

# PROPUESTA DE ADAPTACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA RIOJA A LA NUEVA REALIDAD POR COVID-19 Y SU FUTURO

Sociedad Riojana de Medicina de Familia y Comunitaria (srmFYC/semFYC)

Logroño, 3 de mayo de 2020



## ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN. INTRODUCCIÓN: El escenario actual de la Atención Primaria de La Rioja y su futuro</b>	<b>(PAGINA 3)</b>
<b>OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA NUEVA FASE</b>	<b>(PAGINA 4)</b>
<b>MEDIDAS PROPUESTAS</b>	<b>(PÁGINA 5)</b>
<b>1. Garantizar las medidas de seguridad de los trabajadores</b>	
<b>2. Garantizar los Centros de Salud como espacios seguros para ciudadanos y trabajadores</b>	
<b>2.1 Control y normas de acceso a los centros de salud y consultorios</b>	
<b>2.2 Reforzar la higiene en Atención Primaria</b>	
<b>2.3 Circuitos diferenciados</b>	
<b>3. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL</b>	<b>(PAGINA 7)</b>
<b>3.1. Principios generales: nuevas necesidades en los sistemas de citación y agendas</b>	
<b>3.2. Asistencia en Atención Primaria a casos de COVID-19</b>	
<b>3.3. Resto de actividades asistenciales</b>	
<b>3.3.1. Consulta a demanda</b>	
<b>3.3.2. Consulta programada en los centros</b>	
<b>3.3.3. Atención domiciliaria programada</b>	
<b>3.3.4. Atención Continuada</b>	
<b>3.3.5. Coordinación con Atención Hospitalaria</b>	
<b>3.3.6. Medidas para la desburocratización de las consulta</b>	
<b>4. Potenciar los “valores perdidos” de la Atención Primaria y basarse en la continuidad asistencial y unidad médico/a-enfermero/a</b>	<b>(PAGINA 13)</b>
<b>5. Incorporar la orientación social y comunitaria</b>	<b>(PAGINA 13)</b>
<b>6. Establecer indicadores epidemiológicos que orienten cambios de fase en la organización</b>	<b>(PAGINA 14)</b>
<b>7. Aprovechar la oportunidad de medidas aplicadas durante la fase aguda de epidemia en vista a la organización futura de la Atención Primaria</b>	<b>(PAGINA 14)</b>
<b>Anexos</b>	<b>(PAGINA 15)</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>(PAGINA 17)</b>

## PRESENTACIÓN

Este documento ha sido elaborado a iniciativa de la Sociedad Riojana de Medicina de Familia y Comunitaria con la intención de ayudar en la toma de decisiones y planificación en el contexto de la Atención Primaria de Salud del Servicio Riojano de Salud. Incorpora información procedente de la revisión de literatura y aportaciones del Grupo del Trabajo de Enfermedades Infecciosas de esta sociedad científica así como de varios miembros representativos de diferentes entornos de la Atención Primaria de La Rioja.

Todos los participantes han colaborado de forma desinteresada y el único interés a declarar en la elaboración y presentación de este documento es la mejora de nuestro nivel asistencial.

### **INTRODUCCIÓN: *El escenario actual de la Atención Primaria de La Rioja y su futuro***

Las situación excepcional de la pandemia de COVID-19 ha precisado la **urgente adaptación** del sistema de salud en todos los niveles asistenciales. Durante los últimos dos meses, la actividad asistencial en Atención Primaria se ha dirigido en gran o en su mayor parte a laprevención, identificación y seguimiento de casos de infección por SARS-CoV-2 y sus contactos. Esto ha conllevado una reforma sin precedentes cuyas medidas destacadas han sido: control de acceso a los centros de salud, cribado de la demanda, asunción de nuevas funciones en enfermería, auxiliares y administrativos, fomento de la consulta no presencial, revalorización de la atención domiciliaria, incorporación de medidas excepcionales de prevención e higiene, modificación física de espacios, creación de circuitos específicos COVID-19 y mejora de la coordinación con el nivel hospitalario.

Afortunadamente, en la actualidad nos encontramos en una fase de mitigación de la epidemia. Sin embargo, nos enfrentamos a la incertidumbre de no saber hasta cuándo persistirá el riesgo de infección por SARS-CoV2 y los informes epidemiológicos en la actualidad no permiten establecer ningún pronóstico en cuanto a la duración de esta circunstancia.

Por lo tanto, a corto plazo es necesario **retomar la actividad asistencial habitual** y propia de la Atención Primaria pero no se pueden suprimir todavía las medidas de vigilancia, prevención y seguimiento de posibles casos de COVID-19.

La epidemia ha sucedido en un contexto crítico de la **Atención Primaria, cuya “reforma” a nivel nacional y autonómico se ha visto paralizada** por las circunstancias extraordinarias. Por lo tanto, afrontamos el futuro a corto y medio plazo con las mismas debilidades en personal, presupuesto y organización anteriores a la pandemia, a lo cual hay que sumar la necesidad de incorporar nuevas funciones y la previsible reducción de plantillas por vacaciones y jubilaciones previstas en los próximos meses.

Sin embargo, también se debe destacar que hemos adquirido nuevas fortalezas durante esta etapa y que, vista la experiencia y respuesta social a las potentes medidas adoptadas durante esta crisis sanitaria, deberíamos mirar hacia el futuro con menos miedo a los profundos cambios organizativos necesarios en Atención Primaria. Por lo tanto, consideramos que es necesario aprovechar esta **ventana de oportunidad**.

