

Cambios adaptativos de la Atención Primaria durante la pandemia de COVID-19 en Navarra

Oscar Lecea Juárez, Ana Ariztegui Echenique, Cristina Villanueva Tres, Lucía Goyeneche Haro, Yolanda Martínez Cámara, Joaquín Perfecto San Miguel

Gerencia de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Correspondencia: Yolanda Martínez Cámara [yolanda.martinez.camara@navarra.es]

INTRODUCCIÓN

*El futuro no es lo que va a pasar,
sino lo que vamos a hacer*
Jorge Luis Borges

*Si piensas que es imposible
es porque no lo has intentado*
Anónimo

Desde la seguridad de considerarnos uno de los mejores sistemas sanitarios a nivel mundial tuvimos que enfrentarnos, lo mismo que el resto de países, a una pandemia para la que no estábamos preparados.

A pesar de los amagos anteriores de pandemia, informados por la OMS respecto a la gripe aviar y al ébola (en las que los servicios de riesgos laborales procuraron la formación de los profesionales respecto a transmisión de las enfermedades y utilización de equipos de protección individual), la magnitud de la COVID-19 ha impactado con una velocidad vertiginosa en nuestro sistema sanitario y en sus estructuras, obligando a dar respuesta inmediata a nuevas necesidades.

Los cambios realizados en la atención primaria para responder a la pandemia han sido múltiples e intensos. A continuación, se describen agrupados en cuatro grandes capítulos: Espacios, Funcionamiento, Comunicación y Aprendizajes. Por lo que respecta a los espacios, se describen los distintos movimientos realizados orientados tanto a evitar los contagios como

a dar seguridad y garantías a pacientes y profesionales. Los aspectos funcionales recorren los cambios de la estrategia diagnóstica en las sucesivas olas, la fase aguda, el tratamiento y el seguimiento; se presenta el protocolo de atención y seguimiento de la fase aguda, así como los elementos clave del tratamiento y seguimiento. La Comunicación, como elemento esencial de la gestión de una epidemia, es analizada según se establezca con el personal sanitario, entre estructuras asistenciales, con la población general y con los medios de comunicación. Finalmente se revisan las cuestiones aprendidas y el futuro de la Atención Primaria.

ADAPTACIÓN DE ESPACIOS EN LOS CENTROS DE SALUD

Según el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, se define como *Centro sanitario*, al conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial. Y como *Servicio sanitario*, a la unidad asistencial, con organización diferenciada, dotada de los recursos técnicos y de los profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, para realizar actividades sanitarias específicas. Puede estar integrado en una organización cuya actividad principal puede no ser sanitaria.

A finales de enero de 2020 se remitieron a los centros de salud (CS) de Atención Primaria (AP) los primeros procedimientos en relación con la nueva enfermedad declarada por China en diciembre de 2019. A finales de febrero, el procedimiento remitido desde la Gerencia de AP indicaba que, una vez detectada la sospecha de este diagnóstico “*se le colocará al paciente una mascarilla quirúrgica y será conducido de forma inmediata a una zona de aislamiento (box, habitación individual)*”. Ese fue el inicio de los circuitos diferenciados en los CS, los cuales implicaron cambios en los procedimientos de detección en Admisión (nuevas preguntas para gestión de la cita), tratamiento de superficies (libres de cualquier material, limpieza y desinfección entre paciente y paciente), distancia social (se marcaron los espacios de espera con la distancia mínima segura para las personas), salas de aislamiento, y accesos diferentes para el circuito normal y para las salas de aislamiento.

A principios de marzo, la Gerencia de AP remitió a todos los equipos de atención primaria el “Protocolo de manejo de casos sospechosos de enfermedad por virus COVID-19 en AP de Navarra”, en el que se especifican las condiciones de la sala de aislamiento (*la sala debe contener el mínimo aparataje y mobiliario posible (retirar cortinas, libros...) y las superficies deberán estar libres de material, debiendo estar todo el material guardado*), con el fin de favorecer su limpieza).

En esa época inicial, la creación de circuitos diferenciados tuvo dificultades diferentes en cada CS debido a la singularidad de cada uno de ellos. Además, hay que tener en cuenta que la necesidad de adaptación era para todos los CS y para todos a la vez, y que la mayoría de ellos ya funcionaban con el uso de todos sus espacios disponibles.

Todo lo enunciado previamente condicionó las soluciones que se implementaron del siguiente modo:

- **Accesos:** en una parte de los CS el acceso a los dos circuitos era por una única entrada, la habitual del centro, desde donde se derivaba al paciente al circuito indicado. En otros centros se habilitó una de las salidas de emergencias para dar acceso al circuito diferenciado. Por último, en algunos centros hubo que habilitar espacios exteriores (consultas prefabricadas y/o carpas) para realizar estas atenciones; en estos casos se contó con la participación y contribución de las entidades locales, que aportaron materiales propios para señalización y/o delimitación de espacios.
- Las consultas de “aislamiento” en el circuito diferenciado debían cumplir las siguientes características *“Cercana y accesible desde el Área de Admisión, con teléfono, lavabo y que no sea la sala de urgencias u otra sala con aparataje que se utilice de forma habitual en el Centro de Salud. No obstante, esta sala será designada en cada centro en función de las características del mismo. Se recomienda que todo el material no crítico (fonendoscopio, tensiómetro, termómetro...) sea de uso exclusivo para el paciente y se deje en la habitación”*. La implementación de estas consultas, y partiendo de que no existían consultas libres, supuso el aumento de puestos de trabajo en lugares de los CS que no se destinaban a actividad asistencial. Así, se reconvirtieron consultas normales en espacios COVID-19, y se dispusieron nuevos puestos de trabajo para actividad no presencial de los profesionales sanitarios en despachos y bibliotecas, que los profesionales de Medicina y Enfermería alternaban con las consultas habituales dedicadas a la actividad presencial. En los primeros meses de pandemia, esto se hizo posible con el esfuerzo mayúsculo de Servicios Generales.

