



FASE DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

SARS-CoV-2



semFYC

Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria



FASE DE TRANSICIÓN DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

PARTICIPANTES

Jesús Abenza Campuzano, Mikel Baza Bueno, M^a Ángeles Casado Medina, Ana Clavería Fontán, María Fernández García, Mónica García Asensio, Isabel Gutiérrez Pérez, Cinta Hernández García, Erika Izquierdo García, Eduardo Lamarca Pinto, Alberto León Martín, M^a Ángeles Medina Martínez, Elena Muñoz Seco, Amparo Ortega del Moral, Eduardo Puerta del Castillo, José Antonio Quevedo Seises, Juan V. Quintana Cerezal, Javier Santana Quílez, Antoni Sisó Almirall, Gema Suárez Sánchez, Maitane Tainta Laspalas, Salvador Tranche Iparraguirre

GRUPO REDACTOR Y REVISOR

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

Ana Arroyo de la Rosa, M^a Ángeles Casado Medina, María Fernández García, Isabel Gutiérrez Pérez, Amparo Ortega del Moral, Remedios Martín Álvarez e Ignacio Párraga Martínez.

Salvador Tranche Iparraguirre. Presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); Junta Permanente y Directiva de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)

José Ramón Martínez-Riera. Presidente de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC); Junta Directiva de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Francisco Javier Carrasco Rodríguez. Presidente de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP); Junta Directiva de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

Juan Carlos García Benito. Presidente de la Asociación de Administrativos de la Salud (AAS); Junta Directiva de la Asociación de Administrativos de la Salud (AAS)

Rodrigo Gutiérrez Fernández. Presidente de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS); Junta Directiva de la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS)

El Ministerio de Sanidad, a la luz de los actuales datos epidemiológicos, ha considerado que hemos entrado en una nueva fase de la pandemia y ha propuesto una serie de medidas, con especial protagonismo para Atención Primaria, que se recogen en el documento titulado **COVID-19: recomendaciones sanitarias para la estrategia de transición**. Al mismo tiempo, algunas sociedades científicas, colegios profesionales, administraciones sanitarias y colectivos varios están elaborando o publicando propuestas de organización.

Ante este nuevo escenario, de duración indeterminada, las juntas directivas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) y la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP), la Asociación Administrativos de la Salud (AAS) y la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAUS), creemos que podemos y debemos proponer medidas organizativas y asistenciales —respetando la diversidad existente en el territorio— encaminadas a ayudar a los equipos de Atención Primaria y los servicios de salud a diseñar su propio modelo organizativo para no solo gestionar y controlar la pandemia, sino también responder a las necesidades de salud de su población. Con este fin se han constituido varios grupos de trabajo cuyos objetivos son analizar cómo:

- 1. Garantizar atención de calidad a los pacientes atendidos en Atención Primaria en relación con la infección por SARS-CoV-2. Implantar medidas que reduzcan la transmisibilidad de la infección en las instalaciones sanitarias.**
- 2. Incorporar paulatinamente la atención a la población con patologías crónicas.**
- 3. Proponer medidas de atención sanitaria a la población institucionalizada.**
- 4. Rediseñar la atención domiciliaria y comunitaria.**

La necesidad de organizarse con premura para esta fase de transición nos impele a proponer cambios organizativos y asistenciales, algunos de los cuales ya se han implantado en la fase aguda de la pandemia, con el propósito de asegurar una atención de calidad, preservando en todo momento la seguridad de los profesionales, los pacientes y sus familias. Queda para un momento posterior el abordaje de los cambios más profundos y necesarios en Atención Primaria, como definir la cartera de servicios, analizar modelos organizativos que permitan dar respuesta a las necesidades sociosanitarias tanto para la población institucionalizada como para la atención domiciliaria, la relación con la atención hospitalaria y la participación comunitaria, entre otras. Un análisis que exige tiempo para la reflexión, el debate y la participación.

ÍNDICE

Acceso al centro de salud	4
<p>Acceso no presencial</p> <ul style="list-style-type: none">Triaje telefónicoNuevas vías de citación <p>Acceso presencial</p> <ul style="list-style-type: none">Triaje presencialConsultorios rurales	
Organización de la actividad asistencial	7
<p>Circuitos. Establecimiento de zonas «limpias y sucias frente» a la COVID-19</p> <p>Agendas asistenciales</p> <p>Atención a pacientes crónicos no COVID</p> <ul style="list-style-type: none">Priorizar la atención de quien más lo necesita <p>Desburocratización</p>	
Necesidades	11
Seguridad	11
Lo que no se debe hacer en la fase de transición	12
Consideraciones finales	12
Bibliografía	13

1. ACCESO AL CENTRO DE SALUD

1.1. ACCESO NO PRESENCIAL

La seguridad de pacientes y profesionales es la prioridad en este nuevo contexto que ha marcado la pandemia, y por ello es necesario diseñar nuevos modelos organizativos que faciliten la interacción de la población con los recursos sanitarios, con seguridad, y dando respuesta a sus necesidades. La actividad no presencial es una estrategia que puede garantizar ambas premisas.

Para ello se proponen las siguientes iniciativas:

1. Establecer canales informativos a la población desde el propio sistema de salud para concienciar sobre la **importancia** de no acudir de manera presencial a los centros sanitarios y para instruir sobre el uso de medios telemáticos en su relación con los profesionales sanitarios. Como criterio general se deben priorizar formas de citación **telemáticas**.
2. El contacto inicial de los pacientes o ciudadanos se gestionará a través de un triaje administrativo. El objetivo es mejorar la gestión de las peticiones de cita, con un filtro administrativo inicial que permita discriminar si el motivo de consulta puede ser resuelto telemáticamente o necesita atención presencial, si es demorable o no, y qué profesional del equipo de Atención Primaria (EAP) puede resolverlo. Como criterio general, los pacientes solicitarán consulta («no pedirán/cogerán cita»), y el sistema garantizará la resolución de su demanda de la manera más eficaz. Es preciso que las unidades administrativas dispongan de las instrucciones y la formación adecuadas para gestionar estas solicitudes.
3. Se recomienda suspender el sistema de cita previa vía *call-center*, web, app u otros dispositivos, o, en su defecto, modificarlo para ofertar únicamente la posibilidad de cita telefónica, advirtiendo de ello a la población e informando de que posteriormente se pondrán en contacto con él/ella desde el centro de salud. Como criterio general, las unidades de atención al usuario asegurarán la recepción de las llamadas y la demanda de consultas.
4. Se considera fundamental crear nuevos sistemas de cita inteligente con discriminación administrativa.
5. Para todo ello es preceptivo potenciar la figura del administrativo sanitario, así como considerar otros modelos organizativos como administrativo de cupo, creando así «miniequipos» de personal administrativo/enfermería/medicina.

