



## EDITORIAL

# ¿Que hemos aprendido de la pandemia por el virus SARS-CoV-2?

## *What have we learned from the SARS-CoV-2 pandemic?*

Pedro J. Tárraga López<sup>1</sup>, Juan Solera Albero<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico EAP Zona 5 A. Albacete. Responsable del área de Medicina Familia Universidad de Castilla la Mancha. España

<sup>2</sup> Coordinador Médico EAP Zona 7 de Albacete. España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pitarraga@sescam.jccm.es](mailto:pitarraga@sescam.jccm.es) (Pedro J. Tárraga López).

Recibido el 9 de agosto de 2020; aceptado el 16 de agosto de 2020.

### Cómo citar este artículo:

Tárraga López PJ, Solera Albero J. ¿Que hemos aprendido de la pandemia por el virus SARS-CoV-2?. JONNPR. 2021;6(2):224-31. DOI: 10.19230/jonnpr.3950

### How to cite this paper:

Tárraga López PJ, Solera Albero J. What have we learned from the SARS-CoV-2 pandemic?. JONNPR. 2021;6(2):224-31. DOI: 10.19230/jonnpr.3950



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License  
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,  
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

## Introducción

El refranero español lo advertía claro: “año bisiesto, año siniestro”. Y el 2020 no iba a ser una excepción, y lo ha cumplido con creces.

Mientras el mundo entero se entretenía con las uvas y los brindis del año nuevo, y las serpentinatas y matasuegras quedaban por el suelo, China anunciaba la aparición de extraños casos de neumonías de origen y tratamiento desconocido, pero lo veíamos muy lejano y hacíamos como que no nos iba a afectar.

2020 será un año para recordar, un año para volver a empezar:



- Tenemos una pandemia por un virus letal y no tenemos vacuna ni tratamiento eficaz.
- es un virus altamente transmisible y vivimos en conglomerados en urbes sobredimensionadas y saturadas, nos movemos en masa,
- consumimos más de lo necesario y generamos residuos como nunca en la historia:
  - somos 8.000 millones de habitantes en un planeta que empieza a manifestar su agotamiento. Estamos deforestando, cementando, contaminando, cercando al mundo animal hasta su exterminio y sin “compensar” nada de los que destruimos.
  - Si nos detenemos a pensar un minuto, con solo lo enumerado deberíamos haber visto venir una epidemia. Es una evidencia que somos individuos que interactuamos y coexistimos con casi todas las especies e, incluso, sabemos que los virus se refugian.

La pandemia COVID-19 causada por el SARS-CoV-2, el terrible coronavirus nos ha desbastado física y moralmente. Ya no somos la Humanidad que podía con todo y cuyas tecnología, ciencia y capacidades pusieron al frente de la conquista planetaria.

Además, que un agente infeccioso genere una pandemia y luego desaparezca de un año para el otro es casi imposible y lo preocupante es su velocidad de expansión, ya sea por su propia condición o por el intercambio global de personas. Lo cierto es que la letalidad y su expansión sumadas a la difusión masiva convierten la crisis sanitaria en crisis socioeconómica.

La situación producida por la irrupción a todos los niveles del virus SARS-COV2, ha supuesto un antes y un después no sólo en el ámbito de la medicina sino también en la forma en la que hasta ahora estaba estructurada la vida cotidiana de toda la población, debido a los importantes cambios que la gestión de esta situación ha incorporado al estilo de vida. Ha traído consigo el desafío de proporcionar a la población una nueva formación que la capacite para entender la información científica que le llega. No se trata de que la ciudadanía acceda a un estudio randomizado o una revisión sistemática, pero sí que la información que reciba tenga un estándar científico ad hoc con la pandemia que estamos viviendo<sup>(1)</sup>.

¿Y qué debemos aprender de todo esto?

