

# REFLEXIONES SOBRE EL FUTURO MODELO DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA QUINTA OLA

## REFLECTIONS ON THE FUTURE CARE MODEL AT THE END OF THE FIFTH WAVE

**Francisco de Asís Martos Pérez; María Dolores Martín Escalante; José Luis Zambrana García; José Luis Bianchi Llave**

Especialistas en Medicina Interna. Miembros de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna.

Recibido: 19/07/2021 | Revisado: 25/07/2021 | Aceptado: 03/08/2021  
Actual Med. 2021; 106(814). Supl2: 39-44

### Revisión

#### RESUMEN

Desde casi principios de 2020 la vida de los ciudadanos y las agendas políticas en todos los países están mediatizadas por la pandemia. Los sistemas sanitarios están siendo sometidos a una sobrecarga aguda de dimensiones inéditas, al afrontar de forma imprevista una enfermedad infecciosa desconocida, muy contagiosa, de escala pandémica y gravedad muy superior a la gripe. Los internistas han contribuido a la generación de abundante conocimiento durante la pandemia liderando y colaborado en estudios, registros y ensayos en relación con la COVID 19.

#### Palabras clave:

COVID-19;  
Sistemas sanitarios;  
Internistas;  
Pandemia;  
Modelo de atención;  
Enfermedades crónicas.

#### ABSTRACT

Since almost the beginning of 2020, the lives of citizens and political agendas in all countries have been mediated by the pandemic. Health systems are being subjected to an acute overload of unprecedented dimensions, when unexpectedly facing an unknown infectious disease, highly contagious, of pandemic scale and much greater severity than the flu. Internists have contributed to the generation of a wealth of knowledge during the pandemic by leading and collaborating on studies, registries and trials related to COVID 19.

#### Keywords:

COVID-19;  
Health systems;  
Internists;  
Pandemic;  
Model of care;  
Chronic diseases.

Nuestro país arrastra una década de infrafinanciación sanitaria, con un porcentaje del PIB dedicado a sanidad inferior al de muchos otros países de nuestro entorno. Dicho porcentaje fue reducido en 2009 por la crisis económica y, aunque había comenzado a recuperarse en los últimos años, actualmente sigue por debajo del nivel anterior a la crisis y de la media europea. Hay que añadir que el sistema sanitario público afrontaba sus propios problemas, que lastraban su capacidad de afrontar un impacto como la pandemia: escasa coordinación entre los 17 sistemas sanitarios autonómicos, diferencias de gasto sanitario per cápita de hasta el 48% (entre el más bajo, Andalucía, y el más alto, País Vasco), y contracción progresiva de lo público (el peso relativo del sector privado se había incrementado en un 17,3% en los últimos 10 años, superando actualmente la media de los países de la OCDE). Incluso sumando el gasto sanitario privado y público, España estaba en 2019 un 15% por debajo de la media europea<sup>1</sup>. La pandemia ha terminado de romper el mito de un sistema sanitario situado entre los mejores del mundo. Algunos de los rankings

al respecto, muy citados en medios de comunicación, ponderan principalmente indicadores como la eficiencia (índice de Bloomberg) o la esperanza de vida (índice de Bloomberg, Foro Económico mundial) que poco tienen que ver con la calidad y capacidad del sistema sanitario y que, en el caso de nuestro país, están más en relación con las bajas retribuciones de los profesionales sanitarios, la geografía, y las características o hábitos de la población española.

Otros factores, no todos relacionados con la financiación, pueden haber colaborado a la particular virulencia inicial que la pandemia ha tenido en nuestro país: elevado grado de precariedad laboral e insuficiente retribución de los profesionales sanitarios, insuficiente número de enfermeras, lenta coordinación entre sistemas autonómicos, desigualdades sociales y sanitarias de grupos vulnerables, entre otros,.

