

Las Sociedades Autonómicas de la SEMG ante la desescalada

Seis de nuestras Sociedades Autonómicas -Andalucía, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña Galicia y Madrid- con situaciones muy dispares, responden a tres preguntas sobre si estaba preparada la Atención Primaria en su comunidad para afrontar la fase de desescalada y sobre lo que creen que sería necesario para hacerlo, tanto ahora como en el futuro ante nuevas crisis causadas por la nueva enfermedad COVID-19.



Dr. José Caballero Vega
Presidente de la Sociedad Andaluza de Médicos Generales y de Familia (SEMG Andalucía)

1. ¿Está preparada la Atención Primaria, por medios, estructura y personal para asumir el importantísimo papel que el Gobierno le otorga y ser una pieza clave en el nuevo protocolo de detección de casos?

La Atención Primaria no ha llegado a estar nunca lo suficientemente dotada de personal y medios para afrontar el día a día de nuestros pacientes. A pesar de su continua preparación y disposición no ha sido valorada ni reconocida en su justa medida por las diferentes Administraciones. Prueba de ello es que continúa estando a la cola de Europa en retribuciones a sus profesionales. Muchos de ellos, concluido su periodo formativo siguen optando por buscar un futuro más adecuado al otro lado de nuestras fronteras, después de haberlo hecho entre nuestras comunidades autónomas. Es un recurso público imprescindible del que se aprovechan sin rubor, de la vocación y la entrega para confiarnos la contención de esta pandemia. Decir lo contrario sería faltar a la verdad. Prueba de ello es el número de contagios y fallecidos en nuestras filas. Aún así, se seguirá respondiendo al máximo nivel, como hasta ahora. Es el momento de ajustar la estrategia contra el virus. Estamos preparados para la detección precoz de sospechosos, de casos confirmados y de sus contactos trabajando en equipo con nuestros epidemiólogos.

2. Al margen de la consabida necesidad de más financiación, ¿habría que introducir protocolos o medidas específicas para que esto fuera posible?



El problema de lo consabido es que por sobradamente conocido no es tenido en cuenta. El mejor protocolo es la formación. El conocimiento y el compromiso de hacer lo que se nos dice por parte de los expertos. Lo opinable no es científico. Los protocolos suelen fallar cuando se tiende a interpretarlos o a no cumplirlos. En cuanto a su pregunta de especializar de forma diferenciada plantillas y circuitos, en el momento actual no parece muy aconsejable. Si quisiéramos tener centros sanitarios, hospitales, etc. no COVID se convertirían en COVID en cuanto apareciera un caso en ellos. Otra cosa es establecer circuitos de acceso y realización de test, PCR, serología... previos a la realización de pruebas diagnósticas, preoperatorios... así como a los profesionales con la cadencia adecuada.

3. Una vez superada la crisis y la fase de desescalada, ¿habría que mantener una estructura estable y consolidada en primaria para hacer frente a posibles nuevas crisis? ¿Cómo debería ser esa estructura?

El virus nos va a acompañar de una u otra forma hasta que dispongamos de un tratamiento eficaz o, de lo que es mejor, de una vacuna en el mismo sentido. Confiemos en que nuestros investigadores descubran pronto el remedio. No obstante, sería impresentable que un nuevo brote epidémico de este o de otro virus similar nos pudiera sorprender de nuevo. Es preciso planificar, en base a esta experiencia diferentes escenarios que garanticen a los profesionales y a los ciudadanos una respuesta adecuada. No pueden volver a faltar EPIs, ni test, ni batas, ni personal, ni espacios específicos de ingreso, ni respiradores... Pero también sería bueno que no echáramos en falta la educación sanitaria de la población, su colaboración activa en el cumplimiento de las normas acortaría la duración de estos episodios fatídicos de la Historia de la Humanidad.



Dra. Marta Padrón Martín
Presidenta de la Sociedad Canaria de Médicos Generales y de Familia (SEMG Canarias)

1. ¿Está preparada la Atención Primaria, por medios, estructura y personal para asumir el importantísimo papel que el Gobierno le otorga y ser una pieza clave en el nuevo protocolo de detección de casos?

Actualmente, durante y antes de la crisis ya existía un déficit histórico tanto en recursos humanos como de dotación de materiales y de prestación en la atención primaria. Dicho déficit y los recortes en sanidad después de la crisis del 2008 han



perjudicado gravemente la dotación de personal y la fuga de profesionales en las distintas comunidades autónomas. Esto se ha visto mayormente en reflejado en otras comunidades como Madrid donde el recorte en personal sanitario ha agravado la situación actual de pandemia con la consiguiente centralización de los recursos dejando la atención primaria en un segundo plano.

En Canarias el papel de la atención primaria ha sido principal y prioritario para evitar el colapso en los centros hospitalarios. El papel del médico de familia y la enfermería comunitaria ha sido clave. Y actualmente el personal de atención primaria tanto sanitarios como personal de apoyo está preparado para asumir este reto, tanto en el triaje de casos como el seguimiento de los mismos en domicilio y asistencia temprana ante las complicaciones de los mismos y derivación a un centro especializado.

Si bien es verdad que dicho personal necesita en el momento actual de la pandemia, apoyo de personal sanitario extra a las plantillas actuales, dimensionando así los recursos humanos a través de circuitos específicos para gestión del COVID-19.

También hay que tener en cuenta que tenemos actualmente una plantilla muy envejecida a punto de jubilarse, lo que eso supone en cuanto a que son personal de riesgo y que no pueden estar integrados en un circuito de respiratorio y exponiendo a riesgo de contagio. eso supone una merma en cuanto al personal disponible para enfrentarnos de nuevo a un repunte de la pandemia o la gestión de casos nuevos.