En resumen, no deberíamos regresar al escenario previo a esta crisis. Como sociedad científica creemos que ***la “nueva realidad de la Atención Primaria” debe ser un escenario mejor que el escenario de partida.***

#### **OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA NUEVA FASE**

A fin de organizar esta propuesta, se plantean siete objetivos y se proponen un conjunto de medidas para cada uno de ellos.

- 1.** Garantizar las medidas de seguridad de los trabajadores
- 2.** Garantizar los Centros de Salud como espacios seguros para ciudadanos y trabajadores
- 3.** Organizar la asistencia sanitaria en el contexto actual, con planificación por separado de COVID-19 y el resto de demandas de salud tanto en horario laboral como en atención continuada
- 4.** Potenciar los valores de la continuidad asistencial de la Atención Primaria y la unidad médica/o – enfermera/o
- 5.** Incorporar la orientación social y comunitaria
- 6.** Establecer indicadores epidemiológicos que orienten cambios de fase en la organización
- 7.** Aprovechar la oportunidad de medidas aplicadas durante la fase aguda de epidemia en vista a la organización futura de la Atención Primaria

## **MEDIDAS PROPUESTAS**

A continuación se desarrollan las medidas propuestas para cada uno de los objetivos:

### **1. GARANTIZAR LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LOS TRABAJADORES**

#### **Objetivos:**

Lograr la máxima seguridad de los trabajadores de los centros de Atención Primaria en un contexto con persistencia de transmisión de infección por SARS-CoV-2 y ante posibles repuntes y nuevas enfermedades transmisibles.

El número de trabajadores contagiados en la actual epidemia es inadmisibles y se deben poner todos los medios posibles para que el número nuevo de trabajadores contagiados sea nulo o mínimo.

#### **Propuestas:**

- Deben continuar proporcionándose EPIs y garantizar su capacidad de protección.
- La cantidad de EPIs necesarios debe ser siempre suficiente. Se debe realizar una previsión de necesidades en función del número de pacientes, profesionales por centro y los datos de evolución de la epidemia.
- Los puestos de administrativos deberían estar protegidos con pantallas físicas y disponer de interfono para la comunicación.
- Se deben mantener medidas básicas de higiene:
  - uso de ropa exclusiva para trabajo
  - uso permanente de mascarilla quirúrgica
  - higiene de manos
- Se debería aumentar la dotación de ropa de trabajo (batas y pijamas) y agilizar la recogida de ropa sucia y el reparto de lavandería a fin de garantizar que todos los profesionales puedan cambiar diariamente su ropa de trabajo.
- Para lo anterior es necesario reforzar e invertir en el servicio de lavandería.
- Se deben adaptar y actualizar los protocolos e indicaciones de uso de protecciones especiales en base a la situación epidemiológica con instrucciones específicas para la asistencia de casos NO COVID.
- El domicilio se considerará un entorno de trabajo de mayor riesgo; se debería valorar el uso de EPIs en toda la atención domiciliaria hasta que los datos de transmisión garanticen mayor seguridad.
- Cuando la transmisión haya disminuido se deberán notificar a los servicios de salud laboral todos los casos de exposición para la adecuada valoración del riesgo de la exposición, realizar seguimiento y pruebas complementarias en los periodos indicados tras la exposición.
- Se debería valorar la realización de serologías o pruebas rápidas a los trabajadores tanto sanitarios como no sanitarios de los equipos de atención primaria (EAP) con periodicidad dependiente de la prevalencia de COVID-19 en la comunidad y el propio equipo.
- En caso de disponer de vacuna en el futuro, el colectivo de profesionales de los centros de salud de Atención Primaria, tanto sanitarios como no sanitarios, debe tener la garantía de ser considerado como un grupo de riesgo prioritario.
- Se debe mantener la restricción de reuniones de profesionales hasta que los datos de evolución de la epidemia garanticen que sea seguro su reinicio.

## **2.GARANTIZAR LOS CENTROS DE SALUD COMO ESPACIOS SEGUROS PARA CIUDADANOS Y TRABAJADORES**

### **2.1 Control y normas de acceso a los centros de salud y consultorios**

**A corto plazo**, se deben mantener los sistemas que evitan el acceso a los centros de pacientes con clínica respiratoria o sospecha de infección por SARS-CoV-2 sin previa valoración telefónica y autorización por un sanitario.

**De cara al futuro**, y teniendo en cuenta el resto de procesos respiratorios transmisibles habituales (gripe, catarros, etcétera) y la incertidumbre frente a un posible repunte de esta epidemia u otras en el futuro:

- Deberíamos aprender de esta experiencia y valorar a perpetuidad la asistencia de estos pacientes en tramos horarios determinados, evitar su acumulación en las salas de espera y emplear medidas de protección adecuadas.
- Para la actividad presencial en las consultas, la citación se realizará permitiendo un tiempo suficiente entre citas para evitar aglomeraciones en las salas de espera por lo que se deberá realizar una gestión de la agenda correspondiente.
- Se debe mantener la distancia de seguridad en las salas de espera, se aconseja la supresión de asientos a fin de mantener una distancia mínima de dos metros entre las personas.
- Se limitará el número de acompañantes por paciente a un único acompañante. Tanto los pacientes como los acompañantes que accedan a los centros deberán utilizar mascarilla y realizar higiene de manos al acceder al centro (en su defecto se les ofrecerán guantes).

