

Open Acces



# LA PANDÈMIA PER LA COVID-19: CONTEXT, CRISI I DESAFIAMENT PER A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA I COMUNITÀRIA

Antoni Sisó Almirall

## CONTEXT I ANTECEDENTS

President de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).

**Adreça per a correspondència:**  
Antoni Sisó Almirall

**Adreça electrònica:**  
presidencia@camfic.org

El 22 de maig de 2017 a l'Auditori AXA de la ciutat de Barcelona qui fora conseller de Salut i el seu equip directiu anunciaven el desenvolupament de l'Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (d'ara endavant, ENAPISC). L'expectativa generada va ser enorme, amb un auditori amb capacitat per a 600 persones farcit de professionals, molts asseguts a les escales. Aquesta estratègia contemplava la reformulació de l'Equip d'Atenció Primària tal com el coneixem: es van proposar noves carteres de serveis, la incorporació de 5.000 professionals (218 milions de €), un programa de sabàtics per a estades formatives (40 milions de € anuals) i un llarg etcètera. Aquella estratègia naixia per a ser transformadora i superar els documents d'impuls o reconversió de l'Atenció Primària d'anteriors èpoques. No obstant això, van sorgir incògnites com ara la centralitat de dispositius d'atenció a la cronicitat, o atribuir com a Atenció Primària serveis mai contemplats com a tals (centres de salut mental, centres de rehabilitació, o centres de salut sexual i reproductiva) amb dependència funcional, organitzativa i econòmica de proveïdors aliens a l'estricta Atenció Primària.

A l'octubre de 2017 s'instaurava l'article 155 de la Constitució espanyola. Durant la seva vigència no sols es van frenar polítiques socials i sanitàries, si no que es van posar en risc financer a entitats i professionals de molts sectors. Algú algun dia farà un balanç seriós d'aquest període. Un any més tard, del 26 al 30 de novembre de 2018 Catalunya va viure una vaga de l'Atenció Primària mai vista que va pivotar en una paraula: dignitat. Carrers iavingudes van ser envaïdes per milers de bates de metgesses i metges de família. Els pactes resultants no van agradar a tots: - no era això - és el que apareixia en nombroses xarxes socials. Una vaga que va concloure sense autèntiques transformacions i que alguns van catalogar de tancament en fals. I és que finalment aquesta vaga es va convertir en una catarsi necessària després de dues dècades de falta d'inversió; a ella havia contribuït l'evident descapitalització en recursos humans de l'especialitat de medicina familiar i comunitària, que d'ostentar el 43% de les 4.400 places MIR totals l'any 1996, va passar al 26% de les 6.600 ofertes l'any 2018. I la qüestió sembla que no millora: aquest any 2020, a

Catalunya s'oferten 327 places d'un total de 1201, és a dir, un 27,2% exclouent els PIR i les especialitats infermeres (a la resta de l'estat, és del 27,8%).

En l'escenari post-vaga i durant el primer semestre del 2019 la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC) va liderar un procés de reflexió participatiu elaborant un document de Reptes de la Medicina Familiar i Comunitària. Aquest document instava a plantejar propostes de transformació en el marc d'una estratègia moderna, modèlica, exportable i co-creada per més de 100 professionals representatius de l'àmbit. Això va permetre prioritzar unes propostes segons el seu nivell de creativitat i de factibilitat que es resumeixen en la **taula 1**.

Han passat 3 anys sociopolíticament convulsos que han influït en tots els sectors i que s'han traduït en eleccions, manifestacions, disturbis i polítiques reactives de curt termini, també en l'àmbit sanitari. Arribats aquí i de sobte, succeeix un fet inesperat: una pandèmia.

## ALLÒ IMPOSSIBLE: UNA PANDÈMIA.

El 31 de desembre de 2019, la Comissió Municipal de Sanitat de la ciutat de Wuhan (Província de Hubei, la Xina) va informar sobre un agrupament de 27 casos de pneumònia d'etiologia desconeguda. El mercat va tancar l'1 de gener de 2020 i el 7 de gener les autoritats xineses van identificar com a agent causant un nou tipus de virus de la família Coronaviridae, posteriorment denominat SARS-CoV-2 que dona nom a la malaltia, la COVID-19. El 30 de gener de 2020 l'Organització Mundial de la Salut declarava el brot de la Xina com a emergència de salut pública d'importància internacional, i posteriorment s'estenia fora de les fronteres xineses, arribant immediatament al nord d'Itàlia. El primer positiu diagnosticat a Espanya va ser confirmat el 31 de gener de 2020 a l'illa de la Gomera, mentre que la primera defunció va ocórrer el 13 de febrer a la ciutat de València. Des de llavors fins al 16 de Maig a Espanya s'han declarat 231.350 casos el major nombre de casos, amb 27.650 morts.

