

# Atención Primaria en la era post-COVID

revolución para la  
transformación



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària

biblio III  
capçalera

03



**Informes CAMFiC/03** Proyecto de maquetación coordinado por la vocalía de comunicación de la CAMFiC.

© **Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).**

Barcelona, 2021.

Todos los derechos reservados. Por los derechos de propiedad intelectual, queda prohibida la reproducción total o parcial del material del presente documento, su uso de cualquier forma, por cualquier medio, ya sea electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, transmisiones, o cualquier otra sistema de almacenamiento y recuperación de información, sin el permiso explícito y por escrito de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC).



**CAMFiC**  
societat catalana de medicina  
familiar i comunitària

biblio III  
capçalera



# contenidos

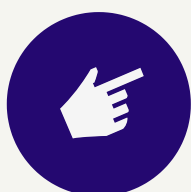
|    |                                                                   |    |
|----|-------------------------------------------------------------------|----|
| 1  | Redactores                                                        | 05 |
| 2  | Justificación                                                     | 06 |
| 3  | Preguntas                                                         | 07 |
| 4  | Datos de filiación                                                | 09 |
| 5  | Sentimientos durante la pandemia                                  | 11 |
| 6  | Agendas de trabajo                                                | 12 |
| 7  | Los médicos y médicas de familia y el equipo de atención primaria | 13 |
| 8  | El equipo de atención primaria y su composición                   | 14 |
| 9  | La atención primaria y el sistema sanitario                       | 15 |
| 10 | Elementos clave                                                   | 18 |
| 11 | Bibliografía y webgrafía                                          | 28 |



## Les invitamos a la revolución para la transformación

Es un hecho contrastado que la sindemia (mejor que pandemia) de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) ha provocado cambios globales, y también en la atención primaria de salud. Nos hemos replanteado las prioridades y hemos acelerado cambios que estábamos introduciendo tímidamente. Ahora, un año después, con mucho aprendizaje acumulado y con el deseo de dibujar una hoja de ruta con la que avanzar, presentamos este documento organizado en dos partes bien diferenciadas: la primera recoge los resultados de una encuesta realizada a 1.051 médicos de familia sobre cómo debe ser la atención primaria en la era post-COVID, y la segunda es una propuesta con 15 elementos clave extraídos de la encuesta y de la reflexión de la Junta Directiva de la CAMFiC, que quiere invitar a la revolución. Una revolución para transformarnos, para lograr ser lo que somos y lo que estamos llamados a ser.

**Mònica Solanes y Esther Limón**



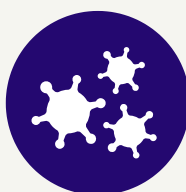
Posicionamientos CAMFiC



Biblioteca CAMFiC



Actualidad CAMFiC



Espacio COVID CAMFiC



# 1/ Redactores

## Dirección del documento

**Dr. Antoni Sisó Almirall**

Presidente de la CAMFiC

**Dra. Esther Limón Ramírez**

Tesorera de la CAMFiC

**Dra. Mónica Solanes Cabús**

Vocal primera de la CAMFiC

**Dr. Eugeni Paredes Costa**

Vocal de Lleida

## Redactores

**Dr. Josep Basora Gallisà**

Vicepresidente 1º de la CAMFiC

**Dr. Jordi Mestres Lucero**

Vicepresidente 2º y vocal de comunicación de la CAMFiC

**Dra. Iris Alarcón Belmonte**

Secretaria de la CAMFiC

**Dra. Irene Vezanzones Guanyabens**

Vicesecretaria de la CAMFiC y vocal de Girona

**Dra. Laura Conangla Ferrín**

Vocal segunda de la CAMFiC

**Dr. Xavier Cantero Gómez**

Vocal del Anoia

**Dr. Juan J. Montero Alía**

Vocal del Maresme

**Dra. Anna Rodríguez Ferré**

Vocal de Osona

**Dr. Francisco Martín Luján**

Vocal de Tarragona

**Dra. Rosa Ripollès Vicente**

Vocal de Terres de l'Ebre

**Dra. Montserrat Baré Mañàs**

Vocal del Vallès Occidental

**Dra. Montserrat Castellet Sala**

Vocal del Vallès Oriental

**Dr. Marcos Sánchez Sánchez**

Vocal de Residentes de la CAMFiC

**Dra. Yolanda Ortega Vila**

Vocal de Formación y Docencia de la CAMFiC

**Dr. Joan J. Cabré Vila**

Vocal de Investigación de la CAMFiC

**Dra. Sònia Moreno Escribà**

Vocal de Innovación de la CAMFiC



## 2/ Justificación

La irrupción de la COVID-19 forzó una adaptación en la organización de todos los centros de Atención Primaria (AP)<sup>1</sup>. La necesidad de reducir el riesgo de contagio nos obligó a desmasificar los centros y recurrir a un primer contacto telefónico o virtual<sup>2</sup>, a partir del cual el facultativo determinaba el recurso más adecuado para resolver cada necesidad: cita presencial, domicilio o resolución telefónica. Con el desconcierto ajeno y el propio hemos puesto en valor cosas cotidianas, que parecían sencillas, como atender a los pacientes en la consulta para el estudio de nuevos problemas de salud o por descompensaciones de una patología.

Haber enfrentado una pandemia nos ha cambiado a nivel profesional y personal, como individuos y como colectivo. Lo hemos pasado mal, los usuarios y los profesionales, con este cambio repentino de nuestro sistema habitual de atención<sup>3</sup>. Pero ahora nos damos cuenta, pasados los meses, de que hemos hecho un aprendizaje importante en la gestión de la consulta y de los equipos de salud. Algunos de los cambios han sido provechosos, y otros han sido perjudiciales: son una verdadera amenaza y los hemos identificado<sup>4</sup>.

Hemos realizado menos visitas presenciales y más visitas telemáticas<sup>5</sup>. Y nos planteamos muy seriamente cómo podemos promover la negociación entre los ciudadanos y los profesionales para evitar tanto la inmediatez estéril como la espera dilatada impuesta. Negociar para decidir cuándo y de qué manera una persona precisa atención por parte de sus profesionales de referencia. Reducir las demandas irracionales, evitar la presencialidad innecesaria y priorizar la sincronía cuando aporte valor, manteniendo la confianza de la población y trabajando intensamente desde un abordaje comunitario que ha demostrado ser tan importante durante toda esta pandemia.

Con la voluntad de generar reflexión y captar a la vez la opinión del colectivo de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) que cada día pasa consulta o dirige cualquiera de los centros o dispositivos de atención primaria, desde la vocalía de la CAMFiC de Lleida se elaboró una encuesta anónima y voluntaria. Por su interés se extendió a todos los socios y socias de la CAMFiC de Cataluña. La encuesta lleva por título *MFyC en la era post-COVID: ¿ave fénix o extinción?*

La estructura de la encuesta consta de una primera parte con datos de filiación; una segunda, con 22 preguntas de respuesta múltiple, y una tercera, con una única pregunta de texto libre.