La atención a la patología “no COVID-19” ha sufrido un gran deterioro. Las personas que padecen enfermedades crónicas, auténtica “pandemia” que enfrentaban

Correspondencia

**Francisco de Asís Martos Pérez**

Sociedad Andaluza de Medicina Interna

C/ Mozárabe 1, Edificio Parque, Local 2 · 18006 Granada (España)

E-mail: sademi@sademi.com

todos los sistemas sanitarios, han sido especialmente perjudicados. Además de ser más vulnerables ante la infección por SARS-Cov2, los pacientes con enfermedades crónicas han empeorado su salud como consecuencias del deterioro de su atención sanitaria durante la pandemia,. Un estudio de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) estima que durante la primera fase de la pandemia uno de cada 5 pacientes con cáncer no se ha diagnosticado o se ha diagnosticado con una demora inaceptable.

La restricción de los servicios sanitarios prestados a los pacientes no-COVID ha sido muy intensa y duradera. En los momentos más agudos de la pandemia, la frecuentación de urgencias por patologías no-COVID descendió de forma radical por el miedo al contagio, la concienciación ciudadana de la sobrecarga del sistema, y el efecto disuasorio de las demoras en la asistencia. La atención ambulatoria programada también fue afectada. Muchas citas de consultas externas, pruebas diagnósticas y procedimientos quirúrgicos no urgentes se cancelaron sin reprogramación posible, y a esto siguió una situación prolongada de acceso muy limitado a los servicios sanitarios. En diciembre de 2020 la demora media quirúrgica en el Sistema Nacional de Salud se incrementó un 22% y la de consulta un 12% (aunque llegó a alcanzar el 24% en junio 2020). Las actividades desarrolladas desde atención primaria frente a la COVID-19 (seguimiento de pacientes más leves, contactos), descargaron las urgencias hospitalarias, pero disminuyeron la atención ambulatoria a patologías no-COVID, repercutiendo sobre indicadores de calidad asistencial. La población ha sufrido dificultades de acceso, sobre todo a la atención primaria. Muestra de ello son el marcado incremento de reclamaciones dirigidas, sobre todo, a este ámbito de atención,. Una encuesta realizada a pacientes con enfermedades crónicas por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes mostró que sólo el 53,3% de los pacientes había podido mantener su seguimiento en atención primaria u hospital desde la finalización del primer estado de alarma, siendo la atención domiciliaria prácticamente suprimida durante esta fase.

Se sospecha que la mortalidad indirecta causada por la pandemia, originada por causas diferentes a la COVID-19, puede ser elevada. Un estudio realizado en Castilla-León evidenció que un tercio del exceso de fallecimientos totales declarados desde el inicio de la pandemia no estaban asociadas a la COVID-19. Es posible que parte de este desfase pueda deberse a un cierto grado de infra-notificación de la COVID-19 como causa de muerte. Sin embargo, a nivel mundial también se están registrando incrementos de mortalidad que superan (en un 50-60%) la mortalidad registrada por COVID-19. Aún es prematuro afirmar que en España el deterioro de la atención sanitaria esté aumentando la mortalidad por otras enfermedades. Habrá que esperar a diciembre 2021, cuando se publicarán los datos de mortalidad por patologías de 2020 a través del Instituto Nacional de

Estadística, para poder conocer la realidad. Algunas publicaciones en determinadas patologías o ámbitos hacen sospechar que se confirmará este impacto<sup>10</sup>,. Es probable que algunas consecuencias, como las relacionadas con patología neoplásica o las consecuencias de los cambios de los hábitos de vida, podrán tardar años en detectarse.

En este panorama sombrío hay que reconocer que los profesionales sanitarios hospitalarios han realizado un gran esfuerzo. Algunos han atendido directamente a pacientes con COVID-19 (áreas de urgencias, medicina interna, neumología, cuidados intensivos), otros han colaborado apoyando a las áreas de urgencias para aliviar la presión; en planta o en las unidades de cuidados intensivos muchos facultativos y enfermeras de otras especialidades han apoyado a los servicios con mayor presión de pacientes con COVID-19. Auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios, celadores, administrativos, técnicos informáticos y de servicios generales de muchos centros han trabajado para reforzar áreas, reconfigurar espacios hospitalarios, instalar y adaptar tecnologías, asumiendo en muchos casos tareas nuevas.