En cuanto a las infraestructuras necesarias, en la actualidad la amplia red de centros de salud en todo el archipiélago pueden ser un soporte perfecto para la gestión de casos leves y que permitan seguimiento en nuestro ámbito. Hay que hacer mención especial a los centros de salud periféricos a los centros bases de cada zona básica, donde la dotación de recursos tanto humanos como de espacio físico, no reunirían las condiciones adecuadas para poder hacer una asistencia presencial y de casos COVID-19, además de un triaje adecuado de los mismos. En estos casos tendríamos que plantear una adaptación de la asistencial según los recursos que tengamos.

Con respecto a los suministros de material médico y sanitario para hacer frente a la actual pandemia o una situación pandémica similar en el futuro. Hay que tener en cuenta que al tratarse de un territorio insular pueden aparecer problemas de suministro tanto en material sanitario como de productos de primera necesidad, por lo que se debería hacer acopio de estos productos y así prevenir problemas de suministro en el futuro.

2. Al margen de la consabida necesidad de más financiación, ¿habría que introducir protocolos o medidas específicas para que esto fuera posible?

Consideramos que debe haber un personal exclusivo COVID y un personal no COVID que pueda seguir asumiendo la cronicidad y otras patologías agudas que precisan también atención médica. Por lo que se hace necesario que coexistan ambos circuitos y tener ambas actividades bien diferenciadas.

De esta manera el personal habitual se puede dedicar exclusivamente a su labor anterior, con las peculiaridades que supone es nueva situación y cómo estamos



abordando la asistencial desde consultas telefónicas, videoconferencias y otros medios de comunicación con los pacientes; que supone un esfuerzo extra por parte del personal, ya que no es la forma habitual de comunicación y que precisa otras estrategias para poder hacer una correcta anamnesis y diagnóstico de nuestros pacientes.

Actualmente, en la gerencia de Atención Primaria de Tenerife se ha establecido un sistema de rastreo y seguimiento específico de los casos positivos que se confirmen en AP. Esto supone que los casos detectados por los médicos de familia serán seguidos y rastreados por dicho equipo, tanto a los convivientes como a los contactos directos de ese paciente positivo. Los médicos de atención primaria seguiremos haciendo una captación activa de casos, seguimiento y solicitud de PCR diagnóstica.

3. Una vez superada la crisis y la fase de desescalada, ¿habría que mantener una estructura estable y consolidada en primaria para hacer frente a posibles nuevas crisis? ¿Cómo debería ser esa estructura?

Probablemente, después de la desescalada entremos en un período de intercrisis o interpandemia en el que será preciso retomar la cronicidad y la asistencia a otras patologías de importancia. Para ellos debemos retomar poco a poca la actividad actual pero no volveremos al sistema anterior.

Ya que de por sí estaba mal estructurado en cuanto a la accesibilidad al sistema y un mal uso de los recursos sanitarios por parte de los usuarios y también de los profesionales.

Tendremos que preparar el escenario para una nueva crisis antes de que finalice el año y haya una nueva oleada.

Esto supondrá un cambio de paradigma que ha venido para quedarse y hacer una transformación de la gestión de los recursos en atención Primaria.

Dicho cambio de paradigma supone un cambio desde la reactividad y la improvisación según la demanda actual, a una actitud más proactiva y previsible de la demanda asistencial tanto sanitaria como la no sanitaria y más burocrática de nuestro sistema actual.

También se hace relevante el uso de una historia clínica unificada entre hospitalaria y primaria, para facilitar la integración de la información. Al igual que consultas integradas y unificadas desde especializada para evitar desplazamientos innecesarios de los usuarios, ser más eficientes en cuanto a los tiempos a la hora de realizar pruebas y unificarlas en un mismo lugar.

Ante esta situación actual, se hace necesario hacer hincapié en la educación sanitaria y dar herramientas a los usuarios para el autocuidado. Favorecer los métodos audiovisuales para poder acceder al paciente por otras vías de comunicación.

Favorecer las aulas de salud a través de estos métodos audiovisuales.

Debemos apostar por una asistencia sanitaria de calidad y mejorarla. Más ahora en la situación actual, en la que el acceso a nuestros pacientes se hace diferente y a través de métodos a los que no estamos acostumbrados, ni nosotros ni los usuarios.

Favorecer consultas telefónicas de al menos 10 minutos y permitir que las consultas presenciales sean con cita previa siempre que se posible, evitando que el paciente acuda a demanda al sistema, con el consiguiente colapso en los centros.



Dr. Juan Jesús López Pérez
Presidente de la Sociedad Castellano-manchega de Médicos Generales y de Familia (SEMG CLM)

1. ¿Está preparada la Atención Primaria, por medios, estructura y personal para asumir el importantísimo papel que el Gobierno le otorga y ser una pieza clave en el nuevo protocolo de detección de casos?

Preparada la Atención Primaria para afrontar este nuevo reto que no lo es tanto para nosotros, que llevamos realizando el seguimiento de los llamados casos sospechosos desde marzo, sin disponer de las herramientas necesarias para confirmar si son COVID-19 positivos o no lo son. Realizando seguimiento telefónico cada 48/72 horas o visita presencial cuando se complicada su sintomatología previa, e identificando a los contactos próximos de los casos sospechosos para indicarles la correspondiente cuarentena.

Es evidente que precisamos de herramientas diagnosticas para confirmar a los pacientes COVID-19.

Y se precisa reforzar las plantillas con personal profesional sanitario que sea riguroso en la confirmación de aquellos casos determinados por el medico como sospechosos, en su seguimiento, en el cumplimiento de la cuarentena y en la identificación definitiva de caso curado. Además de ser conocedor y realizar seguimiento de los contactos del entorno del paciente.

2. Al margen de la consabida necesidad de más financiación, ¿habría que introducir protocolos o medidas específicas para que esto fuera posible?