1.1.1. Triage telefónico

El paciente solicitará cita mediante llamada telefónica a la unidad administrativa. El papel del administrativo del EAP deberá ser más relevante y especializado, lo que evidentemente debe estar reconocido en el acceso a las plazas dentro del sistema de provisión.

Actividades de la unidad administrativa (tabla 1):

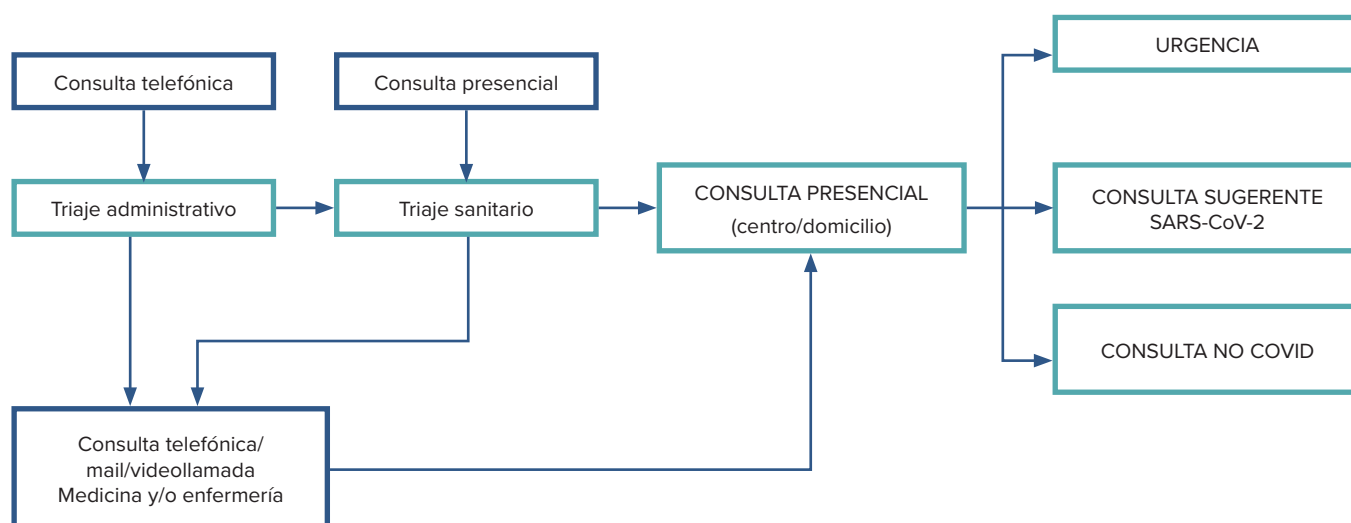
- Recepción de llamadas de la población, pudiendo ejercer una función de filtro tras haber sido instruido en conceptos básicos que permitan priorizar y trabajar según algoritmos bien definidos y elaborados para este fin, y que permitan una primera discriminación. En caso de ser necesario, contarán con el apoyo de un profesional sanitario que le complementa en la valoración del triaje.
- Las agendas de los profesionales sanitarios estarán habilitadas con citaciones telefónicas que aseguren la atención telemática y citaciones presenciales para las consultas clínicas que se han valorado previamente por el sistema de triaje (administrativo y clínico de soporte).
- El administrativo que recepciona la llamada diferenciará si se trata de una consulta burocrática o clínica, y si corresponde a una demanda clínica urgente o demorable, siempre de acuerdo con los protocolos establecidos al efecto en su equipo. Se citarán las consultas en la agenda de visitas no presenciales (pudiendo ser telefónicas, videollamadas u otras estrategias telemáticas). Las consultas urgentes, previamente valoradas por el sistema de triaje clínico, serán programadas según necesidad clínica (presencial o telemática) (figura 1).

TABLA 1. FUNCIONES DEL TRIAJE

- Informar a los usuarios sobre el funcionamiento del centro de salud, promover el uso responsable de los servicios, conocer el motivo de consulta y proponer el tipo de atención para su problema
- Organizar el acceso de los pacientes e informar a los mismos de los circuitos y medidas de seguridad que deben respetar en el centro de salud
- Valorar qué tipo de atención (telemática, presencial o a domicilio) precisan aquellos pacientes que acuden al centro de salud sin cita previa, así como identificar las situaciones urgentes para una atención inmediata
- Detectar especialmente a aquellos pacientes con síntomas sugerentes de infección por coronavirus para su valoración inmediata en el centro de salud
- Controlar el flujo de pacientes en las salas de espera y apoyar y colaborar activamente en atención a la urgencia

- La consulta concertada/programada de las agendas individuales será gestionada directamente por cada profesional sanitario (médico-a/enfermero-a) y podrá tener carácter presencial en el centro o en el domicilio. Esta autogestión de la agenda deberá contemplar la continuidad de cuidados y la atención de los procesos crónicos, reagudizaciones o patologías que precisen de una atención individualizada.
- Los pacientes que consulten con cuadro clínico sospechoso de COVID serán atendidos en las consultas y en la zona reservada para estas consultas, manteniéndose el sistema de cribaje y no siendo agendado en las consultas habituales.
- Para potenciar este modelo es **necesario** que todos los centros de salud (CS) dispongan de un **adecuado** número de líneas telefónicas que eviten el colapso de este canal de citación, siendo recomendable contar con dispositivos móviles que faciliten que los profesionales sanitarios puedan llevar a cabo las consultas telemáticas.

FIGURA 1. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN USANDO EL SISTEMA DE TRIAJE EN EL CENTRO DE SALUD



1.1.2. Nuevas vías de citación

Estas nuevas vías de citación tendrían que hacerse visibles a la población a través de campañas informativas por parte de las administraciones correspondientes.

