

Informe SESPAS

Impacto de la pandemia en la atención primaria. Informe SESPAS 2022

Eduardo Satué de Velasco^{a,b}, Manuel Gayol Fernández^{b,c}, María Teresa Eyaralar Riera^{b,d}, Rosa Magallón Botaya^{b,e,*} y Francisco Abal Ferrer^{b,f}^a Farmacia Comunitaria, Maella (Zaragoza), España^b Red Española de Atención Primaria (REAP), España^c Enfermería de Área Sanitaria VI, SESPA Asturias, Arriondas, España^d Farmacia Comunitaria, Carbayín Alto (Asturias), España^e Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Arrabal, Zaragoza, España^f Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Siero Sariago, Carbayín Alto (Asturias), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de febrero de 2022

Aceptado el 25 de mayo de 2022

Palabras clave:

Atención primaria

Farmacia comunitaria

COVID-19

Atención comunitaria

Accesibilidad

RESUMEN

La pandemia de COVID-19, que dura ya más de 2 años, ha tensionado la atención primaria (AP) de salud hasta una preocupante situación actual de saturación y agotamiento. La COVID-19 es una enfermedad infecciosa comunitaria que, debido al gran número de casos (alrededor de 10 millones declarados en enero de 2022), ha requerido un esfuerzo extraordinario de atención de los casos leves y de detección precoz de los casos potencialmente graves por parte de los centros de salud. Desafortunadamente, no se ha realizado hasta ahora una evaluación global de las actuaciones que permita aprender de esta nueva experiencia. Se describe en este artículo el impacto en la AP de las distintas fases por las que ha ocurrido la pandemia. Se proponen soluciones para reforzar los criterios centrales que permiten mantener la AP como fundamento del estado de derecho, la longitudinalidad, la resolutivez, la accesibilidad y la coordinación y continuidad asistencial mediante el aporte de recursos y competencias a la AP. Se concluye que la AP debe seguir siendo la base del sistema sanitario y recuperar o reivindicar aquellas competencias y recursos que siempre debieron estar ubicadas en este nivel de atención.

© 2022 SESPAS. 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/>).

Impact of the pandemic on primary care. SESPAS Report 2022

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic, which last 2 years and still goes on, has pushed the primary health care (PC) to a current worrying situation of saturation and exhaustion. It is a community infectious disease, with a great amount of cases (around 10 million declared in January 2022) due to that, PC has made an extraordinary effort to pay attention on mild cases and on PC and to detect potentially serious cases early. Unfortunately, up to now, a global evaluation of the actions has not been carried out, in order to allow us to learn from this new experience. This article describes the different phases of the pandemic and its impact on PC. Finally, solutions are proposed to reinforce the central criteria that allow PC to be maintained as the foundation of the welfare state, longitudinality, resolution, accessibility, and care coordination and continuity, thanks to the contribution of resources and skills given to the PC. In conclusion, PC must still being the basis of the health system and it is mandatory to recover and claim those competencies and resources that should always have been a part of PC.

© 2022 SESPAS. 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/>).

Camino de ida y vuelta entre la COVID-19 y la atención primaria

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto mundial de gran magnitud, que ha afectado a todas las dimensiones sociales: económicas, políticas, laborales y de salud de las poblaciones. El impacto sobre el sistema sanitario español, y en concreto sobre la atención primaria (AP), ha tenido unas consecuencias de efectos aún

impredecibles a medio o largo plazo, pero no es nada halagüeño, como no se instauren medidas correctoras contundentes a la deriva actual.

Cabe definir la AP como el primer nivel de atención de salud, en el que las personas pueden exponer sus problemas de salud y donde la mayoría de las prácticas preventivas y curativas de la población son satisfechas con una demostrada relación coste-efectividad¹ y una gran accesibilidad, resultado de su cobertura prácticamente universal. En España, debido a su universalidad y financiación mediante impuestos progresivos, la AP supone un potente motor de redistribución de riqueza y pilar del estado del bienestar. Los centros de salud son las unidades funcionales donde los equipos de AP prestan

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: med000764@gmail.com (R. Magallón Botaya).