En el inicio de la pandemia se llegaron a diferenciar circuitos de aislamiento de adultos y de pediatría, que posteriormente, entre el verano de 2020 y el inicio de 2021, se unificaron con el fin de poder recuperar espacios para la asistencia ordinaria.

Hay que señalar que, siguiendo las indicaciones recibidas desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), se precisaba un doble espacio (dos consultas) en el circuito COVID-19: en uno de los espacios se atendía al paciente y el otro actuaba como exclusiva donde el profesional sanitario se colocaba el EPI reglamentario. En la actualidad, con cierto control sobre la pandemia y mayor dominio sobre la puesta y retirada de EPIS, estas exclusas específicas han desaparecido.

Como ya se ha comentado, también se realizaron cambios en las consultas asistenciales, que hasta entonces habían sido realizadas por una persona concreta; una parte de ellas pasaron a sistemas de rotación entre profesionales sanitarios de Medicina y Enfermería que se alternaban con los puestos no presenciales y la atención en el espacio COVID-19.

Los espacios de sala de espera también sufrieron modificaciones. Siguiendo las instrucciones del SPRL en cumplimiento de la recomendación de distanciamiento social, se inutilizaron, señalizándolos, al menos el 50% de los asientos, se marcaron distancias mínimas en el suelo, y se adecuaron las agendas de citación para evitar la confluencia de pacientes ante las consultas.

También se vieron afectados los espacios de realización de pruebas complementarias como electrocardiograma y analíticas. En algunos CS se tuvieron que habilitar las salas de usos múltiples y de docencia para nuevos usos, tales como la extracción de analíticas con puestos distanciados; en algunos de estos centros todavía permanecen estos cambios.

Desde la primera ola se incrementó el material de protección que se enviaba a los CS (EPI, mascarillas, contenedores de bio-residuos, soluciones hidroalcohólicas), que, sumados a la provisión habitual de los centros, condicionó en algunos de ellos la necesidad de adecuar otros espacios para almacenamiento. En las últimas olas de pandemia, y tras lo aprendido durante la primera ola, se mantuvo este estocaje de reserva de suministros para tener margen de maniobra.

También se afectó la gestión de residuos: los CS disponían de un espacio de almacenamiento de residuos (contenedores para objetos cortopunzantes y químicos) que se quedó pequeño, por lo que fue preciso habilitar nuevos espacios para almacenar, hasta su posterior retirada, los contene-

dores para residuos COVID-19, EPI o mascarillas, de mayor volumen y en gran cantidad.

Desde la publicación de la Estrategia de Humanización de AP se habían realizado adecuaciones de espacios (Admisión, salas de espera), tendentes a amabilizar el medio. La llegada de la pandemia supuso modificar esta tendencia con la finalidad de proteger a los profesionales que en ellos trabajan, y que afectó particularmente al área de Admisión. En esta última se improvisaron, en la primera ola, mamparas que protegieran a los profesionales, dado que son las primeras personas que atienden al paciente antes de su diagnóstico. En la actualidad, dichas mamparas se han estandarizado desde Servicios Generales para todos los centros.

Así, podemos concluir que:

- a) Las infraestructuras de los centros de salud de Atención Primaria estaban diseñadas para la atención ordinaria, siendo necesario un cambio significativo en la organización en estructuras muy limitadas en cuanto a espacio.
- b) Hay que destacar la agilidad, versatilidad, y capacidad de respuesta de los equipos de los EAP y del servicio de Servicios Generales para adaptar los medios disponibles a las nuevas necesidades generadas por la pandemia. Aunque inicialmente se disponía de medios precarios, en relativamente poco tiempo, se han buscado soluciones a nuevos usos, nuevas protecciones, nuevos circuitos de atención, colaborando en muchos casos a ello, incluso los entes locales.
- c) Hay que reseñar también la respuesta conjunta de la atención primaria a la pandemia, guiada por los procedimientos y protocolos remitidos desde la Gerencia de atención primaria, el Instituto de Salud pública y Laboral de Navarra, y el Servicio de Riesgos laborales del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

ADAPTACIÓN FUNCIONAL EN LOS CENTROS DE SALUD

La AP ha tenido un papel preponderante en el seguimiento de los pacientes con COVID-19, tanto los que no han tenido necesidad de contacto con el segundo nivel asistencial como de los que sí han estado ingresados y han necesitado un seguimiento estrecho tras el alta hospitalaria.

Tratándose de una enfermedad nueva, ha sido fundamental acercar a los profesionales las novedades en el seguimiento de esta patología. Desde el inicio de la pandemia, si algo ha caracterizado la atención a los

pacientes han sido los cambios en los protocolos que se han ido produciendo a lo largo de todas las olas de la pandemia y que han afectado tanto al diagnóstico como el seguimiento y tratamiento de las personas infectadas.

La estrategia para poner al alcance de los profesionales de AP esos cambios ha sido integrarlos, en la medida de lo posible, en ATENEA (Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria), ya que es la forma más eficiente de la que disponemos para que la información esté disponible de forma fácil y natural al integrarse en la historia clínica.

Con dicho fin se elaboró un protocolo que ha sufrido distintas modificaciones y adaptaciones para dar respuesta a los distintos cambios y a las distintas necesidades de pacientes y profesionales. En dicho protocolo se han incluido datos de registro, que han podido servir para análisis globales, pero, sobre todo, para hacer un seguimiento independientemente de quién fuera el profesional que atendía al paciente en cada momento. También contiene distintos algoritmos y documentos de ayuda para el profesional, que le ayudan en la toma de decisiones en la consulta, así como distintos documentos para entregar al paciente mediante correo electrónico y, disponible desde hace unos meses, a través de la carteta personal de salud. Este último punto nos parece esencial para potenciar el conocimiento del paciente y capacitarle para el autocuidado.

