



ARTÍCULO ESPECIAL

El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa



Sara Ares-Blanco^{a,*}, María Pilar Astier-Peña^b, Raquel Gómez-Bravo^c,
María Fernández-García^d y José Miguel Bueno-Ortiz^e

^a C.S. Federica Montseny, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^b C.S. Universitat, Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza, España. GdT de Seguridad del paciente de semFYC y del Grupo de Trabajo de Calidad y Seguridad de WONCA

^c Research Group Self-Regulation and Health, Institute for Health and Behaviour, Department of Behavioural and Cognitive Sciences, Faculty of Humanities, Education, and Social Sciences, Universidad de Luxemburgo, Luxemburgo

^d C.S. Las Cortes, Gerencia Asistencial de Atención Primaria, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^e C.S. Fuente Álamo. Servicio Murciano de Salud, Fuente Álamo, Murcia, España. Grupo de Trabajo de Calidad y Seguridad de WONCA World

Recibido el 12 de abril de 2021; aceptado el 25 de mayo de 2021
Disponibile en Internet el 12 de junio de 2021

PALABRAS CLAVE

COVID-19;
Diagnóstico;
Atención primaria;
Europa

Resumen Describimos el papel de la atención primaria (AP) en 12 países europeos con relación a la COVID-19. No existe información oficial a nivel europeo sobre la actividad de AP. Los hallazgos fueron:

Todos los países informaron mediante web y línea telefónica COVID-19 a sus ciudadanos.

El rastreo se realizó a través de Salud Pública mayoritariamente, salvo España, Irlanda y Portugal. La tarea de vigilancia epidemiológica se ha solapado con la asistencial sobrecargando la AP.

Las pruebas de detección de infección aguda (PDIA) se realizaron en AP de forma exclusiva en España. En el resto se derivaron a laboratorios externos.

El seguimiento de pacientes ha sido realizado por AP, mayoritariamente no presencial.

La cobertura sanitaria a población vulnerable y a residencias de mayores se ha regulado en todos los países.

Es necesario un plan estratégico para AP en Europa que dé respuesta a los retos planteados.

© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sara.ares@salud.madrid.org (S. Ares-Blanco).

KEYWORDS

COVID-19;
COVID-19 Testing;
Primary care;
Europe

The role of primary care during COVID-19 pandemic: A European overview

Abstract We describe the role of primary care (PC) in 12 European countries in relation to the COVID-19 pandemic. There is no official information at European level on the activity of PC. The findings were:

All countries provided COVID-19 information through telephone lines and websites to their citizens.

Contact tracing was mainly carried out by Public Health except for Ireland, Portugal and Spain. The epidemiological surveillance task has overlapped with the PC assistance.

Active Infection Diagnostic Tests (AIDT) were performed in PC exclusively in Spain. The other countries performed them in external laboratories.

Patients were followed-up in PC mostly by remote assessment.

Health coverage for vulnerable populations and nursing homes has been regulated in all countries.

There is a need for a strategic plan for PC in Europe that responds to the challenges posed.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En Europa se habían notificado aproximadamente 22,5 millones de casos confirmados de COVID-19, y más de medio millón de muertes según los datos del *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC)¹ a finales de febrero 2021. La mayoría de los casos son leves-moderados o asintomáticos, con seguimiento por parte de atención primaria (AP). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Europea (CE) insisten en reforzar la AP, pero la falta de datos oficiales ha contribuido a que los gobiernos actúen con medidas muy variables y los ciudadanos no tengan claro cuál ha sido el papel de la AP en la pandemia.

Las recomendaciones de la OMS² se basaron en realizar *screening* poblacionales por parte de Salud Pública (SP) junto a una gran inversión en atención hospitalaria. Sin embargo, el papel de la AP no quedó bien definido en el plan de respuesta, por lo que su participación quedó a criterio de cada estado. Por ello, las intervenciones desplegadas desde AP no han contado con una atención política desde la Unión Europea (UE)^{3,4}. Sin embargo países como Alemania contabilizaron, en la primera ola, haber tratado ambulatoriamente el 85% de los casos⁵.