## 3/ Preguntas



**El equipo me ha transmitido la fuerza necesaria para seguir adelante**

p11



**He sufrido angustia y/o problemas para dormir**

p11



**He sentido falta de organización y coordinación, como un caos**

p11



**Me he sentido profesionalmente fuerte pese a la adversidad**

p11



**He sentido que derrochaba mi tiempo en bajas laborales y otras tareas burocráticas**

p11



**¿Quién sería más conveniente que efectuara la citación presencial de los pacientes en nuestra agenda?**

p12



**¿Quién debería diseñar la agenda de los médicos y médicas de familia?**

p12



**¿Qué proporción entre visitas presenciales y no presenciales cree que debe tener la agenda de trabajo de un MFyC?**

p12



**¿Qué rol siente que estamos asumiendo los médicos y médicas de familia en la atención primaria?**

p13p



**Respecto a la atención domiciliaria**

13



**Respecto a la atención al final de vida**

p13



**Respecto a la composición de los equipos de atención primaria (EAP)**

p14





**Respecto a la organización de los EAP**

p14



**¿Cómo percibe en la actualidad la coordinación con otros servicios?**

p14



**Si hace una proyección del sistema sanitario actual a 10 años vista, ¿cómo ve la atención primaria y la MFyC?**

p15



**¿Cómo debería evolucionar el sistema sanitario?**

p15



**Es necesario impulsar la telemedicina utilizando todo su potencial, con todos los recursos tecnológicos propios**

p16



**Deben establecerse mecanismos para posibilitar la contratación por parte de atención primaria de pruebas complementarias y primeras visitas de atención hospitalaria**

p16



**Es necesario implementar un modelo de pago de la atención primaria vinculado al número de ciudadanos asignado, ponderado por su nivel de complejidad clínica y vulnerabilidad social, capacidad de resolución y resultados en salud**

p16



**Hay que integrar los equipos sanitarios de los centros residenciales con los EAP, y acompañarlos de los recursos necesarios para una atención eficiente en este ámbito**

p16



**En términos de coste-efectividad, hay que descentralizar procedimientos (y presupuesto) de la atención hospitalaria hacia los EAP**

p17



**Habría que dotar de forma progresiva los EAP, con o sin personalidad jurídica, de autonomía en la gestión económica y de los recursos humanos (respetando los derechos adquiridos), con direcciones y modelos de asignación económica que favorezcan la corresponsabilidad en los resultados asistenciales y económicos**

p17



**¿Desea aportar alguna reflexión sobre el modelo de trabajo de la MFyC post-COVID? (nube de ideas)**

p17

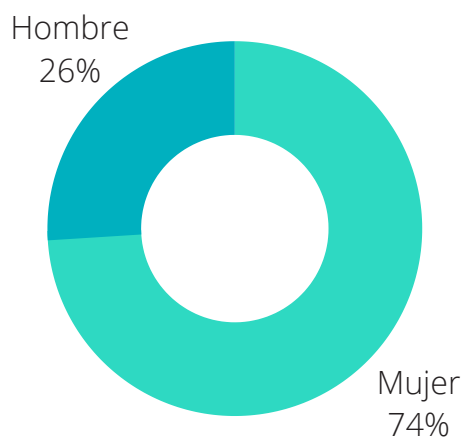




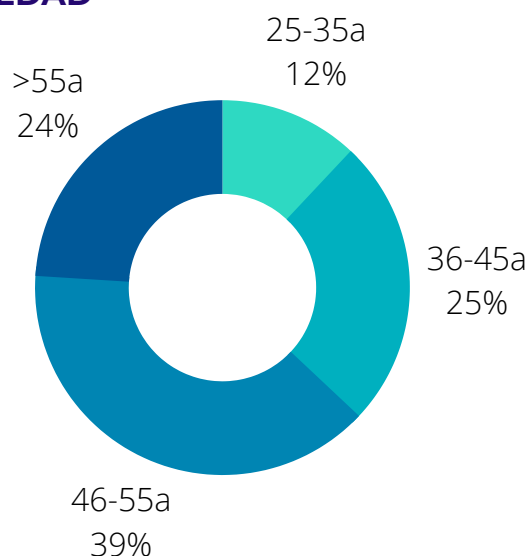
## 4/ Datos de filiación

Resultados de la encuesta sobre el funcionamiento del trabajo de los médicos y médicas de atención primaria en la era post-COVID, con **1.051 participantes**.