El protocolo de atención y seguimiento de COVID-19 consta de seis fases: diagnóstico, seguimiento durante la fase aguda, tratamiento, y tres fases de seguimiento tras el alta epidemiológica.

Diagnóstico

La pandemia de COVID 19 supuso un cambio en el modelo de atención de las personas con procesos agudos con sintomatología de sospecha de infección por coronavirus. El ámbito de AP tuvo que adaptarse en tiempo record a la realización de pruebas de identificación de la existencia de infección. En un inicio, el desconocimiento del proceso supuso el cierre total de los CS con el objetivo de mitigar la transmisión y reducir el riesgo de contagio en la población vulnerable; asimismo, se intensificó la atención y colaboración asistencial con los centros sociosanitarios, centros de elevada vulnerabilidad y riesgo. El modelo asistencial fue cogiendo forma y entidad a medida que se conocía el proceso de enfermedad y se disponía de medios diagnósticos, siendo el abordaje diferente según la ola y disponibilidad de medios.

Primera ola, marzo 2020

Esta ola se caracterizó por la rápida expansión, adaptación del modelo asistencial y carencia de pruebas diagnósticas.

Con fecha 6 de marzo se creó el primer protocolo de actuación en AP. Contemplaba la realización de pruebas por equipos específicos que, en caso de indicación para realizar PCR (prueba de la reacción en cadena de la polimerasa), se desplazaba al domicilio. Dada la reducida disponibilidad de pruebas, se requería de una priorización previa: personal de centros sanitarios y sociosanitarios, policías, bomberos, personal del 112 y personas consideradas especialmente vulnerables tras una valoración individualizada.

El diagnóstico se basaba principalmente en la presencia de clínica respiratoria compatible con COVID-19. Las personas contactaban con su CS o con el servicio de enfermería de consejo (dependiente del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias). Este servicio estaba ubicado inicialmente en el CS Doctor San Martín, pero, dado el volumen de llamadas diarias recibidas, fue preciso trasladarlo a la sala del 112, lo que obligó a aumentar rápidamente su personal para atender el aumento de llamadas al 112, que ponían en riesgo la atención urgente habitual.

Las personas vulnerables y los profesionales esenciales priorizados para la realización de prueba PCR debían contactar con el servicio de consejo, quien valoraba la situación clínica y procedía a la derivación a un centro hospitalario, o a la realización de la prueba centralizada en un lugar específico designado para ello, o a desplazar un equipo a domicilio para valoración y atención.

Desde mediados de abril se pudo solicitar desde los CS la realización de pruebas PCR a la población con síntomas compatibles con coronavirus (Fig. 1), que se realizaba de manera centralizada en las instalaciones preparadas a tal efecto de REFENA¹ y en los hospitales comarcales; cuando existía imposibilidad para desplazarse, la PCR era realizada en el domicilio por el Servicio de Urgencias Extrahospitalarias. En estas fechas el volumen disponible de pruebas diagnósticas PCR se incrementó, lo que mejoró la capacidad diagnóstica existente hasta el momento. La PCR constituyó la pieza clave de la estrategia de diagnóstico.

La comunicación de pruebas se realizaba directamente desde el servicio de consejo, quien realizaba la citación en la agenda habilitada en cada

¹ Emplazamiento en el que se realizaban las PCR, rastreo, y atención ciudadana.

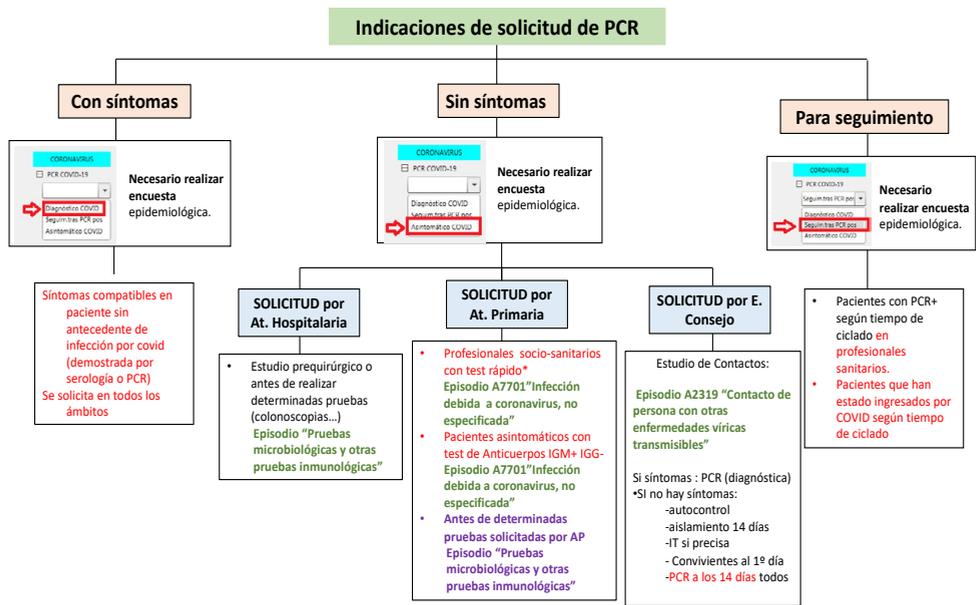


Figura 1. Algoritmo de indicación de solicitud de PCR.

Zona Básica de Salud (ZBS) para el seguimiento de COVID-19, con el objetivo de realizar el aislamiento precoz. Ante un resultado positivo se daban todas las recomendaciones necesarias para realizar el aislamiento preventivo, así como el procedimiento de seguimiento por parte de la ZBS. En el caso de profesionales del SNS-O, se contactaba con ellos desde el SPRL para realizar la atención y seguimiento, y cumplimentar la encuesta epidemiológica que permitía identificar tanto a los contactos laborales como personales.