**Taula 1. Reptes de la Medicina Familiar i Comunitària. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Juny de 2019**

1. Aportar valor a la consulta mèdica mitjançant una profunda desburocratització, redistribució de rols i apoderar a l'administratiu sanitari.
2. Reconeixement i reciprocitat entre Atenció Primària i atenció hospitalària. Accés directe a llits de subaguts, interlocució amb els hospitals, incorporació de metges de família en els comitès hospitalaris (p. ex. Comitès Oncològics).
3. Transformació del model relacional metge-pacient: inversió en TIC, intel·ligència artificial, telemedicina i consultories virtuals en Atenció Primària.
4. Autonomia organitzativa i de gestió financera dels EAP. Capacitat de compra de serveis, control de l'agenda, creació d'espais de diàleg interprofessional i incorporació de noves professions: fisioterapeutes, nutricionistes o psicòlegs clínics. Ampliar capacitat de resolució.
5. Governança dins del Departament de Salut: direcció específica. Redirigir pressupost hospitalari a programes que poden ser realitzats en l'atenció primària de manera eficient i que redueixen hospitalitzacions.
6. Transformació dels Plans d'Estudi del grau universitari de Medicina. Impulsar projectes de fi de grau en atenció primària i assignar un tutor / a metge de família a un petit grup d'estudiants. Ampliar el nombre de professors metges de família i dotar-los d'una certa estructura (departament o unitat docent).
7. Promoure la recerca clínica i epidemiològica en Atenció Primària, així com l'efectivitat de programes, i generació d'innovació. Instar a la col·laboració entre estructures de recerca hospitalàries i atenció primària. Programes d'intensificació per a especialistes en Medicina Familiar i Comunitària.
8. Transmetre positivisme i valors pels tutors MIR, més que coneixements clínics. Incrementar les rotacions en els EAP, reduir les rotacions hospitalàries. Aprenentatge basat en l'adquisició de competències. La CAMFiC hauria de proveir una part de la formació transversal a tots els residents de Medicina Familiar i Comunitària de Catalunya.
9. Crear espais de diàleg per a exposar necessitats de salut entre agents de salut de barri i les direccions dels EAP. L'activitat comunitària, que pot tenir un component lúdic, ha de ser reconeguda dins de la cartera de serveis.
10. Qualitat i seguretat clínica inclosa en la formació dels MIR. Simplificar els sistemes d'informació i notificació. Introduir la participació ciutadana en la qualitat i seguretat clínica.

És innegable que la construcció de dos hospitals amb 2.000 llits en una setmana en Wuhan va influir enormement en l'orientació de la pandèmia a Espanya: va conferir a la crisi una resposta centrada en la generació "express" de llits hospitalaris. Les - paraules clau - en el seu inici van ser llits d'UCI, obtenció de respiradors i creació d'hospitals de campanya. I tots hem d'admetre-ho: en aquest fulgurant començament l'Atenció Primària va ser invisible tant per la força mediàtica dels mitjans de comunicació com pel menysteniment de l'administració pública i dels seus òrgans de crisi sanitària, orientats als hospitals. Immediatament sorgeixen altres problemes: la falta de màscares i d'equips de protecció individual (EPI) va ser la norma i en conseqüència l'exposició dels professionals a entorns d'alt risc de contagi. Assistim a espectacles en xarxes socials (en el fons, dolorosos) de com improvisar la fabricació de màscares o d'EPIs. En definitiva, un començament *made in Spain*, víctimes de la nostra pròpia essència: tenim un gran talent per a improvisar, i pèssim per a planificar.

Malgrat aquest inici invisible de l'Atenció Primària, van succeir fets crítics que només els professionals dels Centres d'Atenció Primària poden explicar: els equips directius van prendre decisions sense esperar ordres. I van encertar. És a dir, lluny que la por paralizés, es van posar en pràctica de manera accelerada l'autonomia en la presa de decisions per a respondre a noves necessitats i escenaris, adequant espais físics, flexibilitzant horaris professionals, improvisant equips de protecció on no n'hi havia, resolent en la mesura del possible les traves burocràtiques cròniques i reconduint l'atenció de la cronicitat a espais no presencials per a evitar contagis. De sobte va ressorgir el talent, l'esperit de solidaritat, cooperació i treball en equip i va desaparèixer el *burn-out*, donant raó a aquells que defensen que el *burn-out* no és una patologia individual, si no un problema estructural del sistema sanitari quan aquest deixa al professional al marge de la presa de decisions.