La vida es un continuo aprendizaje para evitar caer en los mismos errores, para corregir ante un virus que ha venido para quedarse y que se debe hacer frente a otras muchas situaciones que nos amenazan y que requerirán de actuaciones técnicas maduras y dinámicas. Socialmente, las situaciones adversas se superan aprendiendo u olvidando, pero a nivel individual cada uno podremos juzgar por nosotros mismos. **Olvidar** es una mala respuesta dado que, aunque su resultado inmediato es restablecer una aparente felicidad y normalizar las



acciones aliviando la carga de las emociones y el sufrimiento, vuelve a ponernos en el punto de partida para para futuros problemas, nos devuelve a la indefensión que nos ha ahogado y pone de manifiesto nuestra fragilidad frente a las amenazas<sup>(2)</sup>.

En el aprendizaje negativo podríamos destacar:

1. Que no estábamos preparados para esta ni para ninguna pandemia: hemos comprobado falta total de Suministros, material de protección para sanitarios: EPI, mascarillas, guantes.... Y hasta medicamentos. Pero quizá lo más grave que no había ningún plan contingencia ....

2. Además, hemos comprobado cómo no hemos sido capaces de proteger a nuestras personas vulnerables (enfermos crónicos) e institucionalizadas (0,8% de la población española, unos 400.000 y han fallecido 1/3).

En el aprendizaje positivo podemos reseñar:

1. La enorme capacidad de adaptación y flexibilidad tanto de los sanitarios como de la población general.

2. El Liderazgo clínico y coordinación multidisciplinaria de los equipos para trabajar.

3. Gestión de emergencia flexible, hemos podido comprobar como casi a diaria cambiamos protocolos de actuación.

4. Como los profesionales sanitarios de forma exprés se han ido adaptando. (Decía un prestigioso hematólogo de Mont Sinai que había cambiado su forma de actuación mas en una semana de pandemia que en los 35 años de profesión).

5. El avance del conocimiento científico ha sido rápido e impresionante, en todo el mundo. Con descubrimientos científicos sobre la enfermedad de enorme afluencia.

6. Y la Sanidad ha saltado a agenda política como gran activo del país.

## **La Atención Primaria de Salud y sus recursos frente a la pandemia**

Cuando el pico pandémico comienza a reducirse tras meses de infecciones, muertes y sobrecarga del sistema sanitario, políticos y «expertos» de todo signo parecen descubrir la importancia de la Atención Primaria de Salud (APS) para el control de la pandemia. Se acompaña a menudo de una paradójica sorpresa respecto a la falta de apoyo que la propia APS ha recibido en estos últimos años, pero que sigue sin acompañarse de un compromiso real para su fortalecimiento. Se habla mucho de las oportunidades y lecciones de la pandemia. Pero la AP desde el inicio hasta la fecha, según datos de la Sociedad Española de Médicos



Generales y de Familia (SEMG), al menos 132 centros de salud en España se cerraron por la falta de profesionales, así como 1.152 consultorios locales. En nuestra opinión, las lecciones no serán aprendidas porque no afectan a quienes deberían recibirlas.

Y destaca "el papel escaso o poco relevante" que se le ha otorgado a la Atención Primaria en el manejo de la crisis durante muchas de sus fases y especialmente en sus inicios, a pesar de la importancia y de la dimensión de la Atención Primaria en el SNS, esta ha sido mayoritariamente poco valorada en las estrategias principales desarrolladas por la Administración sanitaria para el abordaje de la infección por SARS-Cov-2", se destaca que esta circunstancia es uno de los principales errores en la gestión de la pandemia.

Ya en marzo del 2020 los autores Solera Albero J y Tárraga López PJ.<sup>(3)</sup> Destacaban y exigían el papel de la APS en la pandemia, aún así el caso puede decirse fue omiso.

En todo caso, en Atención Primaria se han diagnosticado y tratado miles de casos de pacientes infectados por SARS-Cov-2 que, con una sintomatología leve o que no requieren de hospitalización, 2.500.000 personas han pasado enfermedad: de ellos 124.000 fueron ingresados, 1.200.000 la han pasado sin síntomas y 1.500.000 pacientes que no necesitaron ingreso lo han pasado en casa ¿y quién los ha atendido? ¡¡¡¡Su médico de APS¡¡¡¡, pero esto no esta tan visto.

Aun así, los profesionales de este nivel consideran que se ha desaprovechado el potencial, sobre todo en la detección temprana de contagios, que ofrece la Atención Primaria. "No se han utilizado de forma óptima los recursos de este nivel asistencial, ni a sus profesionales, se han sufrido también una carestía de recursos", se dice al respecto en el mencionado documento. Hay que recordar que, antes de la pandemia, ya se venía denunciando de manera sistemática la carencia de recursos materiales y humanos en este nivel asistencial.

## ¿Y a partir de ahora qué?

Se está poniendo el foco en la APS, hasta ahora parece que todo ha sido hospitalario, pero el rastreo y seguimiento de los casos lo debe hacer APS (no app ni otras TIS).

Debe ser APS la que haga la detección de casos y el seguimiento y rastreo de contactos.



CADA CCAA A SU MANERA

SANIDAD

Las comunidades activan un 'ejército' de 2.300 rastreadores para frenar un rebrote del coronavirus

Las autonomías se han visto obligadas esta semana a prever e implantar planes de vigilancia epidemiológica y rastreo de contactos a contrarreloj

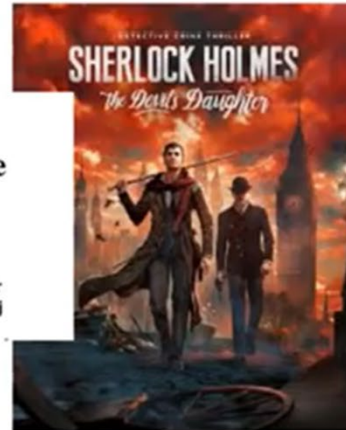


Gráfico 1. Sobre rastreadores de Covid19.

Y lo que parecía anclado en el pasado se ha transformado con emergencia en la Atención Primaria de Salud.

*Slavoj Žižek* escribe: «Lo imposible está sucediendo; nuestro mundo se ha detenido. Y lo imposible es lo que tenemos que hacer para evitar lo peor»<sup>(4)</sup>. Si llevamos la idea al ámbito de la APS, lo que parecía imposible días antes de comenzar la pandemia (por ejemplo, la posibilidad de cerrar un centro de salud en día laborable y realizar la mayor parte de las consultas virtuales) se ha convertido en algo inevitable ante esta crisis. La cuestión está en si la APS aprovechará la crisis para modificar un modelo que desde hacía tiempo daba muestras de agotamiento.

La crisis institucional y sanitaria derivada de la COVID-19 dista mucho de estar resuelta. La previsión de nuevos brotes, que podrían prolongarse unos años más<sup>(5)</sup>, obliga a buscar alternativas teniendo en cuenta este problema, que por su propia regularidad debería ya ser considerado como una característica más de cualquier sistema sanitario. La alternativa de volver a la forma de organización anterior a la epidemia causada por la COVID-19 se antoja muy poco efectiva, puesto que, además de que probablemente haya que volver a reordenar los servicios en función de nuevos brotes, seguirá siendo necesario (en el mejor de los escenarios) diferenciar la atención a pacientes sospechosos de tener el virus de la del resto.

Propuestas de diferentes sociedades científicas<sup>(6)</sup> describen con claridad qué modelo de organización de la atención debería implantarse para dar respuesta a la pandemia de la COVID-19 a corto plazo. Sin embargo, sí convendría reflexionar sobre qué modelo de APS necesitamos a medio plazo ante la presencia inevitable del virus. Al menos tres vectores de



cambio parecen imprescindibles: financiación adecuada, rediseño del modelo y cambio de actitud.

No debemos caer en errores y financiar lo visible, más especialistas y más hospitales, mejor si están dedicados a epidemias, más UCI y neumólogos, pero *lo esencial es invisible a los ojos, esta frase se la dice el zorro al principito* y nosotros no podemos caer en la estupidez que nubla el entendimiento e impida apreciar que el objetivo es EVITAR y PREVENIR, y en esto es experta la invisible APS. Pero para eso hay que dejarle hacer su trabajo con los medios pertinentes de seguridad y diagnóstico y, naturalmente, no cerrar centros de salud. La PCR (test de reacción en cadena de la polimerasa) debió estar en manos de los médicos de APS desde el minuto uno del confinamiento cuando se admitió la difusión comunitaria del virus, pero se decidió lo contrario.