Al inicio, los servicios sanitarios intentaron acelerar cambios para mitigar las consecuencias directas e indirectas de la infección por SARS-CoV-2. Se tomaron medidas que afectaban a la cobertura sanitaria, el sistema de financiación, la remuneración de los proveedores sanitarios, el acceso de los pacientes a las pruebas y a la atención. Según un informe de Eurohealth⁶ Austria, Alemania, Bélgica, España, Italia, Suiza y Reino Unido centralizaron las decisiones sobre la atención sanitaria al inicio de la pandemia. Posteriormente, España, Italia y Suiza han devuelto esta responsabilidad a las regiones. Las regulaciones han dependido del tipo de participación del estado en el sistema sanitario. Böhm et al. describieron cinco tipos de sistemas sanitarios a nivel europeo atendiendo a su regulación (tabla 1)⁷.

El tipo de modelo sanitario condicionó también una participación desigual en la organización de la AP. Aquellos

modelos sanitarios con una alta dependencia estatal orientaron la atención desde las estructuras públicas de AP como España, Reino Unido y Suecia. Mientras que, en el resto de los modelos, la AP tuvo una participación variable en función de la capacidad de los estados para regular ayudas económicas a las aseguradoras para reforzar el servicio desde AP.

Finalmente, en numerosos países de la UE la cobertura sanitaria universal desde AP no estaba garantizada. Por ello, la UE instó a los estados a realizar regulaciones para dar cobertura sanitaria a las poblaciones más vulnerables⁸.

Dada la variabilidad de la participación de AP en los sistemas de salud europeos durante la pandemia COVID-19, el objetivo de este trabajo es describir el papel de la AP en 12 países europeos en relación con la vigilancia epidemiológica y atención a la COVID-19.

Fuentes de información

Se han consultado páginas de instituciones públicas del ámbito europeo como el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias, el ECDC, Eurostat entre el 15 de diciembre 2020 y el 5 de marzo 2021. Por otra parte, se ha incluido la información recogida en las publicaciones de EuroHealth: Health system responses to COVID-19⁵ y de la Comisión Europea: The organisation of resilient health and social care following the COVID-19 pandemic⁹.

Se han seleccionado aquellos países europeos comparables con España considerando la existencia de un sistema de AP bien desplegado y una población de al menos cinco millones de habitantes con un 5% de mayores de 65 años. Cumplen criterios de inclusión 12 países (tabla 2).

Se analizaron las variables disponibles que definían el rol de AP en la pandemia según el documento de preparación para la atención en pandemia de la OMS²:

- AP como primer contacto de la población con el sistema sanitario: información, prevención y control comunitario

Tabla 1 Modelos de sistemas de salud en Europa relacionados con la capacidad de regulación por parte de los estados (OECD)⁷

Tipología de sistema de salud	Descripción de la regulación, financiación y provisión	Países europeos
Servicio Nacional de Salud	Regulación, financiación y provisión organizadas por el estado. El estado o las regiones tiene la responsabilidad de gobernar la atención sanitaria que puede ser de provisión pública o concertada.	Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Reino Unido, Portugal y España
Seguro Nacional de Salud	Combina un sistema de regulación estatal asimilado al servicio nacional de salud con financiación por impuestos con una provisión predominantemente privada	Irlanda e Italia
Seguro Social de Salud	Papel dominante de los actores sociales (compañías aseguradoras, mutualidades, corporaciones médicas) en la regulación y financiación de la asistencia sanitaria. La provisión es privada.	Austria, Alemania, Luxemburgo y Suiza
Seguro Social de Salud Estatista (mayor influencia del Estado)	El estado es responsable de regular el sistema. La financiación está organizada por los agentes sociales (aseguradoras, mutuas, corporaciones médicas) y la provisión de la atención es privada	Bélgica, Francia y Holanda