### **2.2 Reforzar la higiene en Atención Primaria**

- Se deberían diseñar normas y protocolos de higiene en Atención Primaria con asesoría de los servicios de Salud Pública y Medicina Preventiva.
- También se deberían realizar periódicamente campañas de información y concienciación de higiene a los profesionales de Atención Primaria.
- Se debe evitar el uso compartido de salas de consulta, material y equipamientos. En caso de ser necesario será obligatoria la higiene de superficies y de estos elementos entre los cambios.
- Por todo lo anterior, es necesario reforzar los servicios de limpieza.
- Se deben mantener medidas básicas que ya se han instaurado (o implementarse en los centros donde no se hayan realizado):
  - Carteles con información sobre higiene de manos e higiene respiratoria en la entrada y salas de espera de los centros.
  - Disposición de material para los ciudadanos que acudan a los centros (mascarillas faciales, pañuelos desechables y guantes) a quienes se les indicará el modo de uso correcto y de desecharlo en la entrada de los centros.
  - Dispensadores de solución hidroalcohólica en la entrada y salida de las salas de espera, junto a la puerta de las consultas y en las zonas administrativas.
  - Sustituir todos los cubos de residuos abiertos por cubos con tapa de pedal.
- Dispensadores de jabón de pared, accionables sin contacto de manos, en todos los lavabos de los centros sanitarios.

### **2.3 Circuitos diferenciados**

- Se aconseja mantener circuitos diferenciados para atender a pacientes con sintomatología compatible con infección COVID-19 y No-covid tanto en horario ordinario como en atención continuada.
- La provisión de salas para atención de casos con sospecha de covid-19 se debe adecuar a las necesidades de cada centro, en base al número de facultativos y los datos epidemiológicos.
- Se debe controlar la adecuada dotación de equipamiento en estas salas, que deben disponer de fonendoscopio, saturímetro, termómetro y esfigomanómetro y de zona y depósitos para retirada de los EPIs.
- Se debe garantizar la aplicación correcta de los protocolos de higiene de las salas y el equipamiento tras cada uso.
- Se debe prohibir el uso de estas salas para otro tipo de asistencia.

#### **Consultorios rurales:**

- En aquellos casos en que no sea posible disponer de circuitos diferenciados, como en el caso de consultorios rurales: se aconseja que los pacientes con sospecha de covid-19 que sean atendidos en los centros se programen en la última franja del horario asistencial, y que se realice higiene tras su atención.
- Esto requiere que en estos centros también se realice un cribado telefónico previo a la asistencia.

## **3. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL**

### **Objetivos:**

Retomar la actividad asistencial habitual de la Atención Primaria mientras se continúan realizando actividades asistenciales relacionadas con COVID-19

Establecer puntos de partida para mejoras a largo plazo en vista a una nueva Atención Primaria

### **3.1. Principios generales: nuevas necesidades en los sistemas de citación y agendas**

Hasta que se garantice la ausencia de transmisión comunitaria, la organización de la actividad asistencial debe continuar dividiéndose en dos circuitos: el de los casos de sospecha COVID-19 y el resto.

Por lo tanto, se debe mantener un sistema de clasificación previo a la asistencia tanto en la atención en horario laboral (ANEXO 1) como en la atención continuada (ANEXO 2).

Los **sistemas de citación** en la actualidad deben adaptarse a lo anterior.

- Deberían permanecer desactivados los servicios de cita previa y en su lugar permitir la solicitud de consulta.
- Se debe favorecer la citación en los propios centros sanitarios que proporcionan mayor posibilidad de organización y control que los sistemas externos.
- Es necesario mantener, reforzar y mejorar el soporte para las funciones que ya han incorporado los administrativos de discriminación y clasificación de la demanda.

Los sistemas de citación en el futuro deben ser sistemas inteligentes que permitan clasificar la demanda y dejar margen para la priorización por parte de los profesionales.

**Agendas:**

- Las agendas deben ser controladas por los profesionales según su criterio, las características de su demanda y las necesidades particulares de la población de referencia.
- Las agendas deben mantener espacios para cribado telefónico y para consultas no presenciales.

Se deben contemplar las particularidades de los **consultorios rurales**:

- Los consultorios rurales deberían incorporar personal administrativo (propio, de los ayuntamientos o de la zona básica de salud) y sistemas de citación.
- En su defecto, se debería realizar cribado telefónico (por médica/o o enfermera/o) previo a la asistencia presencial.
- El modelo antiguo de atención consecutiva según demanda presencial sin horario concertado no es viable en este momento por motivos de seguridad y su validez en el futuro es incierta.

### **3.2. Asistencia en Atención Primaria a casos de COVID-19**

En la fase actual de epidemia, es de esperar un cambio en los criterios de actuación, basada en el control y la contención de la infección a nivel comunitario. Esta nueva fase debería estar liderada por los servicios de Salud Pública y Atención Primaria y enfocarse a la identificación precoz y diagnóstico de confirmación de los casos de sospecha, el rastreo de contactos y medidas de contención y aislamiento.