El seguimiento de los casos sospechosos o confirmados se realizaba de manera telefónica, para lo cual se desarrolló un procedimiento que contemplaba tanto la llamada diaria como el registro en el protocolo de ATENEA creado para este tipo de atención.

En cuanto al alta, el procedimiento la indicaba tras tres días sin fiebre y con disminución significativa de los síntomas respiratorios. El aislamiento se levantaba, en los casos de posibilidad de realización de PCR, tras dos pruebas negativas distanciadas 48 horas. A partir del 15 de marzo, el alta tras diagnóstico positivo de profesionales requería confirmación con dos pruebas negativas distanciadas 48 horas.

A partir del 17 de abril, aproximadamente mes y medio después del inicio de la pandemia en la Comunidad Foral, llegaron las primeras pruebas diagnósticas de COVID-19 basadas en anticuerpos que permitían obtener

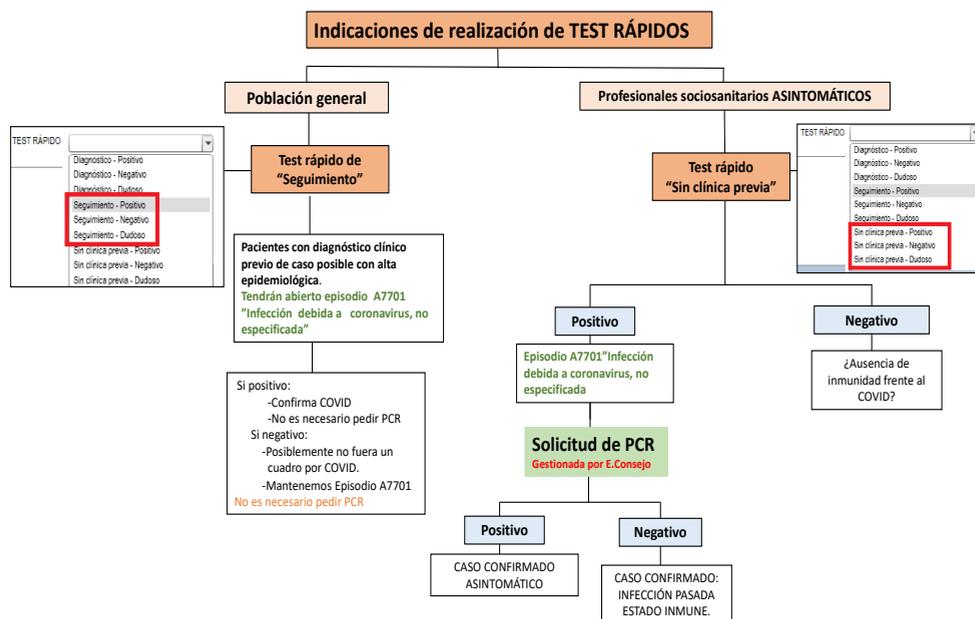


Figura 2. Algoritmo de indicación de realización de test rápidos de anticuerpos.

un diagnóstico precoz en 15 minutos. La utilización de estos test rápidos en personas que acudían a los CS con sintomatología compatible con COVID-19 (Fig. 2) supuso un avance en el diagnóstico de COVID-19, su confirmación o en el diagnóstico diferencial con otros procesos respiratorios. Aunque aumentó la capacidad diagnóstica de confirmación de la enfermedad, mejorando el control de la pandemia y la prevención de la transmisión de la infección, no permitía su detección en la fase inicial, por lo que el riesgo de transmisión no sufrió cambios.

Se comenzó a complementar los test de PCR con test de anticuerpos, a fin de diagnosticar a más población, además de conocer la situación serológica respecto a la enfermedad por COVID-19 de aquellas personas clasificadas como posibles casos y la de los profesionales de la salud de toda Navarra.

El 7 de mayo, el sistema de diagnóstico, notificación y estudio de contactos dio un giro importante al crearse la Unidad de Rastreo dentro del servicio de Consejo, con el objetivo de prevenir de manera precoz la transmisión mediante medidas como el aislamiento, la realización de pruebas y el seguimiento evolutivo de los contactos.

La comunicación de casos tras la realización de PCR dejó de realizarse por Enfermería de Consejo y pasó a ser transmitida por parte de los equi-

pos de AP. El rastreo lo realizaba Enfermería de consejo: contactaba con el caso para la identificación de posibles contactos y, con esa información, determinar cuáles tenían consideración de contactos estrechos. Una vez identificados, se confeccionaba el listado correspondiente y se contactaba con las personas de dicho listado para indicar el aislamiento. En la llamada se proporcionaba información sobre medidas de aislamiento, motivos de consulta y comunicación con el CS en caso de sintomatología compatible con COVID-19 para solicitar y realizar PCR en REFENA o en el domicilio.

A partir del 22 de mayo, a todos los contactos estrechos se les indicaba y realizaba PCR al inicio de la cuarentena y a los 14 días del último contacto con el caso, siendo requisito la cumplimentación de la encuesta epidemiológica y seguimiento por parte del CS del caso. Si comenzaban con sintomatología, se les solicitaba en ese mismo momento la prueba PCR tras contactar con su CS o no con la unidad de consejo.

En ese momento se incorpora a la aplicación *Coronatest*² la funcionalidad que permite a los contactos estrechos la posibilidad de citación no presencial en caso de inicio de sintomatología compatible con COVID-19.

A su vez, ATENEA incorporó nuevas funcionalidades que permitieron mejorar la atención de los pacientes con COVID-19: solicitar una prueba PCR con obligación de cumplimentar la encuesta epidemiológica, registrar el seguimiento de los contactos, y diversas herramientas que permitían la comunicación interdisciplinar de los pacientes afectados por la COVID-19.