A mesura que se succeeixen els dies de confinament i coneixem més la malaltia identifiquem que el 15 a 20% dels casos requereix atenció hospitalària. És a dir, emergeix com un gran iceberg una realitat que ningú explica: el 80% dels casos lleus i moderats són atesos i seguits des dels Centres d'Atenció Primària, sota un diagnòstic d'alta presumpció (a causa de la falta de tests diagnòstics fiables per l'Atenció Primària). A pesar de la manca de mitjans els centres d'Atenció Primària es van reconvertir per a ampliar la seva resposta a diversos escenaris d'atenció:

- Atenció presencial tant per a pacients COVID com per a aquells no-COVID que calia prioritzar.
- Creació d'espais "nets" per a pacients no-COVID i "bruts" per a atendre pacients amb símptomes respiratoris i possibles COVID.

- Potenciació de l'atenció i seguiment telefònic tant dels COVID diagnosticats, com COVID possibles, els seus respectius contactes i els pacients crònics no-COVID.
- Implantació, on va ser possible, de la telemedicina.
- Seguiment domiciliari de pacients COVID i no-COVID que no podien ser seguits d'una altra forma, incloent l'atenció i acompanyament al final de vida.
- Participació als Hotels-Hospital. Van ser molts els metges de família que es van desplaçar fora dels seus centres a aquests dispositius (l'exemple d'IFEMA a Madrid n'és el paradigma més mediàtic).
- Atenció sanitària a Residències Geriàtriques, que molts residents han agraït.

Fins avui els esforços científics s'han centrat en estratègies de contenció de la propagació de la malaltia, en l'inici d'assajos clínics amb antivirals i múltiples tipus de fàrmacs, i a investigar la creació d'una vacuna. També amb mesures de desescalament per suavitzar la crisi social i econòmica que vindrà. Entre aquestes estratègies, l'Atenció Primària ha de jugar un protagonisme central en la prevenció i control de la malaltia. El present i futur immediat ens aboquen a una situació de manteniment de l'alerta sanitària on els Centres d'Atenció Primària han de ser reconeguts com el centre d'atenció a la crisi pandèmica en coordinació amb els equips de Salut Pública. Tot això sense menystenir l'atenció als pacients no-COVID, a l'aparició de patologia aguda greu larvada, a complicacions de malalties cròniques, debuts o exacerbacions de molts problemes de salut mental i a l'atenció a la població més fràgil i socialment vulnerable.

En un moment actual de desescalada de mesures de confinament, existeixen incerteses referent a l'aparició de rebrots (locals o generalitzats), de manera que no pot descartar una marxa enrere en algunes mesures. Això impactarà sobre la motivació i el compromís dels professionals: cansament físic i emocional, preocupació, disminució de la solidaritat, etc. Per això, existeix un elevat nivell de consens entre els professionals i organitzacions per a aprofitar l'oportunitat de repensar el futur de l'Atenció Primària, les seves funcions, atribucions, i reequilibri (també pressupostari) amb l'àmbit hospitalari, amb el qual ha d'imperar una relació de reciprocitat.

### LLIÇONS APRESES I RECOMANACIONS DE CARA AL QUE PUGUI VENIR.

1. **Moltes recomanacions ja estaven descrites, i van ser escrites abans de la crisi del COVID-19 (Taula 1) i continuen plenament vigents.** No obstant això, mentre no desaparegui el virus, no hi hagi immunitat de grup, o no hi hagi vacuna, qualsevol pacient amb símptomes respiratoris pot ser considerat potencial transmissor de la malaltia, i per

tant, sembla prudent sectoritzar l'atenció en els centres segons pacients COVID i no-COVID.

2. Els Centres d'Atenció Primària necessitaran un Pla de Contingència, és a dir, eines per a respondre a molt curt termini: increment de recursos humans, material de protecció (màscares i EPIs), disponibilitat de tests diagnòstics, i mitjans de tecnologia bàsica per al diagnòstic de complicacions de la malaltia (radiologia o ecografia, ECG i material de laboratori). Respecte als tests, no solament és necessari disposar de tests diagnòstics (PCR) per a pacients simptomàtics, si no que addicionalment es requereixen test serològics per a conèixer la seroprevalença: només si monitorem la prevalença real, podrem planificar adequadament les mesures de desescalada per alleugerir l'impacte socioeconòmic i evitar temuts re-confinaments, de conseqüències nefastes per la confiança en el sistema.

3. La població té en bona consideració a l'Atenció Primària. No obstant això, perceben saturació, dificultats per a gestionar la demanda, demores i dificultat d'accés telefònic. Fins i tot, ocasionalment, perceben saturació emocional dels professionals. Davant aquesta realitat urgeix incrementar l'activitat de valor veient l'actual crisi com una oportunitat per a incorporar canvis estructurals i implantar mesures de desburocratització, especialment referent a baixes laborals. Per a això serà fonamental dotar a l'administratiu sanitari de major pes en les seves funcions i en la gestió de processos.

4. Els centres han de ser espais segurs per a professionals i ciutadans. No sols pel que fa a disponibilitat d'equips de protecció per a professionals, si no també per a conèixer el seu estat d'immunitat. Serà necessari reforçar l'exhaustivitat dels plans de qualitat i avaluació dels centres, revisar protocols de neteja, i redissenyar les exploracions complementàries de baix i alt risc que es realitzen en els centres.

5. Els Centres de d'Atenció Primària hauran de respondre a la cronicitat amb una redefinició de rols i amb la incorporació de noves professions. La proactivitat clínica per part de metges de família i el lideratge de la infermeria familiar i comunitària en l'atenció domiciliària són factors clau. Aquest binomi exerceix el seu rol coordinador des dels EAP en col·laboració amb treball social i terapeutes ocupacionals mitjançant intervencions proactives. Esment especial mereixen la Residències Geriàtriques (els altres domicilis de les persones grans), àmbits d'actuació integrats en les Àrees Bàsiques de Salut, i per tant, amb un vincle comunitari que implica la seva assignació perenne als Centres d'Atenció Primària sobre la base de models d'atenció prefixats per aquests.

6. Normalitzem la telemedicina i abandonem els pilotatges. És necessari consolidar la consulta digital ja sigui en forma de e-consulta o videoconsulta, dispositius mòbils integrats en la història clínica (Apps), telemonitorització, plataformes de salut connectades a alarmes en els sistemes

d'informació, eines digitals d'ajuda a la presa de decisions, entre altres. El seu desenvolupament ha de ser sobre indicacions clíniques. La medicina personalitzada en Atenció Primària és possible. I la predictiva, també. Els sistemes d'informació han de ser d'ajuda al professional i estar interconnectats per a garantir la continuïtat assistencial en un moment on els sistemes de registre i notificació de malalties són essencials.

7. En un sistema desitjablement interconnectat, els canvis hauran de ser coordinats segons criteris territorials i geogràfics. D'entre totes, la interconnexió amb els serveis de Salut Pública per al seguiment i aïllament de contactes és crític. Fins avui aquest seguiment ha estat irregular i deficitari a tota Espanya. En absència d'altres solucions, una proposta factible és que aquest seguiment protocol·litzat sigui assumit des dels centres d'atenció primària. També la interconnexió aplica a l'àmbit sociosanitari, on l'EAP ha d'incrementar el seu protagonisme.

8. I per descomptat, els centres d'atenció primària erròniament tancats hauran de reobrir.

La pandèmia de SARS-CoV-2 està canviant dràsticament les relacions humanes i repercuteix en com es manifesten en l'atenció sanitària. Davant aquesta nova realitat, possiblement és el moment de transformar la relació metge-pacient. El distanciament social és essencial per a aplanar la corba de propagació del virus. Però l'últim que necessita la nostra societat és un món amb més distanciament social i més fragmentació.

La connectivitat humana és una necessitat molt més contagiosa que el coronavirus. I el sistema sanitari ha d'actuar com a element facilitador d'una atenció longitudinal i de la connectivitat entre un ciutadà preocupat, i un professional càlid en el qual puguem dipositar la nostra confiança.

*"What we need in a pandemic is not social distancing, but physical distancing with social connectedness."*

(El que necessitem en una pandèmia no és el distanciament social, sinó el distanciament físic amb una connexió social).

Kurt C. Stange  
Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio

**Com citar l'article:** Sisó Almirall A, El desafiament per a l'atenció primària i comunitària. But At Prim Cat 2020;38:2.