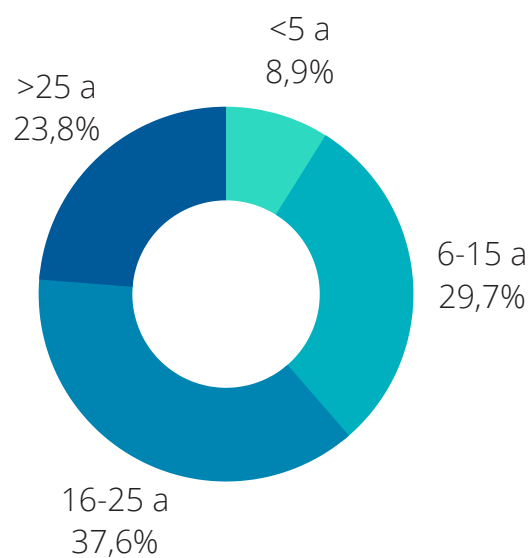
### SEXO



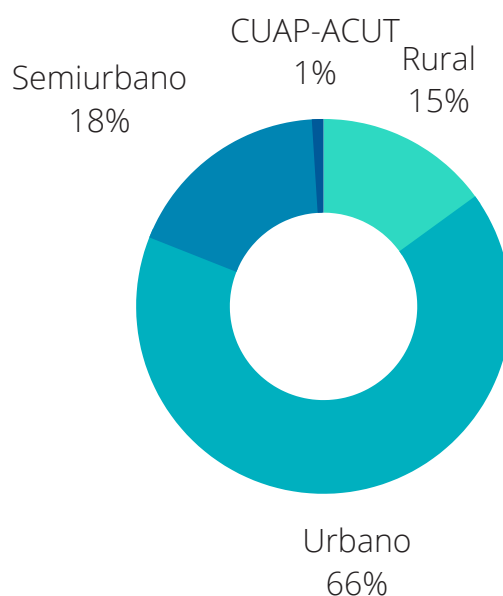
### EDAD



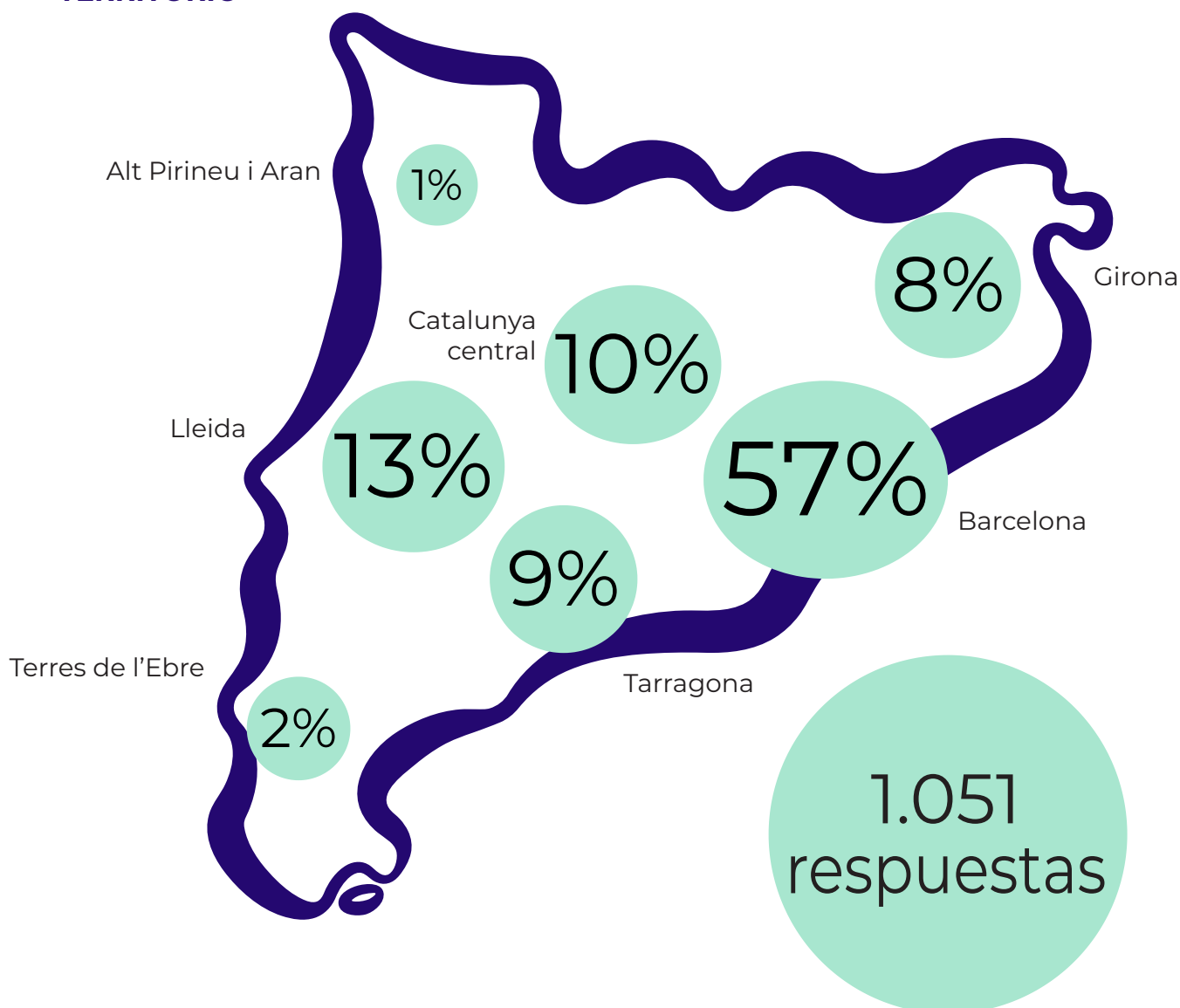
### AÑOS DE EJERCICIO DE LA PROFESIÓN



### ÁMBITO DE TRABAJO



CUAP-ACUT: Centro de urgencias de atención primaria-atención continuada y de urgencias territorial.

**TERRITORIO**

La segunda parte de la encuesta constaba de 22 preguntas. Se propuso responderlas mediante una escala de **Likert**, asignando un valor a elegir entre 1 (completamente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (indiferente), 4 (de acuerdo) y 5 (completamente de acuerdo). Se han agrupado las respuestas 1 y 2 y las respuestas 4 y 5 para obtener una impresión más clara de la tendencia.

En desacuerdo

Neutral

De acuerdo



## 5/ Sentimientos durante la pandemia

?

El equipo de me ha transmitido la fuerza necesaria para seguir adelante

10%

23%

67%

?

He sufrido angustia y/o problemas para dormir

23

19

58

?

He sentido falta de organización y coordinación, como un caos

15

27

58

?

Me he sentido profesionalmente fuerte pese a la adversidad

11

29

60

?

He sentido que derrochaba mi tiempo en bajas laborales y otras tareas burocráticas

5

12

83

En desacuerdo

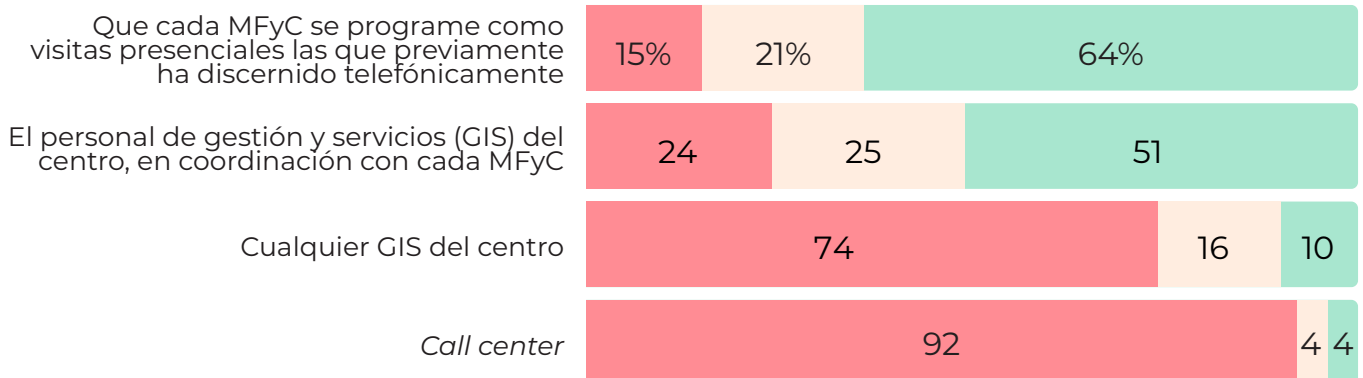
Neutral

De acuerdo

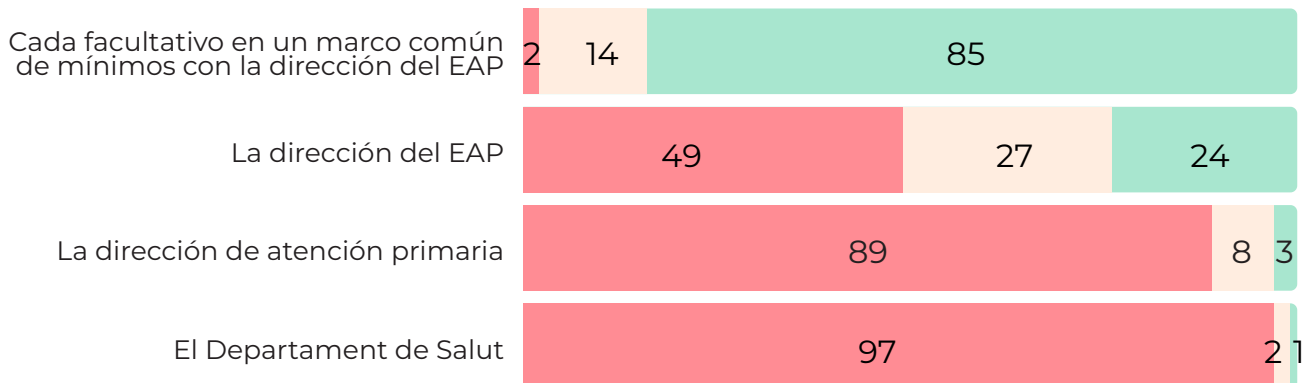
## 6/ Agendas de trabajo



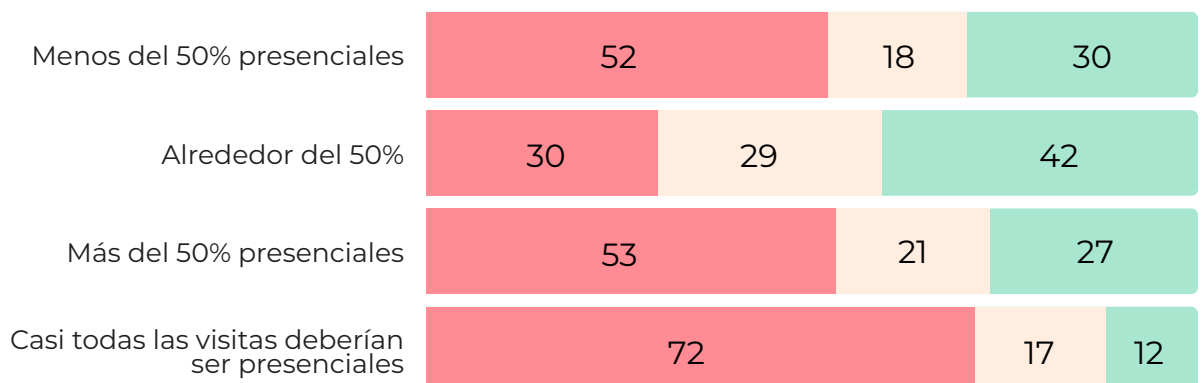
**¿Quién sería más conveniente que efectuara la citación presencial de los pacientes en nuestra agenda?**