Consideramos interesante también colaborar con Salud Pública en la creación de una **Red Centinela** (con un modelo similar al de la Gripe) en cada Zona Básica de Salud.

A la espera de nuevas indicaciones ministeriales respecto a la estrategia de actuación frente al SARS-CoV-2, se debería continuar con el seguimiento de pacientes con sospecha o casos confirmados tal como se viene realizando en base al Documento Técnico Ministerio Sanidad.

Se continuará también realizando el seguimiento de los pacientes que han requerido hospitalización por COVID-19 en base a criterios homogéneos (ANEXO 3)

Sería recomendable que los **sistemas de información** elaborasen informes periódicos tanto agregados como estratificados por zonas básicas de salud y por cupos con datos sobre: número de casos sospechosos, y confirmados, y contactos en seguimiento, ingresos, defunciones, incapacidades laborales generadas, número de asistencias telefónicas, presenciales y domiciliarias y número de equipos de protección utilizados. Esta información sería útil para: conocer el estado de la epidemia, planificar recursos y visibilizar la actividad de Atención Primaria. Esta información debería ser difundida en los medios de comunicación.

### **3.3 Resto de actividades asistenciales**

En la medida en que la carga de actividad relacionada con la COVID-19 disminuya se deberán ir reanudando las atenciones a demanda, actividades programadas y de prevención propias de la Atención Primaria.

Es previsible un aumento rápido de la demanda. Pero se debe asumir que, en las circunstancias actuales y futuras, el sistema no tendrá capacidad de dar respuesta a una demanda sin control ni organización tal como sucedía tradicionalmente.

Por lo tanto, se deben mantener las medidas de control y priorización de la demanda que se han instaurado. Estas medidas deben fortalecerse y mejorarse de cara al futuro de la Atención Primaria.

### **3.3.1.Consulta a demanda**

Tal como se ha comentado, la solicitud de asistencia por parte de los ciudadanos en el contexto actual, no puede resolverse con la asignación inmediata de una consulta presencial. Es necesario realizar un **filtro inicial** para establecer su prioridad y el tipo de respuesta más adecuada, que no necesariamente será una consulta médica presencial.

Debe establecerse un objetivo de tiempo de respuesta a la demanda de asistencia (entendiendo por tal respuesta la valoración inicial por parte del personal sanitario) no mayor a 24 horas.

La **consulta presencial** debería reservarse para motivos de consulta que requieran una entrevista en persona o exploración física. Lo ideal sería que esta consulta fuera concertada tras una primera valoración telefónica y que el facultativo, en consenso con el paciente, programase su horario y duración.

Por lo tanto, sería conveniente mantener un tramo horario de la agenda diaria con un tiempo asignado para continuar realizando un cribado activo telefónico de las citas a demanda que permita una mejor gestión de las mismas.

La **participación de enfermería** en este sistema de gestión y clasificación de demanda sería deseable. No obstante, no nos parece oportuno extender esta propuesta sin valorar la posición y propuestas de este gremio.

En cuanto al resto de motivos de consulta, que no requieran una asistencia presencial, sería aconsejable mantener lo ya iniciado en el ámbito de la **consulta no presencial**: consulta telefónica y correo electrónico, sistemas de descarga de documentos oficiales y/o informativos a través de páginas o aplicaciones web...

Se deben proporcionar medios para que se pueda realizar consulta no presencial con los medios actuales (teléfono y correo electrónico): garantizar número de líneas de teléfono suficiente, proporcionar teléfonos móviles y ampliar la capacidad del correo electrónico institucional.

Se deberían regular los aspectos referentes a la confidencialidad y la protección de datos e información en este nuevo contexto.

Paralelamente, y en vista al futuro, deberían estudiarse otras posibilidades tecnológicas más avanzadas de consulta telemática disponibles en el mercado e incorporarlas a nuestro sistema.

### **1.3.2 Consulta programada en los centros**

Las citas para consultas programadas deberían asignarse directamente por el profesional médico o de enfermería, cuando se considere oportuno, en consenso con el paciente y con la duración que se estime necesaria.

Se debe fomentar la minimización de desplazamientos de pacientes a los centros sanitarios:

- “acto único” siempre que sea posible para realización de pruebas diagnósticas
- unificar las consultas programadas de pacientes con enfermedades crónicas y pluripatológicas estables (lo óptimo sería una consulta presencial anual de medicina y enfermería)
- potenciar el autocuidado y control domiciliario y evitar consultas para realizar técnicas que se pueden realizar en domicilio por los pacientes o sus cuidadores
- la información sobre resultados de pruebas complementarias e instrucciones derivadas, se incorporarán a la consulta no presencial
- los informes de salud a petición del interesado (informe médico, informe Ley de Dependencia) se tramitarán también mediante consulta no presencial

### **3.3.3. Atención domiciliaria programada**

La atención domiciliaria debe ser reconocida como un valor y una tarea prioritaria de la Atención Primaria y en este momento se debe reforzar.

Los cuidados paliativos domiciliarios deben ser responsabilidad de Atención Primaria que en los casos que sea necesario solicitará asesoría o trabajará de manera coordinada con los servicios de cuidados paliativos.

Los sistemas de información deben proporcionar una herramienta para que cada equipo asistencial médico/a-enfermero/a pueda tener acceso al listado de pacientes en el “programa de inmovilizados” para facilitar su control

La periodicidad de las visitas necesarias por cada uno de los profesionales o en conjunto se programarán en consenso con el paciente y sus cuidadores según las necesidades de cada caso.