Segunda ola, junio 2020

Tras un periodo de remisión, a finales de junio llegó la segunda ola a Navarra, y con ella un nuevo hito: la incorporación de la prueba de serología ELISA. Esta prueba estaba indicada en los siguientes casos: dos pruebas PCR negativas realizadas con 48 horas de diferencia y sintomatología previa de 7-10 días de duración, persistencia de PCR positiva con resolución del cuadro clínico, cribado de contactos estrechos vulnerables en contexto de brote, y situaciones particulares como ingresos en residencias, tratamientos en hospital de día, cirugías, etc.

² Coronatest surge en la primera etapa de la pandemia cuando, sin existir todavía un sistema de rastreo de contactos estrechos, se considera que una aplicación de autoevaluación permitirá detectar un mayor número de casos de covid y evitar numerosos contagios. La aplicación, disponible en versión web y para dispositivos Android e iOS, permite también obtener una **cita telefónica con tu médico de Atención Primaria** al día siguiente **si tu test de autoevaluación es positivo**, y en caso de confirmarse el positivo por prueba, permite realizar el seguimiento de ciertos parámetros y cuestionarios del paciente.

Las solicitudes de estas pruebas se realizaban de manera centralizada según los criterios de idoneidad de indicación valorados por el servicio de epidemiología del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN); su solicitud estaba cerrada a los profesionales de AP.

Esta nueva ola también conllevó un cambio importante en el modelo de seguimiento de los contactos: se retiró la necesidad de disponer de una PCR negativa para proceder al alta (incorporación laboral o finalización del aislamiento), dándose según criterios epidemiológicos; este cambio no afectaba a profesionales sanitarios y sociosanitarios, y población institucionalizada en centros de mayores o discapacidad.

Ante el aumento considerable de tipos de pruebas a realizar, los CS aumentaron su carga de trabajo, lo que conllevó a centralizar la organización tanto de CS urbanos como rurales.

A mediados de septiembre de 2020 comenzó la recogida de muestras para PCR a pacientes sintomáticos con clínica compatible con COVID-19 en las zonas rurales. Los resultados llegaban, desde los laboratorios de microbiología, a toda la organización a través de los servicios de información.

La Orden Ministerial del 22 de septiembre de 2020 indica que *“A toda persona con sospecha de infección por el SARS-CoV-2 se le realizará una prueba diagnóstica de infección activa por SARS-CoV-2 en las primeras 24 horas”*, lo que supuso un cambio importante en la atención a los pacientes con sospecha de COVID-19; esta prueba permitió el diagnóstico precoz pero también puso de manifiesto una necesidad relevante en los CS que desembocó en la apertura de una consulta específica para la atención de procesos agudos con sintomatología de COVID-19, denominada consulta de alta resolución.

El cambio más relevante se dio en octubre, con la incorporación de los test rápidos de antígenos a la batería de pruebas diagnósticas, mejorando el control de la pandemia y la prevención de la transmisión (Fig. 3), y con el inicio del rastreo escolar (ver capítulo 2.3.2). Con la llegada de los test se incorporó en la historia clínica la posibilidad de registro del resultado y comunicación inmediata a la persona, facilitando la identificación de los contactos y aislamiento precoz que podían realizarse en menos de seis horas.

Los resultados de las pruebas eran comunicados vía mensaje de texto (SMS) a la persona; en caso de resultado positivo, se contactaba con ella desde la unidad de rastreo y centro de salud, dando las indicaciones pertinentes de aislamiento, seguimiento, y medidas de autocuidado, así como la identificación de los contactos (ver capítulo 2.3.1).

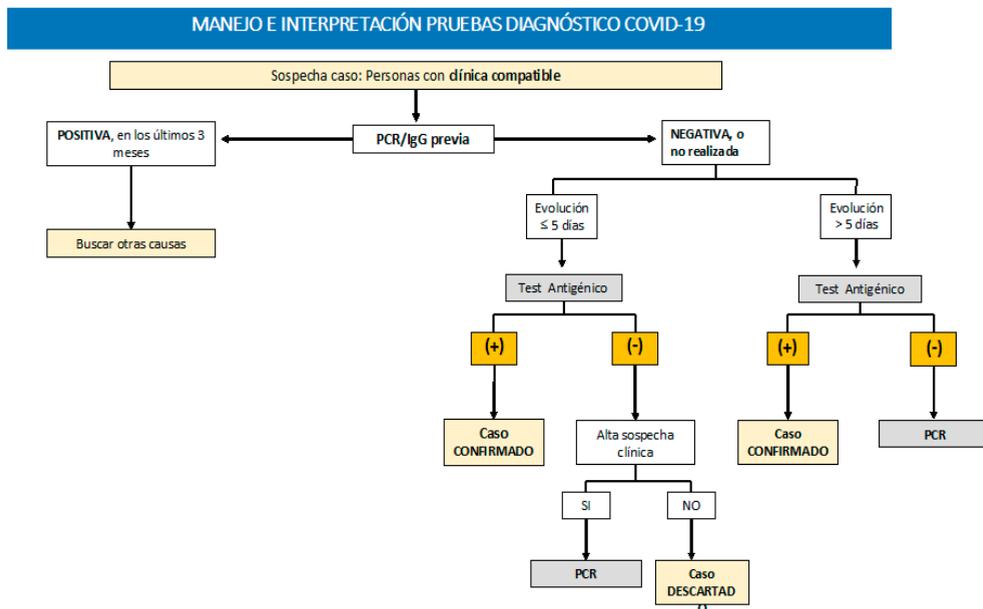


Figura 3. Algoritmo de manejo e interpretación de pruebas diagnósticas de COVID-19

Tercera y cuarta ola, diciembre 2020 – marzo 2021

Estas olas no supusieron un cambio relevante en cuanto al manejo de las pruebas diagnósticas en AP, con la salvedad de la apertura de la solitud de la prueba ELISA a los profesionales de este ámbito en casos muy concretos: cuando la PCR realizada resultaba positiva en pacientes asintomáticos que iban a someterse a un procedimiento; pacientes con PCR negativa y sintomatología de alta sospecha de COVID-19, al séptimo día de inicio de la clínica; pacientes sintomáticos con PCR positiva y antecedente de infección confirmada en los tres meses previos.