1.1.2.1. Tarjeta sanitaria-web-aplicaciones informáticas

Se recomienda desarrollar las diferentes opciones telemáticas: tarjeta sanitaria electrónica (TSE), aplicaciones propias de cada comunidad autónoma (webs, apps...) para ser utilizadas desde los dispositivos móviles, tanto para el acceso a la medicación en farmacias como para la comunicación con el centro de salud (solicitar consulta, peticiones administrativas, etc.). Aquellas comunidades autónomas que tengan carpeta del paciente quizá ya cuenten con estas prestaciones y, en caso contrario, pueden incorporar todas estas propuestas a la misma.

1.1.2.2. Correo electrónico

Para aquellos pacientes que no accedan por razones de alfabetización digital o tengan dificultades para la solicitud de consulta de manera telefónica o presencial, deberá habilitarse algún formulario que puedan tramitar, donde conste el motivo de consulta y sus datos de filiación. Dicho formulario será enviado a una dirección de correo institucional creada para tal efecto, con el compromiso de ser contestado en un plazo inferior a 48 horas.

1.2. ACCESO PRESENCIAL

1.2.1. Triaje presencial

Se recomienda establecer un sistema de **acogida** en la entrada de los centros de salud, con la implicación y coordinación de los profesionales de las distintas profesiones del centro.

1. La función del punto de acogida es recibir a los pacientes, **realizar toma de temperatura, indicarles el lavado de manos, facilitarles mascarilla quirúrgica, a la entrada y a la salida**, y decirles dónde dirigirse según su necesidad de salud:
 - a. A la sala/consulta que indique su cita previa.
 - b. Al área administrativa.
 - c. A la sala de urgencias/emergencias o consulta que corresponda según la organización propia de cada centro de salud.
 - d. A la consulta específica de «COVID».

Criterios generales de acceso:

- a. En el caso de que haya varios accesos, se priorizará uno solo.
 - b. Las personas pasarán al interior del edificio de una en una, salvo que precisen acompañamiento por edad, discapacidad o enfermedad invalidante. Se les recordará que hay que guardar una distancia de seguridad de al menos 2 m en salas de espera y pasillos.
 - c. Adecuación de los espacios comunes a las medidas de seguridad propuestas para el distanciamiento social. Deberá establecerse el aforo máximo de las zonas comunes del centro de salud y de las consultas. Hay que identificar los asientos de las salas de espera que se pueden ocupar (bien mediante pegatinas que los indiquen o clausurando los asientos que no deben ocuparse) para que los pacientes puedan guardar la distancia de seguridad entre ellos si deben esperar en el mismo espacio. Se recomienda colocar líneas adhesivas en el suelo para señalar la distancia dónde debe permanecer el paciente respecto de los profesionales del centro de salud, de pie o sentado, tanto en el servicio de admisión como en todas las consultas. Se les debe aconsejar no tocar el material ni el mobiliario del centro, así como no tocarse ni los ojos, ni la boca, ni la cara.
 - d. Se sugiere la colocación de información visual (carteles, folletos —mejor plastificados para facilitar su desinfección— o vídeos si se dispone de televisores en las salas de espera, etc.) en lugares estratégicos de los centros de salud para proporcionar a la población las instrucciones sobre higiene de manos, distanciamiento e higiene respiratoria. Se debe fomentar la higiene de manos al entrar y salir del centro de salud.
 - e. El personal de triaje contará con material de protección y solución hidroalcohólica para realizar un frecuente lavado de manos, así como un espacio adaptado, y todo el material preciso para la atención a los pacientes. Es recomendable el uso de mamparas transparentes de separación entre el personal que trabaja en la entrada del centro de salud y los pacientes que acuden al mismo.
2. El punto de triaje debe disponer de ordenador con acceso a la historia clínica y al teléfono, así como todos los medios técnicos que permitan desarrollar su actividad con eficacia (figura 1).
 3. Es conveniente que el personal de triaje disponga de una formación específica sobre la metodología de trabajo, una lista con los signos y síntomas de alarma, conocimiento de los circuitos del centro de salud y la información que se ha de suministrar a la población, así como de las medidas de seguridad que deben adoptar en dicho puesto (tabla 2).

TABLA 2. VALORACIÓN SINTOMÁTICA INICIAL DE LOS PACIENTES CON SÍNTOMAS SUGESTIVOS EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR SARS-COV-2

- ¿Tiene fiebre o la ha tenido recientemente?
- ¿Tiene usted tos?
- ¿Tiene dificultad para respirar?
- ¿Tiene dolor de garganta?
- ¿Dolor de pecho?
- ¿Escalofríos?
- ¿Vómitos o diarrea?
- ¿Dolor de cabeza?
- ¿Ha perdido bruscamente el olfato o el gusto?
- ¿Tiene cansancio importante o dolores musculares?

1.2.2. Consultorios rurales

- La ausencia de unidades administrativas en numerosos consultorios obliga a informar a la población mediante carteles informativos tipo: «No acudir», «Llamar al centro de salud», «Esperen a ser atendidos por el personal», etc.
- En el vestíbulo se les suministrará mascarilla y se les indicará el lavado de manos con hidrogel.
- El resto de medidas de seguridad (que solo entre el paciente, distanciar las sillas donde puedan sentarse en la sala de espera, etc.) deberán respetarse al igual que en los centros de salud.

2. ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

2.1. CIRCUITOS. ESTABLECIMIENTO DE ZONAS «LIMPIAS Y SUCIAS FRENTE» A LA COVID-19

Consultas COVID: se adaptarán a las características de cada centro de salud, localizándose preferentemente próximas a la entrada del centro, y preferiblemente será una zona diferenciada, siempre que se pueda; en caso contrario, habrá que delimitarla con cintas en el suelo.

Si no se dispone de un acceso/zona diferenciada, deberá habilitarse una sala de espera también aislada del resto de las zonas asistenciales. Se recomienda que sean atendidas por profesionales destinados para ello, con la cadencia que cada equipo determine y con las debidas protecciones. Estas consultas COVID dispondrán de ordenador con acceso a historia digital, teléfono, equipos de protección individual (EPI), materiales básicos de consulta (fonendo, pulsioxímetro, termómetro de infrarrojos, etc.), lavabo, papel, contenedor de productos biológicos, desinfectante, listado de teléfonos de interés y protocolo local.