Puntos clave

- La atención primaria, base del sistema sanitario y caracterizada por la accesibilidad, la longitudinalidad, la integralidad, la resolutivez, la coordinación y la continuidad asistencial, se encuentra en riesgo por el progresivo abandono institucional.
- La COVID-19 es una enfermedad comunitaria cuya fase inicial se caracterizó por una gran incertidumbre, lentitud en la respuesta, falta de recursos materiales y humanos (que persistió durante las siguientes fases) y una alta letalidad en la población más envejecida.
- El refuerzo de la atención primaria pasa por recuperar las competencias y los recursos que siempre debieron estar ubicados en este nivel de atención y que se han derivado a otros niveles, generando duplicidades (como repetición de rastreos, dependencia, paliativos, etc.), así como la reorganización de funciones y la generación de sinergias entre los profesionales.
- La enfermería se ha hecho más visible y ha desarrollado nuevas competencias. A su vez, ha potenciado la coordinación socioasistencial, la relación con los centros educativos y la vacunación, entre otros aspectos.
- La farmacia comunitaria tiene un potencial por aprovechar en la sospecha clínica, la información y la comunicación dentro de la pandemia, y el cribado de síntomas menores, así como un rol en la atención farmacéutica domiciliaria y la dispensación de medicación de diagnóstico hospitalario.

asistencia², con una diversidad de profesionales, principalmente de medicina y enfermería. Existe una red nacional de farmacias comunitarias (FC), estructuralmente al margen de los servicios de salud, que hacen accesible la dispensación de la medicación³. Por otro lado, la gestión sanitaria está transferida a las comunidades autónomas, por lo que la respuesta a la pandemia no ha sido uniforme, aunque no es objeto de este artículo analizar dicha variabilidad.

Algunos de los valores nucleares que definen y caracterizan la AP⁴ han sufrido enormemente a lo largo de esta pandemia, poniendo en peligro la solvencia de todo el conjunto del sistema de salud. Destacamos cuatro de ellos:

- **Accesibilidad:** cualidad innata a la AP, que posibilita que los distintos problemas de salud reciban la asistencia sanitaria necesaria

y adecuada en el momento oportuno y con las mínimas barreras posibles.

- **Longitudinalidad:** permite establecer una relación de confianza mutua entre el paciente y el profesional que realiza el seguimiento de los problemas de salud del paciente a lo largo del tiempo y de su vida. La longitudinalidad ha demostrado ser beneficiosa en términos de mortalidad y satisfacción^{5,6}, generando una relación que muchos pacientes describen como terapéutica.
- **Integralidad y resolutivez:** ambas cualidades habilitan una visión biopsicosocial más completa del sujeto, para resolver y acompañar a la mayoría de los problemas de salud de la población.
- **Coordinación/continuidad asistencial:** permite al profesional de AP de referencia conciliar los diferentes servicios de atención a la salud, independientemente del lugar y del momento, de manera coordinada desde el conocimiento de la persona y su entorno.

La AP española se suele considerar una de las mejor preparadas del mundo⁷. Sin embargo, la crisis económica de 2008 y los recortes presupuestarios posteriores supusieron un punto de inflexión en el desarrollo de la AP, ahondando todavía más en la crisis de prestigio, liderazgo y recursos que la AP sufría dentro del Sistema Nacional de Salud desde décadas atrás. A pesar del reconocimiento internacional de su valía, se priorizó el nivel hospitalario, más favorecido desde el punto de vista presupuestario y socialmente⁸. La pandemia no ha hecho más que ahondar en esta crisis de la AP y ampliar la gran brecha existente entre niveles.

El impacto sobre la atención primaria de las distintas olas pandémicas

Desde el inicio de la pandemia, en marzo de 2020, y hasta el momento en que se redacta este artículo, se han notificado alrededor de 10 millones de infectados, habiendo indicios de que la cifra real puede ser de incluso el doble⁹. En la figura 1 se¹⁰ muestra la evolución de la tasa de incidencia acumulada a 14 días y de la tasa de mortalidad acumulada a 14 días, distinguiéndose seis ciclos de pandemia que, a efectos prácticos para este artículo, simplificamos en cuatro periodos en función de sus efectos sobre los valores nucleares antes descritos en la AP.