La medicina interna ha demostrado de nuevo su vitalidad, polivalencia y capacidad de adaptación. A finales de mayo de 2021 se realizó una encuesta en la que participaron 36 servicios de medicina interna andaluces, responsables de 3.929 ingresos por COVID-19 (62,9% de los ingresos realizados en servicios de medicina andaluces). Los resultados de esta encuesta mostraron que – hasta esa fecha - más del 86% de los ingresos hospitalarios fue asumido por internistas (67,1% por servicios de medicina interna general y 19,34% por internistas con especial dedicación a enfermedades infecciosas), seguido por neumología con un 13,56%. Además de la actividad propiamente hospitalaria, los internistas andaluces participaron de forma activa en la medicalización de centros sociosanitarios. El 41,6% de los hospitales encuestados gestionaron residencias de su entorno, favoreciendo un uso eficiente de los recursos. Esta atención destacada a los pacientes con COVID-19 por parte de medicina interna ha sido muy acertada, al tratarse la enfermedad por SARS-Cov2 de un proceso sistémico. La afectación de múltiples órganos (corazón, sistema nervioso, riñón), la respuesta hiperinmune asociada, la alta incidencia de trombosis venosas y arteriales, condicionan un manejo en el que se exige una visión global del paciente. La edad avanzada y comorbilidades asociadas en la mayoría de los casos graves también representan razones para la intervención de los internistas:

Los internistas han contribuido además a la generación de abundante conocimiento durante la pandemia. Se han liderado o colaborado en estudios, registros y ensayos en relación con la COVID 19. Distintos servicios de medicina interna han tenido iniciativas formativas online, con miles de participantes. El 76,5% de los servicios de medicina interna

ha participado en algún estudio. La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) ha desarrollado un registro online (SEMI-COVID) de parámetros epidemiológicos, clínicos, de tratamiento, de laboratorio y radiográficos de los pacientes hospitalizados con infección por SARS-CoV-2 confirmada. A septiembre de 2021, gracias a la colaboración de más de 700 investigadores de la Sociedad Española de Medicina Interna, se han incluido en el Registro más de 24.000 pacientes (más del 10% de los pacientes ingresados en nuestro país) y se han generado 29 publicaciones indexadas.

La formación de los internistas y la experiencia adquirida durante la pandemia refuerzan su papel como especialista idóneo para su manejo. Esta foto fija de la contribución de la medicina interna durante la pandemia se ampliará con las consultas de seguimiento ambulatorio de pacientes COVID-19 con síntomas persistentes, ya en marcha en muchos hospitales. Es indispensable la creación de estas unidades multidisciplinarias para el seguimiento de los pacientes COVID-19 persistente que precisen rehabilitación y seguimiento hospitalario. Dichas unidades deben mantener registros que permitan extraer información de utilidad para el progreso en el conocimiento de la enfermedad. La medicina interna debería tener un papel protagonista en la coordinación de la deseable medicalización de los centros sociosanitarios. Todo ello permitiría garantizar el elevado nivel de calidad y colaboración al conocimiento de la enfermedad a través de la investigación mantenido hasta ahora.

Un fenómeno inesperado y reactivo a la pandemia ha sido el auge de la telemedicina a nivel mundial, que ha alcanzado niveles de uso hasta ahora impensables. Una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 155 países en mayo de 2020 mostró que el 58% de los países donde la pandemia había causado fuerte impacto asistencial estaban usando telemedicina para sustituir las consultas presenciales. Nuestro país no ha sido ajeno a este incremento en la telemedicina. Desde los momentos iniciales de la pandemia, la atención remota, generalmente en forma de consulta telefónica, se ha expandido exponencialmente tanto en atención primaria, como en los hospitales. La atención presencial sufrió una drástica reducción, siendo anulada por periodos prolongados a excepción de urgencias y determinados procesos (embarazo, diálisis, tratamiento oncológico, entre ellos). El hecho de tener profesionales realizando teletrabajo, y la realización de sesiones clínicas a través de plataformas on-line ha reducido el riesgo de contagio, y ha constituido una estrategia esencial para preservar la integridad de las plantillas.