**¿Quién debería diseñar la agenda de los médicos y médicas de familia?**



**¿Qué proporción entre visitas presenciales y no presenciales cree que debe tener la agenda de trabajo de un MFyC?**



En desacuerdo

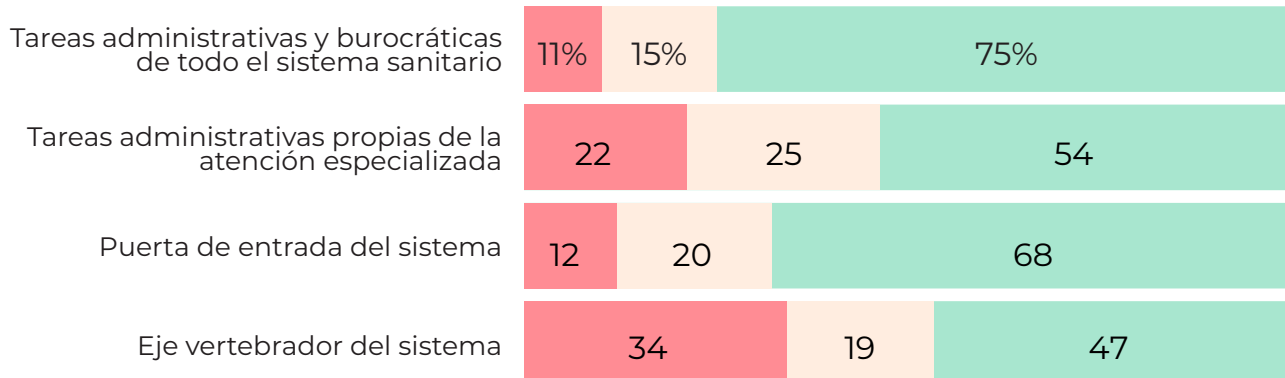
Neutral

De acuerdo

## 7/ Los médicos y médicas de familia y el EAP

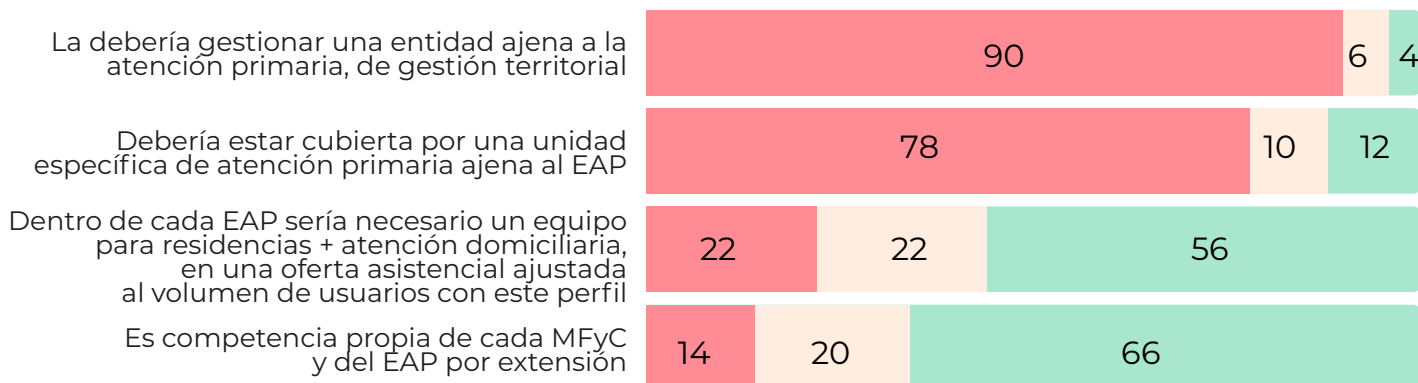
?

¿Qué rol siente que estamos asumiendo los médicos y médicas de familia en la atención primaria?



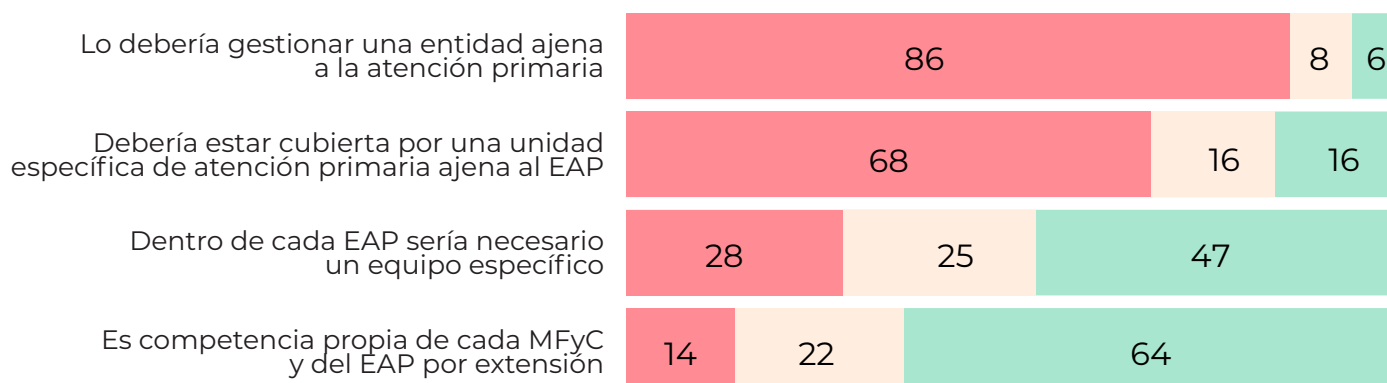
?

Respecto a la atención domiciliaria



?