Tabla 2 Población total por países y detalle de mayores de 65 años

Eurostat 2019 por países	Población total	De 65 a 69 años	%	De 70 a 74 años	%	Más de 75 años	%
Alemania	83.019.213	4.808.497	6	3.596.545	4	9.478.490	11
Bélgica	11.455.519	615.632	5	531.538	5	1.018.289	9
Dinamarca	5.806.081	320.259	6	328.265	6	487.539	8
España	46.937.060	2.406.253	5	2.187.986	5	4.511.336	10
Finlandia	5.517.919	362.208	7	330.660	6	511.969	9
Francia	67.012.883	3.917.445	6	3.266.695	5	6.285.933	9
Irlanda	4.904.240	218.380	4	183.170	4	289.889	6
Italia	60.359.546	3.490.973	6	3.233.852	5	7.058.755	12
Países Bajos	17.282.163	993.074	6	913.384	5	1.407.546	8
Portugal	10.276.617	618.173	6	538.440	5	1.087.612	11
Reino Unido	66.647.112	3.384.532	5	3.286.389	5	5.601.457	8
Suecia	10.230.185	549.311	5	563.648	6	922.752	9

Fuente de información: Eurostat <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/main/data/browse-statistics-by-theme>

por medio de la identificación de casos, rastreo de contactos y acceso a la atención sanitaria en la pandemia.

- Ajustes del modelo de atención en la pandemia: Priorizar el seguimiento telemático (telefónico o por plataformas online) de los casos de COVID-19 leves desde AP. Atender la actividad no urgente y disminuir la carga burocrática (recetas, incapacidad temporal -IT-).
- Garantizar el acceso a las poblaciones vulnerables.

Descripción de la situación europea

Primer contacto: Prevención y control comunitario de la pandemia

Información sobre la pandemia COVID-19. Los ciudadanos podían contactar y resolver dudas a través de un teléfono de atención y/o un portal de información COVID-19 nacional o regional. Medidas como el uso de mascarilla se han ido implementando hasta generalizar su uso, los estados han implementado medidas para facilitar la producción,

controlar su coste y las han facilitado gratuitamente a población vulnerable ().

Rastreo y red de médicos de familia centinela. El rastreo ha mostrado debilidades estructurales en muchos países. Debido a la rápida transmisión del virus, esta tarea ha sido muy laboriosa, dada la gran cantidad de pacientes infectados y la escasez de recursos. Por otra parte, aunque el ECDC enumeró los datos de rastreo que deberían recopilarse, los países no han compartido sistemáticamente esta información y no se puede realizar una comparación entre ellos.

A lo largo de los meses de pandemia, han surgido aplicaciones móviles (Apps) para facilitar el rastreo^{11,12}. Sin embargo, en muy pocas ocasiones se han vinculado con la red de AP. La UE ha puesto en marcha pruebas entre los servidores que soportan las Apps creadas por Alemania, Dinamarca, Irlanda, Italia, Letonia y República Checa, así como una nueva puerta para intercambiar datos entre ellos. De momento, no existen resultados públicos ni conexión con AP. Tras el contacto, se realizaba un triaje y se remitía para realización de pruebas de diagnóstico de infección

Tabla 3 Prevención y control comunitario de la pandemia

Países	Información COVID-19	Rastreo de contactos	Recomendación de Mascarilla en sitios públicos
Alemania	TLF y web nacional	Salud Pública	Sí
Bélgica	TLF y web nacional	Colaboración entre Walloon AVIQ, los Services of the United College (COCOM) en Bruselas, la Flemish Agency for Care and Health y el Ministry of the German-speaking Community. App	Sí
Dinamarca	TLF y web nacional	Salud Pública + App	Sí
España	TLF y web regional	Salud Pública + atención primaria	Sí
Finlandia	TLF y web nacional	Salud Pública + App	Sí
Francia	TLF y web nacional	Salud Pública + App	Sí
Irlanda	Web nacional	atención primaria	Sí
Italia	TLF y web nacional	Salud Pública	Sí
Países Bajos	TLF y web nacional	Salud Pública + App	Sí
Portugal	TLF y web nacional	App hecha por atención primaria	Sí
Reino Unido	TLF y web nacional	Salud Pública + App	Sí
Suecia	TLF y web nacional	Salud Pública	Sí