La atención a un número tan elevado de personas supuso una nueva orientación asistencial, dejando de lado la tradicional capacidad resolutivez de los problemas de salud crónicos y agudos de la población, y dedicando todo el esfuerzo a labores extraordinarias de rastreo de pacientes con síntomas compatibles o contactos, atención sanitaria a pacientes infectados, atención más intensa junto con salud pública a las residencias, gestiones administrativas

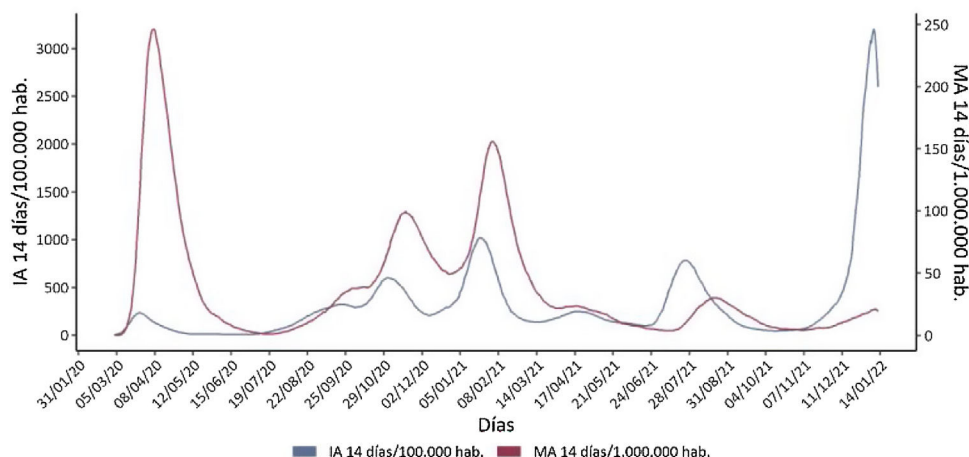


Figura 1. Evolución de la incidencia acumulada (IA) en 14 días y de la mortalidad acumulada (MA) en 14 días desde el inicio de la pandemia¹⁰.

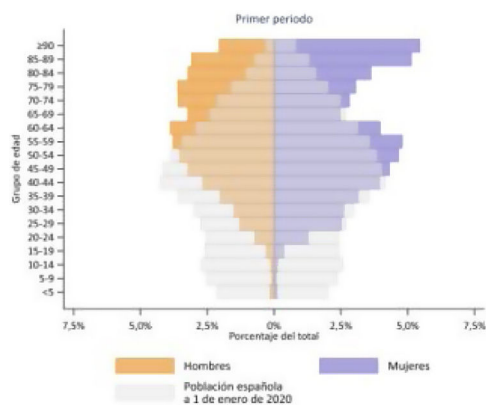


Figura 2. Comparación de la población infectada por COVID-19 respecto a la población española durante el primer periodo (14-3-20 a 21-6-20) por grupos de edad¹⁰.

Tabla 1
Datos de España a 1 de julio de 2020

	n	%
Población	47.351.567	
Anticuerpos IgG SARS-CoV-2	2.462.281	5,2
Casos registrados	249.659	0,5
Precisaron hospitalización	125.222	0,3

Fuente: Informe final Estudio ENE-COVID19 y actualización 15 SEN (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social).^{14,15} Elaboración propia.

generadas por la pandemia, campañas extra de vacunación, etc. En la práctica, este exceso de tareas no se tradujo en un aporte significativo de recursos, salvo la contratación intermitente de personal de rastreo.

Centrándonos en la primera oleada (14-3-20 a 21-6-20), el impacto en términos de mortalidad fue de los más altos del mundo¹¹, afectando los contagios fundamentalmente a la población más envejecida, tal como se ve en la figura 2,¹⁰ y la que habitaba en residencias. Independientemente de la virulencia de esta fase inicial, las condiciones de preparación para la pandemia fueron precarias, sin material de protección ni pruebas de detección. A su vez, la implantación de protocolos fue improvisada^{11,12} y tardía, sobre todo en las residencias, y el desarrollo de sistemas integrales de recogida de datos (que estaba muy fragmentado entre comunidades autónomas) fue lento.

La accesibilidad de la AP fue la primera cualidad que resultó damnificada por la COVID-19. La transmisión y la extensión de la infección por SARS-CoV-2 eran las propias de una enfermedad comunitaria y, sin embargo, las primeras medidas que se adoptaron se centraron en los servicios de emergencias en la atención extrahospitalaria¹³ y en el nivel hospitalario, a pesar de que una inmensa mayoría de las personas infectadas no precisaban acudir al hospital¹⁴⁻¹⁶, tal como puede verse en la tabla 1, donde se muestra que solo una décima parte de los infectados detectados precisaron acudir al hospital. No se concedió a la AP la importancia y el papel más relevante que debía haber tenido en aquel momento. Esta decisión en la gestión inicial de la pandemia desvió recursos humanos y materiales al hospital, produciéndose el cierre de centros de salud y de consultorios en algunas comunidades autónomas¹³, situación que casi 2 años después no se ha revertido en algunos casos. Los profesionales de AP improvisaron circuitos dobles para la atención diferenciada de los pacientes con síntomas compatibles con SARS-CoV-2, realizando casi exclusivamente atención telefónica. Estas directrices, unidas a la restricción de la movilidad por la declaración del estado de alarma de marzo de 2020, provocaron el colapso de los teléfonos y acabaron con la accesibilidad de la AP. Este efecto se vio reforzado por el miedo de la población a acudir a cualquier

centro sanitario, por considerar que estos podían ser fuente de contagio; un temor aumentado por los medios de comunicación, que informaban exclusivamente de los casos graves y de las muertes.

