con toda su red de soporte local suplieron en parte esta atención que no se estaba realizando, hicieron seguimiento de personas afectadas por covid, transporte a domicilio de medicación crónica, acompañamiento emocional y atención psicológica, formación en uso de mascarillas y materiales de protección, entre otras.

La **salud mental** de la población se ha visto muy afectada por esta pandemia <sup>28, 29, 30</sup>. Las primeras semanas de confinamiento estricto, junto con la incertidumbre, el bombardeo de malas noticias, el encierro, el paro de actividad laboral y el aislamiento social, provocaron mucho daño a este nivel. Se dieron circunstancias muy duras a nivel emocional como las personas afectadas por el covid ingresadas en hospitales, que en







## 5. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha realizado un análisis y exposición de parte del trabajo humanitario realizado en España durante la primera parte de la pandemia por COVID-19. No es posible abarcar la totalidad de este TH ya que se llevaron a cabo muchos proyectos locales por parte de organizaciones más pequeñas. La respuesta por parte de todo el colectivo de organizaciones y trabajadores humanitarios en situaciones de crisis creo que es admirable. Se trata de una respuesta rápida, que busca en todo momento hacer más fácil a la población pasar estos periodos de crisis. Busca suplir lo que los sistemas de salud no pueden abarcar, apoyar a los gobiernos, siempre poniendo en el centro los derechos humanos.

España no se había visto en una situación así, una emergencia sanitaria como esta. Nos parecían historias que no pasaban en nuestros países de altos recursos. Costó mucho creer que estábamos viviendo algo así. Incluso estas organizaciones no esperaban por ejemplo tener que montar una extensión hospitalaria en pleno Madrid. Sin embargo, la pandemia nos ha enseñado que todo es posible, que el cambio climático es una realidad y el mundo nos va a seguir sorprendiendo con procesos y catástrofes naturales.

La hipótesis planteada queda bastante reforzada con los relatos de los trabajadores humanitarios que hemos recogido y analizado. El trabajo humanitario que se llevó a cabo en España tuvo como base los aprendizajes traídos del TH en epidemias, sobre todo las de Ébola. Las principales organizaciones que estuvieron desarrollando AH en nuestro país al inicio de la pandemia, MdM, MSF, CR y Save the children, trabajaron hace años en las epidemias de ébola y coinciden todos los entrevistados y también el testimonio de David del Campo en su libro, en que había muchas similitudes: virus muy contagioso, que precisa unos mecanismos de protección muy altos, aislamientos estrictos, sectorización y circuitos en centros sanitarios, gestión de material y residuos complicado. El TH con enfoque epidémico aprendido allí fue determinante para apoyar a nuestro sistema sanitario en estos primeros meses de colapso.

Por otro lado, para concluir aunque la sensación general respecto al trabajo y manejo de la pandemia de estos primeros meses es de que se podía haber hecho más y mejor, el trabajo humanitario desarrollado por estas organizaciones fue muy necesario y acertado.



1. Médicos del mundo. Lecciones aprendidas de la pandemia COVID-19 en hospitales y centros socio-sanitarios en España. 2021. [Consultado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://sway.office.com/G1EQ7Q1cJT6TwUqV?ref=Link>
2. Médicos sin fronteras. Nuestra respuesta a la covid-19 en España. Informe de rendición de cuentas. 2020.[Consultado 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/informe-intervencion-covid-msf-en-espana.pdf>
3. Médicos sin fronteras. Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de las personas mayores en las residencias durante la COVID-19 en España. 2020. [Consultado el 10 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.msf.es/sites/default/files/documents/medicossinfronteras-informe-covid19-residencias.pdf>
4. Cruz Roja Española. Memoria integrada 2020. España. 2021. [Consultado el 3 de enero de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/43296595/Memoria+Integrada+CRE+2020.pdf/adc20066-43f3-9304-b9c1-85134492cd4f?t=1627378892870>
5. Cáritas Española, Las personas en situación de sin hogar acompañadas por Cáritas. Contexto en 2019 y durante el estado de alarma y la COVID-19. Cáritas Española, Madrid, 2020, 63 p.
6. Cáritas Española. Memoria 2020. España, 2021. [Internet] [Consultado el 5 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2021/06/memoria-2020.pdf>
7. Save The Children. Memoria anual 2020. España, 2021. [Internet] [Consultado el 5 de diciembre de 2021]. Disponible en: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-07/MEMORIA-ANUAL\\_2020\\_0.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-07/MEMORIA-ANUAL_2020_0.pdf)