Respecto a la atención al final de vida

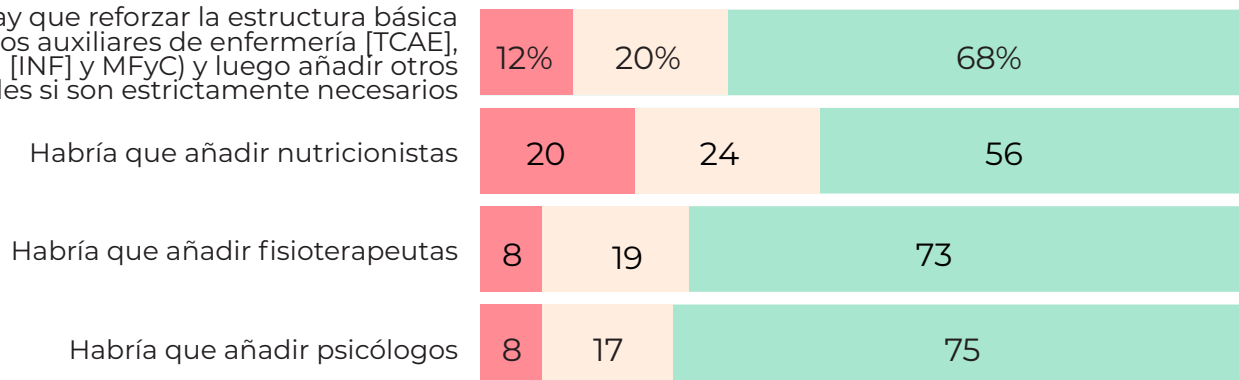


## 8/ El EAP y su composición

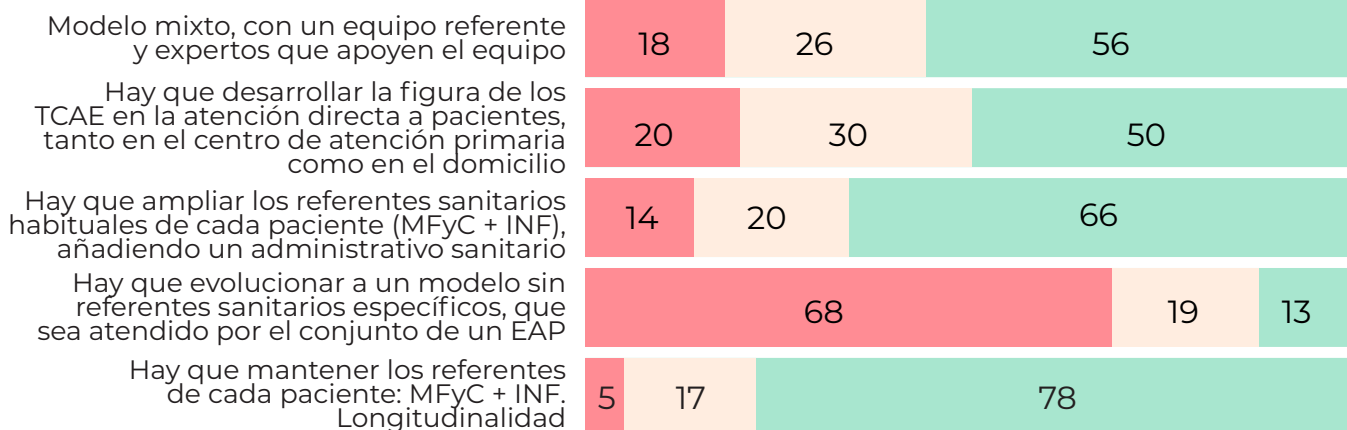


### Respecto a la composición de los EAP

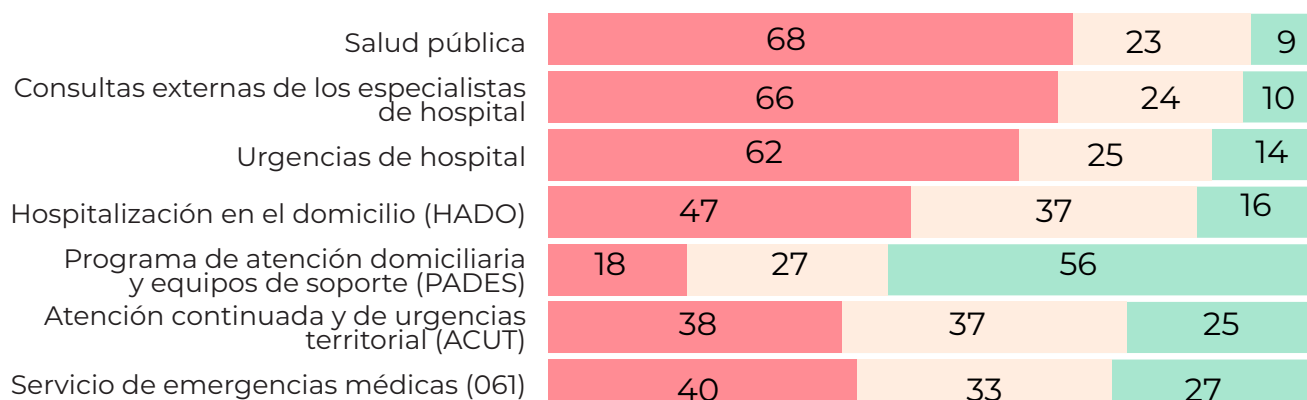
Primero hay que reforzar la estructura básica (GIS, técnicos auxiliares de enfermería [TCAE], enfermería [INF] y MFyC) y luego añadir otros profesionales si son estrictamente necesarios



### Respecto a la organización de los EAP



### ¿Cómo percibe en la actualidad la coordinación con otros servicios (1: muy mala, 5: óptima)?



En desacuerdo

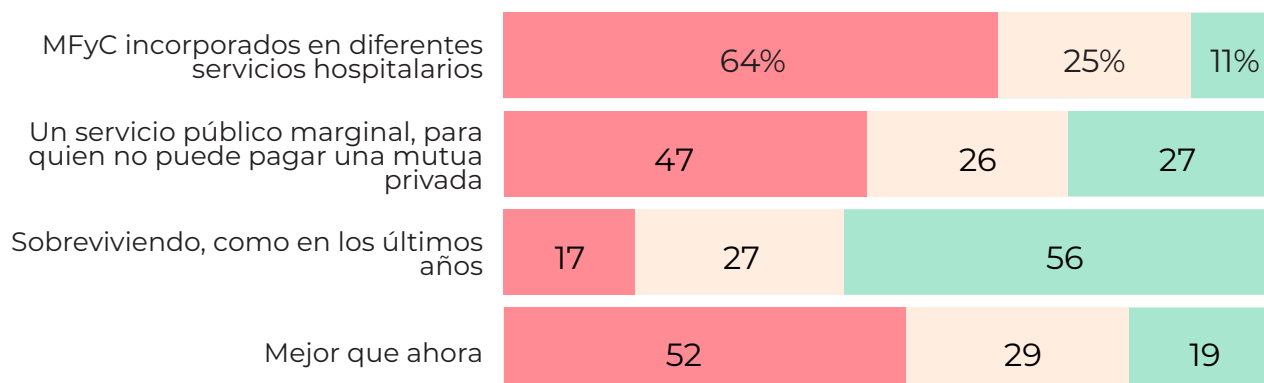
Neutral

De acuerdo

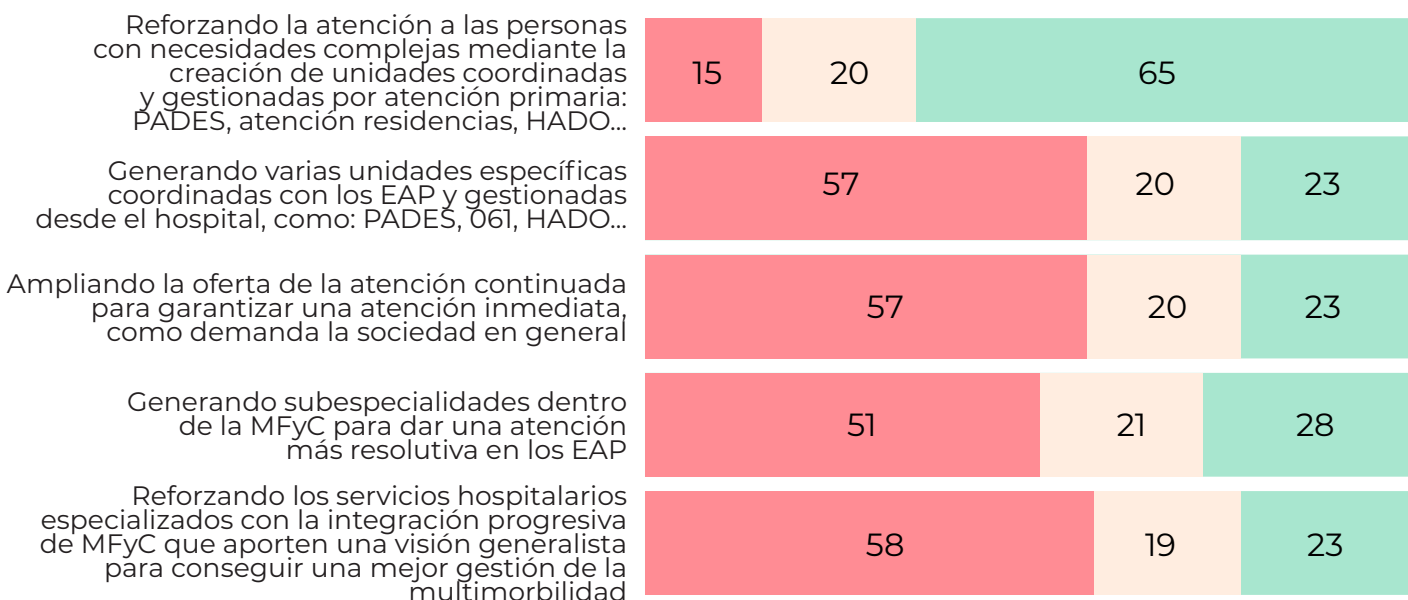
## 9/ La AP y el sistema sanitario



**Si hace una proyección del sistema sanitario actual a 10 años vista, ¿cómo ve la atención primaria y la MFyC?**



**¿Cómo debería evolucionar el sistema sanitario?**



En desacuerdo

Neutral

De acuerdo

Las siguientes afirmaciones incluyen algunas propuestas para hacer evolucionar el sistema sanitario en relación con la atención primaria.