Para concluir haremos las siguientes reflexiones:

1. El mejor sistema sanitario del mundo es como una planta que requiere ser regada, y desde hace tiempo se encuentra en total sequía, sostenida por los mejores profesionales del mundo, profesionales que ahora están agotados, quemados, desilusionados, pero que siguen dispuestos a darlo todo si vuelve a ser necesario.

2. En esta pandemia hemos visto la extenuación del sistema, por eso la población nos ha creído “héroes”, no se entiende de otro modo, pero necesitamos y debemos volver a tener nuestro rol de profesionales, no héroes.

3. Prevenir es mejor que curar, para eso hay que reorganizarnos en prevenir, cuando nuestra sociedad está dirigida a curar, cuando los recursos se destinan a curar. O modificamos la organización sanitaria o seguirá siendo una falacia, difícil de seguir repitiendo, y que nos dejará desprotegidos.

4. La Atención Primaria es la puerta de entrada, puerta de la que población y gestores sólo quieren su función de barrera de un sistema sanitario hospitalcentrista, perdiendo así su propia esencia y siendo utilizada para “tapar” otros déficits considerados más importantes.

5. La organización sanitaria es primordial. ¡Cuánto esfuerzo se ha realizado en los últimos años para hablar del “nuevo modelo”! Pero para afrontar esta pandemia hemos tenido que derribar todo lo que teníamos y tampoco nos ha servido lo que habíamos proyectado ¿será que no es lo que necesitamos? ¡Tantas palabras y documentos sobre la organización sanitaria y tan poca utilidad!

6. A finales de Mayo, con 235.290 casos confirmados, 124.757 que precisaron hospitalización, 11.474 ingresados en UCI, 28.678 fallecidos. Pero hay 140.000 que han sido



asistidos en sus domicilios y los no confirmados cuyo número desconocemos pero que, teniendo en cuenta la dificultad del acceso a pruebas diagnósticas para aquellos no hospitalizados, su número no ha de ser pequeño, convierten a esta pandemia en una infección comunitaria que hemos alejado de la comunidad y focalizado en los hospitales.

Sobrepasando sus posibilidades de atención, comprometiendo la atención de aquellos casos que sí requerían de recursos hospitalarios, e invisibilizando a aquellos que atendieron la mayor parte de los casos a “pecho descubierto”, con EPIs caseros, como así lo demuestra el ser el colectivo profesional con mayor número de contagiados y, tristemente, de fallecidos. Después hablamos de optimizar los recursos, de ponerlos donde está el paciente... ¿no sería el momento de analizarlo y fortalecerlos para hacer frente a nuevas ondas?

## Referencias

1. Simó J. Sanitarios en activo fallecidos por Covid19: cuando los números hablan por los muertos. Blog Salud, dinero y atención primaria [Internet]. [Citado 1-6-2020]. Disponible en: <https://saludine.roap.blogspot.com/2020/06/sanitarios-en-activo-fallecidospor.html>
2. Casado V. (2020). La atención primaria, la gran olvidada de la sanidad pública [Cadena SER]. Madrid. Recuperado de: [https://cadenaser.com/programa/2020/05/11/hoy\\_por\\_hoy/1589187247\\_114292.html](https://cadenaser.com/programa/2020/05/11/hoy_por_hoy/1589187247_114292.html) Minuto 07:54.
3. Solera Albero J, Tárraga López PJ. La Atención Primaria de Salud: Más necesaria que nunca en la crisis del coronavirus. JONNPR. 2020;5(5):468-72. DOI: 10.19230/jonnpr.3655
4. Žižek S. Pandemia: La covid-19 estremece al mundo. Barcelona: Anagrama; 2020.
5. Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. Science. 2020;368(6493):860-8.



- 
6. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2 en Atención Primaria. [Internet.] Barcelona: semFYC. 2020. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/05/Desescalada-26-05-2020.pdf>