Otra de las principales consecuencias de esta situación, que prácticamente se ha prolongado a lo largo del tiempo, es la ruptura de la longitudinalidad. La atención a la cronicidad y a otras patologías distintas de la COVID-19 quedó en suspenso, y la temporalidad y la inestabilidad de las plantillas se incrementaron.

La capacidad resolutoria de la AP se perdió totalmente en la primera oleada, al no tener acceso a las primeras pruebas diagnósticas (reacción en cadena de la polimerasa), que se reservaron para los servicios de emergencias y los hospitales. La incertidumbre diagnóstica, con su consiguiente tensión profesional, fue muy alta, al afrontar una nueva situación clínica no vivida con anterioridad. El desconcierto por el permanente cambio en los protocolos y en las directrices contribuyó a acrecentar esta incertidumbre. Además, en el ámbito comunitario se cuidó poco la seguridad de los profesionales, con ausencia o escasez de equipos de protección adecuados, y con contagios y muertes entre ellos¹⁷.

Así como en la primera oleada las cohortes de más edad fueron las más perjudicadas, la afectación por edades en la «nueva normalidad» (segunda y tercera oleadas, 15-6-20 a 14-3-21) se desplazó a un patrón proporcional a la demografía del país, a la vez que se elevó de nuevo la mortalidad en la tercera oleada (fig. 1). La atención a los pacientes, también en AP, siguió dificultada por la diversidad de criterio de las distintas consejerías de salud, por los cambiantes protocolos y por la permanencia de circuitos de atención diferenciados. El inicio de la vacunación estuvo también presidido por una gran incertidumbre y falta de uniformidad¹⁸.

Curiosamente, la falta de accesibilidad propició la eficaz incorporación de algunas medidas solicitadas y reivindicadas desde hace años por los profesionales para desburocratizar y desmasificar las consultas: la implantación de la consulta telefónica, la atención telemática en algunas comunidades autónomas, la potenciación de la receta electrónica en detrimento del uso del papel, la emisión electrónica de bajas y altas laborales, el acceso remoto a historias clínicas, la facilitación de trámites por parte de Inspección Médica, etc. Toda esta batería de medidas, puestas en marcha en poco tiempo, es un indicio del escaso compromiso previo por parte de la Administración para disminuir la desburocratización de la AP.

La coordinación de la AP tanto con otros niveles asistenciales como con ámbitos sociocomunitarios sufrió cambios, con experiencias y protocolos diversos.¹⁹⁻²¹ En algunas comunidades se hicieron actuaciones directas en centros educativos por parte de la enfermería de AP. La COVID-19 puso de relieve la auténtica falta de coordinación sociosanitaria que sufrieron los pacientes de las residencias de mayores, con las trágicas consecuencias por todos conocidas.

La coordinación con la farmacias comunitarias fue inicialmente improvisada y voluntariosa, en la cual los farmacéuticos facilitaron en ciertos territorios las gestiones burocráticas²² (recetas y citas, entre otros), resolvieron dudas sobre prescripciones, se encargaron de la dispensación domiciliar de estas²³ y de la medicación de ámbito hospitalario²⁴, especialmente a la población vulnerable, y realizaron tareas de información y consejo sobre la COVID-19, como los protocolos ante la violencia de género («mascarilla 19»). Pese a estas experiencias exitosas, pero limitadas, la falta generalizada de coordinación y comunicación con AP²⁵ no ha sido mitigada oficialmente en posteriores olas.

Por lo que atañe a la coordinación con el hospital, esta quedó reducida a la derivación y el seguimiento conjunto de casos que requirieron atención urgente y hospitalización.