**Es necesario impulsar la telemedicina y la telemonitorización utilizando todo su potencial, con todos los recursos tecnológicos propios de un modelo moderno y desarrollado**



**Deben establecerse mecanismos para posibilitar la contratación por parte de atención primaria de pruebas complementarias y primeras visitas de atención hospitalaria**



**Es necesario implementar un modelo de pago de la atención primaria vinculado al número de ciudadanos asignado, ponderado por su nivel de complejidad clínica y vulnerabilidad social, la capacidad de resolución y resultados en salud**



**Hay que integrar los equipos sanitarios de los centros residenciales con los EAP, y acompañarlos con los recursos necesarios para una atención eficiente en este ámbito**







## 10/ Elementos clave

Ahora habrá que saber transformar esta vivencia en una oportunidad, atreviéndonos a incorporar los cambios que se han evaluado como positivos. Esto dependerá de nosotros individualmente, de la dirección de cada equipo y del sistema de salud, que deberá facilitarlo y aportar los recursos. En caso contrario, la inercia y la demanda podrían devolvernos a la dinámica previa de una atención primaria ya sobrepasada y eternamente a la espera de unos cambios profundos que nunca se han llevado a cabo.

Nuevamente, la CAMFiC quiere ser una sociedad impulsora de la transformación que precisa la atención primaria y, por extensión, el sistema de salud. Atendiendo a los resultados de la encuesta y a la valoración de la Junta Directiva, se han identificado 15 elementos clave con los que proyectar el modelo de atención primaria en la era post-COVID.

### 1/ Comunicación con la población

Durante la pandemia hemos experimentado la desorientación de los usuarios ante la dificultad de establecer contacto con los profesionales de referencia y ante los cambios en los circuitos habituales.

Es imprescindible un **plan de comunicación con la población** para informar de los circuitos internos de cada centro y, al mismo tiempo, para poner **énfasis en la capacidad de resolución de la atención primaria, en el impacto de la prevención y en evitar la medicalización**. Y deberá hacerse con un sistema multicanal (trípticos de papel, redes sociales, agentes sociales locales, múltiples idiomas...), ya que damos servicio a una población muy diversa y queremos llegar a todos.

### 2/ Administrativo sanitario (*clínical assistant*)

La burocracia y la demanda sanitaria han ido creciendo en las últimas décadas. La burocracia ocupa aproximadamente un 30% de la agenda de los facultativos e implica pérdida de tiempo asistencial y de autoestima profesional. La demanda sanitaria es muy amplia y la relevancia clínica variable. Actualmente, el usuario dirige a su MFyC la mayoría de las consultas, cuando quizás otro profesional podría darle respuesta. Esto pone de manifiesto la necesidad de un gestor de salud, que visualizamos como **el**



**enlace directo con el usuario y desde quien se generan los flujos de trabajo interno para resolver la necesidad del usuario.** El gestor de salud conoce los circuitos internos del centro y el sistema de salud, y se convierte en el referente de un determinado volumen de población. **Se integra en cada equipo de médica/o y enfermera/o con una agenda propia diaria.** Lejos de los modelos de citación centralizados, se gestiona desde la proximidad cada necesidad y se resuelven las tareas delegadas (gestión de las tecnologías de la información, ambulancias, productos ortopédicos...), mientras se habilitan acciones en el eCAP que lo permitan.

Hay que reconocer en la figura del administrativo sanitario una oportunidad para un sistema amenazado por la falta de personal facultativo (también de enfermería). Es preciso incrementar el equipo administrativo de los EAP y generar una formación específica (reconocimiento como profesión sanitaria) para garantizarles los conocimientos necesarios.

### 3/ Sistemas de conexión con usuarios y con compañeros hospitalarios

Se impone un salto cualitativo en **los sistemas de conexión mediante la incorporación de la atención no presencial y asincrónica con los usuarios.** Hay que adaptarse de forma progresiva al cambio generacional de la ciudadanía y aplicar los avances tecnológicos disponibles (videoconsulta, eConsulta...), **manteniendo las visitas presenciales cuando aporten valor.** Los profesionales debemos recibir formación y la organización tiene que ofrecer sistemas de contacto válidos para los diferentes segmentos de población<sup>6</sup>.

En relación con **el diálogo con la atención hospitalaria**, hay que replantear las diferentes modalidades de interconsulta. Actualmente, cada especialidad ha decidido sus propias condiciones para las interconsultas. Hay que establecer una relación de apoyo y servicio. Los cambios en el modelo asistencial deberán permitir un reconocimiento mutuo y reciprocidad entre atención primaria y atención hospitalaria.

### 4/ Tecnificación de la atención primaria

Hay que dotar la atención primaria de **tecnología diagnóstica y de seguimiento**, porque los usuarios y los profesionales queremos y podemos hacer algo más que la anamnesis y la exploración física. Queremos tecnificar la atención primaria para conseguir una mayor capacidad resolutive (ecógrafos, dermatoscopios, sistemas de análisis compactos, etc.).



También hay que incorporar sistemas de monitorización domiciliaria y ambulatoria conectados con la atención primaria, que permitan detectar e incidir en las descompensaciones de las patologías crónicas (insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial, diabetes *mellitus* de tipo 2, asma...). La atención domiciliaria conectada y tecnificada es indispensable para la atención primaria de salud.

## 5/ Gestionar la propia agenda

La accesibilidad es un atributo de la atención primaria de salud. La extensa bibliografía sobre el tema apoya el hecho de que para ser accesibles es necesario modificar nuestra manera de trabajar como profesionales y como equipo. Hay diferentes modelos y preferencias personales o profesionales, aunque lo que parece más oportuno es implementar modelos de acceso avanzado y explorar nuevas formas de relación profesional-usuario, y **dotar a las visitas presenciales del máximo valor añadido**<sup>7</sup>. Sin embargo, no creemos oportuno volver a enfocarnos en la inmediatez, lo que regía nuestra actividad antes de la pandemia. **Tener el control de la agenda para responder a las demandas de la manera oportuna** (presencial o telemática, sincrónica o asincrónica) es fundamental para poder desarrollar nuestra labor asistencial con satisfacción para los pacientes y para los profesionales (*quadruple aim*)<sup>8-10</sup>.

## 6/ Autonomía organizativa

La COVID-19 ha obligado a los EAP a tomar decisiones ágiles y de forma autónoma en su organización, teniendo en cuenta los profesionales de los que disponía, sus particularidades arquitectónicas, el volumen de residencias en su territorio, el tipo de población y el contexto epidemiológico, que era cambiante, etc. Se ha evidenciado que el **máximo rendimiento de cada equipo y de cada profesional se ha conseguido ampliando su autonomía de gestión**.

Trasladar a la atención primaria el poder de compra de base territorial la convierte en actor central y puede estimular el sector hacia la integración, la eficiencia y la eliminación de duplicidades. Teniendo en cuenta las diferencias territoriales, esta transformación puede ser de instauración progresiva y aplicarse a unidades territoriales homogéneas.