En el portal ECDC están disponibles los links a las aplicaciones móviles de los diferentes países Mobile applications in support of contact tracing for COVID-19 - A guidance for EU EEA Member States' for further information and guidance (European Commission. Mobile contact tracing apps in EU Member States. 2020. [Internet] [consultado 1 Feb 2021]. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/travel-during-coronavirus-pandemic/mobile-contact-tracing-apps-eu-member-states_en).

Tabla 4 Lugar de realización de PDIA y red de médicos centinela para SARS-CoV-2

Países	Atención Primaria	Laboratorio	Otros	Médico Centinela
Alemania	No	Sí	Robert-Koch-Institute (recoge información de los hospitales universitarios, instituciones de investigación, laboratorios clínicos y ambulatorios)	Sí
Bélgica	Sí	Sí	Centros Comunitarios gestionados por AP	No
Dinamarca	No	Sí	Unidades móviles	Sí
España	Sí	No	Cribados poblacionales puntuales	No
Finlandia	No	Sí	Centros públicos o privados (puntos de muestreo o recorridos automáticos)	No
Francia	No	Sí	Centros Comunitarios, Farmacias	Sí
Irlanda	No	Sí	Centros Comunitarios	Sí
Italia	No	Sí	Algunos MF realizan PDIA por adhesión personal	Sí
Países Bajos	Sí	Sí	Centros Comunitarios	Sí
Portugal	No	Sí	No	Sí
Reino Unido	No	Sí	Centros Comunitarios, Unidades móviles	Sí
Suecia	Sí	Sí	Farmacias	Sí

activa (PDIA). La información del resultado se comunicaba al paciente y en caso positivo se procedía a realizar encuesta de contactos. El paciente informaba su resultado al médico de familia y en ocasiones llegaba directamente a él.

Los países europeos tienen redes de vigilancia epidemiológica para detectar enfermedades infecciosas a través de médicos centinelas. Esta red ha permitido detectar la evolución de epidemias a través del sistema TESS y (*European*

Surveillance System) de la ECDC. En la pandemia COVID-19, se ha activado en la mayor parte de países (tabla 4).

PDIA. Tanto los pacientes directamente por medio de Apps, como aquellos derivados por los médicos de familia han accedido a la realización gratuita de PDIA coordinadas por SP en la mayoría de los países. En general, los equipos de AP no han tenido que asumir la realización de las PDIA salvo en España y Suecia, aunque Bélgica, Italia, Países Bajos

y Reino Unido han colaborado AP y SP en la realización de PDIA.

Modelo de atención primaria durante la COVID-19

Atención de procesos no COVID-19. El acceso a la consulta presencial cayó de forma significativa. En Holanda se dejaron de hacer 800.000 consultas presenciales en los meses de marzo y abril 2020. La mayor parte de países han priorizado la atención presencial en procesos muy concretos como seguimiento a embarazo (España, Irlanda), vacunación infantil (España, Portugal), urgencias odontológicas (Lituania), Oncología (Bélgica, Francia, Irlanda), Diálisis (Bélgica, Irlanda), reagudización de enfermedades crónicas (Países Bajos) y trasplantes (Francia).

En países donde los equipos de AP son autogestionados, los profesionales han reaccionado negociando con las aseguradoras nuevas formas de atender y financiar los servicios telemáticos. Varios gobiernos han alcanzado acuerdos para facilitar los cambios en la tarificación de servicios y la gestión de ayudas para hacer frente a reformas estructurales y compra de material.