Existen ya experiencias publicadas sobre el uso de telemedicina en la atención a pacientes con COVID-19. Además de la consulta virtual entre médico o enfermera y paciente, se ha extendido su uso

al contacto remoto entre médicos hospitalarios y de atención primaria, y a la información de familiares de pacientes COVID (y no-COVID ingresados durante las fases más duras del confinamiento). Se han publicado experiencias otras patologías no-COVID correspondientes a diferentes especialidades, como son urología, cardiología, neurología, rehabilitación, y gastroenterología. Dentro de la medicina interna, el Hospital Costa del Sol de Marbella publicó una serie de 5.602 consultas telefónicas, con un alto grado de satisfacción y resolución. Hallazgos similares se comunicaron en otro estudio andaluz. Aún son pocas las experiencias publicadas, siendo más numerosas las conocidas por su difusión en prensa y el boca a boca entre profesionales: ampliación de la tele-monitorización a salas de hospitalización convencionales, uso de videovigilancia de los pacientes, utilización de videollamadas entre pacientes y familiares. El impacto de estas actividades sobre indicadores relevantes para el paciente es aún desconocido.

En una encuesta a 31 servicios de medicina interna andaluces, públicos y privados, realizado por la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI) en septiembre de este año, se constata que antes de la pandemia en 13 (41%) de los servicios se realizaba algún tipo de actividad de telemedicina para la atención a pacientes. El teléfono fue la herramienta mayoritaria y usada en todos los casos. La principal aplicación venía siendo la recepción de resultados de pruebas o las consultas de seguimiento, y los procesos en los que más se utilizaban eran pluripatología, insuficiencia cardiaca y diabetes mellitus. Durante la pandemia, el 87,1% de los servicios ha utilizado telemedicina, más del doble que la situación previa. La principal aplicación fue el seguimiento de pacientes externos no-COVID (86%) seguido del seguimiento de altas de pacientes COVID (56%) y no-COVID (52%). En el 35% se realizó la totalidad de la agenda programada de forma virtual. La satisfacción del paciente fue elevada en opinión del 89% de los servicios encuestados. Al finalizar la fase más aguda del confinamiento, casi la mitad de los servicios redujo su actividad de telemedicina, pero el 43% reconocía que se había incorporado a la práctica habitual algún tipo de teleasistencia. Lo más relevante es que el 93% de los servicios están realizando actualmente actividades de telemedicina, un crecimiento del 127% respecto a la situación previa.

Es ahora el momento de planificar el futuro inmediato. Las autoridades sanitarias y los gestores han de reflexionar junto a los profesionales sobre, entre otros muchos temas, cuáles de las innovaciones implantadas de forma improvisada durante la pandemia pueden incorporarse a la práctica habitual. La “descovidificación” de la asistencia sanitaria, fruto de la vacunación, está siendo más lenta de lo esperado. Debe planificarse con sumo cuidado la vuelta a la esperada normalidad, seleccionando aquellas prácticas que conviene mantener, determinar en qué procesos pueden ser útiles, y qué procedimientos e indicado-

res de calidad son precisos para su implantación y evaluación. Análogamente a la iniciativa “no hacer” promovida desde las sociedades científicas, debe analizarse también qué se debe “no volver a hacer”. Algunas actividades interrumpidas o anuladas por la pandemia quizás deberían ser desechadas de forma definitiva (ejemplos son la atención presencial por un médico a problemas banales o administrativos, o la realización de revisiones de pacientes que no precisen exploración física o acuden solo para la recepción de resultados de pruebas diagnósticas).