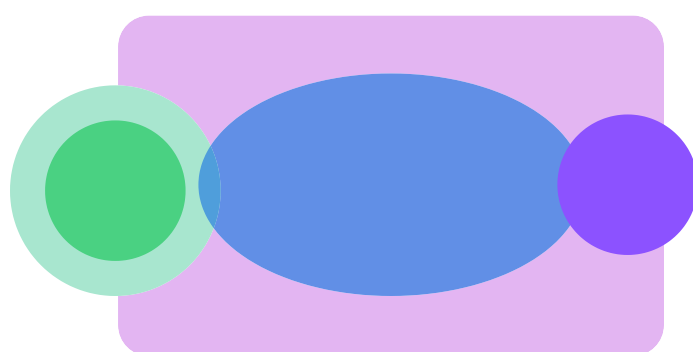
## 7/ Revisión del modelo arquitectónico y funcional de los centros

La pandemia nos ha mostrado que hay muchos centros obsoletos, pero que incluso los actuales pueden que no sean adecuados para un nuevo enfoque del modelo de atención. Necesitamos dejar atrás los ambulatorios y generar **centros integrados en la comunidad**, con características funcionales polivalentes que permitan realizar actividades grupales y comunitarias, con proximidad a los servicios sociales y con una elevada tecnificación. Lugares donde las visitas puedan ser más personalizadas, con espacios de diseño sostenible que contemplen las necesidades y el bienestar de los trabajadores.

## 8/ Longitudinalidad

Durante esta crisis sanitaria, los profesionales de la atención primaria hemos atendido residencias, hoteles hospital, dispositivos fuera de los centros de atención primaria (como carpas) y hemos cubierto a los compañeros de baja. Esto solo ha sido posible renunciando a la longitudinalidad y a la continuidad.

Hay que defender y preservar la longitudinalidad como principio de calidad asistencial y de seguridad del paciente. Debemos saber conjugarla con las competencias y habilidades clínicas: sumando y compartiendo el conocimiento del equipo seremos más fuertes. El enfoque humanista y biopsicosocial está en juego, aunque sabemos que no todas las personas necesitan ser atendidas de la misma manera<sup>11-14</sup>.



Traducida de Rosen<sup>11</sup>

- Pacientes con enfermedad menor que pueden ser atendidos de forma telemática
- Pacientes con enfermedad menor que deben ser atendidos presencialmente
- Pacientes asignados
- Pacientes con enfermedad evolutiva que necesitan atención longitudinal
- Pacientes con necesidades de atención compleja y necesitan múltiples proveedores y metodología de gestión del caso

## 9/ Principio de subsidiaridad

Toda demanda o necesidad debe ser resuelta por el profesional más cercano al usuario que sea capaz de hacerlo. Las situaciones más complejas deben ser resueltas por un profesional asistencial con una formación más específica.



Este principio debería ser aplicado a cualquiera de los procesos que tienen lugar en la atención primaria: gestión de la demanda, realización de informes, petición de ambulancias y productos ortopédicos, entre otros. El mapa de roles propuesto recientemente por el Fòrum de Diàleg Professional del Departament de Salut puede ser un primer paso para avanzar en su definición<sup>15</sup>.

## 10/ Equipos multidisciplinarios

Es necesaria una atención primaria con nuevos perfiles **profesionales integrados dentro del mismo equipo**, sobre todo psicólogos, fisioterapeutas y nutricionistas. La incorporación de nuevos roles profesionales (ya contemplada en el Pla d'Enfortiment i Transformació de l'Atenció Primària del CatSalut<sup>16</sup>) favorecerá el pleno desarrollo del rol del personal médico y de enfermería, que se centrarán donde aportan valor.

## 11/ Reconocimiento docente e investigador

El compromiso de la medicina de familia y de la atención primaria con la docencia durante esta crisis ha sido ejemplar, manteniendo las actividades docentes y universitarias en el grado y en el posgrado. Los centros que ofrecen docencia a los alumnos universitarios de grado merecen el reconocimiento de centros universitarios. Sin embargo, este vínculo y reconocimiento debería traducirse en una mayor presencia de la medicina de familia en el grado, ahora escasa, siguiendo los estándares europeos<sup>17</sup>.

La investigación y la innovación, como motores del cambio en la atención primaria, son indispensables para alcanzar un mayor nivel de resolución, con una mayor transferencia al sistema nacional de salud en beneficio de los ciudadanos, incorporando la visión de las personas y propiciando cambios, con modelos predictivos y personalizados, implementando la *big data*.

## 12/ Reconocimiento de la resolución de cada centro

Incentivar a los centros para alcanzar la máxima resolución implica reconocer y dotar las actividades que se van incorporando, así como reconocer la contención en productos intermedios o derivaciones gracias a esta mayor resolución. **Hay que traspasar presupuesto a los EAP cuando asumen actividades** anteriormente atendidas en otros ámbitos. En caso contrario, se está penalizando a los equipos que lo hacen.



Hay que **huir del sistema actual de cartera de servicios, indefinida y perpetuamente ampliable, sin una compensación directa por las innovaciones que comporta la evolución sanitaria:** espirometrías, control de anticoagulantes, cribado ocular en los diabéticos (CROC), monitorización ambulatoria de la tensión arterial (MAPA), ecografías, pequeña cirugía... Sin duda, queremos asumirlas para mantener la confianza de los usuarios, mientras seguimos dando respuesta como profesionales de referencia.

## 13/ Mejoras en las condiciones laborales

Para evitar la fuga de profesionales y la pérdida de talento es necesario un **plan de fidelización**. Por ejemplo: contratos anuales, prestigio, regulación de la carga de trabajo, conciliación, teletrabajo, formación e investigación dentro de la jornada laboral, oportunidades de crecimiento profesional, mayor acceso a los niveles de carrera profesional<sup>18</sup>.

## 14/ Revisión del modelo de salud

**“Que los hechos acompañen a las palabras”**

Hemos escuchado los mensajes sobre la centralidad y la vertebración alrededor de la atención primaria por su posición privilegiada en la recogida, prevención y resolución de un elevado porcentaje de las necesidades de los usuarios. Ahora es necesario que esto se haga real<sup>19-23</sup>.

Las profesionales de atención primaria pedimos que los hechos acompañen a las palabras, es decir:

- Mayor presencia de la MFyC en la universidad y un porcentaje mayor de plazas MIR de MFyC.
- Autonomía organizativa de los EAP y de las propias agendas.
- Avance en los sistemas de comunicación con los pacientes y con otros niveles asistenciales.
- Facilitar la ampliación de la cartera de servicios para ser resolutivos CON presupuesto.
- Equipos multidisciplinares.
- Modernización de las infraestructuras de atención primaria.
- Coliderazgo en los circuitos atención primaria-hospital.
- Compra de consultas y productos desde la atención primaria.



## 15/ Presupuesto para la atención primaria

Imprescindible. Un nuevo modelo que dé respuesta al envejecimiento poblacional y a la demanda creciente de salud, que defienda un sistema público de salud sostenible, solo es factible con un incremento real del presupuesto de atención primaria, actualmente infrafinanciada, hasta el reconocido 25% del presupuesto sanitario<sup>23,24</sup>.

La asignación para la atención primaria no tiene que competir con llamativos proyectos hospitalarios, porque la esencia de la atención primaria es la orientación diagnóstica inicial, el manejo de la patología crónica, el acompañamiento emocional, la atención domiciliaria (incluido el final de la vida), la actividad preventiva y de promoción de la salud, el diagnóstico y la resolución en la proximidad. El descenso persistente del presupuesto de atención primaria y de sus condiciones laborales han dejado unos equipos muy mermados en cuanto a su personal.

