

RETOS, LOGROS Y DIFICULTADES DEL MÉDICO DE FAMILIA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN ANDALUCÍA

CHALLENGES, ACHIEVEMENTS AND DIFFICULTIES OF THE FAMILY DOCTOR IN THE FACE OF THE COVID-19 PANDEMIC IN ANDALUSIA

Alejandro Pérez Milena

Médico de Familia, Centro de Salud El Valle Jaén. Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

Recibido: 24/08/2021 | Revisado: 30/08/2021 | Aceptado: 06/09/2021
Actual Med. 2021; 106(814). Supl2: 109-117

Revisión

RESUMEN

El sistema sanitario ha tenido que realizar un extraordinario esfuerzo para hacer frente a la pandemia por COVID-19. Atención Primaria asumió una labor prioritaria para reducir los contagios, centrada en la detección precoz y aislamiento de casos, y el seguimiento de contactos. Los médicos de familia tuvieron que cambiar abruptamente la forma de atender a la población, priorizando un primer contacto telefónico y organizando circuitos diferenciados de atención a posibles casos infectados. La accesibilidad y continuidad de la atención y el trabajo en equipo han favorecido una vigilancia activa de la pandemia, destacando la atención domiciliaria y la coordinación de planes de contingencia para las residencias sociosanitarias. Sin embargo, el incremento de citas diarias y la falta de recursos humanos y materiales han generado una extrema dificultad para aplicar los protocolos COVID-19 y un aumento de la demora para la citación. Destacan también las dificultades existentes en otros centros externos y la inadecuada información a la población. Además del trabajo contra la pandemia, y a diferencia de otros ámbitos asistenciales, los centros de salud han permanecido abiertos para todo tipo de consultas, con unas agendas que han duplicado el número de citas del año anterior. Los médicos de familia están realizando un esfuerzo continuo para ofertar agendas a la población que valoran más del 80% de demandas clínicas, con un 25% de consultas presenciales y 1 de cada 5 pacientes atendido sin cita. Es preciso mejorar la calidad asistencial evitando la demora en la atención y con mayor tiempo por paciente a través de un incremento urgente del presupuesto destinado a Atención Primaria. La opinión de los médicos de familia, del resto de profesionales de los centros de salud y de la población debe ser tenida en cuenta para la gestión del Servicio de Salud.

ABSTRACT

The Health System has had to make an extraordinary effort to face up to the COVID-19 pandemic. The Primary Health Care assumed a priority task to reduce infections, focused on the early detection and isolation of cases, and the follow-up of contacts. General practitioners had to abruptly change the way they cared for the population, prioritizing a first telephone contact and organizing differentiated circuits to assess possible infected people. The accessibility and continuity of care and teamwork have favored active surveillance of the pandemic, highlighting home care and the coordination of contingency plans for nursing homes. However, the increase in daily appointments and the lack of human and material resources have generated extreme difficulty in applying the COVID-19 protocols as well as the delay in getting a medical appointment. Also noteworthy are the difficulties in other external centers and the inadequate information for the population. In addition to working against the pandemic, and unlike other healthcare settings, health centers have remained open for all kinds of consultations. The number of patients cited every day for the family doctor doubled that of the previous year. GP are making a continuous effort to offer appointments to the population, solving mostly clinical problems (>80%) with 25% of face-to-face consultations and almost 20% extra demand. It is necessary to improve the quality of care by avoiding delays in care and with more time per patient through an urgent increase in the budget for Primary Health Care. The opinion of family doctors, other professionals in health centers and the population must be taken into account for the management of the Health Service.

Palabras clave:

Covid-19;
Atención Primaria de Salud;
Necesidades y Demandas de Servicios de Salud;
Pandemias;
Continuidad de Cuidados.

Keywords:

COVID-19;
Primary Health Care;
Health Services
Needs and Demands;
Pandemics;
Continuity of Care.

Correspondencia

Alejandro Pérez Milena

Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

Ronda de los Derechos Humanos, 4 · 23009 Jaén

E-mail: presidencia@samfyc.es

INTRODUCCIÓN

El coronavirus SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus que afecta a los seres humanos, provocando la enfermedad denominada COVID-19. Se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan (China) y los primeros casos en España fueron diagnosticados en febrero de 2020. En marzo de ese año, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ declaró la situación de pandemia mundial, instaurándose después en España un estado de alarma para la gestión de la situación de emergencia sanitaria originada por dicha pandemia. La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica ha identificado una evolución de esta pandemia en cinco periodos² que coinciden temporalmente con periodos de exceso de mortalidad por todas las causas a nivel nacional³. Este exceso de mortalidad es uno de los más elevados entre los países industrializados a nivel mundial⁴, siendo destacable que en Andalucía la tasa de mortalidad se ha ido incrementando en cada ola de la pandemia². El impacto de la pandemia del coronavirus deja, por tanto, los peores indicadores de mortalidad nunca vistos en España. Todos estos datos sitúan la pandemia por COVID-19 como uno de los más graves problemas de salud pública, provocando en toda la sociedad una crisis sanitaria y económica que aún no ha finalizado.