Se destinarán salas de extracciones de analítica, electrocardiografía, pruebas funcionales, curas, etc., separadas en tiempo y espacio para evitar la coincidencia de pacientes COVID/no COVID, siendo cada centro el que establecerá los horarios o espacios más adecuados a sus necesidades e infraestructura.

Asimismo, siempre que sea posible, se deberá modificar la distribución del mobiliario de las consultas para asegurar el mínimo contacto entre profesional/paciente, de forma que se mantenga distancia de seguridad entre ambos.

Todos los habitáculos del centro de salud se ventilarán adecuadamente durante la jornada laboral, y existirán materiales disponibles para la desinfección, debiendo contar con un servicio reforzado de limpieza y desinfección.

2.2. AGENDAS ASISTENCIALES

Se deberán adaptar los documentos de organización interna de los centros, revisando el tipo de agendas existente y determinando cómo será la atención a los pacientes no demorables y la atención en domicilios (profesional único, cada profesional atenderá a su cupo, agendas separadas para COVID y no COVID, etc.).

OBJETIVOS

Las agendas deben ser autogestionadas y flexibles y estar estructuradas para mantener la atención no presencial y presencial tanto en consulta como en el domicilio, debiendo asegurar la atención a las necesidades de salud de la población asignada. Defendemos la máxima capacidad de gestión de agendas por los propios profesionales y el EAP. Las agendas deberán al menos incluir:

- El diagnóstico y seguimiento de los pacientes COVID.
- La atención a la patología aguda no COVID-19.
- El seguimiento de los pacientes con patologías crónicas, frágiles, vulnerables, paliativos...

Y todo ello preservando en todo momento la seguridad de pacientes y profesionales evitando aglomeraciones.

ACCIONES

Se recomiendan consultas mayoritariamente conformadas por actos no presenciales, con los ajustes que cada profesional precise en relación con otras actividades que realice el equipo (atención COVID, guardias, sesiones, reuniones...). (Se deberán valorar los aspectos jurídicos ante estas nuevas modalidades de consulta y relaciones con los pacientes en cuanto a confidencialidad y protección de datos se refiere.)

CONSULTAS DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

- Las agendas se confeccionarán de forma coordinada por los integrantes de la unidad básica de atención (medicina/enfermería y personal administrativo, si está así organizado) y ajustada al funcionamiento global del EAP. Puede variar en función de la patología estacional, ausencias no cubiertas, necesidades sociales, programas, técnicas, etc.
- Se propone una gestión compartida de la demanda por los profesionales de medicina y de enfermería, que serán quienes valoren la necesidad de una consulta presencial.
- Potenciar un modelo de agendas de acceso avanzado que asegure el contacto personalizado con el profesional sanitario por vía telemática a ser posible en las siguientes 24 horas.
- Organizar la agenda intercalando visitas presenciales con otras telefónicas o virtuales o a domicilio. De esta manera mantendremos las salas de espera menos llenas.

- Cuando se estime oportuno una consulta presencial, se ofertará una cita (centro/domicilio) con el tiempo necesario para atender al paciente, teniendo en cuenta la necesidad de respetar el aforo en la sala de espera. Estas citas pueden ser en el día o concertadas en días posteriores.
- Las consultas presenciales han de ser consultas con prácticas de valor, así cuando sea necesario realizarlas, deberán planificarse para resolver en un solo desplazamiento todas las necesidades de salud a tratar (anamnesis, exploración, información de resultados que no se considere oportuno informar por teléfono, etc.). Se programarán más visitas de alta resolución médico/enfermera para el seguimiento del paciente crónico o tratamiento de descompensaciones.
- En la elaboración de las agendas es necesario tener presente la conveniencia de minimizar los desplazamientos de los pacientes por el centro de salud, así como la aglomeración posible en las salas de espera compartidas por varios profesionales. Por el mismo motivo, es muy importante respetar la puntualidad por parte de los pacientes, así como de los profesionales.
- Como criterio general, se ha de preservar el principio de longitudinalidad, por lo que la atención debe ser personalizada; es decir, que los pacientes deben ser atendidos por su médico-a/enfermero-a limitando la consulta dispensarizada únicamente a la consulta COVID para reducir el riesgo de contagio.

ENTREVISTA CLÍNICA TELEFÓNICA

Elementos a tener en cuenta:

- Identificarse como centro y profesional que llama.
- Preguntar por el paciente y corroborar que es él, bien pidiéndole que nos confirme que es él, bien confirmando otros factores y datos personales que aparecen en la historia (fecha de nacimiento, domicilio, últimas visitas...).
- Orientar las preguntas a respuestas abiertas y descriptivas, tratando de concretar lo que necesitamos averiguar.
- No dejar nunca un mensaje en el **contestador** con cualquier dato personal.
- No aceptar llamadas de pacientes durante la consulta con otros pacientes.
- **Registrar** todo lo hablado en la historia del paciente, al igual que hacemos en una consulta presencial.
- En caso de hablar con un cuidador/a o con los padres, si se trata de personas menores de edad, tener muy presente los datos de **confidencialidad**, discreción y prudencia.
- Valorar en todo momento, hasta el final de la entrevista, la necesidad de una **visita presencial**.
- Podemos completar la consulta telefónica ofreciendo nuestro **correo electrónico** institucional u otros medios telemáticos seguros (videollamada, chat...) a los pacientes, donde nos pueden enviar fotos, informes, consultas, etc.
- Establecer una **red de seguridad** por si la situación pudiera evolucionar mal: debemos explicar el desarrollo previsible, los datos de evolución normal y los signos de alerta, así como la oferta de nuevo contacto o de seguimiento activo del proceso hasta su resolución, también cuándo se recomendaría acudir a urgencias.