8. Sánchez-Ordóñez R, Sánchez-Vázquez JF. El aislamiento del adulto mayor por el COVID-19: consecuencias e intervenciones psicosociales durante la cuarentena. *Studia Zamorensia*, Vol. XIX, 2020. p.33-41
9. Esteban-Carbonell E. Las consecuencias de la covid - 19 en las personas mayores:El caso de un centro de actividades de la ciudad de Zaragoza. *BARATARIA Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*. Volumen XXXI, 2021, pp.40-56. DOI: <https://doi.org/10.20932/barataria.v0i31.575>
10. Cohen K, Ren S, Heath K, Dasmariñas M C, Jubilo K G, Guo Y et al. Risk of persistent and new clinical sequelae among adults aged 65 years and older during the post-acute phase of SARS-CoV-2 infection: retrospective cohort study *BMJ* 2022; 376. Disponible en: <https://bit.ly/34zrVSX>
11. Uribe J. PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE, POLÍTICAS PÚBLICAS Y PANDEMIA. *Ciudadanías. RPSU* [Internet]. 30 de septiembre de 2022 [citado 20 de mayo de 2023];(10). Disponible en: <http://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/1456>
12. Félix da Silva PM. QUEDARSE EN CASA PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 . *Ciudadanías. RPSU* [Internet]. 1 de octubre de 2022 ;(10). Disponible en: <http://revistas.untref.edu.ar/index.php/ciudadanias/article/view/1467>
13. Cristina Silván C, Quíñez LE. Efectos y consecuencias de la crisis del COVID19 entre las personas con discapacidad. *ODISMET Fundación ONCE*, España, 2020. Disponible en: [http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6104/Informe\\_Estudio\\_COVID\\_19\\_Discapacidad.pdf?sequence=1&rd=0031713591016785&rd=0031748561222654](http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/6104/Informe_Estudio_COVID_19_Discapacidad.pdf?sequence=1&rd=0031713591016785&rd=0031748561222654)
14. Paricio del Castillo, R., Pando Velasco, M. F. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *Revista De Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(2), 30–44. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>





15. Ocaña C, Bandrés E, Chuliá E, Fernández MJ, Malo MA, Rodríguez JC, Torres R. Impacto social de la pandemia en España. Una evaluación preliminar. 1º edición. 2020. España. FUNCAS. Disponible en: <https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2020/11/Impacto-social-de-la-pandemia-en-Espa%C3%B1a.pdf>
16. Seminario CoVir. Entrevista a Pascual Caballero Fernández, asesor médico de MSF. Entrevistadora: Elena Gonzalo Jiménez, Directora del Área de Gestión Sanitaria en Escuela Andaluza de Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública [Internet] Andalucía. 2020. Disponible en: <http://www.covirformacion.es/seminarios-web/seminario-covir-entrevista-a-pascual-caballero-fernandez-asesor-medico-de-msf/>
17. Médicos del Mundo. Resumen Memoria 2020. España, 2020. [Consultado en internet] Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/OneDrive/Documentos/MUAHS/TFM/MDM/resumen\\_memoria\\_2020\\_v8\\_esp.pdf](file:///C:/Users/Usuario/OneDrive/Documentos/MUAHS/TFM/MDM/resumen_memoria_2020_v8_esp.pdf)
18. Cruz Roja Española. Responde. Revista de Cruz Roja. 2020. Número especial 1.201. p.6-19 [Consultado el 3 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/322351610/CRJCJN220720.pdf/2c168517-740d-05cd-b371-d1739657fe76?t=1595845720043>
19. Romera, R., Grané, A.; Gil, P. El impacto de la COVID-19 en la población atendida por Cruz Roja a través del Plan RESPONDE. Boletín sobre vulnerabilidad social. Cruz Roja Española. Madrid. 2021. Volumen 20. [Consultado el 3 de enero de 2022]. Disponible en: [https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13549052/Boleti%CC%81n\\_CruzRoja\\_Vuln\\_20+Interactivo+%281%29.pdf/b1688d72-c928-c53a-da71-749998342507?t=1616755630307](https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13549052/Boleti%CC%81n_CruzRoja_Vuln_20+Interactivo+%281%29.pdf/b1688d72-c928-c53a-da71-749998342507?t=1616755630307)
20. Del Campo, D. Los días en el gabinete del ministro Illa. 1ª edición. España: Libros.com; 2021.
21. Plan International España. Informe anual 2020. España, 2020. [Consultado en abril 2023]. Disponible en: [https://plan-international.es/files\\_informes/PI\\_memoria2020\\_digital.pdf](https://plan-international.es/files_informes/PI_memoria2020_digital.pdf)