Hay casos confirmados de animales de granjas infectados con coronavirus en el año 1920 y casos en humanos desde el año 1960, por lo que era esperable que en algún momento eclosionara una nueva epidemia de coronavirus. Este fenómeno finalmente ha ocurrido, provocando un desastre global que podría haber sido evitado⁵. El Ministerio de Sanidad reconoció la gravedad de la situación en enero del 2020 pese al desconocimiento e incertidumbre acerca de la epidemia por COVID-19 en ese momento, emitiendo una serie de recomendaciones cuya puesta en práctica recaía enteramente sobre la Atención Primaria⁵: tener preparada una vigilancia activa, detección precoz, aislamiento y manejo de casos, y seguimiento de contactos con el objetivo de reducir la infección humana, prevenir la transmisión secundaria y la propagación internacional. Tras los primeros casos diagnosticados en China, las indicaciones de la OMS¹ y los alarmantes datos procedentes de países vecinos, con Italia como epicentro de la pandemia de coronavirus en marzo del 2020, era necesaria una inversión en infraestructuras y recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, y sobre todo en Atención Primaria, para establecer una vigilancia especial en nuestro entorno por la magnitud que podría llegar a adquirir. Sin embargo, las actuaciones llevadas a cabo no fueron previsoras ni adecuadas, sin llegar a reforzar convenientemente los diferentes Servicios de Salud de forma que se pudieran afrontar las nuevas y urgentes necesidades en salud que iba a provocar la pandemia por COVID-19. Al igual que en otros muchos países, ha existido una falta de reacción al avance de los contagios con sistemas de vigilancia más lentos que el virus y sistemas sanitarios no preparados para hacer frente a la situación⁶.

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19 se está exigiendo un esfuerzo extraordinario y prolongado a los profesionales sanitarios, sobrecargados de trabajo y con una alarmante escasez de recursos. La Atención Primaria, ya mermada previamente en cuanto a recursos humanos y materiales, ha tenido que asumir en escaso tiempo todas las funciones propias de la detección y seguimiento de casos infectados por COVID-19, la realización de pruebas, el rastreo, la comunicación de resultados de cribados y el control de los brotes. Ante esta pandemia, cada nivel asistencial, Atención Primaria y Atención Hospitalaria, están teniendo su cometido específico y dependen mutuamente entre sí para conseguir evitar los contagios y el incremento de la mortalidad. Sin embargo, el papel de los médicos de familia en la Atención Primaria ha sido olvidado tanto a nivel político como administrativo, y minimizado en los medios de comunicación. En cambio, se ha priorizado una visión hospitalocentrista basada casi exclusivamente en indicadores como la ocupación de camas en Cuidados Intensivos, valorando solo la atención a los casos más graves y obviando las medidas necesarias para conseguir interrumpir la propagación del virus^{1,4}.

¿Cómo se ha desarrollado el trabajo de los médicos de familia desde el inicio de la pandemia, qué se ha conseguido y qué otros aspectos precisan urgentemente progresar? A continuación se ofrecen diferentes puntos para entender la labor realizada por los médicos de familia en los centros de Atención Primaria y los Servicios de Urgencias durante la pandemia por COVID-19, sus necesidades y los aspectos necesarios de mejora.

DIAGNÓSTICO Y CONTROL DE LOS PACIENTES INFECTADOS

Sobre el médico de familia ha recaído toda la labor del diagnóstico, que debe ser lo más precoz posible para evitar contagios mediante el aislamiento de los casos y el seguimiento clínico, permitiendo así un uso racional de recursos del hospital⁷. En Andalucía se priorizó de forma inmediata la valoración telefónica inicial en menos de 24 horas para los pacientes con sospecha de COVID-19, concertando posteriormente una cita para valoración presencial y realización de pruebas diagnósticas según la gravedad de cada caso. La atención presencial a los casos sospechosos se ha realizado en zonas diferenciadas en los centros de salud y servicios de urgencias (denominado “circuito COVID”), evitando que los centros sanitarios se convirtieran en foco de transmisión del virus entre la población. Posteriormente, el seguimiento del paciente se ha realizado mediante contactos telefónicos o presenciales que han permitido valorar la evolución de la enfermedad mediante su sintomatología y constantes vitales, teniendo en cuenta además las comorbilidades asociadas y el entorno familiar y social^{8,9}. Este circuito se ha demostrado útil para disminuir la frecuentación en las urgencias del hospital, seleccionando a aquellos

enfermos subsidiarios de una atención más compleja⁷. La utilización de pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) o de detección antigénica de la COVID-19 ha dotado a la Atención Primaria de capacidad para realizar el diagnóstico de la patología aguda, siendo la herramienta fundamental para el control de la enfermedad dada la amplia variedad de sintomatología que le acompaña^{4,10} así como para la obligada notificación universal de todos los casos confirmados².

Pese a la pandemia, el Sistema Sanitario Público Andaluz ha seguido permitiendo a los pacientes poder elegir el ámbito de atención inicial a sus demandas. No obstante, la mayoría de la población ha elegido ser valorado por su médico de familia ante síntomas sugerentes de COVID-19⁷. Los pacientes valorados inicialmente en Atención Primaria presentaron edad,

sintomatología, curso clínico y factores de vulnerabilidad similares a los que consultaron por primera vez y por propia voluntad en los servicios de urgencias del hospital, pero presentando como factor diferencial un menor apoyo familiar y/o social^{7,11}. Los “circuitos COVID-19” se establecieron de forma progresiva en todos los centros de salud, aunque de forma heterogénea en el tiempo: durante la segunda ola en Andalucía un 65% de los centros sanitarios disponían de una consulta exclusiva para atender los casos sospechosos de COVID-19 y en el 45% utilizaban una agenda telefónica dispensarizada para el seguimiento de los casos confirmados¹². Durante la primera ola de la pandemia, cada médico de familia tuvo que valorar a nivel nacional una media de 3-4 pacientes diarios con sospecha de COVID y realizar un seguimiento semanal de unos 37 pacientes con COVID confirmado¹³, siendo útil el seguimiento telefónico en la mayoría de los casos¹⁴.

