

## EDITORIAL

## Pandemia COVID-19. Prueba de estrés para los sistemas sanitarios o la oportunidad de reflotar la Atención Primaria

### COVID-19 pandemic. Stress test for health systems or the opportunity to revive Primary Care

¡¡No estábamos preparados!! Esta cruda afirmación simplifica los mensajes del informe EVALUACOV-19<sup>1</sup>. Las noticias del brote de neumonías de origen desconocido en China parecían una anécdota más de un país demasiado exótico y lejano como para sentirnos amenazados. Pero, el virus no conocía fronteras y se limitó a cumplir con el mandato ancestral que obligaba a Crecer y Multiplicarse.

La Pandemia nos iba acechando hasta que el primer caso de COVID-19 fuera diagnosticado en España (31 enero 2020). Los nuevos casos, y fallecimientos, fueron apareciendo a un ritmo infernal, lo que obligó a declarar el estado de alarma en España con 7.753 casos totales y 288 fallecidos por COVID-19 identificados (tabla 1), muy lejos de lo que aún estaba por llegar<sup>2</sup>.

El primer periodo de la Pandemia en España se prolongó hasta el 21 de junio de 2020<sup>3</sup> y, durante el mismo, se estimó una prevalencia de COVID-19 del 6% y una tasa de letalidad del 9,6%, mayor en hombres de edad avanzada, y grandes diferencias entre Comunidades Autónomas<sup>4</sup>.

Con este inédito y hostil panorama, los trabajadores socio-sanitarios persistieron en sus puestos de trabajo y, en ocasiones, realizando tareas para las que no habían sido entrenados. En este marco, la Atención Primaria (AP) actuó como muro de contención de primera magnitud, a pesar del déficit de recursos humanos y materiales que venía y continuó soportando. Aunque se desconocían causa, diagnóstico y tratamiento de la COVID-19, sí se conocía su alta contagiosidad y la posible gravedad de su evolución, incluso letal. Además, se carecía del material de protección adecuado e imprescindible para situaciones similares, lo que obligó a idear soluciones "de guerra" que paliaran estos y otros déficits. Un escenario de crisis, como la pandemia, se impregna con rapidez de incertidumbre, miedo y distorsión de la información (tabla 2).

**Tabla 1** Situación de la Pandemia COVID-19 en España al ser declarado el estado de alarma

Situación de la pandemia COVID-19 por CC.AA (15/03/2020)

CC.AA.	Casos totales	Fallecidos
Madrid	3.544	213
Cataluña	715	8
País Vasco	630	23
Andalucía	437	6
C. Valenciana	409	5
Castilla la Mancha	401	10
La Rioja	300	3
Castilla y León	292	6
Galicia	195	2
Navarra	183	0
Aragón	147	7
Asturias	137	1
Canarias	109	1
Extremadura	95	2
Murcia	71	0
Cantabria	51	0
Baleares	28	1
Melilla	8	0
Ceuta	1	0

Confeccionada a partir de las actualizaciones 35,40,45,50,55,60 y 65 del Ministerio de Sanidad sobre la enfermedad por el coronavirus (COVID-19). Referencia 2.

Todos estos miedos fueron favorecidos por numerosas deficiencias arrastradas por el Sistema Nacional de Salud (SNS), como la falta de recursos materiales y humanos que, exacerbados durante la pandemia, aún perduran. Además,

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2024.102218>

1138-3593/© 2024 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Tabla 2** Miedos asentados en el personal socio-sanitario durante la pandemia

- miedo a contagiar o ser contagiados.
- miedo a no valorar convenientemente a los pacientes COVID-19, cuando aún no se sabía cómo hacerlo.
- miedo por la dificultad de enviar a los pacientes a centros hospitalarios permanentemente colapsados.
- miedo a no ser capaces de responder a las expectativas que en ellos se habían depositado.
- miedo a abandonar el control de las patologías crónicas.
- miedo a errar en los diagnósticos de procesos agudos.
- miedo al fracaso, a la impotencia, al agotamiento, a la rendición.
- ..... y muchos más.

los miedos e incertidumbres se vieron inicialmente agravados por las dificultades para discernir si nos encontrábamos realmente ante una infección por SARS-CoV-2, debido a la falta de signos o síntomas específicos; falta de accesibilidad desde AP a pruebas diagnósticas o de seguimiento; falta de material de protección o escasez de suministro; insuficientes protocolos de actuación y frecuentemente emitidos con retardo; falta de adaptación de los protocolos a las especificidades de cada centro; insuficiente apoyo a los centros rurales con escasez de profesionales; recursos humanos en mínimos al proteger a los profesionales de alto riesgo y prescindir de ellos para las tareas clínicas; improvisación y simplificación de la incorrectamente denominada "telemedicina" cuando, en realidad, se limitaba a llamadas telefónicas.

El resultado fue un alto porcentaje de trabajadores socio-sanitarios, superior al de la población general, infectado, fallecido o con secuelas post-COVID, datos que mejoraron con el mayor conocimiento de la enfermedad, el suministro del material de protección adecuado, la disponibilidad de vacunas eficaces y la adecuada campaña de vacunación. Sin embargo, el espíritu de la AP resurgió en medio de este caos reforzándose el trabajo en equipo, reprogramando las actividades, e incluso las funciones, y reasumiendo una autonomía que nunca debieron perder. Además, la empatía con la población se vio reforzada ante una pandemia que amenazaba a todos sin excepción y en la que todos éramos parte de la solución. Sin duda, la AP afloró su plasticidad para readaptarse a nuevas circunstancias por muy adversas que estas fueran y su habilidad para sortear las deficiencias que el Sistema venía favoreciendo. Aún queda por realizar un análisis profundo de la situación del SNS en general y de la AP en particular, profundizando en las limitaciones físicas y las secuelas psíquicas ancladas en el personal socio-sanitario que trabajó por mantener la adecuada atención de la población.