Algunas lecciones aprendidas con el uso de la atención no presencial deberían servirnos para mejorar el abordaje de la primera pandemia del siglo XXI: las enfermedades crónicas. El hospital debe repensarse con este objetivo. El informe “*Future Hospital*” en 2013 propuso líneas futuras de desarrollo de los centros hospitalarios, entre otras el establecimiento de “salas virtuales” (virtual wards) para gestionar pacientes telemáticamente. En 2019 la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y el Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria (IMAS) elaboraron el documento “*El hospital del futuro. El papel del hospital en una asistencia sanitaria centrada en el paciente*”, donde se apunta que gran parte de la asistencia sanitaria de los hospitales deberá realizarse en forma telemática. Algunas especialidades, en determinadas actividades, podrían reducir también la presencialidad del profesional en el centro sanitario. Es el caso de radiología, análisis clínicos, o anatomía patológica, que probablemente tienen más margen para realizar actividad remota.

Para recuperar la actividad asistencial, resolver las bolsas de espera y generar un modelo de atención más eficiente, la telemedicina debe utilizarse de forma racional. Debe determinarse qué procesos son susceptibles de dicha modalidad asistencial, teniendo en cuenta eficacia, eficiencia, y seguridad. Es esencial regular y reconocer laboralmente esta actividad, y dar soporte legal explícito a su uso. Se debe estimar la dotación de recursos (espacio, tecnología, reconocimiento laboral de la actividad) que permita a los profesionales trabajar de forma adecuada, y garantizando en todo momento el cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos.

En un momento en que la quinta ola de la pandemia parece estar en remisión, debemos redirigir el foco hacia las enfermedades crónicas. Se deben retomar estrategias interrumpidas y desarrollar otras nuevas, fomentando la continuidad asistencial y la coordinación con la atención primaria, cuyo papel es primordial. La telemedicina ha tenido el mayor desarrollo de su historia y muchas actividades de atención remota telefónica implantadas permanecerán, pero la atención presencial seguirá siendo necesaria en muchos casos. La medicina interna seguirá jugando su papel como referente hospitalario de los pacientes con enfermedades crónicas, especialmente de aque-

llos con mayor complejidad y necesidad de apoyo hospitalario. La especialidad seguirá en primera línea de atención a los pacientes con COVID-19 en su fase aguda o con síntomas persistentes, y generando una valiosa evidencia científica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casas-Rojo JM, Antón-Santos JM, Millán-Núñez-Cortés J, et al. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: Results from the SEMI-COVID-19 Registry. Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2020;220(8):480-494.
2. State of Health in the EU. España Perfil sanitario nacional 2019. OECD library. Consultado el 9 de Septiembre de 2021 en [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/espana-perfil-sanitario-del-pais-2019\\_2a8a83c8-es](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/espana-perfil-sanitario-del-pais-2019_2a8a83c8-es)
3. Bloomberg’s Global Health Index 2020. Disponible en <https://worldhealth.net/news/bloombergs-global-health-index-2020/> Consultado el 9 de Septiembre de 2021
4. Si España fuera la mejor sanidad del mundo no necesitaríamos héroes contra el Covid-19. *Diario El Confidencial*, 29 de marzo de 2020 [https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2020-03-29/coronavirus-sanidad-publica-espana-mito\\_2522196/](https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2020-03-29/coronavirus-sanidad-publica-espana-mito_2522196/) Consultado el 9 de Septiembre de 2021
5. The Lancet Public Health. COVID-19 in Spain: a predictable storm?. *Lancet Public Health*. 2020;5(11):e568.
6. Soriano V, Barreiro P. Why such excess of mortality for COVID-19 in Spain?. *Ther Adv Infect Dis*. 2020;7:2049936120932755. Published 2020 Jun 4.
7. Prieto Rodríguez MÁ, March Cerdá JC, Martín Barato A, Escudero Carretero M, López Doblás M, Luque Martín N. Repercusiones del confinamiento por COVID-19 en pacientes crónicos de Andalucía [published online ahead of print, 2020 Nov 21]. *Gac Sanit*. 2020;S0213-9111(20)30251-X.
8. Brocalero-Camacho A, Pérez-Borrego YA, Soto-León V, Rodríguez-Matas MJ, Foffani G, Oliviero A. Effects of COVID-19 lockdown on chronic drug-resistant pain patients treated using brain stimulation approaches. *Brain Stimulation* 2020;13:1089–90.
9. Rosenbaum L. The untold toll – The pandemic’s effects on patients without Covid 19. *N Engl J Med* 2020; 382: 2368–71
10. Berthelot, E., Flécher, E., Roubille, F., Damy, T., Lamblin, N., & GICC. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on the burden of chronic heart failure patients in France. *Annales de cardiologie et d'angiologie*, S0003-3928(21)00085-8. Advance online publication.
11. Sociedad Española de Oncología Médica [https://seom.org/images/Resumen\\_COVID\\_pacientes.pdf](https://seom.org/images/Resumen_COVID_pacientes.pdf). Accedido el 7 de Agosto de 2021.