Las agendas deben ser flexibles para poder incorporar esta actividad.

Hasta conocer la evolución futura de la epidemia, se debe valorar realizar las visitas domiciliarias con Equipos de Protección Individual (EPI).

### **3.3.4. Atención Continuada (ANEXO 2)**

Se debe mantener el acceso regulado a estos puntos de atención mediante el **triaje telefónico** a través del 112 y/o teléfono habilitado del Centro de Salud. En horario nocturno el triaje debería realizarse en todos los casos por parte del 112.

La asistencia presencial se reservará para los casos que considere oportuno el profesional sanitario.

El resto de consultas a demanda se podrán gestionar vía telefónica o se derivará al paciente al recurso que se considere más adecuado.

El plazo de mantenimiento de estas medidas es obligatorio en la actualidad, y la valoración de su modificación dependerá de la evolución de los datos epidemiológicos. No obstante, proponemos su **mantenimiento a largo plazo**.

Sería aconsejable realizar campañas informativas a la ciudadanía sobre la organización actual de este servicio.

Se deben mantener por el momento circuitos separados para la atención de casos compatibles con infección por covid-19, primando de igual manera la atención domiciliaria en los casos en los que se precise consulta presencial.

### **3.3.5. Coordinación con Atención Hospitalaria**

Se debería fomentar la comunicación y los sistemas de interconsultas entre profesionales de los dos niveles asistenciales. Los pacientes subsidiarios de interconsulta deberían comentarse antes de su visita presencial a fin de priorizar las consultas, evitar que consultas prioritarias se demoren por otras demorables y adjuntar la información y pruebas necesarias a fin de optimizar la consulta en Atención Hospitalaria.

En aquellos casos en que la consulta en el hospital no requiera pruebas o exploraciones, se debería evitar la consulta presencial en el hospital y resolver el proceso mediante consulta telemática.

A largo plazo se debería potenciar el modo de trabajo de **procesos asistenciales compartidos** a fin de minimizar las consultas hospitalarias de los pacientes y evitar duplicidades de actividades.

Se deberían implementar y potenciar el uso de tecnologías compartidas entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria, que puedan evitar la saturación de ciertas consultas hospitalarias, por ejemplo: teledermatología o retinografías.

### **3.3.6. Instaurar medidas para la desburocratización de las consultas**

- Incorporar herramientas para gestión del seguimiento de las situaciones de Incapacidad Temporal laboral.
- Partes de baja con firma en formato electrónico.
- Permitir autodeclaración de bajas cortas.
- La inspección médica debe tener medios y autonomía para verificar la información del paciente sobre prescripciones de visado e incapacidades temporales sin que los facultativos de Atención Primaria tengan que hacer de intermediarios
- Se debe generalizar el acceso y facilitar información sobre el uso de herramientas (App) para que todos los ciudadanos puedan acceder a sus informes sobre pruebas complementarias, informes, parte de IT, listados de prescripciones, etcétera, sin tener que solicitar consulta a los médicos de Atención Primaria.

- Las citaciones de seguimiento de Atención Hospitalaria, independientemente de su duración deben ser tramitadas por los servicios de admisión y citaciones de los hospitales, incluidas las derivaciones entre los servicios de este nivel.
- Los servicios de admisión de los hospitales deben solucionar todo lo referente a sus citaciones, sin tener que recurrir los pacientes en ningún caso a la mediación ni solicitud de interconsulta a los médicos de familia.
- Se debe proporcionar a los facultativos información sobre el tipo de informes que deben y que no deben hacer a los pacientes y tener respaldo por parte de la administración en caso de negarse a hacerlos en aquellos casos en que no exista obligación.
- Integrar los sistemas de prescripción e incapacidad laboral de los pacientes mutualistas (MUFACE, ISFAS, y otros) en los sistemas de Atención Primaria.

#### **4.POTENCIAR LOS “VALORES PERDIDOS” DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y BASARSE EN LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y UNIDAD MÉDICA/O – ENFERMERA/O**

##### **Objetivo**

Todo ciudadano de nuestra comunidad debe disponer de un/a médico/a y enfermera/o de referencia.

##### **Medidas propuestas:**

La asistencia en Atención Primaria debe centrarse en el paciente y basarse en la continuidad asistencial proporcionada por el personal sanitario de referencia. En el contexto de la crisis epidémica y debido a la merma de las plantillas por los contagios, ha sido necesario una reorganización basada en distribución de tareas. En cuanto la situación lo permita se debe revertir este modelo de organización.

Si se desea avanzar a un sistema con mayor asistencia telemática y en el contexto actual, es más necesario que nunca que todos los profesionales, fundamentalmente de medicina y enfermería, mantengan el mismo cupo de pacientes a lo largo del tiempo.

Para lo anterior es fundamental dotar a los centros de salud de una plantilla suficiente y sin contratos precarios y en caso de ser necesario sustituciones largas por el personal de refuerzo, debe ser uno de los refuerzos quien sea responsable de la mayor parte posible de la sustitución.

En caso de falta de personal, debe ser prioritario mantener cubierta la asistencia de carácter ordinario, por encima de la cobertura de la Atención Continuada.