DEBILIDADES	AMENAZAS
Falta de recursos materiales	Falta de material de protección y pruebas diagnósticas, especialmente relevante durante la primera ola. Elevada tasa de contagio, enfermedad y mortalidad en médicos de familia desmedida en relación con los países de nuestro entorno. Centros, consultorios y puntos de urgencias sin adecuada infraestructura para establecer un circuito COVID-19.
Falta de recursos humanos	Mala planificación de las necesidades de la población y de la sobrecarga laboral para realizar las funciones de vigilancia y control de la pandemia. Carencia de profesionales sanitarios con formación adecuada para ejercer la Medicina de Familia Contratación de personal sin experiencia MIR (según Real Decreto-ley 29/2020) que pone en riesgo la calidad de la atención y la excelencia del sistema formativo.
Dificultad en la aplicación de los protocolos COVID-19	Ausencia de un criterio homogéneo para aplicar los protocolos de actuación contra el COVID-19 del Ministerio de Sanidad. Graves dificultades estructurales no resueltas, sobre todo en el medio rural y en los puntos de urgencias. Frecuentes cambios en los protocolos con la necesidad de actualización continua mediante estudio fuera de las horas de trabajo.
Falta de información a la población	Insuficiente información a la población sobre cómo actuar ante síntomas de sospecha o contacto con una persona positiva. Desconocimiento general sobre la nueva gestión de las demandas en la Atención Primaria, sin otorgar la suficiente importancia a la consulta telefónica y las medidas de autocuidado generales. Falta de responsabilidad social para observar las medidas de seguridad, intolerancia a la incertidumbre o ante la demora de las citas médicas.
Demora en la atención sanitaria	Incremento de la demora en la atención, ante el enorme aumento de la demanda y debido a la falta de recursos humanos. Inexistencia de un sistema ágil de citación para casos sospechosos o contactos, con la consiguiente incapacidad para realizar una primera valoración del paciente por un profesional no sanitario y priorizar su atención. Actuación heterogénea y no coordinada de los centros de llamadas externos en el seguimiento de los contactos.

Tabla 1. Debilidades y amenazas para la gestión sanitaria de la COVID-19 en Atención Primaria

Este seguimiento ha permitido una valoración objetiva de cada caso particular, estableciéndose un flujo de pacientes desde Atención Primaria hacia los servicios de urgencias del hospital en función del criterio objetivo del médico de familia y no de la subjetividad del enfermo. Así, se ha cuantificado que más de la mitad de los pacientes derivados desde los centros de salud al hospital fueron ingresados por empeoramiento de su cuadro clínico⁷.

El médico de familia ha tenido que aceptar la incertidumbre como una de las características esenciales de su trabajo en el primer nivel de asistencia sanitaria ante el desconocimiento sobre muchos aspectos de la pandemia y la forma de actuación en la atención clínica. Ha sido precisa una actitud continua de aprendizaje y una postura pragmática para elegir los cursos de acción más razonables y útiles, incorporando precozmente los nuevos conocimientos que han ido surgiendo sobre el tema. La respuesta desde los centros de salud, siempre abiertos a la población, ha sido meritoria y por encima de las posibilidades reales, pero dificultada al mismo tiempo por una serie de problemas ajenos al trabajo de los médicos de familia^{4,15} (tabla 1). Estos problemas han provocado que la atención continuada y la accesibilidad hayan dependido en muchas ocasiones más del voluntarismo de los profesionales que de las facilidades dadas a éstos para desempeñar sus tareas. Es más, al priorizar los refuerzos de los dispositivos hospitalarios, sobre todo Servicios de Urgencias y Unidades de Cuidados Intensivos, en detrimento de la inversión en Atención Primaria, se ha vuelto a privar de las inversiones necesarias al primer nivel del Sistema Sanitario, ya de por sí muy mermado previamente tanto de recursos humanos como materiales. Estas limitaciones han lastrado la labor del médico de familia y condicionado en muchas ocasiones un diagnóstico tardío de casos, una mala respuesta a los brotes iniciales en poblaciones concretas (como temporeros) o en actividades sociales (como el ocio nocturno o los eventos familiares), y el incumplimiento de las medidas de aislamiento⁴.

ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE LOS CONTACTOS ESTRECHOS

Una amplia mayoría de las personas infectadas solo desarrollan desde síntomas leves respiratorios a un resfriado común. En Andalucía, algo menos de la mitad de los infectados no ha padecido síntoma alguno². Pese al buen pronóstico individual, estos pacientes suponen un serio problema de salud pública debido a la elevada capacidad de propagación del virus, con una mediana de la tasa de contagio de 2 contactos (intervalo de 1 a 4) por caso diagnosticado^{2,16}. La capacidad de contagio es muy variable: mientras muchos individuos infectados no transmiten el SARS-CoV-2 a nadie más, los datos epidemiológicos sugieren que una minoría de los casos índice pro-

vocarían la mayoría de las infecciones secundarias¹⁷. La elevada tasa de ataque secundario ofrece también resultados variables, desde el 3% descrito en China hasta el 10,5% en EEUU, siendo superior en ambientes cerrados y/o con mucho contacto interpersonal como ocurre entre convivientes familiares, eventos sociales y centros sociosanitarios residenciales¹⁷⁻¹⁹.