La llegada de la vacunación (cuarta y quinta oleadas, 15-3-21 a 13-10-21) a principios de 2021 dio paso a una situación epidemiológica que permitió disminuir el número de casos y, sobre todo, su gravedad. Además, se observó una nueva desviación de

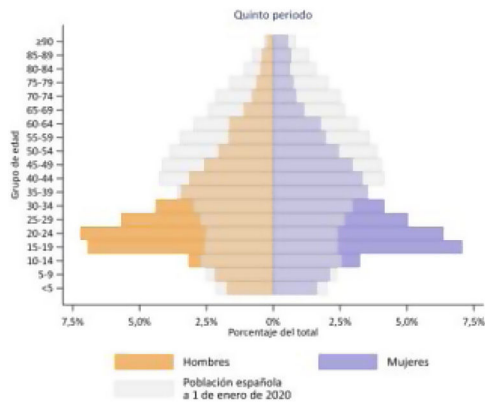


Figura 3. Comparación de la población infectada por COVID-19 respecto a la población española durante el quinto periodo (15-3-21 a 19-6-21) por grupos de edad¹⁰.

la incidencia en verano, esta vez hacia los más jóvenes⁶ (fig. 3), en parte debido a que la población de menos edad fue la última en acceder a la vacunación. Las dudas acerca de la conveniencia de vacunarse, sus efectos adversos y las citaciones generaron muchas consultas y sobrecarga de trabajo, en un contexto de ausencia de información rigurosa (valga como ejemplo la falta de fundamentación científica de la inmunidad de grupo).

Se tuvo un cierto respiro en cuanto a la capacidad resolutive de la AP en la atención a las patologías que no eran COVID-19 y que habían estado totalmente abandonadas, con el consiguiente aumento de las listas de espera y la mayor mortalidad por otras causas que ya ha sido constatada²⁶.

En la coordinación y la continuidad asistencial, la farmacia comunitaria vio aumentadas algunas competencias²⁷ de forma desigual según las comunidades, como por ejemplo la posibilidad de realización de pruebas rápidas de antígenos contra la COVID-19²⁸, la notificación de casos positivos o negativos con el certificado de la Unión Europea, la citación, los certificados de vacunación, etc.

La aparición de la variante Ómicron (14-10-21 hasta la actualidad), con un perfil más contagioso, fue un golpe inesperado. Esta nueva onda epidémica, con distintas características, ha tenido los mismos efectos: pérdida de la tímida recuperación de la capacidad resolutive y atención a patologías distintas de la COVID-19 en AP, y de nuevo dificultad de acceso a la atención por el aumento de los casos. La estrategia de la generalización de las pruebas diagnósticas para la COVID-19, incluidas las no solicitadas por

Tabla 3
Resumen del impacto de la COVID-19 en la atención primaria

	Definición	Afectación por la pandemia	Propuestas de mejora
Accesibilidad	Cualidad innata de la AP que posibilita que los distintos problemas de salud reciban la asistencia sanitaria necesaria y adecuada en el momento oportuno y con las mínimas barreras posibles	Limitación de acceso a centros de salud Retraso en atención Consulta telefónica sin soporte telemático	Eliminación de límites de acceso (en proceso) Aumento y optimización de recursos humanos Sistema mixto de atención presencial/telemático
Longitudinalidad	Permite trabar una relación de confianza mutua entre el paciente y el profesional que realiza el seguimiento de los problemas de salud del paciente a lo largo del tiempo y de su vida	Bajas de sanitarios Atención de pacientes en medio hospitalario	Consolidar atención por AP Dotar a la AP de recursos para atención de pacientes crónicos
Integralidad y resolutiveidad	Ambas cualidades habilitan una visión biopsicosocial más completa del sujeto, para resolver y acompañar la mayoría de los problemas de salud de la población	Los protocolos derivan al nivel hospitalario	Dotar a la AP de recursos que orienten al diagnóstico
Coordinación/continuidad asistencial	Permite al profesional de AP de referencia conciliar los diferentes servicios de atención a la salud, independientemente de lugar y momento, de manera coordinada desde el conocimiento de la persona y su entorno	PNT confusos Pobre manejo de la incertidumbre Escasa coordinación con nivel sociosanitario y farmacia comunitaria	Estrategias de salud pública claras Programas de coordinación oficial entre niveles que potencien la sinergia de los profesionales

AP: atención primaria; PNT: procedimiento normalizado de trabajo.

Tabla 2
Contacto de sintomáticos con el Sistema Nacional de Salud y hospitalizaciones

	Contactos con SNS por síntomas compatibles (%)	Recurrieron a atención primaria (%)	Se hicieron prueba diagnóstica (%)	Ingreso hospitalario (%)
Mayo 2020	9,4	53,8	19,2	38,5
Enero 2021	22,1	74,6	80,3	9,7
Noviembre 2021	34,8	67,1	83,4	7,6

Fuente: Barómetros del Centro de Investigaciones Sociológicas. Elaboración propia.

el sistema sanitario, detectó un elevado número de personas asintomáticas con prueba positiva para el SARS-CoV-2. Este hecho colapsó la AP para confirmar diagnósticos y hacer el seguimiento y las gestiones subsiguientes (tabla 2), por lo que se procedió a relajar el seguimiento de contactos estrechos desde los centros de salud²⁹ y a aumentar la detección por las farmacias comunitarias y los autotest de la población.

Conclusiones

Dos años de presión del pilar fundamental del sistema sanitario han dejado exhausta a la AP. La reiteración discursiva de distintas autoridades sobre la necesidad de reforzar la AP es paradójica, ya que parten de postulados teóricos adecuados, pero las soluciones concretas no se materializan. Dada la alta cobertura de sanidad privada entre quienes deciden^{30,31}, es posible que permanezcan ajenos al deterioro de la AP, que deriva progresivamente hacia un servicio para clases de poder adquisitivo precario y una escasa inversión para su mejora³². Se han escrito muchos documentos y propuestas, y se han hecho reivindicaciones o denuncias, con escaso éxito. A continuación, se resumen algunas de ellas.

Hay un debate social sobre recuperar la «normalidad» o mejorar la anomalía previa. En este sentido, la accesibilidad no puede ser el «aquí, ahora y ya»; no es la inmediatez incuestionable, pero sí la respuesta adecuada a la necesidad del paciente, con cierta premura, y en muchos casos incompatible con esperas. Compaginar la actividad laboral de los profesionales y de la sociedad es un reto para la gestión, y su resolución no solo requiere más recursos, sino también una reorganización de tareas que permita optimizar las funciones de cada profesional de forma sinérgica.

La longitudinalidad está amenazada internamente y externamente. La planificación sanitaria a largo plazo y el incentivo de contratos estables son dos medidas imprescindibles y prioritarias.

Como elemento positivo, la pandemia ha demostrado que pueden hacerse cambios tecnológicos y organizativos que faciliten la labor y que es posible otro tipo de atención, con un aumento de la asistencia telefónica y telemática y el aprovechamiento de los recursos informáticos, complementando la atención tradicional. Sin embargo, esta herramienta no debe sustituir a la atención presencial, que es la base de la longitudinalidad y de la relación de confianza entre el profesional y la persona atendida. Tampoco se debe olvidar que el esfuerzo fundamental en AP debe ser la inversión en recursos humanos y realizar los cambios necesarios en la organización. Existe un cierto temor a que la fascinación tecnológica hospitalaria se traslade a nuestros gestores de AP en una apuesta exclusivamente telemática.

El prometido plan de refuerzo de la AP será una nueva declaración institucional de buenas intenciones si no pasa por la dotación presupuestaria suficiente y necesaria para la recuperación de su capacidad de resolución, eje del sistema sanitario, reorganización de las competencias profesionales con la incorporación de nuevas profesiones y recuperación del prestigio social y profesional, haciéndola atractiva laboralmente. Este es un aspecto clave para evitar el certificado de defunción que algunos ya pronostican.

Las reivindicaciones de tiempo suficiente para ofrecer una atención digna, acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas que den capacidad resolutoria, formación continuada y actualizada, tiempo para estudio e investigación, adecuación de cupos, contemplación de situaciones especiales como la atención al final de la vida, y racionalización de la demanda y la atención, vienen de mucho tiempo antes de la pandemia y requieren una respuesta urgente. Es necesaria una voluntad política firme, con presupuesto real para recursos materiales, aumento de los profesionales necesarios y cambios organizativos profundos.

No podemos demorar mucho más tiempo la capacidad resolutoria de la AP, perdida durante la pandemia. Y esto incluye reflexionar sobre la organización de este pilar básico de atención, lo que se ha hecho y lo que podemos aprender. La tendencia a la creación de servicios paralelos que duplican, solapan o desplazan a la AP venía ya desarrollándose antes de la era COVID-19, pero la pandemia ha agudizado este descremado, generando un vaciamiento de contenido y de efectividad.

Como resumen final (tabla 3) de la experiencia de esta situación excepcional que hemos vivido con la COVID-19, que ha agudizado intensamente los problemas de la AP, debemos sacar el compromiso real de conseguir mejoras en su financiación, adaptar su organización y sus competencias clínicas para hacer frente al incremento y la banalización de la demanda, a la burocracia y a la medicalización, con el fin de mejorar su capacidad resolutoria y evitar el descontento de los profesionales, y mejorar la salud de las personas y la comunidad para la que trabajamos.

Propuestas de mejora

- Incorporación del rastreo a la Red Centinela³³, dotándola de más recursos y aprovechando el personal empleado en rastreo, asignándola a atención primaria.
- Necesidad, urgente y prioritaria, de la coordinación sociosanitaria, integrando la información sobre los pacientes y usuarios en un único sistema de información compartido. En este sentido, la evaluación de personas en situación de dependencia (Ley 39/2006) podría y debería ser llevada a cabo por sanitarios de atención primaria, dado que conocen a sus pacientes, su entorno y sus necesidades. Además, permitiría derivar a atención primaria

algunos de los recursos de personal sanitario actualmente asignados al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

- La seguridad clínica del paciente requiere sistemas ágiles de coordinación y que eviten la fragmentación del acceso a la medicación de ámbito hospitalario, entre la farmacia hospitalaria y la comunitaria, complementándose entre ellas y generando sinergias. La farmacia comunitaria ha sido poco aprovechada como recurso en red, capilar y accesible. La necesidad de colaboración y acceso a la información durante la pandemia sugiere la posibilidad de dotar de un marco legal u organizativo que tenga en cuenta la relación de la población con la farmacia de cabecera, contemplando conceptos como la autonomía del paciente, la longitudinalidad o la continuidad asistencial en atención domiciliaria, estrategias de salud pública y salud comunitaria, según el artículo 1 de la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia³⁴ y detección de casos de COVID-19, con una coordinación sistematizada con atención primaria a través de e-receta³⁵.
- El hospitalocentrismo y la falta de tiempo de la atención primaria, considerados como una maldición y sin opciones de ser reconducidos, han hecho que el hospital haya asumido progresivamente algunos servicios que son perfectamente asumibles por la atención primaria, si esta dispusiera de recursos. Unidades de hospitalización a domicilio, atención a paliativos, servicios del pie diabético y unidades de crónicos, entre otras, son competencias que deberían estar integradas en la atención primaria con los recursos necesarios.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Situación de COVID-19 en España a 12 de enero de 2022. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII)

Informe técnico Nuevo coronavirus 2019-nCoV 10 de febrero 2020 https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200210_ITCoronavirus.pdf

Gob.es. https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/ESTUDIO.ENE-COVID19_INFORME_FINAL.pdf

Contribuciones de autoría

F. Abal preparó el primer borrador del manuscrito. M.T. Eyaralar, M. Gayol, R. Magallón y E. Satué hicieron aportaciones al mismo. M. Gayol tradujo el resumen al inglés. R. Magallón y E. Satué prepararon el diseño del estudio y la edición final. M.T. Eyaralar, R. Magallón y E. Satué realizaron las correcciones.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen la revisión y las correcciones propuestas por miembros de la REAP.

Bibliografía

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83:457–502.

2. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. (Consultado el 16-10-2021.) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1984-2574>.
3. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (Consultado el 16-10-2021.) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8343>.
4. Sánchez-Amat M, Padilla-Bernáldez J, Gavilán Moral E. ¿Qué es la atención primaria de salud? AMF. 2021;17:76-84.
5. Palacio Lapuente J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. AMF. 2019;15:452-9.
6. Salisbury H. Continuity saves lives. BMJ. 2021;375:n2468.
7. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, et al., editores. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies (WHO); 2015. p. 172.
8. 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 Supl 1:14-9.
9. Stringhini S, on behalf of the Specchio-COVID19 study group. Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 antibodies 6 months into the vaccination campaign in Geneva. Switzerland, 2021. Euro Surveill. 2021;26, pii=2100830.
10. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe nº 113. Situación de Covid-19 en España. España: ISCIII;2022.
11. Greer SL. Coronavirus politics: the comparative politics and policy of COVID-19. E-book. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press; 2021.
12. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Informe técnico. Nuevo coronavirus 2019-nCoV 10 de febrero 2020. Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20200210_ITCoronavirus.pdf.
13. Mediavilla J, Lázaro A. Coronavirus: la crisis sanitaria cierra 700 centros de atención primaria. Redacción Médica. 14 abril 2020 (Consultado el 16-10-2021.) Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-familiar-y-comunitaria/coronavirus-la-crisis-sanitaria-cierra-700-centros-de-atencion-primaria-5168>. [Internet].
14. Ministerio de Ciencia e Innovación, Ministerio de Sanidad, Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Instituto de Salud Carlos III. Estudio ENE-COVID-19. Informe Final. Estudio nacional de seroepidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España. 6 de julio de 2020. (Consultado el 15-7-2021.) Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/docs/ESTUDIO_ENE-COVID19_INFORME_FINAL.pdf.
15. España SEN. Actualización no. 15. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 01.07.2020 datos consolidados a las 14:00 horas del 01.07.2020. Gob.es. (Consultado el 15-10-2021.) Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_153_COVID-19.pdf.
16. De Nicolás Jiménez JM, Martín Morcuende A, Pérez Román M, et al. Epidemiología, clínica y distribución temporal de los casos confirmados y sospechosos de enfermedad por coronavirus (COVID-19) atendidos por un centro de salud urbano (Cáceres). Atención Primaria Práctica. 2021;3:100089.
17. Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Informe a 29 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>.
18. Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España. Actualización 8. Gob.es. (Consultado el 19-7-2021.) Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion8_EstrategiaVacunacion.pdf.
19. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19. Gob.es. (Consultado el 4-1-2022.) Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf.
20. Adaptación de la estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19 en periodo de alta transmisión comunitaria. Gob.es. (Consultado el 4-1-2022.) Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Adaptacion_estrategia_vigilancia_y_control.pdf.
21. Guía de actuación ante la aparición de casos de COVID-19 en centros educativos. Gob.es. (Consultado el 19-7-2021.) Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Guia_actuacion_centros_educativos.pdf.
22. Ante la emergencia por coronavirus, se habilita una versión simplificada del Sistema de Receta Electrónica Privada para poder prescribir y dispensar durante el estado de alarma. (Consultado el 16-10-2021.) Disponible en: <https://www.farmacuticos.com/noticias/ante-la-emergencia-por-coronavirus-se-habilita-una-version-simplificada-del-sistema-de-receta-electronica-privada-para-poder-prescribir-y-dispensar-durante-el-estado-de-alarma/>.
23. Baixauli VJ, Murillo MD, Satué E, et al. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) sobre el papel del farmacéutico comunitario en la atención sociosanitaria. Parte II: Atención Farmacéutica Domiciliaria Madrid. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC); 2018.
24. Caballero-Romero A, Fernández S, Morillo AB, et al. Análisis modal de fallos y efectos y análisis de minimización de costes de tres programas de entrega de medicamentos. Farm Hosp. 2021;45:66-72.
25. Satué E. Dispensación excepcional: una necesidad del paciente. Farmacéuticos Comunitarios. 2021;13:3-4.
26. Ochoa Sangrador C, Garmendia Leiza JR, Pérez Boillos MJ, et al. Impacto de la COVID-19 en la mortalidad de la comunidad autónoma de Castilla y León. Gac Sanit. 2021;35:459-64.
27. Farmacéuticos Comunitarios. Atención farmacéutica domiciliaria durante la COVID-19. (Consultado el 16-10-2021.) Disponible en: <https://www.farmacuticos.com/comunitarios.org/es/journal-article/atencion-farmacutica-domiciliaria-durante-covid-19>.
28. SEFAC. Sefac reivindica la labor de las farmacias para el cribado de COVID. Disponible en: <https://www.sefac.org/comunicados-sefac-sefac-opina/sefac-reivindica-la-labor-de-las-farmacias-para-el-cribado-de-covid>.
29. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de Covid-19. Gob.es. (Consultado el 4-1-2022.) Disponible en: https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf.
30. Simó Miñana J. Aseguramiento sanitario público en España, situación actual y tareas pendientes. AMF. 2015;11:504-11.
31. Salud, dinero y atención primaria: entrevistas sobre APS y Jornada REAP 2013. (Consultado el 16-10-2021.) Disponible en: <http://saludinerop.blogspot.com/2013/12/entrevistas-sobre-aps-y-jornada-reap.html>.
32. Transformación y resiliencia. Componente 18. Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud. (Consultado el 19-7-2021.) Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/05052021-Componente18.pdf>.
33. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) en España. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. Semana 50/2021. N.º 59. 2021. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/GRIPE/Informes%20semanales/Temporada_2021-22/Informe%20semanal%20.SIVIRA_502021.pdf.
34. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia. (Consultado el 22-5-2022.) Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1997/04/25/16>.
35. Mejoras receta electrónica Asturias Propuestas REAP y SEAPA.pdf (Consultado el 19-7-2021.) Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1JLUDACROT6MwqDDB6xtpQvoS800WUbp8/view>.