El personal de enfermería debería cobrar el complemento capitativo ajustado edad de la misma manera que el personal médico.

#### **5.INCORPORAR LA ORIENTACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA**

Definir intervenciones de coordinación y/o activación de los recursos sociales y/o recursos comunitarios para responder a la situación de las personas que viven solas o con dificultades socio-económicas que han podido surgir o empeorar durante el confinamiento.

Atender el posible aumento de los problemas de Salud Mental derivados de la pandemia en relación al confinamiento: aislamiento social, pérdida de familiares, pérdida de empleo, problemas derivados de la convivencia familiar, problemas de violencia de género, problemática socio-económica, problemas de dependencia, etc.

Vigilancia epidemiológica de las Residencias de Ancianos tanto de los residentes como del personal del centro socio-sanitario.

## **6. ESTABLECER INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS QUE ORIENTEN CAMBIOS DE FASE EN LA ORGANIZACIÓN**

A fin de conocer la situación epidemiológica y poder planificar “la desescalada” de algunas de las medidas excepcionales, que deberán mantenerse en el corto plazo, se debería disponer de información estratificada por centros.

Si se dispone de pruebas de confirmación de casos en el futuro: incidencia semanal de casos confirmados mediante PCR.

Mientras no se disponga de esta información, puede resultar útil un indicador indirecto: casos incidencia semanal de casos probables.

Semanalmente se debería disponer de datos por: cupo, Centro de Salud y Zona Básica de Salud.

## **7. APROVECHAR LA OPORTUNIDAD DE MEDIDAS APLICADAS DURANTE LA FASE AGUDA DE EPIDEMIA EN VISTA A LA ORGANIZACIÓN FUTURA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**

Lo desarrollado y aprendido en esta situación abre una ventana de oportunidad para poder acometer reformas de antiguo necesarias aprovechando la sensibilización social y la oportunidad política.

Los puntos cruciales siguen siendo: el presupuesto y la dotación de personal necesario.

Se deben reanudar los trabajos de dirección y de los equipos asesores para definir la estrategia de reforma de Atención Primaria y comenzar a implementar las propuestas de los diferentes grupos de trabajo que se formaron en la plataforma de médicos de Atención Primaria.

Se debe aprovechar la actual coyuntura para dotar de mayor autonomía de gestión a los diferentes equipos y adaptar las directivas generales en cada EAP contando con la experiencia y la visión de los profesionales.

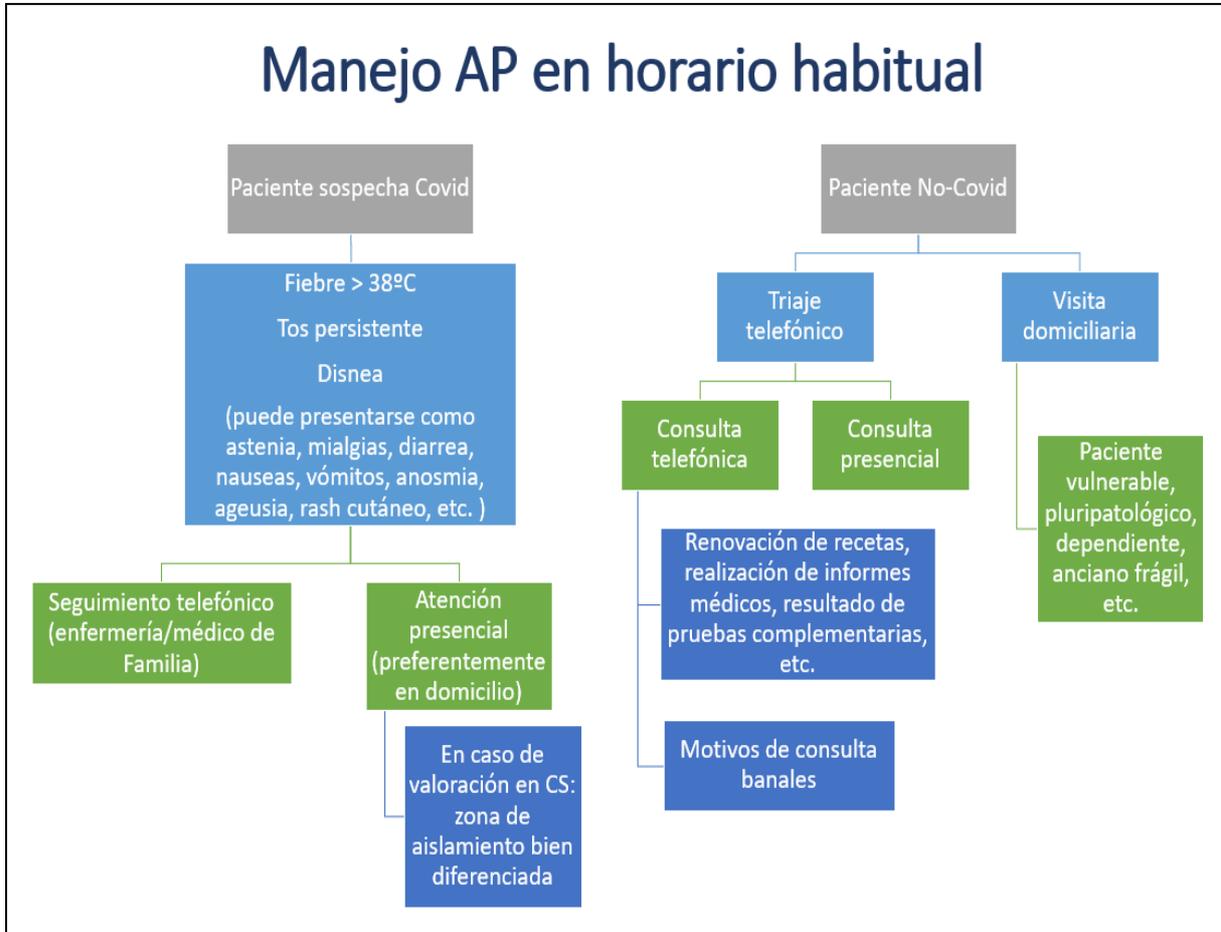
Se debe dejar de realizar actividades inútiles o de poca utilidad, consensando una oferta de servicios y actividades basada en la eficacia de las mismas y no crear falsas expectativas en la población. Algunos ejemplos en este sentido son: pruebas innecesarias, visitas de control innecesarias y por encima de lo recomendado a enfermedades crónicas, controles de procesos agudos que por definición se resuelven de forma espontánea, evitar las consultas por procesos insignificantes.