2.3. ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS NO COVID

A lo largo de los meses de la pandemia se ha venido dando atención y soporte a los pacientes crónicos —al igual que a los pacientes con otro tipo de patologías— mayoritariamente de forma no presencial. En esta nueva fase se hace necesario adoptar un papel proactivo adelantándonos a las **demandas y necesidades** de estos pacientes. Para ello se propone:

- Seleccionar sobre qué enfermedades es preciso incidir (**listado o estratificación de pacientes**).
- Analizar la situación en la que se encuentran los pacientes (**valoración clínica y social**), identificando los cuidados necesarios que precisan.
- Promover la participación e implicación de los enfermos y sus familias en el **autocuidado**.
- Mejorar la **adherencia terapéutica** y la **optimización del consumo** de fármacos.

2.3.1. Priorizar la atención de quien más lo necesita

Para poder priorizar la atención, se pueden utilizar listados de pacientes con pluripatología, crónicos complejos, etc., dado que probablemente sean los que puedan tener más necesidades de atención. Algunas comunidades autónomas disponen de datos de población estratificada, según dependencia, apoyo social, últimos ingresos hospitalarios o carga de enfermedad, los cuales pueden ser extraordinariamente útiles de cara a priorizar y planificar su atención. A modo de sugerencia, se propone un modelo piramidal que prioriza la atención de mayor a menor necesidad con algunos ejemplos:

1. Pacientes con pluripatología compleja, dependencia, fragilidad, que no salen del domicilio, con ingresos hospitalarios recientes, con alta dependencia y escasa cobertura social.
2. Pacientes con comorbilidad, con reagudizaciones o ingresos frecuentes, pero con buen nivel funcional, y que habitualmente acuden a las consultas de medicina y enfermería.
3. Pacientes con otras patologías o factores de riesgo de fragilidad, cardiovascular, o con discapacidad física o mental que también podrían incluirse en este grupo, con buen nivel funcional y sin ningún grado de dependencia, a los que se les realiza controles periódicos (anuales o semestrales) que incluyen pruebas complementarias. En cada caso será necesario individualizar la necesidad de cuidados y elaborar un plan de atención, procurando siempre fomentar el autocuidado y aligerar la carga de enfermedad y tratamiento, avanzando hacia una atención mínimamente disruptiva y más respetuosa.

En el caso del tercer grupo de pacientes, esta situación supone una oportunidad para revisar e individualizar la necesidad de muchos controles analíticos y visitas concertadas cuyo beneficio es controvertido. Recomendamos potenciar la visita domiciliaria que asegure también la longitudinalidad, para minimizar riesgos y profundizar en el conocimiento del entorno propio del paciente, como por ejemplo las condiciones de salubridad del domicilio, la existencia de barreras arquitectónicas y la valoración social, que incluya el conocimiento del soporte sociofamiliar del que dispone y la situación económica.

2.4. DESBUROCRATIZACIÓN

La actividad burocrática global (recetas, informes, bajas, etc.) puede constituir el 30-40% del tiempo de consulta, algo nada eficiente y poco acorde a nuestra formación profesional y especializada. Durante la crisis de la COVID-19 se han producido avances hacia la desburocratización de las consultas que no solamente se deben mantener, sino que incluso se han de mejorar para permitir que las consultas sean lo más eficaces y resolutivas posibles. Es innegable la generalización de la tecnología en nuestra sociedad y consideramos imprescindible su integración en nuestra práctica clínica diaria de una manera eficiente, segura y rápida, garantizando la privacidad y seguridad tanto de los profesionales como de los usuarios del Sistema Nacional de Salud. Se proponen medidas en los siguientes ámbitos:

1. Medidas presenciales de gestión de la consulta, ya recogidas anteriormente.
2. Incapacidad temporal (IT). Existe un exceso de visitas sin contenido de valor añadido. Se propone:
 - a. Potenciar la administración telemática de los partes de baja-alta.
 - b. Permitir a inspección médica el acceso parcial o total al historial del paciente para evitar la realización de informes al médico o médica de familia y los desplazamientos innecesarios a los pacientes.
 - c. Suprimir los comunicados de alta y baja en papel. Los sistemas de información deben habilitar, como ya se ha hecho durante la pandemia, los circuitos correspondientes para remitirlos directamente a todas las empresas.
 - d. En la línea de otros países de nuestro entorno, debemos permitir la autodeclaración jurada y responsable de las bajas de duración igual o inferior a 3 días.
 - e. Permitir que se pueda dar alta y baja en el mismo momento para procesos de duración inferior a 7 días.
 - f. Suprimir los partes de confirmación de cualquier periodicidad o, si esto no fuera posible, facilitar la determinación del intervalo del tiempo para la emisión del parte de confirmación, según criterio clínico.
 - g. Las bajas por riesgos laborales que deriven de la incapacidad de recolocar al trabajador en un puesto sin riesgo para su salud deberían gestionarse directamente por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) o por la inspección médica, sin necesidad de pasar por la consulta de la médica o médico de Atención Primaria, salvo que el trabajador requiera acreditar alguna patología de la que no disponga informes previos para aportar al SPRL.
 - h. Favorecer la descarga de los partes de baja directamente por la ciudadanía mediante el uso de una app, donde las personas puedan tener acceso a su información clínica.
 - i. El Ministerio de Trabajo y las correspondientes consejerías autonómicas deben abordar a la mayor brevedad posible la adecuación de la legislación y la normativa correspondiente para que estos cambios contribuyan a la mejora global del proceso de IT como parte de la estrategia de la e-Administración.
3. Receta electrónica.
 - a. Permitir la gestión telemática de la receta electrónica (receta electrónica conectada a la tarjeta sanitaria).
 - b. Permitir que las farmacias comunitarias puedan solventar errores de dispensación en pacientes con medicación correctamente prescrita.
 - c. Integrar los sistemas de prescripción de MUFACE, MUGEJU e ISFAS en el sistema de prescripción del servicio de salud para pacientes que son atendidos por este.
 - d. Agilizar los trámites de renovación del visado electrónico por parte de inspección para evitar la intervención del médico o médica de familia.