El contagio puede provocar el desarrollo de una neumonía grave, sobre todo en personas pertenecientes a grupos de población vulnerable, que precisará soporte hospitalario al provocar, en muchos casos, una insuficiencia respiratoria aguda potencialmente letal⁹. La elevada contagiosidad y la letalidad provocada por el COVID-19 hicieron que la OMS estableciera como objetivo prioritario el seguimiento de los contactos para reducir la infección humana y prevenir la transmisión secundaria¹. Estas tareas son propias de la Atención Primaria mediante una atención que interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, pasando de un objetivo de curación de la enfermedad a otro centrado en la prevención y el cuidado. Más de un millón de casos sospechosos y contactos fueron valorados en la Atención Primaria en la primera ola de la pandemia, siendo en el 80-85% el ámbito asistencial donde el paciente fue atendido por primera vez^{4,6}.

Los médicos y enfermeros de familia han asumido plenamente el estudio de los contactos, tanto con la población general como en colectivos especiales como colegios y centros sociosanitarios. También se han estudiado los contactos pertenecientes a entidades privadas, pese a la indicación expresa de la Consejería de Salud sobre su obligada participación en esta labor. Casi el 90% de los contactos fueron estudiados y seguidos por profesionales de Atención Primaria en Andalucía durante la segunda ola¹¹, pese a que los medios de comunicación difundían la presencia de “rastreadores” no sanitarios que realizaban esta labor.

La creación en octubre de 2020 del programa “APEX Rastreo” aportó una nueva herramienta que pretendía facilitar el trabajo colaborativo entre los rastreadores de los dos centros externos creados y los profesionales sanitarios, aunque su implantación ha sido muy desigual en las diferentes zonas básicas de salud. Baste recordar cómo ha sido preciso que los Colegios Oficiales de Médicos hayan recurrido a médicos jubilados para ayudar a las tareas de rastreo, a quienes hay que agradecer su labor desinteresada y altruista. Con más medios y mejor coordinación, el estudio de los contactos habría permitido la detección de casos asintomáticos causantes de transmisión comunitaria silente. Sin embargo, el escaso refuerzo de las plantillas de los centros de salud y los servicios de Salud Pública y la contratación de empresas sin experiencia en la materia han podido enlentecer la implementación del rastreo de contactos⁴, dificultando el control efectivo de las sucesivas olas pandémicas.

ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Los factores sociales y de comportamiento son fundamentales para la aparición, propagación y contención de las enfermedades humanas, y son determinantes clave del curso, la duración y los resultados de los brotes de enfermedades²⁰. La ciudadanía está teniendo una información sobre la evolución de la pandemia centrada fundamentalmente en el número de nuevos casos, ingresos hospitalarios y defunciones. Aunque se conocen las diferencias geográficas por ciudades e incluso por barrios, no se han analizado las condiciones de vida, laborales, sociofamiliares y económicos ligados a la evolución asimétrica de la epidemia por COVID-19²¹.

Por el contrario, la estrategia de lucha contra la pandemia se ha centrado en la enfermedad y la atención hospitalaria, con un enfoque biomédico que olvida la promoción de salud y la participación comunitaria. Los ciudadanos adoptan un papel pasivo, de meros receptores de normas y consejos, siendo culpados cuando determinados grupos de población se relacionan con un riesgo elevado de contagio (como el caso de los temporeros en la primera ola o los jóvenes en la última)²². Por otra parte, no toda la información que se emite en medios de comunicación y redes sociales contribuye a una adecuada educación sobre la pandemia: es frecuente encontrar mensajes alarmistas o negacionistas que dificultan la instauración de medidas útiles contra la pandemia, como el uso de mascarillas o la vacunación.

Además del fortalecimiento de las redes comunitarias, se precisa una actitud proactiva de los profesionales sanitarios para ofrecer una información concreta y entendible, permitir a la población exponer sus incertidumbres y dudas, y mostrar unas cualidades humanas que les hagan dignos de confianza como modelo social²².

La atención fuera de los centros de salud ha sido un difícil pero fundamental ámbito de trabajo para los médicos de familia, indispensable para el seguimiento de casos y la vigilancia de los contactos. Con la visita al domicilio del paciente se realiza una valoración holística del enfermo, detectando sus necesidades y las de su familia, dentro de una comunidad concreta, ante una situación que obliga a atender a personas enfermas y a asegurar el confinamiento domiciliario de personas sanas pero susceptibles de contagio. Los pacientes más vulnerables y aquéllos de mayor edad han sido los principales perfiles de pacientes valorados a domicilio⁷, constituyéndose como la mejor opción en situaciones en las que el ingreso hospitalario era inviable o innecesario y contribuyendo a evitar la sobrecarga de los servicios hospitalarios^{23,24}. Ha sido reconocida como actividad esencial tanto por la OMS²⁵ como por el Ministerio de Sanidad²⁶. No obstante, diversas sociedades científicas de medicina y enfer-

mería de familia han tenido que solicitar reiteradamente que la atención domiciliaria se incluya como “exposición de alto riesgo” en los protocolos de actuación de la COVID-19 para determinadas situaciones, enfatizando la necesidad de individualizar la categorización de riesgo en cada caso²⁷. Sigue siendo sorprendente la existencia de un alto porcentaje de profesionales sanitarios contagiados y la ausencia de datos oficiales sobre las circunstancias del contagio, especialmente en el entorno extra hospitalario y particularmente entre el personal sanitario de Atención Primaria.