Un grupo de expertos analizó la información de la pandemia en busca de soluciones y cohesión del SNS ante futuras pandemias<sup>1</sup>. Resaltan la entrega total del personal socio-sanitario durante la pandemia, a la vez que identificaron numerosas deficiencias existentes en el SNS, como fallos de coordinación y falta de eficacia en la toma de decisiones homogéneas, que dificultaron el logro de objetivos. Pero la AP soportó, y sigue soportando, otras muchas deficiencias añadidas a las inherentes al SNS que resultan del insuficiente soporte a sus necesidades para el completo desarrollo de las actividades asignadas. Así mismo, recalcan la nece-

sidad de reforzar y revalorizar la AP dotándole de recursos e impulsando nuevos modelos de relación, reconociendo la importante información que diariamente puede aportar.

Sin duda, los nuevos modelos han de buscar la eficiencia en la atención médica y socio-sanitaria, centrarse en las personas y no en las enfermedades e impulsar la comunicación entre profesionales mejorando la frecuentación y la pertinencia de las derivaciones entre niveles, utilizando la atención compartida y garantizando la necesaria continuidad asistencial. Estos nuevos modelos asistenciales, convierten al Especialista de Familia en el pilar fundamental, reconocen su capacitación para influir en las decisiones del resto de especialidades y lo convierten en el eje de la continuidad asistencial.

Especial recuerdo merecen las graves consecuencias sufridas en las residencias de personas mayores y otros colectivos vulnerables que se sintieron frustradas y abandonadas por el SNS ante la falta de protocolos y la insuficiente-deficiente coordinación mostrada. Es imprescindible replantear el tipo de relación entre ambos estamentos e implementar estrictos protocolos de actuación, especialmente en situaciones de crisis.

El mencionado informe EVALUACOV-19 apunta numerosas recomendaciones ante futuras pandemias, que se podrían sintetizar en la necesidad de reducir las desigualdades sociales en salud y subsanar los problemas debidos a la heterogeneidad del sistema. Además, está por desarrollar un sistema que alcance la comunicación veraz y transparente con la población, evite la intoxicación informativa y las discrepancias públicas fuera del ámbito científico.

El papel nuclear de la continuidad asistencial y la asistencia integrada, la estrecha relación con la población y la mutua confianza adquirida, dotan a la Atención Primaria de las claves para abordar, de forma rápida y eficaz, la atención personalizada y comunitaria, siendo la perfecta atalaya y trinchera en la prevención, identificación y lucha de futuras crisis. Es imprescindible que de forma urgente se sienten diferentes estamentos del SNS, entre ellos representantes activos de AP, para profundizar en la situación real de la misma, sus dificultades, sobrecargas y deficiencias, para buscar soluciones que proyecten sus indudables capacidades y conocimientos al logro de una atención socio-sanitaria actual, personalizada a la vez que comunitaria, y adecuada a los condicionantes específicos de cada área.

Pero la memoria de la población y del Sistema parece lábil y, tras superar la crisis sanitaria, nos hemos acomodado en la falsa sensación de seguridad, proliferando las voces que

de nuevo rechazan las vacunas (COVID-19, Gripe) o el uso de medidas de protección con indudables beneficios (aislamiento, mascarillas, lavado de manos) en periodos de crisis o de excesivo riesgo, como los periodos de epidemias víricas. ¡De verdad, hemos aprendido algo!! O como recientemente se preguntaba un reconocido experto en Salud Pública (Dr. Rafael Bengoa. El Correo, 21 enero 2024), ¿Nos estamos preparando?

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Inteligencia artificial

Para este trabajo no se ha utilizado ningún dispositivo ni aplicación de Inteligencia Artificial

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses para este trabajo.

## Bibliografía

1. Hervada Vidal X, Pérez Romero C, Rodríguez Artalejo F, and Urbanos Garrido R. EVALUACOV-19. Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia de COVID-19. Lecciones de y para una pandemia. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/EVALUACION\\_DEL\\_DESEMPEÑO\\_DEL\\_SNS\\_ESPAÑOL\\_FRENTE\\_A\\_LA\\_PANDEMIA\\_DE\\_COVID-19.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/EVALUACION_DEL_DESEMPEÑO_DEL_SNS_ESPAÑOL_FRENTE_A_LA_PANDEMIA_DE_COVID-19.pdf).
2. Ministerio de Sanidad. Informes de situación publicados durante la crisis sanitaria. Consultado el 02 de febrero 2024. Disponibles en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/evolucion/situacion.htm>.
3. Ministerio de Sanidad. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe nº 145. Situación de COVID-19 en España. Informe COVID-19. 6 de septiembre de 2022. Consultado el 02 de febrero 2024. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202022/Informe%20n%C2%BA%20145%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%206%20de%20septiembre%20de%202022.pdf>.
4. Martín-Sánchez V, Barquilla-García A, Vitelli-Stotelli F, Segura-Fragoso A, Ruiz-García A, Serrano-Cumplido A, et al. Análisis de las tasas de letalidad de la infección por SARS-CoV-2 en las Comunidades Autónomas de España. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2020;46(S1):12-9.

José Pedro Fernández Vázquez<sup>a</sup>  
y Adalberto Serrano-Cumplido<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Médico de Atención Primaria. Centro de Salud de Valencia de don Juan, León

<sup>b</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Getxo, Vizcaya

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [adal1953@hotmail.com](mailto:adal1953@hotmail.com)  
(A. Serrano-Cumplido).