Lamentablemente, **la relevancia del trabajo que se hace en la atención primaria se ha evidenciado cuando ha dejado de realizarse durante esta pandemia<sup>25</sup>.**





# Atención Primaria en la era post-COVID

revolución para la  
transformación

- 

**1**

**Comunicación con la población**  
Es imprescindible un plan de comunicación con la población
- 

**2**

**Administrativo sanitario**  
Creación de la figura del gestor de salud (*clinical assistant*), enlace directo con el usuario
- 

**3**

**Sistemas de conexión con usuarios y con compañeros de hospital**  
Sistemas de conexión incorporando la atención no presencial y asincrónica
- 

**4**

**Tecnificación de la AP-eSalud**  
Hay que dotar a la atención primaria de tecnología diagnóstica y de seguimiento
- 

**5**

**Gestión de la propia agenda**  
Dotando las visitas presenciales del máximo valor añadido



# Atención Primaria en la era post-COVID

revolución para la  
transformación

6



## Autonomía organizativa

Para aumentar al máximo el rendimiento de cada equipo y de cada profesional

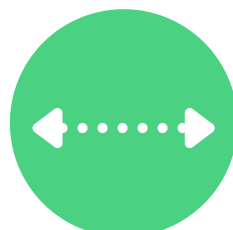
7



## Revisión del modelo arquitectónico y funcional de los centros

Generar centros integrados en la comunidad, polivalentes y comunitarios

8



## Longitudinalidad

Principio de calidad asistencial y de seguridad del paciente

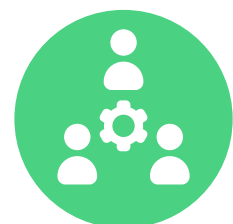
9



## Principio de subsidiaridad

Toda demanda o necesidad debe ser resuelta por el profesional más capacitado para hacerlo

10



## Equipos multidisciplinares

Una atención primaria con nuevos perfiles profesionales integrados dentro del mismo equipo



# Atención Primaria en la era post-COVID

revolución para la  
transformación

11



## Reconocimiento docente e investigador

Mayor presencia de la MFyC en el grado y en la investigación e innovación, como motores en la atención primaria

12



## Reconocimiento de la resolución de cada centro

Hay que traspasar presupuesto al EAP cuando asume actividades atendidas antes en otros ámbitos

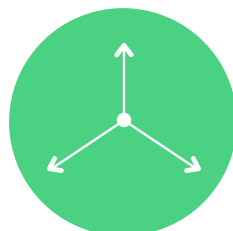
13



## Mejoras de las condiciones laborales

Para evitar la fuga de profesionales y la pérdida de talento es necesario un plan de fidelización

14



## Revisión del modelo de salud

Que los hechos acompañen a las palabras: atención primaria-eje del sistema

15



## Presupuesto

La relevancia del trabajo que se realiza se ha evidenciado cuando ha dejado de hacerse durante la pandemia



## 11/ Bibliografía y webgrafía

- 1/ Sisó Almirall A, Basora Gallisà J, Mestres Lucero J, Alarcón Belmonte I, Veganzones I, Limón Ramírez E, et al. Enquesta directors EAP davant la COVID-19. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2020.  
[http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_13019\\_EBLOG\\_4057.pdf](http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_13019_EBLOG_4057.pdf)
- 2/ Greenhalgh T, Choon Huat Koh G, Car J. COVID-19: a remote assessment in primary care. BMJ. 2020; 368:m1182.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32213507/>
- 3/ Fancourt D, Steptoe A, Bu F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. Lancet Psychiatry. 2021; 8(2): 141-9.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33308420/>
- 4/ Schers H, van Weel C, van Boven K, Akkermans R, Bischoff E, Hartman TO. The COVID-19 Pandemic in Nijmegen, the Netherlands: Changes in Presented Health Problems and Demand for Primary Care. Ann Fam Med. 2021; 19: 44-7.
- 5/ López F, Walsh S, Solans O, Adroher C, Ferraro G, García-Altés A, et al. Teleconsultation Between Patients and Health Care Professionals in the Catalan Primary Care Service: Message Annotation Analysis in a Retrospective Cross-Sectional Study. J Med Internet Res. 2020; 22(9): e19149.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7530682/>
- 6/ Mestres, J. Econsulta, solució o problema? Àgora mèdica. 2021.  
<http://agoramedicat.blogspot.com/2021/02/econsulta-solucio-o-problema.html>
- 7/ Varela J. Five recommendations to increase the value of clinical practice. Med Clin (Barc). 2021; 156(4): 187-90.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32546317/>
- 8/ Minué S, Bravo R, Simó J. Lecciones no aprendidas de la pandemia de la COVID-19. No todo es clínica. AMF. 2020; 16(7): 384-93.  
[https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2717](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2717)
- 9/ Ferran M, Alapont M. Mejorando la accesibilidad. Modelos de gestión de la demanda en el día. AMF. 2018; 14(7): 420-6.  
[https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2275](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2275)



10/ Comité de redacción. «En un lugar de la Mancha...» Todo para el paciente, pero ¿sin el paciente? AMF. 2021; 17(1): 2-3.

[https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2868](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2868)

11/ Rosen R. Divided we fall: getting the best out of general practice. Research report, Nuffield Trust. 2018.

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/divided-we-fall-getting-the-best-out-of-general-practice>

12/ Kringos DS, Boerma W, Van der Zee J, Groenewegen P. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending. Health Aff (Millwood). 2013; 32(4): 686-94.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23569048/>

13/ Schäfer WLA, Boerma, WGW, Van den Berg M, De Maeseneer J, De Rosi S, De Tollenaere J, et al. Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. Cambridge University Press, Primary Health Care Research & Development. 2019; 20, E104.

<https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/are-peoples-health-care-needs-better-met-when-primary-care-is-strong-a-synthesis-of-the-results-of-the-qualicopc-study-in-34-countries/5C72ABE885EE055159FA867E863C2998>

14/ Cerdón F. Atención primaria y longitudinalidad: más necesarias que nunca. FMC. 2021; 28(2): 65-7.

<https://www.sciencedirect.com/science/journal/11342072>

15/ Direcció General de Professionals de la Salut. Principals conclusions del Fòrum de Diàleg Professional. Direcció General de Professionals de la Salut; 2019.

[https://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_departament/lineas-estrategiques/1r\\_forum\\_diale\\_g\\_professional/documents/conclusions-forum-diale\\_g\\_professional.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/lineas-estrategiques/1r_forum_diale_g_professional/documents/conclusions-forum-diale_g_professional.pdf)

16/ Servei Català de la Salut. Pla d'enfortiment i transformació de l'atenció primària. Catsalut; 2020.

<https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/projectes-estrategics/pla-enfortiment-transformacio-atencio-primaria>



17/ Casado Vicente V, Bonal Pitz P, Cucalón Arenal JM, Serrano Ferrández E, Suárez González F. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(1): 69-75.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.018>

18/ Amnistía Internacional. La otra pandemia. Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la atención primaria en España. Amnistía Internacional España; 2021.

19/ Watson J, Salisbury C, Jani A, Gray M, McKinstry B, Rosen R. Better value primary care is needed now more than ever. BMJ. 2017; 359:j4944.

<https://research-information.bris.ac.uk/ws/files/139273178/bmj.j4944.full.pdf>

20/ Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. WHO-Observatory Studies Series; 38.

[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf)

21/ González B. Family medicine in the crossroad. Risks and challenges. Atención Primaria. 2020; 52(2): 65-6.

<http://dmc.ulpgc.es/en/art%C3%ADculos/1495-family-medicine-in-the-crossroad-risksand-challenges.html>

22/ Col·legi de metges de Barcelona. Informe sobre demografia col·legial 2019.

A: Informe anual 2019. Barcelona: Col·legi de metges de Barcelona; 2019; 22-3.

<https://www.comb.cat/pdf/demografia-informe2019.pdf>

23/ López-Casasnovas G, Casanova M. La malaltia de la sanitat catalana: finançament i governança. Cercle de salut. Editorial Profit; 2020.

24/ González López-Valcárcel B. Intervención en la comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados: 12/06/2020 [vídeo].

<https://youtu.be/XTFNDW-8HiU>

25/ Sisó-Almirall A, Kostov B, Sanchez E, Benavent-Àreu J, González-de-Paz, L.

The impact of the COVID-19 pandemic on primary healthcare disease incidence rates: 2017 to 2020.

<https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/167403>





biblio III  
capçalera

**informes CAMFiC**

[www.camfic.cat](http://www.camfic.cat)

[www.twitter.com/camfic](https://www.twitter.com/camfic)

# Atención Primaria en la era post- COVID

2021