4. Incorporar la indicación de fármacos y/o productos sanitarios por parte de las/os enfermeras/os.
5. Uso de herramientas de comunicación telemática. Potenciar la consulta no presencial (telefónica, telemedicina y la videoconferencia) mediante el uso de las aplicaciones que cada consejería elija para imágenes médicas, informes o videoconferencias, ya sea en ordenadores de sobremesa con cámara o en nuevos móviles/tabletas corporativos. Para ello es importante:
 - a. Proporcionar por parte de la administración los medios tecnológicos necesarios a cada centro de salud para poder normalizar la telemedicina (cámaras web, auriculares, dispositivos móviles para aumentar las líneas de teléfono, tabletas, ordenadores), así como una correcta conexión a internet y medios de soporte y sistemas de cifrado adecuados para garantizar la privacidad de los correos electrónicos.
 - b. Medidas normativas y de seguridad que garanticen la privacidad y la legalidad de dichas conversaciones y de los datos transmitidos (evitar grabaciones de dichas conversaciones que se puedan hacer públicas, garantizar el cumplimiento de la ley de protección de datos, etc.).
 - c. Permitir que tanto las solicitudes de interconsulta como las peticiones de pruebas de imagen lleguen directamente al hospital sin necesidad de imprimir en papel.
 - d. Crear, si no se dispone de ella, una app o acceso web (carpeta del paciente o similar) donde todo ciudadano pueda acceder a sus analíticas, partes de interconsulta, informes y partes de baja.
6. Justificantes.
 - a. No emitir justificantes médicos a *posteriori* para disculpar la ausencia de un usuario a algún compromiso. Existen suficientes mecanismos de comunicación y registro, como por ejemplo la autodeclaración jurada del estado de salud, para evitar que este tipo de situaciones se produzcan.
 - b. No emitir justificantes de ausencia de los menores al colegio o instituto. Cualquier ausencia debe ser justificada por el padre, la madre (cualquiera de ambos) o el tutor legal.
7. Certificados.
 - a. No emitir certificados médicos de aptitud requeridos para obtener permisos de conducir, carnets para prácticas deportivas, uso de armas o reconocimientos para acceder a pruebas selectivas (policía, bomberos, etc.). Este tipo de certificados deben emitirlos los centros habilitados para valoraciones clínicas.
 - b. Suprimir los certificados específicos para oposiciones de plazas de la administración, guarderías, enseñanza obligatoria, estudios en el extranjero, balnearios, gimnasios o actividades deportivas municipales.
8. Relaciones con la atención hospitalaria.
 - a. El médico o médica de familia no debe cumplimentar interconsultas, traslados en ambulancias o pruebas complementarias o técnicas que hayan sido inducidas por profesionales de la atención hospitalaria o urgente. Tampoco en el caso de segundas opiniones ni de interconsultas de carácter interno entre profesionales de distintas especialidades, pero de un mismo hospital.
 - b. Cada profesional debe asumir sus propios consentimientos informados, que derivan de actos de relación unipersonal entre profesional y paciente.
 - c. El médico o médica de familia velará por la continuidad y la adherencia de cualquier prescripción, pero recordando que cada profesional tiene la responsabilidad de sus propios actos. La conciliación de la medicación es un acto que recae en la médica o el médico referente, que es quien, de acuerdo con el paciente, en última instancia certificará la continuidad o no de un tratamiento.
 - d. Habilitar canales de comunicación efectivos, bilaterales y resolutivos con los especialistas hospitalarios (e-consultas, correo electrónico, videoconferencia, profesionales de enlace, coordinadores asistenciales...) que permitan priorizar la atención a los pacientes que más lo necesiten.
 - e. Habilitar interconsultas con enfermeras de referencia hospitalaria (educación con el fin de facilitar la continuidad de cuidados sin necesidad de visitas innecesarias de las/los pacientes o sus familias).
 - f. Las citas para consultas, pruebas y cirugías demoradas por el hospital por la situación de la pandemia deben ser gestionadas por el propio hospital. Requerimos la colaboración de los servicios de salud mediante campañas de comunicación que aclaren que la Atención Primaria no puede gestionar las listas de espera ni las citaciones hospitalarias para evitar consultas innecesarias de los pacientes, como por ejemplo para reclamar citas pendientes de hospital o ser citados como si fueran pacientes nuevos en vez de como revisiones, etc. En este punto siempre ha de garantizarse el derecho a la información del paciente y la seguridad de poder acceder a la información sobre sus visitas o pruebas en el hospital. Recordando que puede acceder a esta información también a través del servicio de atención al paciente del hospital.
 - g. Impulsar la utilización de los informes de enfermería al alta y al ingreso por vía telemática, para favorecer la continuidad de cuidados.

9. Desburocratizar las relaciones con la gerencia/direcciones asistenciales:
 - a. Los protocolos deben ser simples y con contenido audiovisual, si este facilita la comprensión de los mismos.
 - b. Los protocolos deben ser accesibles para los profesionales y estar localizados en la web oficial en repositorios actualizados.

3. NECESIDADES

Se citan o indican algunos elementos que es necesario tener presente para posibilitar que los EAP puedan desarrollar su actividad con un equipamiento adecuado y suficiente para resolver los problemas de salud de la ciudadanía. Cabe destacar entre ellos:

- **Elementos relacionados con las pruebas diagnósticas.** Disponibilidad de profesionales, espacio, reactivos y logística para realizar las pruebas diagnósticas que se precisen en Atención Primaria.
- **Elementos relacionados con la seguridad.** (Ver apartado de seguridad.) Debe estar completamente garantizada su reposición.
- **Elementos relacionados con el equipamiento informático.** Ordenadores en los puntos de triaje, líneas de teléfonos suficientes, teléfonos móviles, cámaras web para videoconsulta, etc.
- **Recursos humanos.** Deben cubrirse en su totalidad las bajas y ausencias, más aún ahora que esta circunstancia se ve agravada por la situación creada por la COVID-19. Asimismo, es preciso adecuar las plantillas a la cartera de servicios de los equipos y a las características especiales de la población atendida (población envejecida o riesgo social, etc.), y no solo a la cifra de tarjetas sanitarias asignadas. Igualmente proponemos la incorporación progresiva de enfermeras/os especialistas de Enfermería Familiar y Comunitaria.
- **Formación.** Los profesionales del centro de salud necesitan una formación específica relacionada con la pandemia y los cambios que la misma va produciendo, así como información veraz, contrastada, si es posible con documentos, protocolos no redundantes actualización en:
 - Triaje.
 - Entrevista telefónica.
 - Recogida de muestras.
 - Recomendaciones para evitar transmisión.
 - Capacitación sobre medidas de protección individual: colocación del EPI, etc.
 - Registro de actividad adaptada a la nueva realidad (historia clínica electrónica común).
- **Sistemas de información:**
 - Las/los médicos de familia y los/las enfermeras comunitarias deben tener acceso a la historia hospitalaria y recibir información detallada e inmediata de los pacientes de su cupo atendidos en el hospital. Esto es prioritario en los pacientes diagnosticados de SARS-CoV-2.
 - Lo mismo es aplicable a salud pública, cuya relación con los EAP debe ser muy estrecha. Se debe incluir en la historia electrónica la declaración obligatoria de SARS-CoV-2.
 - Los indicadores de Atención Primaria deben obtenerse con facilidad sin que supongan carga burocrática añadida y ser fácilmente incluidos y localizados en el sistema de registro.