12. Barten DG, Latten GHP. Re: 'Non-COVID-19 visits to emergency departments during the pandemic: the impact of fear'. *Public Health*. 2020;185:47.
13. Sistema de información sobre listas de espera en el sistema nacional de salud. Situación a 31 de diciembre de 2020. Indicadores resumen. [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS\\_PUBLICACION\\_dic\\_2020.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_dic_2020.pdf) Consultado el 9 de Septiembre de 2021
14. Memoria 2020. Defensora de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura. [https://saludextremadura.ses.es/filescms/defensorausuarios/uploaded\\_files/CustomContentResources/MEMORIA%202020%20-%20DEFENSOR%20USUARIOS.PDF](https://saludextremadura.ses.es/filescms/defensorausuarios/uploaded_files/CustomContentResources/MEMORIA%202020%20-%20DEFENSOR%20USUARIOS.PDF) Consultado el 9 de Septiembre de 2021
15. Informe anual 2020. Defensor del Pueblo Andaluz. Pág 314. [https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/iac2020librodigital\\_web.pdf](https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/iac2020librodigital_web.pdf) . Consultado el 9 de Septiembre de 2021
16. Estudio del impacto de COVID-19 en las personas con enfermedad crónica. Informe de Resultados de la 2ª fase. Enero de 2021. Plataforma de Organizaciones de pacientes. Disponible en <https://www.plataformadepacientes.org/informe-ii-del-estudio-impacto-covid-en-personas-con-enfermedades-chronicas>. Consultado el 19 de septiembre de 2021
17. Ochoa Sangrador C, Garmendia Leiza JR, Pérez Boillos MJ, Pastrana Ara F, Lorenzo Lobato MDP, Andrés de Llano JM. Impacto de la COVID-19 en la mortalidad de la comunidad autónoma de Castilla y León [Impact of COVID-19 on mortality in the autonomous community of Castilla y León (Spain)]. *Gac Sanit*. 2021;35(5):459-464.
18. The true death toll of COVID-19. Estimating global excess mortality. World Health Organization. Accessed on 25/0/21 <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>
19. Soler MJ, Heras MM, Ortiz A, del Pino y Pino MD, Lazo MS. Impacto de la pandemia COVID-19 en los Servicios de Nefrología Españoles. *Nefrología*. 2020;40:579-584.
20. Pérez-Rodríguez, P., Díaz de Bustamante, M., Aparicio Mollá, S. et al. Functional, cognitive, and nutritional decline in 435 elderly nursing home residents after the first wave of the COVID-19 Pandemic. *Eur Geriatr Med* (2021).
21. Casas-Rojo JM, Antón-Santos JM, Millán-Núñez-Cortés J, et al. Clinical characteristics of patients hospitalized with COVID-19 in Spain: Results from the SEMI-COVID-19 Registry. Características clínicas de los pacientes hospitalizados con COVID-19 en España: resultados del Registro SEMI-COVID-19. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2020;220(8):480-494.
22. Crisis del Coronavirus, Cursos previstos. Actualización en COVID-19 (online). 01.04.2020. Colegio Oficial de Médicos de Málaga. Disponible en <https://commalaga.com/actualizacion-en-covid-19-curso-online/> Consultado el 9 de Septiembre de 2021
23. Las Unidades Long-COVID del SNS necesitan fichar 1.868 médicos y enfermeros. Disponible en <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-interna/las-unidades-long-covid-del-sns-necesitan-fichar-1-868-medicos-y-enfermeros-9239> Consultado el 19 de septiembre de 2021