Debe tenerse en cuenta que los necesarios esfuerzos en inversión y en personal no tendrán efecto a largo plazo si no se acompañan de medidas de control de la demanda. Ningún sistema, por más que se amplíe, tiene capacidad de respuesta infinita a la demanda.

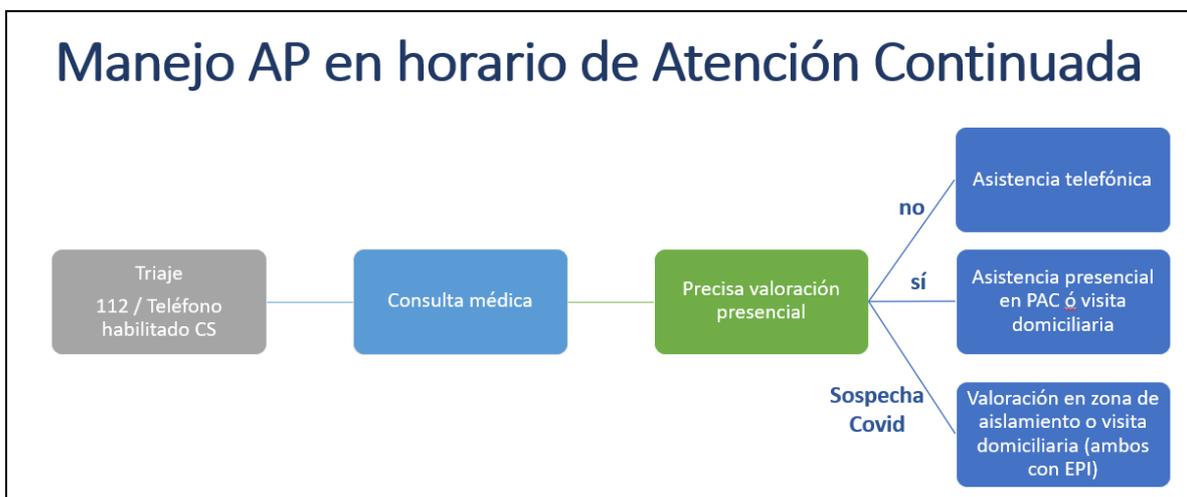
Es necesario reajustar la distribución poblacional asignada a los diferentes EAP y entre profesionales en base a criterios de edad y de factores socio-económicos. El problema de sobrecarga de determinadas agendas y demora en agenda es desigual entre los diferentes profesionales y está condicionado en gran parte por esta situación.