4. SEGURIDAD

- Mascarillas: generalización del uso de mascarillas tanto para profesionales (adecuadas a cada actividad: quirúrgica, FFP2 o FFP3) y para pacientes. En el caso de que el o la paciente ya lleve una, esta podrá ser sustituida si se duda de su validez por una ofertada por el centro.
- Si tienen que ser quirúrgicas: para profesionales y pacientes se seguirán las recomendaciones de recambio. Si el paciente trae mascarillas con válvula, se ofrecerá una quirúrgica de refuerzo.
- Mamparas: se recomienda su instalación en los mostradores de administración y en las salas de extracciones.
- Puede ser aconsejable usar pijama y calzado de trabajo, así como contar con un servicio de lavandería que garantice el recambio frecuente.
- Recomendación de protección para atender a pacientes con la COVID, no basada en las existencias, sino en la evidencia. En cualquier caso, se garantizarán las recomendaciones del Ministerio de Sanidad.
- Atención de pacientes COVID en el domicilio: para evitar el riesgo que supone la puesta y retirada de EPI, es aconsejable que como mínimo vayan al domicilio dos profesionales. Se debe entender que cualquier domicilio puede ser una zona de alta contagiosidad, por lo que se priorizará el uso de estas medidas acordes a la valoración del profesional.

- Pantallas: sería recomendable disponer de pantallas homologadas suministradas por la propia organización.
- Refuerzo y recordatorio periódico de la recomendación de la higiene de manos: lavado y uso de soluciones hidroalcohólicas, que deberán ser dispuestas tanto en las consultas como en las zonas de uso comunitario, para pacientes y profesionales.
- Mantener el servicio de limpieza COVID, el cual debe cubrir las necesidades de los centros de salud al margen de la zona COVID.

5. LO QUE NO SE DEBE HACER EN LA FASE DE TRANSICIÓN

Es inexcusable reducir aquellas actividades organizativas y asistenciales que no aportan valor aun cuando exista una cultura social muy asentada en nuestro país de acudir a los servicios sanitarios ante la menor alteración de la salud.

Estos son los errores que se deben evitar en esta fase de transición y también después:

- No establecer triaje para el acceso al EAP.
- Retroceder al modelo de organización previo a la pandemia.
- Fomentar la consulta presencial o mantener las visitas repetidas de eficacia dudosa para el seguimiento y control en las patologías crónicas.
- Limitar la longitudinalidad con el establecimiento de consultas dispensarizadas.
- Por la misma razón (principio longitudinalidad), hacer contratos temporales cortos (precariedad).
- No resolver todos los motivos de consulta en el momento, generando así nuevas visitas presenciales.
- Desactivar las actuaciones que han permitido reducir la burocratización de las consultas (IT, interconsultas, etc.).
- No estimular el autocuidado especialmente ante procesos agudos banales (resfriados, heridas mínimas...) o controles de procesos agudos que se pueden evitar.

6. CONSIDERACIONES FINALES

La excepcionalidad del momento de la infección por el SARS-CoV-2 obliga a GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DE LA COMUNIDAD y a colaborar en la extinción de los contagios y de la pandemia. Y es al mismo tiempo una extraordinaria oportunidad para replantear, modernizar y mejorar el acceso de toda la ciudadanía al conjunto de profesionales de la salud, y además hacerlo de forma eficiente, asegurando la longitudinalidad de la atención, puesto que serán atendidos por su médico-a/enfermero-a, etc. Conviene destacar algunos principios rectores del presente documento:

- Abogamos por la autonomía de organización de los EAP, debiendo tener presente la longitudinalidad, el respeto a los derechos de las/los pacientes y a avanzar en la humanización de la asistencia.
- Defendemos que la gestión de la agenda corresponde a cada profesional, lógicamente integrada en la organización del EAP, debiendo garantizar la accesibilidad y longitudinalidad de su población, siempre con responsabilidad compartida y garantizando que no se generen inequidades.
- Proponemos la gestión compartida (medicina/enfermería) de la demanda, así como de las tareas, con los criterios que cada equipo acuerde, teniendo en cuenta que lo más eficiente es que la demanda sea atendida por el/la profesional (médico/a, enfermero/a, administrativo/a, etc.) más adecuado para ello, en función de la complejidad, contenido y área específica de la misma. Hay que poner en valor el principio de subsidiariedad.
- Consideramos preceptivo potenciar la figura del personal administrativo sanitario, así como contemplar otros modelos organizativos posibles como el administrativo integrado en la unidad asistencial con medicina y enfermería (con población asignada), creando así «miniequipos» de administrativo-a/, enfermero-a/médico-a.
- Defendemos que para mantener la longitudinalidad es básico que el conjunto de profesionales, fundamentalmente de medicina y enfermería, mantengan el mismo cupo de pacientes a lo largo del tiempo. Por eso es necesario dotar a los centros de salud de una plantilla suficiente sin contratos precarios; esto es, con contratos prolongados, para evitar así la rotación de los y las profesionales o el cambio de lugar de trabajo. Estas condiciones están recogidas en el Marco Estratégico para la Atención Primaria, así como la unidad asistencial médico/enfermera y los cupos máximos.
- Estimamos fundamental la transdisciplinariedad para garantizar el verdadero trabajo en equipo entre todos los profesionales y la propia comunidad.