Es una realidad actual que se debe implementar medidas dirigidas a la seguridad de los pacientes y de los profesionales para evitar contagios en las estructuras y medios sanitarios (centros de salud, hospitales, etc.), poner en funcionamiento protocolos de atención a pacientes sospechosos de COVID-19 o no (demarcar áreas de trabajo sucias y limpias), disponer de personal cualificado que realice triaje a la llegada del paciente para identificar patologías, actuar en consecuencia y clasificar según riesgo de paciente con sospecha de COVID-19.

Y, como referí en el apartado anterior, se precisa personal sanitario suficiente que implemente estas nuevas medidas; dada la presión asistencial que sufre desde hace



tiempo la Atención Primaria añadido a los recortes sanitarios realizados hace ya unos cuantos años y que a día de hoy no se han revertido en modo alguno, hacen que aumentar plantillas sea prioritario.

En la Atención Primaria es asumible este nuevo escenario de abordaje y seguimiento de esta pandemia dotándola de los recursos necesarios.

3. Una vez superada la crisis y la fase de desescalada, ¿habría que mantener una estructura estable y consolidada en primaria para hacer frente a posibles nuevas crisis? ¿Cómo debería ser esa estructura?

Una vez superada esta crisis se debe repensar en un nuevo modelo de futuro para la Atención Primaria, hacerse realidad lo que se dice de ella subjetivamente “la piedra angular, el pivote del Sistema Sanitario”, reforzando medidas y planes de Medicina Preventiva y de Salud Pública, aumentar el número de profesionales sanitarios, dotarlo de herramientas diagnósticas, con menos burocracia, con mayor capacidad resolutive. Presentar una Atención Primaria asumible, incrementar la educación sanitaria en la infancia en todas las esferas sociales de la población convirtiendo a los pacientes en gestores comprometidos de los recursos finitos de una Atención Primaria que es de todos y para todos.



Dr. José Muñoz Marquez

Presidente de la Sociedad Catalana de Médicos Generales y de Familia (SEMG Catalunya)

1. ¿Estamos preparados en la Atención Primaria (por medios, estructura y personal) para asumir el importantísimo papel que el Gobierno nos otorga y ser una pieza clave en el nuevo protocolo de detección de casos?

Pensamos que la pregunta hay que responderla de forma cauta, porque la respuesta rápida sería que NO, pero la Atención Primaria (AP) tiene una versatilidad y capacidad de adaptación para cualquier situación nueva que pueda venir Y siempre la ilusión va por encima de todo.

La AP es muy heterogénea (no es igual una zona rural que una zona urbana, por ejemplo).

- Si los propios médicos que atendemos y conocemos nuestra población tenemos capacidad organizativa y de decisión en cómo vamos a aplicar las instrucciones del Gobierno, puede funcionar bien.



EN PROFUNDIDAD

- Si se pretenden aplicar “protocolos rígidos y dirigidos”, esto puede ser un caos...
- De hecho, al principio de la pandemia, ningún político se acordó de la Atención Primaria, incluso fue criticada por algunos estamentos como “que no hacía nada”, sin embargo, los Centros de salud se organizaron como mejor supieron y la contención y el cribaje de patología (tanto COVID como no-COVID) creemos que han sido buenas.
- Ya desde el inicio de la crisis de la pandemia por el SARS-CoV2, la AP:
 - ha desarrollado el papel de detección precoz y filtraje de los casos de COVID19 para evitar la sobrecarga de los demás niveles asistenciales.
 - Incorporamos en nuestra práctica clínica cuestiones novedosas (por ejemplo, las ecografías pulmonares, los nuevos circuitos de la COVID-19),
 - nos adaptamos (pese la dificultad) a los nuevos cambios (nuevos protocolos diarios, doble circuito covid /no covid)
 - atención telefónica de gestión de IT y gestión seguimiento pacientes COVID19,
 - atención al resto de pacientes en el día que llaman y hacen la consulta, intentando solucionar su problema, a ser posible telemáticamente, o de lo contrario posponiéndolo o dándole cita para resolverlo en el CAP

Esto es un hecho que se demuestra con la implementación de la consulta telefónica y telemática, seguimiento de los algoritmos de detección de casos graves mediante radiografía y ecografía que se han realizado y puesto en marcha y lo hemos hecho sin medios, estructura, ni personal extra.

Partíamos de una situación ya precaria en recursos humanos crónica, que en muchos centros de salud se ha agravado con la pandemia: profesionales de baja laboral, profesionales sensibles con reubicación o sin ella, echando mano de la ya conocida auto-cobertura de bajas y la infradotación de personal en la AP y ahora que hay más trabajo, evidentemente todavía se nota más, (además en algunas ABS se han llevado personal del centro de salud al hospital para complicarlo un poquito más todavía) En muchos Centros de salud (quizás demasiados) el funcionamiento de las líneas telefónicas no es el esperable y se colapsan a diario teniendo médicos y enfermeras que hacer uso de sus propios móviles... no habiéndose reforzado con más plantilla ni mejores equipos técnicos, y tropezando, a veces, con trabas burocráticas a partir de las propias Gerencias en vez de facilitar el camino...

A partir de ahora parece que se nos quiere otorgar también el papel de diagnóstico de los casos, toca hacer PCR y estudio de contactos... ningún problema, aprenderemos circuitos, adaptaremos nuevamente el Centro para poder llevarlo a cabo y adelante... todo porque, para nosotros, la comunidad es “príncipe” en nuestro día a día, (no tenemos los recursos necesarios, pero lo haremos). aunque en este caso será imposible asumirlo sin los medios necesarios para ello, no se pueden hacer PCR, ni test



de inmunoglobulinas en AP si estos no existen físicamente (y en muchas Regiones Sanitarias aún no han llegado, claro que también es verdad que no han entrado en la fase 1 ¿acaso es esta la razón para que se queden en fase 0?) y es que los test no son como los EPI que pueden ser sustituidos por bolsas de basura recortadas y pegadas o "gel hidroalcohólico" hecho con el alcohol. Por eso hay muchos profesionales que, lamentablemente y muy a su pesar de cara a los pacientes, dudan que pueda asumirse esta tarea por la falta de recursos, que no de motivación. Somos difíciles de quemar... pero que nos cuiden, que no malgasten cartuchos, no vaya a ser que se queden "sin" para continuar...

2. Al margen de la consabida necesidad de más financiación, ¿habría que introducir protocolos o medidas específicas para que esto fuera posible?

Si las plantillas fueran las correctas, sólo habría que hacer dentro del Centro de salud circuitos y protocolos diferenciados "igual" que el resto de patologías, pero no lo son, por lo que, dado que el virus se presenta con sintomatología muy variada y parece estar muy extendido, incluso en población asintomática, son de difícil aplicación. Así, deberían consensuarse Protocolos con el personal sanitario de la Atención Primaria: administrativos, enfermeras, TCAI, médicos, ... que vivan el día a día de los centros, como se mueven... y que compartan el protocolo antes de editarlo. Evidentemente que este protocolo sea fácilmente adaptable a las necesidades de los centros... algunos con pocas personas, otros sin espacios, otros con la mayoría de profesionales vulnerables y que no pueden visitar COVID....

- Por ejemplo, actualmente en algunos Centros de salud, para los pacientes que acuden espontáneamente, hay un médico y una enfermera en la puerta haciendo triaje y sólo entran al centro los problemas urgentes y que no se puedan solucionar sin la presencia del paciente.
- Por otro lado, en los Centros de salud pequeños está siendo muy complicado establecer circuitos. Físicamente el espacio no permite establecer zonas "limpias" con la seguridad requerida: separación salas o lavabos... acceso único al centro.
- En estos momentos se hace un filtraje en la puerta de acceso al Centro de salud los pacientes en la calle y un profesional intentando distribuir flujos... esto ralentiza mucho y en verano posiblemente vamos a ver lipotimias por calor...
- además, todavía no se han hecho vacaciones ni permisos y no sabemos cómo se va a poder realizar el circuito establecido hasta ahora si no hay sustitución de profesionales...

En cuanto a los domicilios, habría que tener un equipo específico para hacerlos. El tiempo requerido actualmente para mantener una protección adecuada hace inviable que se pueda asumir como hasta ahora. Idealmente ahora tendría que ser dos profesionales en cada domicilio.



Educación Sanitaria. Posiblemente sea ahora el momento de educar a la población sobre el buen uso de la sanidad pública. No es posible seguir con la visión de que se consulte cualquier cosa y que el médico siempre esté disponible. Se ha de potenciar el autocuidado de la salud y la autorresponsabilidad de la población.

Se tendría que definir una cartera de servicios realista y publicitarla para que la población la conociera y explicar que eso serviría para mantener una sanidad pública de calidad. También se tendría que hacer campañas de salud pública sobre el autocuidado de aspectos banales, por los que la población consulta mucho (resfriados, catarros, pequeños golpes, dolores articulares leves, etc.)

Creación de rutas asistenciales entre la primaria y otras especialidades, así como la creación de referentes en primaria para mejorar la eficiencia potenciando la telemedicina, pero esto necesita tiempo y dinero...

Prevención: habría que hacer un control de los profesionales por parte de las Unidades Básicas de Prevención de Riesgos Laborales (UBP) cada X días (¿15?), con técnicas adecuadas, porque dada la inespecificidad de los síntomas del SARS-CoV2 y el estrés acumulado..., deberíamos saber con precisión que profesionales pueden ser un vector de contagios, por lo que pueden seguir visitando y poniendo en riesgo a otras personas, ya sean pacientes o a sus propias familias.

Tema de la coordinación entre Centros de salud y residencias, cuyos trabajadores no siempre pertenecen al mismo Centro de salud que supervisa la Residencia de personas mayores. Posibilidad de trabajadores de residencia que no les hacen prueba antes de incorporarse, aunque esto parece que Epidemiología se está haciendo cargo del control de los colectivos de riesgo... pero, evidentemente, todo esto tiene que tener un protocolo....

El tema de la App de seguimiento de casos estaría bien, debería implementarse con un software de empresa estatal, con protección de datos y en exclusiva solo para el tema de COVID-19.

3. Una vez superada la crisis y la fase de desescalada, ¿habría que mantener una estructura estable y consolidada en primaria para hacer frente a posibles nuevas crisis? ¿Cómo debería ser esa estructura?

Evidentemente Sí. Habría que mantener una estructura de personal y material en AP suficiente para crisis y para sacar adelante el día a día. Si hay gente suficiente y se dan recursos a AP, podrá gestionar y adaptarse a crisis y a cualquier calamidad. Creemos que lo importante no es la estructura (AP es muy adaptable, y diferentes modelos pueden funcionar), sino los recursos humanos (más médicos de familia, posiblemente referentes en epidemiología que se ocupen de la vigilancia y seguimiento de casos (el tema App estaría bien) psicólogos, fisioterapeutas, más trabajadores sociales, más de todo para hacer una buena PREVENCIÓN) y suficientes recursos materiales, claro está. Es importantísimo que la estructura que adoptemos se mantenga en el tiempo:

- potenciar la e-consulta y video- consulta

- los controles telefónicos, (el propio médico, con una gran parte de agenda telefónica y que sólo vengan aquellos pacientes que previamente así lo hayan acordado con su médico)
- educación sanitaria para que la ciudadanía tome conciencia y racionalice las visitas...
- Potenciar la comunitaria y la educación de los grupos sensibles...
- Potenciar la formación de los profesionales en técnicas que ayuden a filtrar las visitas hospitalarias,
- interacción con RAE estable, que el hospital reconozca el papel de atención primaria y trabajemos conjuntamente...