Otro importante ámbito comunitario de atención han sido las residencias sociosanitarias, con un modelo de atención heterogéneo, criterios de actuación dispares y escasa coordinación con la Atención Primaria. La primera ola de la pandemia puso en evidencia la desprotección de las personas internas en estos centros con un alto número de personas contagiadas y una mortalidad excesiva en comparación con el resto de población²⁸. Ante esta situación, se tuvo que intervenir desde los centros de salud de referencia para instaurar planes de contingencia adaptados a las características de cada centro y dirigidos a la prevención y respuesta ante la aparición de brotes²⁹. Las funciones ejercidas desde los centros de salud se centraron en coordinar las acciones necesarias contra la propagación del virus, formar al profesional sanitario en los protocolos y técnicas necesarias, y realizar visitas presenciales para realización de pruebas diagnósticas y valoración de los enfermos. Estas actividades han supuesto duplicar la atención en los centros sociosanitarios y sobrecargar la actividad de los centros de Atención Primaria, teniendo que atender a una población que ya disponía de sus propios recursos sanitarios.

Es preciso aprender de lo ocurrido y liderar un cambio en el modelo de atención sanitaria de estos centros, pasando a depender de la Atención Primaria de modo que los residentes reciban una atención de similares características a la que reciben los pacientes mayores en sus domicilios en cuanto a promoción de la salud y prevención de la enfermedad³⁰. Supone reorganizar la atención mediante el trabajo en equipo y la continuidad asistencial, con registros clínicos en la historia de salud digital disponibles para cualquier médico, mejorando la prescripción y formando al personal propio de los centros sociosanitarios. El cambio gradual a una atención de estos residentes desde los centros de salud supondrá aunar plantillas de profesionales en vez de duplicar esfuerzos a costa del trabajo de los médicos de familia, sumando los recursos existentes para ofertar una atención de calidad.

Es urgente planificar la integración de ambos modelos para que todas las personas puedan utilizar los recursos de la Atención Primaria, que necesariamente deben incrementarse en función de esta nueva actividad en la cartera de servicios.

ATENCIÓN A OTRAS PATOLOGÍAS

La pandemia por COVID-19 ha provocado un colapso del sistema sanitario, obligando a redistribuir los recursos disponibles. En el hospital se han tenido que retrasar primeras consultas y revisiones, aplazar cirugías programadas y dedicar plantas enteras a la atención a los pacientes con COVID-19. En Atención Primaria se ha incrementado la demora en la atención, pese al aumento de citas diarias. Las consecuencias de estos cambios, aún por determinar, podrían ir desde el agravamiento de patologías por la falta de atención hasta un incremento de la mortalidad. Los médicos de familia se enfrentan a una mayor sobrecarga laboral debido a la merma paulatina de presupuestos desde hace décadas para la Atención Primaria³¹, con exigencias laborales no previstas y con una plantilla escasa. Frente a este problema crónico agravado por la pandemia, han surgido las protestas de la población por la demora en la atención, siendo especialmente llamativa la queja sobre la sensación de que los centros de salud estaban “cerrados”. Medios de prensa y redes sociales han hecho especial hincapié en este titular³², no existiendo una respuesta clara y firme por parte de los gestores de la administración sanitaria en sentido contrario. La población se ha sentido excluida al perder el punto de encuentro social que suponía el centro de salud, sin conocer ni entender el nuevo modelo de gestión de las citas, mostrando en ocasiones una elevada intolerancia a las incertidumbres existentes durante este periodo extraordinario de pandemia. A ello se suman el desconocimiento sobre los números telefónicos específicos para la asistencia al COVID-19 y las dificultades para obtener una cita por el colapso que ha sufrido Salud Responde en diferentes periodos de la pandemia, que además no ha podido ejercer una función de triaje para priorizar la atención sanitaria¹⁴. Este fracaso en el sistema de citas ha afectado negativamente la imagen de los centros de salud y de los médicos de familia.

Los centros de salud han estado abiertos durante la pandemia y los médicos de familia han trabajado todos los días, incluso doblando turnos por la tarde y en festivos para mejorar la accesibilidad. Además de la atención a los casos COVID-19, las agendas para otro tipo de consultas han estado abiertas, la mayoría para motivos clínicos más que para trámites administrativos (inferiores al 20% de las citas), con un alto número de pacientes visitados sin cita previa¹¹. Se ha tenido que asumir inmediatamente un cambio abrupto en la gestión de las agendas para evitar el riesgo de contagio en los centros sanitarios, pasando de las citas presenciales a un primer contacto mediante consultas telefónicas. La relación personal previa establecida por el médico de familia con el paciente y su familia ha permitido que un gran número de demandas hayan podido ser resueltas mediante una atención telemática, evitando las aglomeraciones en las salas de espera y facilitando

la gestión personalizada de las consultas presenciales mediante criterios clínicos^{13,23,24}. Este cambio ha sido extremadamente difícil para el médico de familia, suponiendo adoptar una nueva forma de trabajar en pocos días o semanas y sin formación previa. Pese a este esfuerzo, ¿por qué la asistencia telemática es denostada cuando se emplea en el sistema sanitario público mientras que diferentes compañías médicas privadas la promocionan como un producto de calidad?

