<https://www.gacetasanitaria.org/es-impacto-pandemia-atencion-primaria-informe-articulo-S0213911122001248>

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 saludRetraso en atenciónConsulta telefónica sin soporte telemático | Eliminación de límites de acceso (en proceso)Aumento y optimización de recursos humanosSistema 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 sanitariosAtención de pacientes en medio hospitalario | Consolidar atención por APDotar a la AP de recursos para atención de pacientes crónicos |
| Integralidad y resolutividad | 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 confusosPobre manejo de la incertidumbreEscasa coordinación con nivel sociosanitario y farmacia comunitaria | Estrategias de salud pública clarasProgramas de coordinación oficial entre niveles que potencien la sinergia de los profesionales |

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

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.

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 autónomas[13](https://www.gacetasanitaria.org/es-impacto-pandemia-atencion-primaria-informe-articulo-S0213911122001248#bib0355), situación que casi 2 años después no se ha revertido en algunos casos.

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](https://www.gacetasanitaria.org/es-impacto-pandemia-atencion-primaria-informe-articulo-S0213911122001248#bib0360) Elaboración propia.

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).

Las reivindicaciones de tiempo suficiente para ofrecer una atención digna, acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas que den capacidad resolutiva, 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 resolutiva 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