También dio inicio la vacunación, lo que conllevó una adaptación del procedimiento diagnóstico al estado vacunal de los contactos, modificándose los criterios de realización de pruebas diagnósticas y de actuación en lo referente a los aislamientos.

La evolución de la pandemia y la aparición de nuevos escenarios implicaron la modificación constante de los criterios de solicitud e interpretación de pruebas diagnósticas; los profesionales requerían una actualización permanente y conocimiento de los algoritmos empleados, de gran complejidad pero necesarios para la práctica del día a día. La figura 4 muestra el algoritmo utilizado en enero de 2021.

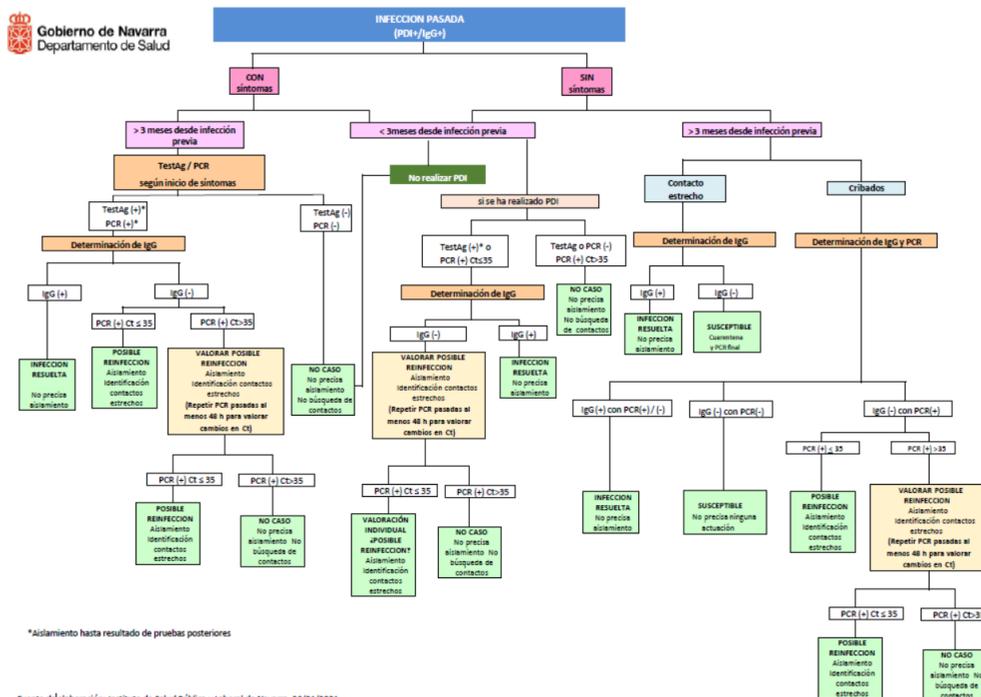


Figura 4. Algoritmo de Solicitud e interpretación de pruebas diagnósticas de enero 2021.

Quinta ola, junio 2021

La incorporación en la tercera ola de la consulta de alta resolución por parte enfermería consiguió que descendiese de manera considerable el número de PCR a realizar, así como el diagnóstico precoz y aislamiento.

Este modelo de atención, de consultas de alta resolución, se había iniciado en 2008 con el Plan de Mejora de Atención Primaria, existiendo gran variabilidad en su implantación en las diferentes ZBS. Tras varios meses de andadura, esta consulta de enfermería de alta resolución se fue consolidando en la mayoría de ellas. La necesidad de realizar el test en consulta supuso un empuje a lo ya desarrollado previamente. Se consiguió resolver en una única consulta la mayoría de los casos, mejorando los tiempos de diagnóstico COVID-19, una mayor satisfacción de los pacientes al obtener de manera casi inmediata el resultado, la derivación temprana de los casos que precisaban la atención médica y una mejora en la seguridad y satisfacción de los profesionales en la atención a sus pacientes.

Sexta ola y séptima, noviembre 2021 – abril 2022

En la sexta ola ocurrió un cambio significativo: mediante procedimiento el 1 de diciembre de 2021 se estableció el modelo de autodiagnóstico, por el cual la ciudadanía podía comprar en farmacia un test de antígenos y realizarlo en la propia farmacia o de forma autónoma en su domicilio.

Si el resultado era positivo, debía comunicarse al sistema sanitario vía farmacia, consejo sanitario, carpeta personal de salud, correo electrónico a la unidad de rastreo, o en su CS. Aunque la oficina de farmacia era la responsable de la comunicación, la realidad fue que la ciudadanía realizó el mayor volumen de comunicaciones. Tras la comunicación del resultado, la unidad de rastreo contactaba directamente con las personas para acordar una cita de confirmación de resultado mediante PCR. Esto conllevó una disminución importante del número de pruebas de antígenos realizados en los CS.

A mediados de diciembre el número de casos se incrementó de manera significativa, colapsando los CS y la unidad de rastreo. Diariamente se recibía un número tan elevado de resultados positivos de autotest que impedía poder contactar en menos de 24 horas para la identificación de contactos y aislamientos. Tras un mes de sobrecarga de los equipos de AP, se hizo público el nuevo procedimiento de pruebas diagnósticas, siendo la prueba de elección el test de antígenos y no la PCR. A finales de enero se publicó el procedimiento de actuación en el medio sociosanitario, con cambios significativos en lo referente a la solicitud y realización de pruebas de diagnóstico de COVID-19 a las personas residentes y profesionales

En esta sexta ola fue preciso abrir dos nuevos espacios para el diagnóstico a fin de descongestionar los centros de salud: FOREM (a donde se habían trasladado las instalaciones de REFENA), y en el CS de Chantrea; se realizaban pruebas de antígenos, de diagnóstico rápido.