Los centros de Atención Primaria registraron en la historia digital durante 2020 más de 40,4 millones de asistencias, mientras que en las urgencias hospitalarias fueron 2,2 millones y en las consultas externas del hospital alcanzaron los 6,3 millones de registros³³. No hay muchos más datos oficiales sobre la actividad desarrollada en Atención Primaria durante los distintos momentos del ciclo pandémico. Un reciente estudio de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria¹² visibiliza una ingente actividad asistencial con una media nacional de 35-40 pacientes atendidos al día en la consulta del médico de familia en Atención Primaria durante la primera ola epidémica. En Andalucía y durante la segunda ola, una encuesta¹¹ mostró que cada médico de familia atendió una media de 60 citas diarias: la mayoría (82%) son demandas clínicas (36 consultas telefónicas, 15 presenciales y 1-2 avisos a domicilio), con otras 11 citas más sólo para temas administrativos, destacando que 1 de cada 5 pacientes fue atendido sin cita previa. Estas agendas duplican en número de citas a las propuestas desde el Servicio Andaluz de Salud en el año 2019 (30 pacientes por cupo y día)³⁴ lo que puede dar idea de la sobrecarga asistencial sufrida desde el inicio de la pandemia.

CONCLUSIONES: FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA

El sistema sanitario debe reorientarse hacia la Atención Primaria, puerta de entrada a la comunidad, con centros de salud como ejes centrales en la prevención y mitigación de la pandemia por COVID-19^{13,14,21,35-37}. Es previsible que la pandemia se prolongue durante varios años, por lo que es urgente adoptar medidas factibles, aceptadas por la población y sostenibles, sin depender del voluntarismo y el esfuerzo desmedido de los médicos. Queda aún camino por andar para alcanzar un control efectivo de la pandemia y conseguir una adecuada cobertura poblacional de la vacuna contra la COVID-19, así como para la atención a las secuelas y los casos cada vez más frecuentes de COVID prolongado³⁷. Se precisa con urgencia un definitivo impulso económico y organizativo a la Atención Primaria que permita al médico de familia disponer de tiempo y recursos suficientes para mantener la calidad de la atención clínica⁴. La Atención Primaria posee una serie de fortalezas^{4,38,39} (tabla 2) que ofrecen oportunidades para enfrentarse a esta pandemia, siempre y cuando las deci-

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
Accesibilidad y continuidad de la atención	<p>Conocimiento estrecho del paciente, su familia y su comunidad que permite las valoraciones telefónicas y genera confianza y cercanía.</p> <p>Incremento de la autonomía de los equipos de los Centros de Salud, con capacidad para planificar agendas y tiempos de atención según las necesidades de la población atendida y la situación epidemiológica.</p> <p>Valoración por parte del médico de familia del recurso adecuado (telemático, presencial o a domicilio) para cada demanda clínica.</p> <p>Mejora en el sistema centralizado de citas, con respuesta rápida y priorización de las citas según el tipo de demanda.</p>
Trabajo en equipo	<p>Desarrollo pleno de competencias de otros profesionales, como la consulta de acogida por enfermería.</p> <p>Desburocratización de las consultas a través de una valoración inicial de la demanda por el servicio de atención al usuario.</p> <p>Implementación de las consultas telemáticas con los diferentes servicios hospitalarios.</p>
Vigilancia activa y detección precoz de la COVID-19	<p>Detección y aislamiento precoz de enfermos de COVID-19 y sus contactos, evitando la transmisión del virus.</p> <p>Aplicación de escalas de riesgo en la valoración de la gravedad clínica del paciente.</p> <p>Mantenimiento y mejora de los flujos de atención a los pacientes con COVID-19 y sus contactos, reduciendo la sobrecarga del sistema sanitario.</p> <p>Coordinación eficaz y directa con los equipos de rastreadores externos.</p> <p>Mejora del sistema de registro de la vigilancia epidemiológica, disminuyendo la carga burocrática para el médico y ofreciendo la recuperación de información completa actualizada.</p>
Atención a la comunidad	<p>Información veraz y entendible sobre la pandemia por COVID-19, que permita un empoderamiento de la comunidad facilitando su participación.</p> <p>Coordinación de las campañas masivas de vacunación desde los distritos sanitarios y los centros de salud.</p> <p>Cambio en la atención a las residencias sociosanitarias, pasando a depender las personas institucionalizadas de un médico de familia y un centro de salud.</p>