24. COVID-19 significantly impacts health services for non-communicable diseases. News release 1 June 2020. World Health Organization. Disponible en <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases> Consultado el 18 de septiembre de 2021.
25. Casariego-Vales E, Blanco-López R, Rosón-Calvo B, et al. Efficacy of Telemedicine and Telemonitoring in At-Home Monitoring of Patients with COVID-19. *J Clin Med*. 2021;10(13):2893.
26. Nogués X, Sánchez-Martínez F, Castells X, et al. Hospital-at-Home Expands Hospital Capacity During COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2021;22(5):939-942.
27. Hevia V, Lorca J, Hevia M, Domínguez A, López-Plaza J, Artilles A et al. Pandemia COVID-19: impacto y reacción rápida de la Urología. *Actas Urol Esp* 2020;44(7):450-7.
28. Postigo A, González-Mansilla A, Bermejo J, Elizaga J, Fernández-Avilés F, Martínez-Sellés M. Telecardiología en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Española Cardiol* 2020 73(8):674-6.
29. Cross JH, Kwon CS, Asadi-Pooya AA, et al. Epilepsy care during the COVID-19 pandemic [published online ahead of print, 2021 Aug 24]. *Epilepsia*. 2021;10.1111/epi.17045.
30. Galdiz JB, Gómez A, Rodríguez D, et al. Telerehabilitation Programme as a Maintenance Strategy for COPD Patients: A 12-Month Randomized Clinical Trial. *Arch Bronconeumol (Engl Ed)*. 2021;57(3):195-204.
31. Carpio-López D, Martínez-Pillado M, Salgado-Barreira Á, Daponte-Angueira S, Díez-Lage R, Fernández-Salgado E et al. Efectividad del plan de contingencia de la unidad de enfermedad inflamatoria intestinal ante la infección de COVID-19. *Rev Esp Salud Publica [Internet]*. 2020. 94(16):1-9.;
32. Martos Pérez F, Dolores Martín Escalante M, Olalla Sierra J, et al. The value of telephone consultations during COVID-19 pandemic. An observational study [published online ahead of print, 2021 Feb 3]. *QJM*. 2021;hcab024.
33. Ruiz-Romero V, Martínez-Pillado M, Torres-Domínguez Y, Acón-Royo D, De Toro-Salas A, Cruz-Villalón F, Rivera-Sequeiros A. Evaluación de la satisfacción del paciente en la teleconsulta durante la pandemia por COVID-19. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: 16 de abril e202104054
34. Planificar una "descovidificación". Rafael Bengoa Rentería <https://elpais.com/opinion/2021-07-27/planificar-una-descovidificacion.html> Consultado el 8 de Septiembre 2021.
35. C. Sorenson, M. Japinga, H. Crook, M. McClellan. Building a better health care system post-Covid-19: Steps for reducing low-value and wasteful care. *NEJM Catal.*, (2020),

36. Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013 Disponible en <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/future-hospital-commission> Consultado el 8 de Septiembre de 2021.
37. El hospital del futuro. El papel del hospital en una asistencia sanitaria centrada en el paciente. Sociedad Española de Medicina Interna, Instituto para la mejora de la Asistencia Sanitaria, 2019. [https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/quienes-somos/futuro\\_hospital\\_vision\\_20191030.pdf](https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/quienes-somos/futuro_hospital_vision_20191030.pdf) Consultado el 8 de Septiembre de 2021

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

### Si desea citar nuestro artículo:

Martos PérezFA, Martín Escalante MD, Zambrana García JL, Bianchi Llave JL. Reflexiones sobre el futuro modelo de atención al final de la quinta ola. Actual Med. 2021; 106(814). Supl2: 39-44