El uso de la consulta telefónica como medio de acceso a AP se generalizó en todos los países, especialmente en Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Francia e Italia. En el caso de la consulta telefónica en AP, Inglaterra pasó de 856.631 consultas/semana el 2 de marzo a 2.022.798 consultas/semanales el 18 de mayo de 2020. En Francia, se impulsó la tele-consulta que pasó a ser un 27% de todas las consultas realizadas en el país (alrededor de un millón de consultas a la semana) un 80% de las cuales fueron hechas por médicos de familia.

Atención a pacientes COVID-19 (tabla 5). En algunos países escandinavos, a los pacientes con sintomatología leve, no se les recomendaba seguimiento salvo empeoramiento. En otros países, una vez que los pacientes habían sido diagnosticados, el seguimiento se ha hecho mayoritariamente desde AP. La frecuencia de seguimiento ha sido variable. En Francia se estableció seguimiento diario en pacientes vulnerables, pero en Finlandia se recomendó seguimiento los días 6° y 8° de evolución. En Portugal, el seguimiento se hizo a través de una App y en caso de datos de alarma, se emitía una alerta para que su médico de familia se comunicase con el paciente (contemplaban el seguimiento telefónico si analfabetismo digital).

La creación de este circuito ha sido complicada porque las estructuras de AP en Europa suelen ser locales pequeños. Por ello, en muchos países los médicos de familia se han organizado para continuar dando servicio, ofertando horarios diferenciados en el mismo espacio, creando zonas de respiratorio o haciendo esperar al paciente en su propio vehículo como en Bélgica y Holanda o bien en Centros COVID-19 (unidades para manejo de pacientes COVID-19 ambulatorios compartidas entre varios equipos de AP).

Atención a procesos administrativos. Se promovió la prescripción electrónica (España, Lituania y Luxemburgo promovieron su uso y ampliaron la fecha de renovación), se simplificaron las derivaciones a especialistas (en Croacia se eliminó la necesidad de imprimir derivaciones) y se promovió la tramitación de la incapacidad temporal (IT) de

forma electrónica (España, Estonia, Lituania y Luxemburgo). Alemania implantó una IT inicial por siete días.

Atención a la Salud Mental. La mayor parte de países reconocen el impacto de la COVID-19 en la salud mental de los europeos. Por ello, se crearon líneas telefónicas para atención psicológica (España, Francia y Portugal). Irlanda optó por crear un curso online para afrontamiento psicológico de la COVID-19 y ofertó psicoterapia a los casos. Holanda reforzó los servicios de Salud Mental en la pandemia.

Abordaje de la vulnerabilidad en la comunidad

Residencias socio sanitarias. La combinación de alta transmisión en zonas compartidas, población muy vulnerable, limitada capacidad de test de diagnósticos y de manejo clínico, ha propiciado brotes de alta letalidad en las residencias de toda Europa. Aunque el número de muertes por COVID-19 en residencias de ancianos varía entre los distintos países, son la población con mayor tasa de mortalidad en Europa.

Los programas de PDIA en residencias se han ido ampliando a medida que se desarrollaba la crisis, pero muchos países han tenido problemas logísticos o de capacidad (o ambos), por lo que el despliegue de las pruebas ha sido lento. En España e Inglaterra se exige PDIA a los nuevos residentes antes de trasladarse desde sus casas. Además, la mayoría de los países han prohibido las visitas para evitar infecciones.

Un factor que ha salido a la luz en varios países es la falta de servicios médicos en las residencias de ancianos. Por otro lado, la saturación de los hospitales ha llevado a desaconsejar explícitamente el traslado de pacientes desde las residencias a los hospitales (Francia, Inglaterra, Italia y Países Bajos). Para hacer frente a este problema, en algunos países se ha dado apoyo asistencial a las residencias para evitar los ingresos hospitalarios. Italia ha exigido a las residencias presencia médica permanente y Francia ha fomentado las visitas de los médicos de familia a las residencias, ofreciendo una mayor remuneración.