Tabla 2. Fortalezas y oportunidades para la gestión sanitaria de la COVID-19 en Atención Primaria

siones para el sistema sanitario se basen en la mejor evidencia científica disponible, permitiendo a los profesionales sanitarios establecer las prioridades de actuación. La pandemia de Covid-19 reafirma el deber, la responsabilidad y el compromiso ético de los profesionales de la Medicina para con la sociedad⁴⁰, pero todo ello puede ser insuficiente si no se cuenta con el apoyo de las instituciones gobernantes, la sensatez de los gestores de la sanidad y la colaboración activa de la población⁴¹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Valoración de la declaración del brote de nuevo coronavirus 2019 (n-CoV) una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Secretaría General de Sanidad y Consumo, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, Ministerio de Sanidad del Gobierno de España; 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Valoracion_declaracion_emergencia_OMS_2019_nCoV.pdf (accedido 17/7/21).
2. Equipo COVID-19 de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Informe nº 87. Situación de COVID-19 en España. Informe COVID-19 (14 de julio de 2021). Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación, Gobierno de España; 2021. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202021/Informe%20n%C2%BA%2087%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2014%20de%20julio%20de%202021.pdf> (accedido 18/7/21).
3. Informe MoMo. Vigilancia de los excesos de mortalidad por todas las causas. Situación a 13 de julio de 2021. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación, Gobierno de España; 2021. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2021/MoMo_Situacion%20a%2013%20de%20julio_CNE.pdf (accedido 17/7/21).
4. Molero García JM, Arranz J, Gutiérrez MI. COVID-19 en España, ¿cómo hemos llegado hasta aquí? Aten Primaria. 2020; 52:676-9.

5. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. Actualización 15 de enero 2021. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf> (accedido 17/7/21)
6. COVID-19: Make it the Last Pandemic — A Summary . The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response; 2021. Disponible en: https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/Summary_COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf (accedido 20/7/21)
7. Pérez-Milena A, Leyva-Alarcón A, R.M. Barquero-Padilla R, Peña-Arredondo M, Navarrete-Espinosa C, Rosa-Garrido C. Valoración y seguimiento de los pacientes con sospecha de COVID-19 en la primera ola pandémica en una zona urbana de Andalucía, Atención Primaria, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102156>.
8. Molero-García JM, Arranz-Izquierdo J, Gutiérrez-Pérez MI, Redondo Sánchez JM. Aspectos básicos de la COVID-19 para el manejo desde atención primaria. *Aten Primaria* 2021;53:101966.
9. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Criterios de atención clínica y de derivación hospitalaria de pacientes diagnosticados como casos probables de infección por SARS-CoV-2. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2020. Disponible en: <https://www.semfy.com/la-semfy-impulsa-undocumento-de-criterios-practicos-de-valoracionclinica> (accedido 20/7/21)
10. BMJ Best Practice. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Last updated: Jul 08, 2021. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/3000168/pdf/3000168/Coronavirus%20disease%202019%20%28COVID-19%29.pdf> (accedido 17/7/21)
11. Barroso López KR, Peñasco García P, Soria López CI, Pérez Fernández MC, Gómez Cruz JG, González Silva Y. Características y evolución de los pacientes COVID-19 en un centro de salud urbano al inicio de la pandemia. *Aten Primaria* 2021; 53:101957.
12. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. El trabajo de los médicos/as de familia andaluces en la tercera ola de la pandemia por COVID-19. *Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*, 22/11/2021. Disponible en: <https://www.samfyc.es/el-trabajo-de-los-medicos-as-de-familia-andaluces-en-la-tercera-ola-de-la-pandemia-por-covid-19/> (accedido 19/7/21)
13. Tranche Iparraguirre S, Martín Álvarez R, Párraga Martínez I y Grupo colaborativo de la Junta Permanente y Directiva de la semFYC. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *REV CLÍN MED FAM* 2021; 14: 85-92.
14. Imlach F, McKinlay E, Middleton L, Kennedy J, Pledger M, Russell L, Churchward M, Cumming J, McBride-Henry K. Telehealth consultations in general practice during a pandemic lockdown: survey and interviews on patient experiences and preferences. *BMC Fam Pract*. 2020; 21:269.
15. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Propuestas para la Atención Primaria tras la tercera ola de la pandemia por SARS-CoV-2. *Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*, 5 marzo 2021. Disponible en: <https://www.samfyc.es/propuestas-para-la-ap-tras-la-tercera-ola-de-la-pandemia-por-sars-cov-2/> (accedido 20/7/17)
16. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention. This topic last updated: Jul 15, 2021. Hirsch MS, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. Disponible en: <http://www.uptodate.com> (accedido 17/7/21).
17. Sun K, Wang W, Gao L, et al. Transmission heterogeneities, kinetics, and controllability of SARS-CoV-2. *Science* 2021; 371.
18. Madewell ZJ, Yang Y, Longini IM Jr, et al. Household Transmission of SARS-CoV-2: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2020; 3:e2031756.
19. Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19. Versión del 18 de junio de 2020. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf (accedido 9/8/21)
20. Bedson J, Skrip LA, Pedi D, Abramowitz S, Carter S, Jalloh MF, et al. A review and agenda for integrated disease models including social and behavioural factors. *Nat Hum Behav*. 2021; 5:834-46.
21. Observatorio de Salud Comunitaria. COVID-19: una respuesta comunitaria para una pandemia social. 2020. Disponible en: <http://www.alianzasaludcomunitaria.org/covid-19-una-respuesta-comunitaria-para-una-pandemia-social/> (accedido 20/7/21)
22. Pérez-Milena A. El desafío de informar a la población como estrategia para la cobertura óptima de la vacunación contra la COVID-19. *Comunidad*. 2021; 23:1.
23. Bayona Huguet X. La organización de los equipos de atención primaria a partir de la pandemia de COVID-19. *Atención Primaria Práctica* 2020; 2:100066.
24. Bordón Poderoso C, Jurado Cabezas M, Quiñones Begines I, Lopez Tellez A,Boxo Cifuentes JR. Atención telefónica en atención primaria. Nuestra experiencia durante la pandemia covid-19. *Med fam Andal*. 2021; 22: 34-42.
25. Organización Mundial de la Salud. Atención en el domicilio a casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y manejo de sus contactos. Orientaciones provisionales 12 de agosto de 2020. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333967/WHO-2019-nCoV-IPC-HomeCare-2020.4-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accedido 9/8/21).
26. Manejo domiciliario del COVID-19. Versión del 17 de noviembre de 2020. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_domiciliario_de_COVID-19.pdf (accedido 9/8/21).

27. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Asociación de Enfermería Comunitaria y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. 6/11/2020. Propuesta de ampliación de la ficha de declaración SARS-COV-2 en los casos de personal sanitario. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rot=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjDrKPw2aPyAhUiAmMBHYK9Dt-8QFnoECAGQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.faecap.com%2Fdocuments%2Fdownload%2F434&usg=AOvVaw2HVXnAeoT-5qFz_MKuzHetJ (accedido 9/8/21)
28. Informe del grupo de trabajo COVID 19 y residencias. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Gobierno de España; 24/11/2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ssi/immerso/docs/GTCOVID_19_RESIDENCIAS.pdf (accedido 17/7/21).
29. Adaptación de las medidas en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial en el marco de la vacunación. Versión del 15 de marzo de 2021. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Centros_sociosanitarios_actuacion_vacunados.pdf (accedido 21/7/21).
30. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Propuestas para la vuelta a la normalidad tras la pandemia por SARS-CoV-2. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 17/7/2020. Disponible en: <https://www.samfyc.es/propuestas-samfyc-para-la-vuelta-a-la-normalidad-tras-la-pandemia-por-sars-cov-2/> (accedido 9/8/17)
31. Manifiesto del Foro de Médicos de Atención Primaria. Día de la Atención Primaria 2021. La Atención Primaria te cuida. ¡Protégela! Foro de Médicos de Atención Primaria, 12/04/2021. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/manifiesto-dia_ap-2021.pdf (accedido 10/8/17)
32. Lázaro A, Fernández JM. Centros de salud cerrados: "La atención telefónica es insuficiente". Redacción Médica, 30/6/2020. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/centros-de-salud-cerrados-la-atencion-telefonica-es-insuficiente--2575> (accedido 20/7/21).
33. Servicio Andaluz de Salud. Los centros de Atención Primaria registran más de 40,4 millones de asistencias en la historia digital de pacientes durante 2020. Noticias del Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía; 10/1/21. URL: <https://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/salud/141724/ConsejeriadeSaludyFamilias/JesusAguirre/AtencionPrimaria/pacientes/citaprevia> (accedido 9/8/21).
34. Servicio Andaluz de Salud. Los médicos de Atención Primaria atenderán un máximo de 30 pacientes con cita previa al día. Noticias del Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía; 11/04/2019. URL: <https://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/salud/141724/ConsejeriadeSaludyFamilias/JesusAguirre/AtencionPrimaria/pacientes/citaprevia> (accedido 21/7/21).
35. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol Serv Saude*. 2020; 29:e2020166.
36. Benedé CB, Carrasco A, Peyman-Fard N. Atención comunitaria «COVID mediante y durante». *Aten Primaria* 2021; 53:102-3.
37. Sisó A, Brito-Zerón P, Conangla L, Kostov B, Moragas A, Ramos-Casals M, Sequeira E. Manifestaciones persistentes de la COVID-19. Guía práctica clínica. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 2021. Disponible en: <https://www.semfyec.es/formacion-y-recursos/manifestaciones-persistentes-de-la-covid-19-guia-de-practica-clinica/> (accedido 21/7/21).
38. Sigfrid L, Maskell K, Bannister PG, Ismail SA, Collinson S, Regmi S, Blackmore C, Harriss E, Longuere KS, Gobat N, Horby P, Clarke M, Carson G. Addressing challenges for clinical research responses to emerging epidemics and pandemics: a scoping review. *BMC Med*. 2020; 18:190.
39. Vila-Corcoles A, Satue-Gracia E, Vila-Rovira A, de Diego-Cabanés C, Forcadell-Peris MJ, Ochoa-Gondar O. Development of a predictive prognostic rule for early assessment of COVID-19 patients in primary care settings. *Aten Primaria*. 2021; 53:102118.
40. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. La pandemia de Covid-19 reafirma el deber, la responsabilidad y el compromiso ético de los profesionales de la Medicina para con la sociedad. Ponencia de Clausura del VII Congreso Deontología Médica CGCOM; 24/11/2021. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_clausura_y_conclusiones_deontoleado_cgcom_24_04_21.pdf (accedido 9/8/21)
41. Manifiesto de 55 sociedades científicas dirigido a la clase política por la gestión de la COVID-19: "En salud, ustedes mandan, pero no saben" [Internet] Madrid, 4/11/2020. Disponible en: <https://cutt.ly/ef5ATAd> (accedido 9/8/21).

CONFLICTO DE INTERESES

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Pérez Milena A. Retos, logros y dificultades del médico de familia ante la pandemia por COVID-19 en Andalucía. *Actual Med*. 2021; 106(814). Supl2: 109-117