



EDITORIAL

El protagonista invisible de la pandemia por Coronavirus

The invisible protagonist of the Coronavirus pandemic

Pedro J. Tárraga López¹, Juan Solera Albero²

¹ Coordinador Médico EAP zona V-A de Albacete, España

² Coordinador Médico EAP zona VII de Albacete. España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pitarraga@sescam.iccm.es (Pedro J. Tárraga López).

Recibido el 1 de agosto de 2021; aceptado el 8 de agosto de 2021.

Cómo citar este artículo:

Tárraga López PJ, Solera Albero J. El protagonista invisible de la pandemia por Coronavirus. JONNPR. 2021;6(11):1322-26. DOI: 10.19230/jonnpr.4477

How to cite this paper:

Tárraga López PJ, Solera Albero J. The invisible protagonist of the Coronavirus pandemic. JONNPR. 2021;6(11): 1322-26. DOI: 10.19230/jonnpr.4477



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.

Resumen

El trabajo en los centros de salud se ha multiplicado en estos últimos meses; la atención y seguimiento a los pacientes con covid-19 (petición de PCR, comunicación del resultado, estudio de contactos, seguimiento de pacientes diagnosticados de covid-19). Todo esto ocupa la mayoría de la maratoniada jornada laboral, y además se sigue atendiendo de forma presencial a un gran número de pacientes, se hace el seguimiento de sus patologías agudas y crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), se realizan citologías, seguimiento de embarazo, avisos domiciliarios, urgencias y un largo etcétera. Además se está vacunando a un ritmo inédito en el resto del mundo.

Y en la mayoría de las ocasiones haciéndonos invisibles para la sociedad, e incluso sufriendo la incompreensión de los Estamentos.



Abstract

Work in health centers has multiplied in recent months; the care and follow-up of patients with covid-19 (request for PCR, communication of the result, study of contacts, follow-up of patients diagnosed with covid-19). All of this takes up the majority of the marathon run working hours, and also continues to attend a large number of patients in person, their acute and chronic pathologies are monitored (diabetes mellitus, arterial hypertension, chronic obstructive pulmonary disease), cytologies are performed, pregnancy monitoring, notices homes, emergencies and a long lists of tasks. In addition, it is being vaccinated at an unprecedented rate in the rest of the world. And in most cases, making ourselves invisible to society, and even suffering the misunderstanding of the Estates.

Introducción

La Atención Primaria (APS) es la puerta de entrada del Servicio Nacional de Salud y de su funcionamiento van a depender mucho las listas de espera y los colapsos hospitalarios. Los principales elementos que caracterizan el modelo de atención integral basado en la APS (y que los hacen diferente de los otros modelos de atención) son tres^(1,2): 1. la centralidad en las personas, familia y comunidades. 2. la Integralidad de la atención. 3. la continuidad del cuidado.

En una situación de crisis sanitaria y social como la que vivimos por la Pandemia del coronavirus se ponen a prueba los sistemas sanitarios de todos los países donde afecta. En España con una APS consolidada tenemos el reto, que no había en los otros países afectados que al no tener una red de atención primaria montada. Por ello, nuestra situación como APS es completamente diferente y debemos afrontarlo de forma diferente para tener una mejor gestión de la situación. El primer nivel de atención asume responsabilidad sanitaria, lo que implica: 1. Capacidad de resolución: equipos interdisciplinarios que garantizan acceso a servicios de calidad. 2. Conocimiento de la población: prioridades de salud y singularidades (caracterización socioeconómica, pertinencia cultural, riesgos particulares y factores protectores). Conocimiento del territorio: dinámica comunitaria, riesgos y recursos. Identificación temprana y Clasificación del riesgo (individual, familiar y comunitario) y estrategias de atención: planes de cuidado, gestión de casos, autoayuda, entre otros.

En el momento actual, la principal puerta de entrada de los posibles casos de COVID19 son los centros de Atención Primaria (centros de salud, consultorios rurales y puntos de atención continuada)^(3,4), pero la forma de trabajar de los médicos de familia de toda España ha sufrido un giro de 180°, nos hemos tenido que ir adaptando a un sistema de trabajo totalmente



desconocido para nosotros, como es la consulta telefónica, y empezar a utilizar otros recursos, como son la telemedicina, la teleasistencia... .

Como médicos de familia cuidamos a las personas de forma integral y nos ocupamos también de su familia y su situación social. Somos su médico de referencia, y no solo tratamos a las personas, sino que nos responsabilizamos de su salud, desde su juventud, con actividades de prevención y promoción de la salud hasta la etapa final de sus vidas. Resolvemos la mayoría de los problemas de nuestros pacientes y no hay más orgullo que cuando nuestros pacientes se dirigen a nosotros como “mi médico”: ser el médico a quien acudir para resolver sus dudas, ser el médico que les dé una mala noticia cara a cara haciéndoles saber que no estarán solos en ese camino; ser el médico que los acompañe en los últimos momentos evitándoles sufrimiento y facilitando que la despedida sea en su propia casa. Y durante la pandemia como puerta de entrada con hospitales colapsados y bloqueados con enfermos de covid19 hemos sido a veces incluso el único vínculo sanitario con los enfermos y en muchos casos haciéndonos invisibles para la sociedad, e incluso sufriendo la incompreensión de algunos compañeros del hospital⁽⁵⁻⁶⁾.