22. Crestani A, R, Decroo T, Draguez B, Ronsse A, Van den Bergh R, Van Herp M, Zachariah R. MSF supported research on Ebola. 2016. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/OneDrive/Documentos/MUAHS/TFM/msf\\_ebol\\_a\\_research\\_report\\_en.pdf](file:///C:/Users/Usuario/OneDrive/Documentos/MUAHS/TFM/msf_ebol_a_research_report_en.pdf)
23. Bayntun C, Zimble SA. Evaluation of the OCG Response to the Ebola Outbreak. Lessons learned from the Freetown Ebola Treatment Unit, Sierra Leone. April 2016. [Internet] Disponible en: [https://evaluation.msf.org/sites/default/files/attachments/sierra\\_leone\\_evaluation\\_of\\_the\\_ocg\\_response\\_to\\_the\\_ebol\\_a\\_outbreak\\_3\\_may\\_2016\\_fin\\_al\\_1.pdf](https://evaluation.msf.org/sites/default/files/attachments/sierra_leone_evaluation_of_the_ocg_response_to_the_ebol_a_outbreak_3_may_2016_fin_al_1.pdf)
24. Médicos del Mundo. Informe Ébola Sierra Leona. Diciembre 2015. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/file/252/download?token=MewyW7KE>
25. Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria. Médicos Sin Fronteras. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN 2019-2020: UNA AGENDA CONDICIONADA POR LA PANDEMIA. [Consultado en mayo 2023]. Disponible en: <https://iecah.org/wp-content/uploads/2020/12/AH20192020.pdf>
26. Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria. Médicos Sin Fronteras. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN 2020-2021: LA PANDEMIA RETRASA LAS REFORMAS NECESARIAS. [Consultado en mayo 2023]. Disponible en: [https://iecah.org/wp-content/uploads/2021/12/IECAH-2020\\_2021-Def.pdf](https://iecah.org/wp-content/uploads/2021/12/IECAH-2020_2021-Def.pdf)
27. Di Lollo MX, Estrada Cocina E, De Bartolome Gisbert F, González Juárez R, García Mingo A. Care Homes in Spain in the COVID-19 Pandemic. Lessons Learned from an Intervention by Médecins Sans Frontières. Journal of Humanitarian Affairs Volume 3, No. 3 (2021), 25–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7227/JHA.071>
28. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MC, Tizón JL. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. Revista de Atención Primaria.



Volume 53, Issue 1, January 2021, Pages 89-101. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>

29. Medina-Ortiz O, Araque-Castellanos F, Ruiz-Domínguez LC, Riaño-Garzón M, Bermudez V. Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por Covid-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(4):755-61 DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.374.6360>
30. Lasa, N. B., Benito, J. G., Montesinos, D., Manterola, D., Sánchez, D., García, D., & Germán, D. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. País Vasco: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.

## 7. AGRADECIMIENTOS

*Gracias a mi hijo por enseñarme cada día a ser más humanitaria y valorar lo realmente importante de la vida. Espero que como sociedad nos demos cuenta que los cuidados deben estar en el centro.*

*A mi pareja por todo el apoyo para poder acabar este Máster.*

*Y a mi tutor Angelo, que ha sido paciente y motivador y me ha sabido guiar cuando estaba muy perdida.*