La población vulnerable: El acceso a los sistemas de salud en los países de la Unión Europea tiene requisitos diferentes como la condición de ciudadano y/o el pago de cotizaciones o primas a compañías aseguradoras¹⁰. Por ello, aquellas personas que no pueden cumplir esos criterios quedan sin atención sanitaria o con unos servicios mínimos sólo cubre atención urgente. Ante esta situación, la ECDC elaboró una guía de recomendaciones para garantizar la atención sanitaria⁸. La CE recomendó suspender los copagos directos de los ciudadanos para recibir asistencia con relación a la COVID-19. Irlanda y Bélgica eliminaron el copago para las consultas telemáticas COVID-19 en AP. Francia simplificó los requisitos administrativos para que las personas con enfermedades crónicas se beneficiasen de las exenciones de copago y amplió la automáticamente el derecho de los inmigrantes durante la pandemia. Bélgica ha ampliado el acceso gratuito a los servicios sanitarios a los inmigrantes indocumentados durante un periodo limitado. Portugal ha concedido el derecho a los servicios sanitarios financiados con fondos públicos a cualquier inmigrante o solicitante de

Tabla 5 Lugar de exploración y seguimiento de pacientes COVID-19

Países	Lugar de la exploración	Seguimiento
Alemania	Centros COVID-19	Sí
Bélgica	Domicilio o Zona Respiratorio o Centros COVID-19	Sí
Dinamarca	Centros COVID-19	Sí
España	Zona Respiratorio	Sí
Finlandia	Zona Respiratorio	Sí
Francia	Centros COVID-19	Sí
Irlanda	Zona Respiratorio	Sí
Italia	Domicilio por equipos de MF solo para COVID-19	Sí
Países Bajos	Zona Respiratorio	Sí
Portugal	Centros COVID-19	Sí
Reino Unido	Zona Respiratorio	Sí
Suecia	Zona Respiratorio	Sí

asilo que haya solicitado la residencia antes de mediados de marzo de 2020.

Comparación de la respuesta europea con la realidad española en AP

En la mayoría de los países europeos las **medidas de prevención, la estrategia de realización de PDIA y trazabilidad de casos** se ha diseñado desde los gobiernos nacionales⁶. El papel de la AP en estas tareas ha sido marginal en la mayoría de los países, excepto en aquellos donde la provisión de la AP era realizada por centros públicos ya que en ellos se podían realizar los PDIA como ha sido el caso de España y Suecia. El seguimiento de los pacientes infectados ha sido realizado por AP en todos los países europeos¹³.

Tanto en Suecia como en España, la AP ha tenido un papel relevante en comunicar las medidas de prevención de la transmisión del virus a la población, en la realización de PDIA y en la trazabilidad de los casos¹⁴. La carga de trabajo y la dificultad en realizar el rastreo solo ha sido evaluado en Inglaterra¹⁵ donde los rastreadores no consiguieron ponerse en contacto con uno de cada ocho personas SARS-CoV-2 positivas. Por otra parte, no hay información disponible sobre la eficacia de las Apps de rastreo a pesar de ser una herramienta implementada por casi todos los países evaluados.

Estas tareas de rastreo y realización de PDIA no han quedado reflejadas en las estadísticas europeas, donde se ha comunicado en todo momento el número de infectados y pruebas realizadas, sin mencionar que esta labor estaba siendo realizada por AP. La carga de trabajo de SP (encuestas epidemiológicas y trazabilidad, realización de PDIA a la población) que han asumido los equipos de AP en España ha sido muy superior a la de otros países europeos. A esta sobrecarga se ha añadido la inexistencia de sistemas de información compartidos entre AP y SP. Sin embargo, a lo largo de la pandemia se han desarrollado sistemas compartidos tanto en España como en otros países de la UE.

Los países europeos donde la AP es de provisión pública (tabla 2) el aumento de actividad no ha estado vinculado ni a la remuneración ni a la mejora de la infraestructura y recursos de una forma objetiva. Esto ha llevado a que los centros de salud se hayan visto desbordados de trabajo sin

herramientas para gestionarlo como se ha podido hacer en los países donde la provisión es privada. En estos, los médicos de familia han podido solicitar mejoras por el aumento de actividad, remuneración de nuevos servicios y ayudas para optimizar las infraestructuras¹⁶.

El impacto de la COVID-19 en la actividad de los equipos de AP en Europa se ha concretado en el aumento de las consultas no presenciales¹⁷ y en las dificultades del seguimiento para los equipos con pocos profesionales¹⁸. La situación ha dificultado la realización de las actividades habituales de AP como el seguimiento de pacientes crónicos^{13,19,20}. En esos meses en España los indicadores de calidad de los centros de salud sobre el seguimiento de pacientes también empeoraron²¹.

En cuanto a las poblaciones vulnerables, la mayoría de los países europeos han puesto en marcha, como en España, medidas para facilitar el acceso al sistema sanitario y reducir los copagos directos²². Las residencias sanitarias han sido un punto crítico de la pandemia, se ha cuestionado el modelo sanitario de las residencias de mayores en toda Europa, debe llevarnos a definir un nuevo modelo de atención coordinado con AP que garantice una atención integral a la población institucionalizada²³. A su vez, la pandemia ha puesto sobre la mesa que la AP no tiene cobertura universal en UE. Desde las instituciones europeas, comprometidas con el objetivo de cobertura sanitaria universal de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se deben regular las condiciones para que todos los ciudadanos tengan acceso a una AP de calidad y segura sin menoscabo económico.

Las prioridades para hacer frente a la pandemia y post-pandemia pasan, como propone la OMS-Europa, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD)^{24,25}, por reforzar la AP con las inversiones, recursos humanos y medidas que faciliten su actuación universal y de proximidad, coordinación de cuidados, resolución. Para ello es necesario que los datos de la actividad de AP tengan visibilidad a nivel de la UE y de cada país. Es crucial de diseñar un sistema de registro de la actividad de AP en los portales estadísticos de actividad sanitaria. Por otro lado, la pandemia ha traído inversiones económicas en la AP de algunos países de la UE para infraestructuras, integración de los sistemas de información incluyendo SP y servicios sociales. Faltaría un plan común que englobe estos aspectos a nivel europeo.

Limitaciones

Esta revisión se basa en la información hecha pública por los diferentes países en las páginas oficiales de las instituciones europeas. Los datos reflejados varían en las definiciones (casos, contactos, seguimiento), en la temporalidad y en la prevalencia de partida. La información disponible de poblaciones vulnerables es poco precisa en los países estudiados.

Conclusiones

La AP tiene un papel primordial en la atención durante la pandemia, sin embargo, precisa de garantizar una cobertura universal de toda la población, visibilizar su trabajo a través de los portales de información europeos y de cada país, continuar con la inversión en infraestructuras y sistemas de información. Es decir, necesitamos un plan estratégico europeo de AP que permita su universalización con calidad y seguridad en toda Europa.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Andrée Rochfort (Irlanda), Dr. Christian Nicolls (Portugal), Dra. Nicoletta Pietrosimone (Italia), Dra. Jantine Woudstra (Países Bajos), Martin Sattler (Luxemburgo), ECDC info mailbox team.