Nuestro trabajo en los centros de salud se ha multiplicado en estos últimos meses; la atención y seguimiento a los pacientes con covid-19 (petición de PCR, comunicación del resultado, estudio de contactos, seguimiento de pacientes diagnosticados de covid-19). Todo esto ocupa la mayoría de nuestra maratoniana jornada laboral, y además seguimos atendiendo de forma presencial a un gran número de pacientes, hacemos el seguimiento de sus patologías agudas y crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), realizamos citologías, seguimiento de embarazo, avisos domiciliarios, urgencias y un largo etcétera.

También aseguramos durante toda la pandemia que los pacientes no están abandonados: estamos viendo de forma presencial a todos los que requieren atención en consulta desde el principio de la pandemia.⁽⁷⁾

Y con todo esto llega la llamada **QUINTA OLA DE LA PANDEMIA**

Prácticamente desde Junio empiezan a llegar a las consultas de atención primaria pacientes en un intervalo de edad entre 17-28 años con las peculiaridades que en su gran mayoría no están vacunados contra el covid 19, en su gran mayoría deben ser diagnosticados, tratados y seguidos en nuestras consultas ya que afortunadamente en muy raros casos tendrán complicaciones que deban ser tratadas en el medio hospitalario y que al tratarse de personas jóvenes mientras la media de contactos en anteriores olas podía ser de 3-5, aquí el seguimiento de contactos es más complejos pues llegan a ser de 10-12 incluso más.



Todo esto además ha pillado a los Equipos de Atención Primaria exhaustos y agobiados con plantillas al 60% (ya que hay compañeros de vacaciones, de baja por enfermedad y en su mayoría sin sustituir), pero sacando fuerzas casi de donde no las ahí el trabajo sigue saliendo. Además, como dicen nuestros gobernantes “siendo medalla de oro en vacunaciones” pero sin atreverse a decir que es gracias a que tenemos una de las mejores Atención Primaria del mundo y que gracias a esto además de no dejar en atender a nuestros pacientes covid o por otras enfermedades, por las tardes o incluso en horas extras se sigue manteniendo un ritmo de vacunación inédito en otros países.

Si realmente valoran nuestra Atención Primaria deben apostar por ella antes de que termine de desmoronarse de forma irreversible. Todo esto como cualquier sistema requiere un mantenimiento y mejora:

1. A nivel pregrado:
 - a. Debe valorarse el proceso de acceso a las facultades, pues si bien tenemos a los mejores estudiantes igual quedan sesgadas vocaciones por la nota de corte, y por ello a esta debería añadirse alguna variable mas.
 - b. Debe crearse en la Universidad Española el Area de conocimiento para la Medicina de Familia, ya que la gran mayoría de los profesores están ubicados en otras áreas como Salud Publica por la inexistencia de esta, con la consiguiente invisibilidad del Area de Atención Primaria que en muchos planes de estudio de facultades españolas ni existe, con lo que los alumnos salen sobresaturados de Asistencia hospitalaria y desconocen parcial o totalmente el primer nivel asistencial.
2. A nivel de Docencia MIR.
 - a. Si bien se ha mejorado mucho con la rotación en medio rural de tres meses, quizá debería mejorarse la desconexión de casi dos años de los residentes de Medicina Familia con la Atención Primaria durante su rotación hospitalaria.
3. A nivel Profesional:
 - a. La mayoría de los Medicos de Familia que terminan se marchan al extranjero (países como Francia, Portugal, Suecia...se han dado cuenta de la buena formación de nuestros médicos de familia y les ofrecen buenos contratos en muchos casos irrenunciables) o se quedan en las puertas de urgencias de los hospitales (por la estabilidad que les supone no tener que ir a distintos pueblos en la misma semana o día) por una falta de plazas o contratos que les den estabilidad personal y profesional.



Así estamos en la quinta ola con profesionales saturados, esperando en muchos casos las vacaciones y con el deseo de que sus compañeros hayan descansado y cogido fuerzas para la que les viene encima.

Concluimos diciendo que, aunque quizás ser médico de familia no sea la opción más deslumbrante y en la que no se trabaja con grandes medios tecnológicos pasando desapercibidos en muchos ámbitos incluso en los centros formativos, **los médicos de familia somos un pilar indispensable e insustituible en el sistema sanitario que en España como se está demostrando funciona muy bien y no debemos dejar que se desmorone.**

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, 2007.
2. Hagerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, Mc Kendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327(7425):1219-1221).
3. Organización Panamericana de la salud. Hacia un modelo de atención integral a la salud basado en la Atención Primaria de Salud. WDC, junio de 2016.
4. Organización Panamericana de la Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 1 sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud, Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS 2020.
5. 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.3655-67.
6. Gutiérrez Fernández R. La humanización de la Atención Primaria. *Rev Clín Med Fam*. 2017; 10: 29-38.
7. Benedito Pérez de Inestrosa T., Armenteros del Olmo L., Rodríguez Ledo MP., Miranda Fernández-Santos C.