- Creemos que también es tiempo de mejorar la coordinación con entidades de la zona básica de salud (ayuntamientos, asociaciones, sector educativo, residencias de mayores) y de trabajar con perspectiva sociosanitaria, tanto a través de las/los trabajadores sociales de los equipos como desde las consultas. Deberían planificarse estrategias de intervención comunitaria en las que se coordinasen y articularasen los diferentes recursos comunitarios disponibles y se incluyese a la población en una participación activa, con el fin de minimizar la incertidumbre y disminuir la ansiedad. La identificación e integración de líderes y agentes comunitarios son fundamentales para el desarrollo de estas intervenciones.

Estas medidas nacen en el contexto de una pandemia, aún activa y extraordinariamente peligrosa, que ha vapuleado el modelo convencional de asistencia sanitaria y apremia a las instituciones a readaptarse a la nueva y cambiante situación. A pesar del impacto sociosanitario con la extraordinaria morbimortalidad que la pandemia ha ocasionado, es preciso reconocer que, sin la fortaleza de nuestro sistema sanitario público y el compromiso que han demostrado todos sus integrantes, el desastre hubiera sido aún más descomunal. Hemos aprendido. Sabemos que con el objetivo de los servicios sanitarios de mejorar y mantener la salud del conjunto de la ciudadanía, priorizando siempre la seguridad de las/los profesionales y las/los pacientes, los cambios deben producirse. Cambios en el enfoque de gestión de la epidemia, poniendo a la Atención Primaria, coordinada con Salud Pública, al frente de la misma; cambios en la organización de los servicios sanitarios tanto en Atención Primaria como hospitalaria; cambios en la gestión; cambios en la política, y, ¡cómo no!, también en la ciudadanía.

BIBLIOGRAFÍA

1. A checklist for reopening your practice for «non-essential» face-to-face visits. [Internet.] Disponible en: https://www.aafp.org/journals/fpm/blogs/inpractice/entry/reopening_a_practice.html
2. Ares S, Barrio J. Anexo con todas las respuestas de la sección «Te escuchamos». No especial Resetea Primaria. Médicos de Familia. Revista de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. [Internet.] 2020(22). Disponible en: [https://www.somamfyc.com/Portals/0/Ficheros/2020%20SoMaMFyC/Varios/Ebook-Revista%20e%20medicina-Especial%20Covid-19%20\(1\).pdf?ver=2020-05-08-163446-623×tamp=1588948517173](https://www.somamfyc.com/Portals/0/Ficheros/2020%20SoMaMFyC/Varios/Ebook-Revista%20e%20medicina-Especial%20Covid-19%20(1).pdf?ver=2020-05-08-163446-623×tamp=1588948517173)
3. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004. doi:10.1002/14651858.cd004180.pub2
4. Collins PB, Coren JS, Dinzeo TJ, Lehrman S. Improving the Waiting Room Experience. Fam Pract Manag. 2020;27(1):14-8.
5. Desescalada en AP. [Internet.] Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: <https://sovamfic.net/wp-content/uploads/2020/04/Desescalado-AP-SoVaMFic-B.pdf>
6. Documento colaborativo. Apuntes para una desescalada de las medidas de confinamiento por COVID-19 en Atención Primaria. [Internet.] Disponible en: https://docs.google.com/document/d/1ApIV8tSRL350zWkaADwp4WnzFOPNL-1piip_eniAgOE/edit
7. Documento de propuestas para la desescalada. [Internet.] AGAMFEC. 2020. Disponible en: <https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2020/04/documento-propuestas-desescala-da-1.pdf>
8. Estrategia de Atención al Paciente crónico en Castilla y León. [Internet.] Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/insitucion/es/planes-estrategias>.
9. Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19. Indicadores de seguimiento. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad, 6 de mayo de 2020. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf
10. FoCAP. Salir de la excepcionalidad. Hacia una nueva normalidad. [Internet.] 28 de abril de 2020. Disponible en: <https://focap.files.wordpress.com/2020/04/2020-04-28-focap-salir-de-la-excepcionalidad-hacia-una-nueva-normalidad-cast-3.pdf>
11. Greenhalgh T, Choon GKoh H, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ [Internet.] 2020;368:m1182. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1182>.
12. Managing a telephone encounter: Five tips for effective communication [Internet.] Disponible en: https://www.aafp.org/journals/fpm/blogs/inpractice/entry/telephone_visit_tips.html
13. Herramientas y estrategias para el desconfinamiento durante el brote de coronavirus en Cataluña. Posicionamientos y recomendaciones de un grupo de expertos. [Internet.] Disponible en: https://www.flcida.org/sites/default/files/imagenes/herramientas_y_estrategias_para_el_desconfinamiento_durante_el_brote_de_coronavirus_en_cataluna.pdf
14. Muñoz E. Las consultas por teléfono han venido para quedarse. AMF. [Internet.] Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2656
15. Newbould J, Abel G, Ball S, Corbett J, Elliott M, Exley J, et al. Evaluation of telephone first approach to demand management in English general practice: observational study. BMJ [Internet.] 2017;358:j4197.
16. Orueta JF, Del Pino M, Barrio I, Nuño R, Cuadrado M, Sola C. Estratificación de la población en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación. Aten Primaria. 2013;45(1):54-60.

17. Propuestas para la atención primaria en la fase de transición de la pandemia por SARS-CoV-2. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. 3 de mayo de 2020 (versión 1.0).
18. Raya A, Fernández de Sanmamed MJ. Prevención de enfermedades altamente infecciosas en trabajadores y trabajadoras sanitarias. AMF. [Internet.] Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2627
19. Recomendaciones sanitarias para la estrategia de transición. [Internet.] Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES). Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. Madrid: Ministerio Sanidad. 6 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/25.04260420153138925.pdf>
20. Turabián JL, Pérez B. Atención médica individual con orientación comunitaria-atención contextualizada: la figura es el fondo. [Internet.] Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/13322266.pdf>
21. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios de investigación 2009. [Internet.] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/eu//organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf
22. Wang X, Bhatt DL. COVID-19: An Unintended Force for Medical Revolution? J Invasive Cardiol. [Internet.] 2020;32(4):E81-E82.
23. 10 communication tips for physician phone visits during COVID-19. [Internet.] Disponible en: https://www.aafp.org/journals/fpm/blogs/inpractice/entry/telephone_visit_tips_2.html