Bibliografía

- European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) [Internet]. [consultado 27 Feb 2021]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19>.
- World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. 2020.
- Armocida B, Formenti B, Ussai S, Palestra F, Missoni E. The Italian health system and the COVID-19 challenge [Internet]. *Lancet Public Health*. 2020;5:e253 [consultado 30 Mar 2021]. Disponible en [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30074-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30074-8/fulltext).
- Scally G, Jacobson B, Abbasi K. The UK's public health response to covid-19 [Internet]. *The BMJ*. 2020;369. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1932>
- European Commission Germany. COVID-19, Health system responses monitor [Internet]. *Eurohealth*. 2020;26 [consultado 30 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.covid19healthsystem.org/countries/germany/livinghit.aspx?Section>
- Greer S, Jarman H, Rozenblum S, Wismar M. Who's in charge and why? Centralisation within and between governments. *Eurohealth (Lond)*. 2020;26:99–103.
- Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H. Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2013;113:258–69, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003>.
- ECDC. Guidance on the provision of support for medically and socially vulnerable populations in EU/EEA countries and the United Kingdom during the COVID-19 pandemic [Internet], [consultado 30 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-medically-and-socially-vulnerable-populations-covid-19>.
- European Commission. The organisation of resilient health and social care following the Covid-19 pandemic Opinion of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Luxemburg. 2020.
- Barros P, Barry M, Brand H, Brouwer W, De Maeseneer J, Jönsson B, et al. Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Report of Disruptive Innovation [Internet]. 2016 [consultado 15 Ene 2021]. Disponible en https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/012_disruptive_innovation_en.pdf.
- ECDC. Mobile applications in support of contact tracing for COVID-19 - A guidance for EU EEA Member States. *Eur Cent Dis Prev Control - Tech Guid* [Internet]. 2020;1–11 [consultado 20 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-mobile-applications-support-contact-tracing>.
- eHealth Network. Mobile applications to support contact tracing in the EU's fight against COVID-19. 2020 [consultado 20 Ene 2021]. Disponible en https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/ehealth/docs/covid-19_apps_en.pdf.
- Watt T, Firth Z, Fisher R, Thorlby, Ruth Kelly E. Use of primary care during the COVID-19 pandemic. *Heal Found* [Internet]. 2020;1–24 [consultado 12 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/use-of-primary-care-during-the-covid-19-pandemic>.
- Muñoz MA, López-Grau M. Lessons learned from the approach to the COVID-19 pandemic in urban primary health care centres in Barcelona, Spain. *Eur J Gen Pract*. 2020;26:106–7.
- Lewis D. When COVID contact tracing went wrong. *Nature* [Internet]. 2020 [consultado 27 Feb 2021]. Disponible en <https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-020-03518-4/d41586-020-03518-4.pdf>.
- Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. *Eur Obs Heal Syst Policies. Observatory Studies Series*. 2015;38:172.
- Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. COVID-19: A remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020;25:368.
- Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, van Weel C. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *Eur J Gen Pract*. 2020;26:129–33.
- van Weert H. After the first wave: What effects did the COVID-19 measures have on regular care and how can general practitioners respond to this? *Eur J Gen Pract*. 2020;26:126–8.
- Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: Will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open* [Internet]. 2020;10:e039674 [consultado 22 de Ene 2021]. Disponible en <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/10/6/e039674.full.pdf>.
- Coma E, Mora N, Méndez L, Benítez M, Hermsilla E, Fàbregas M, et al. Primary care in the time of COVID-19: Monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2020;21 [consultado 10 Ene 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01278-8>.

22. Ministerio de Sanidad. Equidad en Salud y COVID-19. Gobierno de España. 2020.
23. Monedero-Recuero I, Virgós-Bonfil M, Serra MA, Rodrigues Gonçalves I, Palomares Rodríguez FÁ, Borreguero E, et al. Guía de Actuación en epidemias de Covid-19 en residencias para personas mayores [Internet]. Madrid, España: Sociedad Española de medicina de Familia y Comunitaria; 2021 [consultado 13 Ene 2021]. Disponible en <https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/guia-practica-de-actuacion-en-epidemias-de-covid-19-en-residencias-para-personas-mayores/>.
24. OECD. Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic [Internet]. OECD Publishing. 2021 [consultado 15 Feb 2021]. Disponible en <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da/>.
25. WHO. Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015-2020: walking the talk on people centredness. Regional Committee for Europe. 2015:14–7 [consultado 8 Ene 2021]. Disponible en: [https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/282963/65wd13e_Health SystemsStrengthening_150494.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/282963/65wd13e_Health_SystemsStrengthening_150494.pdf).