Dr. Carlos Bastida Calvo

Presidente de la Sociedad Gallega de Médicos Generales y de Familia (SEMG Galicia)

1. ¿Está preparada la Atención Primaria, por medios, estructura y personal para asumir el importantísimo papel que el Gobierno le otorga y ser una pieza clave en el nuevo protocolo de detección de casos?

Llevamos mucho tiempo hablando sobre la enorme presión asistencial a la que está sometida la atención primaria, agravada además por la falta de medios y de personal. Las plantillas se han ido reduciendo en muchos sitios, y cada vez más los médicos y enfermería han tenido que sufrir las consecuencias de esa falta de personal. La atención primaria ha sido la gran olvidada; las autoridades sanitarias e incluso nuestros compañeros de otros niveles nos han ignorado, y seguimos siendo la hermana pobre del sistema. Es curioso realmente, cuando nosotros atendemos y solucionamos más del 90% de los problemas sanitarios de la población, llevamos años sufriendo la falta de atención y el menosprecio, observando y sufriendo la merma de las plantillas, y que prácticamente no se nos ha tenido en cuenta para nada. Incluso ahora, en plena pandemia, cuando el gran porcentaje de los pacientes contagiados, han estado en sus domicilios y los hemos seguido diariamente desde nuestras consultas, prestándoles el apoyo médico, pero también y muy importante el apoyo psicológico, haciéndoles sentir nuestra cercanía, tampoco se nos ha tenido en cuenta.

Es ahora, cuando no han tenido más remedio, cuando han decidido hablar de la importancia de la atención primaria. Hasta hace poco tiempo, ni disponíamos de los medios de protección necesarios, y no nos hacían las pruebas de detección PCR que solicitábamos a pacientes sospechosos, teniendo que pasar un “filtro” por otro nivel, y



no disponíamos de ningún test diagnóstico. Incluso se nos negaba la posibilidad de que nos hicieran a nosotros mismos los test de detección.

Profesionalmente, la atención sanitaria está preparada para asumir este reto y otros más. Otra cosa, es que se deberá atender a nuestras peticiones, a nuestras demandas repetidas, a la necesidad de acometer reformas urgentes estructurales y asistenciales en la Atención Primaria, que ahora son totalmente necesarias.

Reforzamos el mensaje de voluntad, la profesionalidad y el deseo de participar activamente en el diagnóstico precoz en el seguimiento de pacientes convivientes e incluso investigación de contactos y abiertos a cualquier nueva propuesta que contribuya a detener esta enfermedad. Profesionalmente estamos preparados, queremos hacerlo y nuestra aportación puede ser vital para la contención y resolución de esta pandemia.

2. Al margen de la consabida necesidad de más financiación, ¿habría que introducir protocolos o medidas específicas para que esto fuera posible?

Aparte de acometer reformas urgentes estructurales y asistenciales en la Atención Primaria, demandar una vez más el refuerzo de las plantillas existentes, con una cobertura total de las bajas y ausencias, planteamos una serie de medidas que se verán recogidas en los puntos que pasamos a enumerar y desarrollar posteriormente:

- 1.- Organización de la demanda y reorganización de agendas.: Autogestión de las agendas
- 2.- Mantener los dos circuitos de entrada diferenciados:
 - Circuito de sospecha COVID
 - Circuito otras patologías
- 3.- Disponer en Atención Primaria de los medios diagnósticos precisos.
- 4.- Triage como herramienta básica
- 5.- Organizar la atención urgente y la demanda no programada
- 6.- Primar la seguridad del profesional y del usuario en la atención presencial.
- 7.- Potenciación de las nuevas tecnologías para evitar tareas y accesos innecesarios.
- 8.- Potenciar la atención al paciente crónico.
- 9.- Mejorar la coordinación primaria-hospitalaria.
- 10.- Replantear la atención y estructura de las residencias geriátricas.

ORGANIZACIÓN DE LA DEMANDA y REORGANIZACIÓN DE AGENDAS

- Mejorar y cambiar el sistema de cita, debiendo seguir desactivado. En su lugar se permitirá la solicitud de consulta.
- Debemos reorganizar las agendas siempre a criterio del profesional, para dar respuesta a la necesidad de recuperar la “nueva normalidad”, organizando la demanda y evitar la masificación y aglomeración en los Centros de Salud permitiendo la coexistencia del trabajo presencial y no presencial, pero potenciando la consulta no presencial, y que esta consulta no presencial valore

la necesidad de que sea presencial a requerimiento del profesional; hay que evitar a toda costa la aglomeración en los centros, que contribuye a disminuir la calidad de la atención, y aumentar el riesgo de contagio. Cada cupo tiene una distribución etaria diferente y de procesos crónicos que no tiene porqué ser semejante entre los distintos cupos del mismo Centro de Salud.

- La clasificación de la demanda es fundamental para evitar esa masificación, esta clasificación debe realizarse fundamentalmente mediante triaje telefónico, discriminando el motivo de consulta, reservando la asistencia presencial a aquellos pacientes con previo triaje telefónico o triaje presencial cuando requiera asistencia urgente en el Centro de Salud. Ello potenciara una mejor atención con una gestión adecuada del tiempo y el empleo de recursos proporcionales a cada necesidad
- Esto implica la reorganización de agendas donde se contemplen los distintos tipos de atención: no presencial, presencial, crónico y urgente, organizando los pacientes de demanda sobrevenida, previo triaje, de la manera más adecuada para que distorsionen lo menos posible el trabajo ordinario.
- Habrá que redimensionar las salas de espera, primando la seguridad de los pacientes, cancelando una serie de asientos para guardar las distancias de seguridad

