

## LA SEGUNDA PANDEMIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

### **1.- Como estábamos en Atención Primaria y los efectos de la primera pandemia.**

En Atención Primaria partíamos de una situación de fragilidad. Había existido una estrategia de desinversión generalizada, una ausencia de liderazgo en las estructuras de gestión y una política de personal calamitosa. La variabilidad es una de las características intrínsecas y no podemos generalizar.

También tenemos ventajas que se evidenciaron en la primera ola y, mucho más, en la segunda. Somos profesionales generalistas y polivalentes. Tenemos gran capacidad de adaptación tanto por parte de enfermería como de Medicina de Familia. Todos hemos aprendido a hacer de todo.

La verdad es que a diferencia del mundo hospitalario, más que oleadas, nosotros hemos tenido pleamar y bajamar. Movimientos mucho más lentos que han hecho que la carga de trabajo no se ha normalizado nunca.

Estoy seguro de que todos estamos interaccionados y que los fracasos y las cosas que se han hecho bien son responsabilidad de todos. En esta segunda oleada el papel de Atención Primaria ha sido :

- Identificación de pacientes, confirmación diagnóstica y evaluación clínica.
- Rastreo de contactos y medidas de aislamiento y confinamiento.
- Soporte asistencial de residencias sociosanitarias e instituciones cerradas.

Lamentablemente el relato de la pandemia ha sido hospitalario y lo anterior ha tenido poca visibilidad y reconocimiento. Al menos en el relato exclusivamente hospitalario hay que reconocer que la función de contención (ni la única ni la más importante para el sistema sanitario) para evitar que llegaran al Hospital solo aquellos pacientes subsidiarios de beneficio y en el momento oportuno (ni antes ni después) ha sido exitosa. De igual forma el apoyo a Primaria por parte de los servicios de laboratorio, de urgencias y aquellos que gestionan teleconsultas ha sido muy destacable.

Sin la actuación de los Equipos de Atención Primaria los servicios de urgencias y las camas hospitalarias se habrían convertido en “campos de refugiados” para pacientes desorientados y mal evaluados.

### **2.- Cambios en la gestión de los Centros de Salud y en la prestación de servicios.**

Quienes funcionaban como Equipos, y tenían una idea clara de la misión, han sabido adaptarse a la crisis sanitaria con cambios organizativos y asistenciales. Ha sido necesario para ello simultanear la atención sobre los efectos de la pandemia con la asistencia a pacientes crónicos complejos o con fragilidad clínica.

En situaciones de crisis centrifugar la autogestión es muy efectiva a efectos de organización y definición de tareas.

Han sido necesarios cambios organizativos con multiplicación de contactos telemáticos / telefónicos, continuidad de la atención presencial e incremento de la actividad domiciliaria.

También han sido necesarios cambios en las tareas asistenciales con priorización en la atención vulnerables desde el punto de vista clínico y social y, particularmente, con el apoyo a instituciones cerradas / residencias sociosanitarias (ancianos, ordenes religiosas, discapacitados psíquicos, centros de reinserción de salud mental, centros de acogida de refugiados, etc.).

Se ha tenido muy presente evitar las consecuencias nocivas de los cambios y la sobrecarga asistencial:

- Limitación de accesibilidad de usuarios y pacientes.
- Invisibilidad de patología crónica
- Despersonalización de la atención.

Las crisis sanitarias no deben profundizar inequidades o desigualdades de los más enfermos, los más precarios económicamente o los más abandonados socialmente. Debemos evitar acrecentar “la ley de cuidados inversos” (mas servicios a quienes menos lo necesitan. Solo una Atención Primaria fuerte puede evitar esta perversión.

Finalmente, superemos la focalización individual de la atención sanitaria. La comunidad, y los diferentes grupos e instituciones de ella, deben ser un objeto propio de intervención. Tan importante como salvar vidas, es salvar comunidades. La expectativa de los ciudadanos no debería ser únicamente tener disponible (para uno mismo) una cama de UCI; con intervenciones previas y comunitarias se puede ser mucho mas efectivo.

### **3.- Que ha pasado con los profesionales sanitarios.**

Sacrificio, disciplina y honor representan valores imprescindibles de la profesión militar. Esenciales para un ejercicio digno y eficaz de su misión. De igual forma, cada profesión tiene sus “valores esenciales”. La responsabilidad para los docentes. La ponderación para los jueces. El valor para las fuerzas de seguridad. La prudencia para los políticos. Estos valores específicos deben ser preservados por el conjunto de la sociedad, forman parte del patrimonio de la misma y la mejor garantía de alcanzar una convivencia mejor.

Las profesiones sanitarias (medicina y enfermería) tienen valores propios que deben ser preservados no ya por las estructuras gerenciales sino por el conjunto de la sociedad. En el periodo de pandemia, sobre todo en la primera ola, en los ámbitos de Atención Primaria y Hospital, emergió el profesionalismo a través la generación de conocimiento ante una enfermedad desconocida (redes propias de difusión de información y conocimiento), la respuesta organizativa (autogestionada por parte de los equipos de trabajo) y la apuesta ética de profesionalidad (dedicación, generosidad, no abandono)

Hablo de un nuevo profesionalismo que supera el antiguo paternalismo, los privilegios, el clasismo o la ausencia del control social. Con elementos definitorios como el compromiso con una sociedad justa, el respeto a los derechos ciudadanos, el soporte ético del ejercicio profesional y el conocimiento experto a través de la excelencia científica.

Lamentablemente la gestión de personal, ya calamitosa antes de la pandemia, se ha deteriorado considerablemente. Ordenes ministeriales que permiten relajan las exigencias para el ejercicio profesional y permiten la movilidad arbitraria de profesionales de la medicina, ordenes del gobierno autonómico que prácticamente militarizan a los profesionales sanitario y ordenes de gerencias que promueven el desapego entre equipos de trabajo y la desvinculación con la comunidad para la que se trabaja.

La gestión del profesionalismo sanitario es un territorio inexplorado lamentablemente por los servicios públicos y privados de salud.

#### **4.- Conflictos éticos en Atención Primaria**

Durante el periodo de crisis sanitaria se han planteado grandes conflictos éticos en Atención Primaria.

- ¿Existe una obligación de atención sin los mínimos elementos de protección personal? ¿Hay límites para el deber profesional de un médico o una enfermera?
- ¿Cómo, y con qué criterios, superar la ausencia de recursos humanos en la atención sanitaria por bajas laborales, cuarentenas y exenciones?
- ¿Puede suprimirse una prestación de cartera de servicios para prevenir focos de contagio en el propio Centro de Salud?
- ¿Cómo reorganización de prestaciones de servicios sanitarios? ¿Qué hay que “dejar de hacer para hacer” las actuaciones que exige la pandemia? ¿Quién fija los criterios, el profesional sanitario, el equipo de trabajo, las estructuras de gestión?

miguel melguizo jiménez

Médico de Familia. Centro de Salud Almanjáyar