

ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2020;117(2):96-97



Atender la pandemia mirando a la comunidad, desde la atención primaria

Pandemiari erantzun komunitateari begira, lehen mailako arretatik

Address the pandemic looking at the community, from primary care

Es posible que el mundo haya cambiado en estos últimos meses, o al menos la forma en la que lo entendíamos hasta ahora.

La pandemia mundial provocada por la infección del SARS-CoV-2 nos ha interpelado a todo el mundo, a todas las personas, ciudadanos, pueblos y comunidades. Bien sea a nivel individual o colectivo, como caso o contacto, en cuarentena o en confinamiento. Todos hemos padecido de uno u otro modo las consecuencias de la pandemia, y nos ha afectado de forma más directa o indirecta.

No obstante, el primer estudio de seroprevalencia de SARS-CoV-2 en España revela un 5,2 % de ciudadanos infectados. De ellos un tercio fueron asintomáticos, unos 124.000 fueron atendidos en el hospital y por tanto todos los demás, millón y medio de pacientes aproximadamente, fueron atendidos en atención primaria (AP) por sus médicos y médicas de Familia y sus enfermeras y enfermeros de atención primaria.

Pese a haber sido invisibles en gran parte de la pandemia y ausentes del foco mediático y de las estadísticas, en los centros de salud, desde el primer minuto se hizo gala de una enorme capacidad de adaptación. Los equipos directivos tomaron decisiones sin esperar órdenes superiores ni la llegada de equipos de protección (EPI). Fue necesario crear nuevos escenarios, adecuar los espacios, los horarios de los profesionales y hasta la burocracia se modificó.

Pero sin duda el gran cambio fue reconvertir en pocos días la consulta presencial en telefónica asumiendo el riesgo que para los pacientes podía suponer a cambio de disminuir el riesgo de contagio.

No obstante, el compromiso de algunos profesionales, el contacto cercano con los pacientes que la Medicina de Familia conlleva y la tardanza con la que llegaron los EPI fue determinante en que el colectivo de médicos y médicas de familia fuera el más duramente atacado por el coronavirus, siendo 18 los fallecidos en España de los 34 médicos de la sanidad pública que hasta la fecha han encontrado la muerte en su trabajo contra la pandemia.

La población, por su parte, ha estado a la altura de las circunstancias. Ha sido capaz de responder a las exigencias del momento, y no tenemos ninguna duda de que también aceptará los cambios que habrá que introducir en el modelo asistencial, para los que será indispensable tener en cuenta las voces de la ciudadanía.

Debemos de tener en cuenta además que la pandemia no se ha extendido por igual entre los grupos sociales. Las personas más vulnerables y de menor nivel socioeconómico han sufrido una mayor tasa de infección y con mayores complicaciones a causa de la COVID-19, siendo más severa la mortalidad a causa de la enfermedad. Esto no es tan novedoso, ya que las principales víctimas de otras crisis a las que hemos asistido suelen ser las mismas.

Los resultados de los estudios acumulados hasta ahora sobre las desigualdades sociales en salud demuestran que una atención primaria potente, en colaboración con los sistemas de información e investigación adecuados de salud pública, tiene mucho que hacer por la salud colectiva. De hecho, en las futuras olas que se avecinan en esta crisis, es necesario reforzar la capacidad de identificación de casos e investigación de contactos desde

una perspectiva de trabajo que incorpore explícitamente la equidad.

Actualmente, superada la gran ola de la epidemia, el hospital recupera el ritmo. Mientras, los profesionales de AP seguiremos trabajando como un primer contacto con los nuevos casos, los proyectos en colaboración con Salud Pública, médicos vigía, control de centros socio-sanitarios... y con todo aquello que hemos pospuesto estos últimos meses; junto a las consecuencias que la epidemia ha traído a la salud global de nuestra población.

Por todo ello, esta pandemia nos deja al menos tres grandes enseñanzas:

Poner la Atención Primaria de Salud en el foco, en combinación con Salud Pública, tiene que ser una prioridad política. Eso significa dotarla de recursos estructurales y humanos no sólo para frenar el éxodo de pacientes de la comunidad al hospital en busca de salvar la vida, sino también para ofrecer una continuidad de cuidados que en la primera ola de la pandemia se menospreció y ahora estamos valorando, como son los cuidados paliativos y al final de la vida.

Potenciar los valores que caracterizan la Medicina de Familia como son la longitudinalidad y la continuidad de cuidados. El médico o la médica que permanece en su plaza durante años conoce al paciente y su contexto y sabe mejor que nadie los cuidados que necesita. Esto ha permitido mantener de forma telefónica una accesibili-

dad razonable, acompañar a los pacientes así como detectar rápidamente a aquellos en mayor riesgo no sólo por su comorbilidad sino también por sus condiciones familiares o sociales.

Favorecer la autonomía de gestión de los centros de salud para poder dar respuesta desde lo local a la comunidad. Las áreas geográficas de salud son diferentes ¿por qué su organización ha de ser igual? Diferente pirámide de población, diferente número de residencias de ancianos, diferente número de casos COVID-19... Debe potenciarse la capacidad de la atención primaria y los centros de salud de adaptarse a las circunstancias de la comunidad a la que atienden

Solamente si somos capaces de ver las carencias y necesidades estructurales que ha puesto en evidencia esta crisis, podremos aprovechar la oportunidad de reorientar el sistema sanitario hacia la comunidad y para las personas.

En definitiva, menos virus y más AP.

Gorka Maiz López
20 de junio de 2020
Bilbao. Basque Country. España
*Presidente. Osatzen
(y toda su Junta Directiva)*