CIRCUITOS ASISTENCIALES

- Dado que es previsible que este periodo se mantendrá durante meses, de cara a proteger tanto a los pacientes como los profesionales, se mantendrá durante el tiempo que sea preciso los dos circuitos establecidos de pacientes, un circuito de pacientes con síntomas COVID y otro circuito para el resto de pacientes, esto será de obligado cumplimiento tanto para centros de salud como para PAC.
- Como decíamos, debemos aprender de la actual situación de pandemia que el trabajo masificado representa un riesgo, además de una merma en la calidad, lo que obliga a cambiar por completo la forma de utilizar los Centros de Salud y PAC para evitar el riesgo de contagio por aglomeración. Para ello se mantendrá el criterio de que nadie acudirá al centro de salud sin contacto telefónico previo, excepto la demanda urgente a la que se le realizará el triaje a la entrada del propio Centro de Salud.
- Se mantendrá la citación telefónica mientras dure la fase de recuperación de la pandemia, y cuando se reinicien las citas online, estas facilitarán un circuito de triaje que las clasificará adecuadamente para determinar el tipo de atención necesaria (administrativa, enfermera o médica, según motivo de consulta).
- Los pacientes con sintomatología COVID deberán seguir su circuito específico separado del resto de los pacientes como se viene haciendo en la actualidad,

con la diferencia de que los profesionales de AP dispondrán de las herramientas necesarias para el diagnóstico, ello implica garantizar la realización de test diagnósticos y pruebas radiológicas.

- Ante un caso posible o confirmado se identificarán los contactos estrechos (convivientes, familiares etc.) y se les indicará la correspondiente cuarentena domiciliaria. Además, se apoyará a la Atención Primaria mediante personal contratado y entrenado a tal efecto, para que los identifique. Para la realización de la cuarentena domiciliaria, además del propio domicilio cuando este cumpla las condiciones necesarias, se habilitarán hoteles u otras instalaciones para que el confinamiento selectivo sea el adecuado
- Para la realización de pruebas diagnósticas a domicilio se seguirá contando con el equipo extractor actualmente operativo coordinado por el 061 que garantiza la realización de la prueba todos los días de la semana. Cuando sea posible, podrá seguirse utilizando la realización de las pruebas en el coche del paciente en los puntos designados para ello.

TRIAJE. FORMACIÓN EN TRIAJE

- Resulta muy importante en el momento actual la formación en triaje, tanto telefónico como presencial, con el fin de unificar criterios, y actualizar los cambios que deban llevarse a cabo.
- También es de vital importancia delimitar las necesidades del paciente y el tiempo en el que se le dará respuesta. Y más aún, teniendo en cuenta la dificultad existente por razones de edad y la de los pacientes que presentan situaciones cognitivas límites o/y viven solos.

TRIAJE TELEFÓNICO

- La idea básica es que sólo acudan al Centro de Salud las consultas presenciales que sean precisas según criterio del profesional y siempre previa valoración telefónica salvo la solicitud presencial urgente. Inicialmente será el área administrativa y a continuación, si fuera preciso, será un clínico el que realice el triaje, todo ello con el objetivo de que en las consultas presenciales no exista ningún tipo de aglomeración.
- El área administrativa que recibe las llamadas las distribuirá dependiendo que sea, burocrática o clínica, y urgente o no urgente. Todo lo burocrático, y lo clínico no urgente se citará telefónicamente con el profesional adecuado. Lo urgente será valorado por un clínico: médico o enfermera en el mismo momento para decidir qué tipo de atención se le prestará.



EN PROFUNDIDAD

TRIAJE PRESENCIAL

- Se seguirá el criterio de que al Centro de Salud o PAC acudan espontáneamente sin cita previa el menor número posible de pacientes.
- Se realizará el triaje a la entrada del Centro de Salud por el personal adecuado a los pacientes que acudan espontáneamente. Una vez valorado se decidirá si precisa consulta presencial y en que circuito debe ser atendido o bien si se puede solucionar su consulta en ese momento en el centro de salud o desde el domicilio telefónicamente. Los pacientes que accedan al centro lo harán con mascarilla y respetando las normas de distanciamiento e higiene de manos. Disponer de termómetros de infrarrojos, cámaras termográficas, pulsioxímetro en la entrada; mascarillas quirúrgicas y gel hidroalcohólico para pacientes.

POTENCIACIÓN DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

- La potenciación de recursos telemáticos es básica en esta nueva normalidad, tanto para la simplificación de las tareas burocráticas, liberando tiempo asistencial y permitiendo una mejor calidad de atención a quien verdaderamente la requiere, así como la utilización de plataformas de teleseguimiento tipo TELEA ((plataforma que se deberá adecuar a las nuevas necesidades y para ello deberá simplificarse la inclusión de nuevos paciente y su manejo por los mismos) y la introducción progresiva de herramientas que mejoren la comunicación con los pacientes sin necesidad de una consulta presencial.
- Posibilidad de disponer en los centros de aparatos móviles o webcam, u otro sistema para enviar o recibir imágenes médicas desde los domicilios y consultas con los requisitos de seguridad precisos.

PRIMAR LA SEGURIDAD DEL PROFESIONAL Y EL USUARIO EN LA ATENCIÓN PRESENCIAL.

- Habiendo sido contagiados durante esta pandemia un gran número de profesionales sanitarios, se hace totalmente necesario e imprescindible mantener adecuadamente protegidos a los usuarios y a los profesionales, mediante la utilización adecuada de las medidas de seguridad (distanciamiento, lavado de manos, mascarillas, EPIS) garantizando siempre su renovación, reforzando los servicios de limpieza y desinfección de los centros, y mantener los dos circuitos de entrada a los centros según la patología.
- La educación sanitaria es un pilar fundamental y la utilización de infografías en todos los centros es prioritario, además de campañas informativas institucionales.



EN PROFUNDIDAD

- El eje principal debe ser la formación y la información, aplicando medidas de protección personal y organizativa, con especial atención a la formación sobre el uso adecuado de los EPIs en los profesionales que precisen su utilización.
- La detección precoz en trabajadores es fundamental, al ser posiblemente uno de los vectores de transmisión más importantes, por ello ante la aparición de mínima sintomatología compatible debe indicarse aislamiento preventivo y realización de PCR y en caso negativo estudio serológico. Es conveniente la realización de estudios de seroprevalencia periódicos a todos los trabajadores sanitarios para identificarlos como posibles vectores.
- Deberemos mantener todo lo aprendido durante este tiempo que dure la fase postpandémica, hasta al menos la implantación consolidada de la vacuna. Por otra parte, es imprescindible cambiar el concepto de sala de espera, evitando la masificación a través del establecimiento de un aforo máximo.
- Toda interacción clínica es de riesgo. Cuando hablemos con un paciente que tenga que venir al centro le diremos que venga con mascarilla. El profesional ha de llevar mascarilla quirúrgica y guantes como mínimo, y siempre que se precise EPI adecuado. Nadie que acuda a un centro sanitario debe hacerlo sin mascarilla. Si no tiene, hay que proporcionarle una quirúrgica.
- Especial relevancia tiene en este apartado el circuito de extracciones. Tenemos que conseguir realizar las indicaciones de petición de análisis con el máximo rigor y aplicar las medidas máximas de seguridad, tanto en el mantenimiento de las distancias, como en la utilización de material adecuado. Sería además conveniente la implantación de un sistema de atención a los pacientes anticoagulados, precisamente prestándoles la atención de sus controles de forma separada en el centro, evitando una vez más la masificación.
- Tan pronto estén disponibles, los Centros de Salud dispondrán de test antigénicos rápidos para todos aquellos pacientes susceptibles de de patología Covid19 por la sintomatología que presenten.

POTENCIACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

- El objetivo es minimizar los desplazamientos de los pacientes más vulnerables, potenciando la atención telemática y el seguimiento domiciliario a pacientes frágiles y polimedcados, así como el seguimiento de las altas hospitalarias. Naturalmente, se podrá beneficiar del control telefónico siempre que sea posible.
- Se deberían proveer los medios de transporte necesarios, que eviten la utilización de vehículos particulares para los desplazamientos a atención domiciliaria.
- Potenciar la consulta proactiva de nuestros pacientes crónicos precisamente para detectar abandonos, vulnerabilidad, falta de seguimiento, adherencia, etc.

- Definición de roles en el trabajo en equipo
- Potenciación de los autocuidados y del papel del cuidador

PRIMARIA-HOSPITALARIA: TRABAJO INTEGRADO COLABORATIVO.

- Una asignatura pendiente desde hace años, es el establecimiento de una integración efectiva del trabajo entre ambos niveles. Es un buen momento para aligerar la gestión y eliminar burocracia innecesaria y redundante, tan perjudicial para el normal funcionamiento de un nivel como del otro.
- En este apartado merece especial hincapié, para evitar las repeticiones de pruebas complementarias (análisis, radiologías etc.), acceder a pruebas realizadas previamente y aplicando el máximo rigor clínico. La creación de un acceso compartido para la solicitud de analíticas no urgentes, que permita a cada facultativo añadir solicitudes de analíticas a las pedidas por otros facultativos previos, con el fin de realizar en una única venoclisis todos los parámetros, podría ser una de las acciones a llevar a cabo y por supuesto solucionar el acceso del médico de familia a cualquier prueba diagnóstica sin más justificación que las que precisan otras especialidades.

RESIDENCIAS GERIÁTRICAS.

- Una tarea pendiente desde hace tiempo, es la actualización de la legislación en cuanto a personal sanitario necesario en los Centros Geriátricos dependiendo del número de residentes. Asimismo, la disposición en los mismos de algún tipo de sistema de oxigenoterapia y un número determinado de habitaciones potencialmente aislables en función del número total de residentes se ha visto como elementos indispensables en las residencias de cara a disponer la atención durante un foco epidémico o pandémico, La colaboración público-privada debe redefinirse en los casos que sea necesario, centrándose en la salud del residente.
- El seguimiento de estos pacientes es diferente en función de los recursos sanitarios que disponga las residencias:
- Si el centro residencial dispone de personal médico propio será este quien realice la evaluación del estado de salud de los residentes, siendo el Equipo de atención primaria (Centro de salud y PAC) quienes realizaran la atención compartida con este servicio.
- Si el centro residencial carece de personal médico propio, será el equipo de atención primaria el que organizará el seguimiento diario para poder alertar sobre un caso de infección COVID. En las situaciones especiales en las que el nº de RRHH del centro de Salud se considere insuficiente por las especiales características del centro residencial, se habilitaran los apoyos que se estimen precisos.

- En todos los casos los Servicios de Geriatría hospitalarios prestarán el apoyo y coordinación necesaria a ambos dispositivos.

3. Una vez superada la crisis y la fase de desescalada, ¿habría que mantener una estructura estable y consolidada en primaria para hacer frente a posibles nuevas crisis? ¿Cómo debería ser esa estructura?

El acceso a los Centros debe cambiar y no es posible la masificación ni por calidad asistencial, ni por supuesto por el riesgo de contagio que conlleva. Habrá que reorganizar la gestión de la demanda, organizar las agendas, siempre gestionadas por los profesionales. Con toda probabilidad habrá que potenciar la consulta no presencial, dando cabida a las nuevas tecnologías.

Por supuesto habrá que atender nuestras demandas para potenciar la atención primaria, dotándola de los medios necesarios tanto de personal como acceso a los medios diagnósticos, y asegurar, de una vez por todas, la coordinación con el nivel asistencial hospitalario, utilizando protocolos consensuados por todos, así como la coordinación con los centros socio-sanitarios.

Sólo habremos conseguido superar la desescalada y la crisis cuando seamos capaces de generar una estructura realmente estable y consolidada para adaptarse con flexibilidad y eficiencia a cualquier nueva situación emergente e integremos nuevamente en todos los ámbitos asistenciales, de una forma organizada y sostenible, la docencia y la investigación.

Es imprescindible que no se pierdan las valiosas enseñanzas y herramientas que esta situación excepcional ha proporcionado, y que pueden redefinir la Atención Primaria de Salud volviéndola más eficaz y más segura, ya que es un momento muy apropiado para implementar las conclusiones de lo analizado y aprobado durante 2019 respecto al nuevo modelo de Atención Primaria.



Dr. Francisco José Sáez Martínez

Vocal de la Sociedad Madrileña de Médicos Generales y de Familia (SEMG Madrid)

1. ¿Está preparada la Atención Primaria, por medios, estructura y personal para asumir el importantísimo papel que el Gobierno le otorga y ser una pieza clave en el nuevo protocolo de detección de casos?

La Atención Primaria siempre ha estado dispuesta para actuar en la pandemia; desde el principio de la misma asumimos el diagnóstico clínico, el seguimiento domiciliario y la disminución de la derivación a los hospitales, en aquel momento sin ningún medio,

sin diagnosticar, sin tratar ..., pero este papel no ha sido suficientemente valorado por nuestros políticos y gestores, ni medios de comunicación ni población no afectada. Desde mediados de mayo en la Atención Primaria en Madrid, disponemos de test PCR, para detectar a los casos, aislarlos en el domicilio, controlar y hacer el seguimiento de los contactos estrecho.

Pero seguimos con problemas de recursos humanos, tanto por los recortes de plantilla sufridos durante la crisis, como por un número abundantes de bajas laborales por el Coronavirus o una importante cantidad de profesionales adaptados en su puesto de trabajo que limita su actividad; es por ello que es absolutamente imprescindible el refuerzo de AP con los profesionales sanitarios adecuados y medios diagnósticos y terapéutico, para poder realizar el papel que se indica que nos corresponde

2. Al margen de la consabida necesidad de más financiación, ¿habría que introducir protocolos o medidas específicas para que esto fuera posible?

La Gerencia Asistencial de AP ha desarrollado un documento de desescalada, con diferentes temas, en el que SEMG está participando. Este documento tiene una parte específica de organización interna donde se plantean cambios en el diseño del trabajo habitual de la AP para garantizar la protección de los pacientes COVID y No COVID, así como recuperar la atención a los pacientes crónicos o de otras patologías que la pandemia ha restringido. Además, desde SEMG proponemos otras ideas que pensamos pueden facilitar el día a día:

- Utilizar los móviles enviados a los Centros de Salud para la realización de videoconferencias con los pacientes, dotándoles de datos.
- Difundir el uso de videoconferencia por los Centros de Salud para favorecer el contacto con los Hospitales, así como a la autoformación en los centros.
- Dar de alta a los profesionales sanitarios de AP a los programas HCIS de sus hospitales de referencia (como sucede con el acceso a SELENE) para poder consultar la historia del paciente.
- Dar acceso a AP Madrid a los profesionales hospitalarios de referencia de pacientes crónicos de nivel de intervención alto.
- Potenciar y difundir el uso de la ecografía pulmonar en AP para la valoración de los pacientes con afectación del Covid19
- Disponer de tablets como los del ESAPD para poder utilizar AP Madrid en la atención domiciliaria.
- Utilizar los móviles enviados a los Centros de Salud para la realización de videoconferencias con los pacientes, dotándoles de datos.
- Potenciar la E-consulta, abriéndola a todos los Hospitales, no solo al de referencia, facilitando el acceso de los pacientes a unidades cerradas en los Hospitales (Unidades del Dolor, Unidades especiales...).
- Actualizar HORUS permitiendo ver la información de las consultas externas de los hospitales, no solo los informes cerrados.



- Desarrollo de APP para control de patologías crónicas y contacto médico paciente.

3. Una vez superada la crisis y la fase de desescalada, ¿habría que mantener una estructura estable y consolidada en primaria para hacer frente a posibles nuevas crisis? ¿Cómo debería ser esa estructura?

Sin duda esta pandemia está generando cambios que debemos aprovechar. La estructura de AP, de verdad reforzada, de verdad puesta en el lugar que corresponde, debe mantenerse, no solo por el problema de la pandemia (no hay que olvidar que hasta que tengamos una, hasta que toda la población este vacunada; vamos a convivir con este virus que puede evolucionar de forma estacionar, o con pequeñas olas... sobre todo mientras tengamos un gran número de población vulnerable), sino también porque no podemos volver a unas consultas masificadas, con consultas cada 5 minutos, con limitaciones de la capacidad diagnóstica y terapéutica, con pérdida de recursos humanos y económicos.

La “nueva AP” debe ser mucho más eficiente, debe revisarse el catálogo de pruebas diagnósticas (parado desde 2006), utilizar mucho más las nuevas tecnologías que han venido para quedarse y además tendrán que avanzar, facilitando el seguimiento de los pacientes pluripatológicos, crónicos...

No hay duda que la telemedicina va a ocupar un lugar importante, acabamos de empezar, pero seguirá creciendo (videollamadas, consulta telefónica, e consulta...)

Es imprescindible que las plantillas de AP sean adecuadas a la nueva situación, de nada servirá si se ponen “parches temporales”

Es imprescindible la desburocratización de las consultas, en la pandemia se han hecho cosas, se deben mantener y ampliar.

También es fundamental insistir en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, en la educación para la salud, en el abordaje de la Cronicidad, en la estabilidad y longitudinalidad de la atención sanitaria. En definitiva, muchas de las características de la Atención Primaria que no han sido desarrolladas y que reforzadas por nuevos planteamientos mejoren la atención sanitaria a los ciudadanos.

Para más información contactar con:

Sonia Morales (Comunicación SEMG)

Teléfono de contacto: 626 301 370

Email: gabinetecomunicacion@semg.es