Conforme avanzaba el año 2022, y ante la evolución de la pandemia y del estado vacunal de la población, disminuyó la necesidad de realizar pruebas diagnósticas a los contactos; se mantuvo el criterio de prueba diagnóstica en casos sintomáticos, siendo el test de antígenos la prueba de elección. A consecuencia de ello, se cierra el punto centralizado de FOREM y se cierra el rastreo (seguimiento de contactos). La realización de pruebas diagnósticas se integra en el funcionamiento ordinario de los CS.

La séptima ola no supuso ningún cambio en el proceder de los CS, ya que la solicitud y realización de test de antígenos se limitaba a casos sintomáticos. Tras esta ola se retira la necesidad de realización de PCR para ingreso hospitalario y realización de pruebas.

En abril de 2022, la consulta de enfermería de alta resolución deja de dedicarse específicamente a los pacientes con sospecha de COVID-19 y se integra dentro del modelo de trabajo de los CS.

En conclusión:

- a) La incorporación consecutiva de pruebas diagnósticas mejoró el diagnóstico precoz de la enfermedad, mejorando la atención sanitaria en base a diagnóstico y la transmisión de la enfermedad.
- b) El aumento de pruebas a realizar conllevó un aumento significativo de la actividad de los centros.

Seguimiento en la fase aguda

El seguimiento de pacientes en fase aguda según el protocolo de atención y seguimiento de COVID-19 consta de varios apartados esenciales en el seguimiento y que ayudan al profesional a detectar complicaciones que precisan de tratamientos diferentes o incluso de derivación hospitalaria.

Tabla 1. Principales ítems y documentos de ayuda para la atención telefónica

Síntomas
<ul style="list-style-type: none"> • Existencia o no de síntomas • Fecha de inicio si los hubiera • Listado
Métodos de diagnóstico
<p>Sospecha de mala evolución</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografía de tórax • Distintos parámetros analíticos: proteína C reactiva, procalcitonina, ferritina, dímero D, linfocitos
<p>Medidas de aislamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidades sociales • Cumplimiento
<p>Ayudas para el seguimiento telefónico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algoritmo seguimiento telefónico • Evaluación clínica teléfono • Plantilla toma constantes
<p>Información para el profesional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datos de mala evolución o gravedad • Criterios de sospecha de neumonía • Criterios de derivación a urgencias • Traslado al hospital • Circuitos de coordinación con el HUN • Seguimiento en gestantes y puerperio
<p>Información para el paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consejos para pacientes • Guías de autocuidados en castellano y euskera • Consejos en lactancia materna

Es importante destacar que, integrado en este protocolo clínico, también existen ítems para valorar si existen necesidades sociales que impidan o dificulten el seguimiento del paciente; la pandemia nos ha confirmado la importancia de los condicionantes sociales en la evolución de las enfermedades.

Otra de los aspectos potenciados durante la pandemia ha sido la atención telefónica, por lo que el protocolo incluye documentos de ayuda específicos para realizar esta atención (Tabla 1) que se modificaban según han ido cambiando los protocolos de seguimiento a nivel nacional.

Tratamiento

Los cambios de criterio y de tratamientos han dificultado mantener actualizada esta parte del protocolo (Tabla 2); además, ha habido discrepancias en relación a los tratamientos, lo que ha generado mucha incertidumbre en el personal sanitario.

Tabla 2. Contenido de la pantalla del protocolo de tratamiento

Distintas situaciones y las indicaciones de tratamiento para cada una de ellas:

- Situación basal límite
- Situación de inestabilidad hemodinámica
- Infección leve o moderada (sin necesidad de O₂ y sin evidencia de neumonía)
- Neumonía con clínica leve
- Neumonía con clínica moderada
- Neumonía con clínica grave

Pautas en cada una de las indicaciones de:

- Tratamiento anticoagulante
- Tratamiento antibiótico / broncodilatador
- Tratamiento corticoide
- Tratamiento con Paxlovid
 - Condiciones priorizadas para Paxlovid
 - Información Paxlovid para profesionales
 - Información Paxlovid para pacientes

Indicaciones sobre actuación en situación de cuidados paliativos

- Algoritmo de sedación paliativa en COVID-19
- Sedación en paliativos. Hoja domicilio

Seguimiento tras el alta epidemiológica

El protocolo facilita el seguimiento de pacientes, tanto de aquellos en convalecencia de la fase aguda como en aquellos con clínica persistente en los que existe sospecha o criterios de COVID-19 persistente.

Existen tres pestañas que combinan la valoración por patrones funcionales, utilizada también en el resto de pacientes, con recomendaciones y criterios específicos para pacientes que han tenido infección por COVID-19:

- Seguimiento tras alta hospitalaria.
- Recomendaciones nutricionales.
- Recomendaciones actividad física.
- *Check list* COVID-19 persistente.
- Criterios de inclusión en rehabilitación grupal.
- Fisioterapia respiratoria.
- Criterios de derivación.

En caso de necesidad de derivar al segundo nivel asistencial, existe la posibilidad de realizarla directamente a la unidad post-COVID-19, gestionada desde la especialidad de Medicina Interna, y también existe acceso a la derivación a fisioterapia grupal post-COVID-19, gestionada por la especialidad de Rehabilitación.