## Anexos

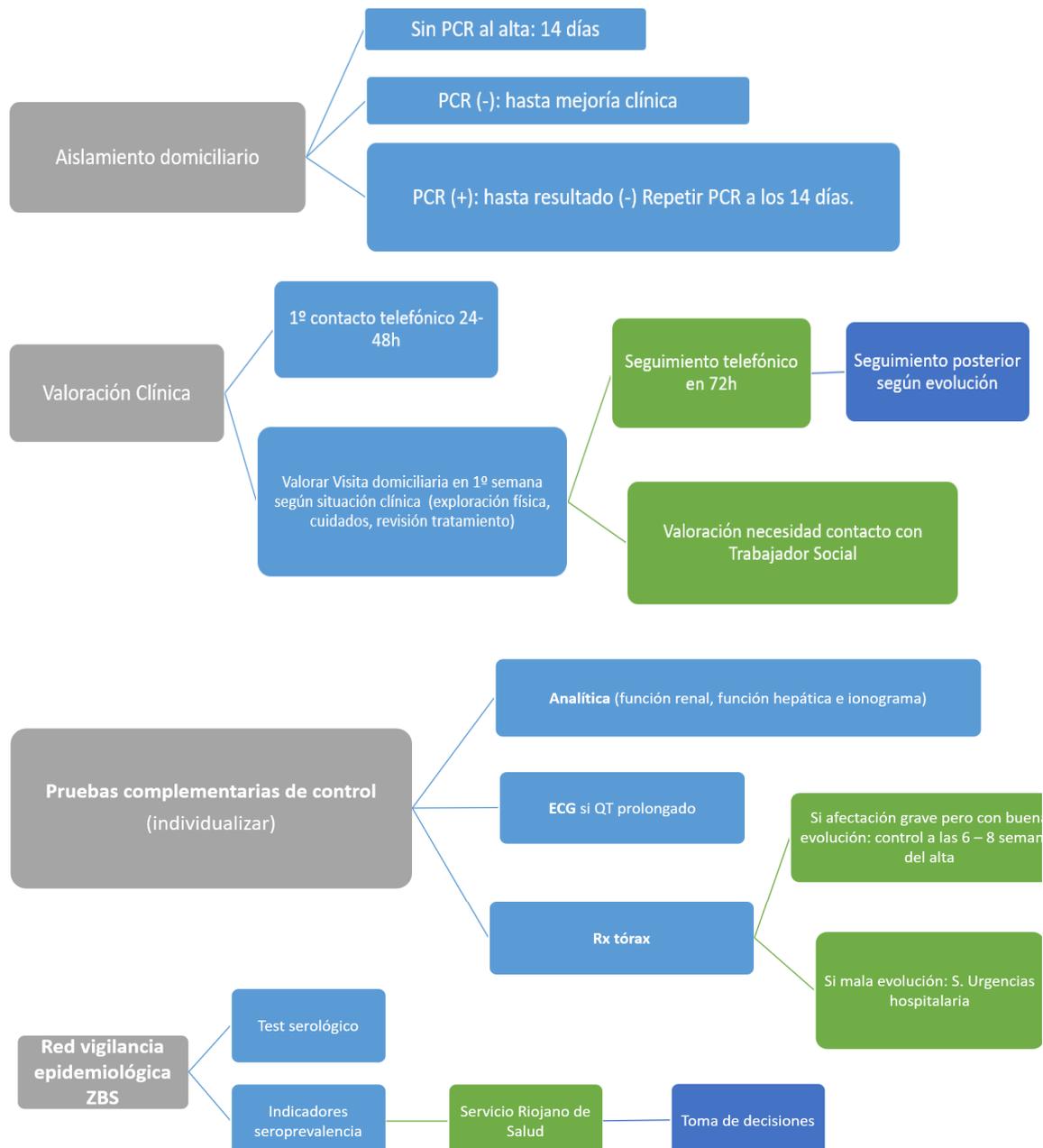
### Anexo 1. Asistencia Atención Primaria en Horario Habitual



### Anexo 2. Asistencia en Puntos de Atención Continuada



**Anexo 3. Seguimiento AP de pacientes Covid -19 al alta hospitalaria**



Continuidad asistencial al alta en pacientes con diagnóstico de neumonía por SARS-Cov-2 (semFYC)

## **Bibliografía:**

La documentación revisada para elaborar este documento ha sido la siguiente:

Propuesta Plan de Normalización de Actividad Asistencial en Atención Primaria. Grupo de trabajo de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Riojana de Medicina Familiar y Comunitaria. Logroño, 28 de Abril de 2020.

Documento incluye propuestas con un enfoque principal hacia el manejo de la asistencia en atención primaria, así como información y actividades hacia los pacientes. Gran parte de las aportaciones de este trabajo se han basado en estas aportaciones tal como se ha comentado en su presentación.

Apuntes para una desescalada de las medidas de confinamiento por Covid-19 en Atención Primaria. Madrid, 29 de Abril de 2020. <https://www.doctorcasado.es/2020/04/apuntes-para-una-desescalada-de-las.html>

Resultado de un trabajo colaborativo en respuesta a la solicitud realizada por la Dirección Técnica de Procesos y Calidad de la Dirección General de Atención Primaria de Madrid sobre la valoración de los profesionales respecto a las medidas de desescalada. Coordinado por Salvador Casado con aportaciones de otros numerosos referentes nacionales de la atención primaria como Francesc Borrell, Juan Gervás, Sergio Minué o Rafael Bravo entre un otros.

Salir de la excepcionalidad. Hacia una nueva normalidad. FoCAP. 28 de Abril de 2020. <https://focap.files.wordpress.com/2020/04/2020-04-28-focap-salir-de-la-excepcionalidad-hacia-una-nueva-normalidad-cast-3.pdf>

Otro documento en la misma línea de propuestas y posicionamiento de la atención primaria, elaborado por el Fórum Català d'Atenció Primària. Desarrolla principalmente aspectos sobre cómo aprovechar la oportunidad en vista al futuro. Se destaca como lectura complementaria al documento anterior.

Prevención de enfermedades altamente infecciosas en trabajadores y trabajadoras sanitarias. Antonia Raya y María José Fernández de Sanmamed Santos. AMF plus. Abril 2020. [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2627](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2627)

Uno de los artículos especiales incluidos en la revista AMF en el mes de abril sobre temas relacionados con COVID-19. Ofrece un resumen de la evidencia y la seguridad de uso de los equipos especiales de protección.

Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. Jesús Palacio Lapuente. AMF 2019;15(8):452-459. [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2506](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2506)

Artículo que reúne las evidencias a favor de la longitudinalidad en la asistencia a los pacientes.

Ministerio de Sanidad. Documento técnico. Manejo en Atención Primaria del COVID-19. [Internet.] Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo\\_primaria.pdf](https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf)