



Editorial

La organización de los equipos de atención primaria a partir de la pandemia de COVID-19



The organization of primary care teams from the COVID-19 pandemic

Hasta el mes de febrero de 2020, la atención primaria (AP) de nuestro país se encontraba inmersa en una crisis de modelo y reclamaba una reorientación, una reforma. En este sentido se ha reclamado que las mejoras que se propusieran debían acompañarse de financiación suficiente, optimizar su impacto sobre la salud y adaptar la organización y las competencias clínicas al incremento y la banalización de la demanda, a la burocracia y a la medicalización¹.

La fuente de la crisis fundamentalmente se relacionaba con el incremento indiscriminado de la demanda, la medicalización de problemas sociales, recursos estructurales limitados y frecuentemente escasos, incremento continuado de la cartera de servicios y rigideces del sistema y las organizaciones que no reconocen satisfactoria su principal capital, los profesionales. Según Casajuana y Gervas², la AP en España está aquejada de desprofesionalización (secundaria a la funcionarización), de complejo de inferioridad respecto a la atención secundaria y de falta de liderazgo, para afrontar la renovación necesaria para aumentar el valor del primer nivel.

Con la llegada de la pandemia por coronavirus, todo se detiene, y los esfuerzos del sistema se concentran en dar respuesta a lo más urgente: salvar la situación de pandemia de la mejor manera posible con los recursos existentes.

Durante la pandemia, el trabajo no presencial (teléfono, SMS, e-mail, plataformas sanitarias, y en general la tele salud) ha demostrado que puede ser tan resolutivo en algunas circunstancias como la respuesta presencial, con un incremento de la eficiencia del recurso más escaso, el tiempo. Cuando lo que prevalece es el criterio clínico y no la ansiedad del paciente, las características de la demanda espontánea presencial también cambian, se atiende presencialmente solamente aquellas circunstancias que tener que explorar es primordial.

La pandemia nos ha traído aspectos positivos: en los equipos de trabajo se ha hecho piña, la ciudadanía se ha volcado con los profesionales, las herramientas de gestión clínica han evolucionado, se han puesto en marcha modelos alternativos organizativos adaptados a la nueva situación (se han dejado de hacer las cosas de siempre, porque siempre se habían hecho de una determinada forma), los profesionales han evolucionado competencialmente, se han destinado recursos necesarios a la AP, etc. Todo ello, antes de

la pandemia, se hubiera desarrollado en muchos años y en algunos casos quizás nunca.

Un equipo de atención primaria (EAP) realiza 2 tipos de actividades: asistencial y administrativa. Y a su vez estas pueden ser previsibles (generadas por los propios profesionales o por circuitos mejorables) o imprevisibles (a iniciativa del paciente)². También podemos definir actividades que no aportan valor (inútiles) que no se deberían hacer nunca más (exploraciones y visitas innecesarias, por ejemplo), y las que aportan valor. Todas pueden ser resueltas por diferentes perfiles profesionales y debe analizarse quien aporta mayor eficiencia al proceso.

Si atendemos a la actividad asistencial imprevisible (la demanda espontánea), vemos que esta solían representar alrededor de uno de cada 4-5 visitas³. Actualmente, los triajes que se han organizado en las puertas de los centros de salud, y atendiendo a criterios clínicos y de aforo, limitan el acceso y refuerzan la idea que la realidad obliga a seleccionar aquellas demandas que se beneficiarán de la presencialidad. La eficiencia del triaje reside en que muchas de las demandas se resuelven en la puerta sin necesidad de pasar a la sala de espera.

La pandemia de la COVID-19 está forzando cambios, y puede ayudar a consolidar la tele salud (atención no presencial). La tele salud ha venido para quedarse, y algunos países han hecho una fuerte apuesta para su implementación en base a criterios de calidad⁴, siendo conscientes que esta ha permitido salvar la actual situación. Algunos de los cambios pueden no ser duraderos. La tele salud ha ganado una mayor aceptación entre los pacientes y los profesionales.

Ante cualquier situación su resolución debe realizarse por quien sabe resolverla, tiene las herramientas, y es más eficiente. Resumiendo, debería resolverse por el profesional o equipo con mejor perfil coste-efectivo. Dadas las grandes diferencias entre territorios, la autonomía de gestión organizativa, que se apunta como un factor determinante para la eficiencia y la motivación de la AP⁵, debería facilitar la reorganización en este entorno que vivimos y que ha venido para quedarse.

Volver al punto de partida ya no será posible. Ahora es necesario que los equipos de profesionales de la AP decidan con qué se quedan de lo aprendido y que recuperan del pasado, adaptándose a una

realidad totalmente distinta. Es el momento que la AP de un salto hacia adelante.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1 Palomo L, Gené-Badía J, Rodríguez-Sendín JJ. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 2012;26:14–9.
- 2 Casajuana J, Gervas J, directores. La renovación de la atención primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare Ibérica S.L. 2012. Disponible en: https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/.pdf/La_renovacioxn_de_la_AP.pdf [consultado 19 Jul 2020].
- 3 Millas Ros J, Otegui Recio A, Pérez Gil S, Arzuaga Arambarri MJ, Martínez Eizaguirre JM, Insausti Carretero MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Aten Primaria* 2011;43:516–22.
- 4 Fisk M, Livingstone A, Pit SW. Telehealth in the Context of COVID-19: Changing Perspectives in Australia, the United Kingdom, and the United States. *J Med Internet Res* 2020;22:e19264.
- 5 Bayona Huguet X, Romano Sánchez J, Peris Grao A. Modelos de gestión según el proveedor y sus efectos en la dinámica de los equipos de atención primaria en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública* 2019;93, e201801001.

Xavier Bayona Huguet
EAP Gornal y EAP Bellvitge, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de
Llobregat, Barcelona, España
Correo electrónico: xavier.bayona@gmail.com