Uno de los mayores retos ha sido el garantizar que se llegaba a todas y cada una de las personas que tenían un resultado positivo en una prueba diagnóstica, realizada en cualquier punto del sistema sanitario. Para organizar el seguimiento de estos pacientes es necesario saberlo, para lo que se han seguido varias estrategias:

- Acceso en todos los CS a los resultados positivos del día anterior de las personas adscritas a dicho centro (exceptuando aquellas ingresadas), a través de una herramienta inicialmente externa a la historia clínica ATENEA que posteriormente se integró en ella.
- Habilitación de agendas específicas para el seguimiento de estas personas, para poder garantizar la atención independientemente de que sus profesionales de referencia estuvieran o no trabajando. Este modelo de atención en pool ha sido de distinta aplicación según el CS y el momento de la pandemia

En conclusión, para realizar un seguimiento acorde con los últimos conocimientos y que garantizase que se llega a todos los pacientes, ha sido necesario reorganizar la forma de atención y apoyarse en la tecnología, siendo esencial la aplicación adaptada a las características de cada ZBS.

ADAPTACIÓN DE LA COMUNICACIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD

La comunicación es un elemento clave en el desarrollo de nuestra actividad profesional; sin una correcta comunicación, muchos de los programas que se desarrollan no consiguen alcanzar su pleno desarrollo.

No es infrecuente que existan distintos recursos que no se utilizan por desconocimiento, en parte debido a una mejorable estrategia de comunicación. Así mismo, es esencial que la población conozca qué puede esperar del servicio público de salud y cuáles son los circuitos establecidos.

Durante la pandemia, mantener una comunicación fluida ha sido un reto que no siempre hemos sabido superar. Si bien es cierto que hemos avanzado y aprendido mucho, es necesario mejorar distintos aspectos que nos harían ser más eficientes.

Comunicación con el personal

La AP tiene unas características que la diferencian de los demás ámbitos. Tenemos muchos profesionales que trabajan en muchas ZB (actualmente 57), muchas de ellas con varios consultorios. Establecer una comunicación directa con todos ellos de forma presencial es muy complicado, por lo que habitualmente hemos utilizado el correo electrónico para la mayoría de las informaciones puntuales que necesitamos transmitir, pero no ha sido una vía eficiente durante la pandemia.

Una de las características de la pandemia de COVID-19, ha sido la gran variabilidad en la información que había que transmitir. Los protocolos de actuación han cambiado con gran frecuencia y, además, con modificaciones de calado, lo que ha generado mucha desconfianza y confusión en los profesionales, acostumbrados a que las pautas de actuación de los protocolos sean mucho más estables. Estas frecuentes variaciones nos han obligado a saturar de información a los profesionales utilizando distintas vías de comunicación.

Pasamos a describir ventajas e inconvenientes de las principales vías de comunicación:

- **Teléfono:**

Ventajas: bidireccional directa

Inconvenientes: limitada a dos interlocutores y a la disponibilidad de ambos, lo que la hace poco ágil

Útil para resolver dudas sobre los protocolos (muy cambiantes y a veces poco específicos), resolver problemas puntuales de la nueva casuística que ha ido surgiendo en la pandemia.

- **Correo electrónico:**

Ventajas: puede llegar a muchas personas a la vez (teóricamente a todos los miembros de la organización), compartir archivos con información detallada

Inconvenientes: no todos los profesionales leen habitualmente el correo, incluso a veces el buzón está lleno y no pueden recibir mensajes; gestión de la información: se puede olvidar que está ahí, y queda en manos de cada profesional almacenarla de manera que pueda encontrarla cuando la necesite; puede producir intoxicación por exceso de información recibida.

Los boletines semanales, tanto el que se elabora para los centros sociosanitarios, como el boletín de vacunación, han supuesto una mejora sustancial en la comunicación, sobre todo con los centros sociosanitarios, que, en la mayoría de los casos, no pertenecen a nuestra organización.

- **Videoconferencia:**

Ventajas: puede llegar a muchas personas simultáneamente, posible bidireccionalidad, posibilidad de grabarla y dejarla a disposición de los profesionales (opción disponible solo con la conexión corporativa).

Inconvenientes: posibles dificultades técnicas de cada una de las personas participantes, saturación de los profesionales que están deseosos de volver a una comunicación presencial.

Esta vía es, sin duda, el que más ha mejorado a lo largo de la pandemia. Con anterioridad habíamos comenzado a utilizar esta vía de comunicación mediante la Red SARA (Sistemas de Aplicaciones y Redes para las Administraciones, de la Administración General del Estado), aunque de forma aislada y con muy pocas conexiones simultáneas (4-5). Vimos su potencial al comienzo de la pandemia y llegamos a saturarla con más de 100 conexiones y con muchos problemas de gestión; con la herramienta corporativa Webex hemos conseguido realizar de forma ordenada sesiones con más de 150 conexiones.

- **Web corporativa Auzolan:**

Ventajas: compartir archivos con información detallada.

Inconvenientes: desconocimiento de su existencia, no es utilizada de forma habitual por muchos profesionales, necesita actualización y organización.

Ha sustituido a la antigua intranet del SNS-O y, aunque ha mejorado respecto a esta en la organización de la información, todavía no ha desarrollado todo su potencial.

- **Historia Clínica de Atención Primaria (ATENEA):**

Ventajas: contiene información detallada, accesible para los profesionales desde la herramienta de trabajo.

Inconvenientes: requiere dedicar tiempo para dominar su funcionamiento y para integrar la información, exige mantener actualizada la información.

- **Reunión presencial:**

Ventajas: bidireccional directa, facilidad para establecer un diálogo.

Inconvenientes: imposibilidad de reunir a todas las personas implicadas, dificultad de su gestión por la frecuente desviación del tema objeto de la reunión.

Comunicación con otras estructuras de la organización

Durante la pandemia ha habido una gran disposición de los profesionales de distintos ámbitos a comunicarse e intentar solucionar los problemas que han ido surgiendo. Sin embargo, a esta disponibilidad y voluntariedad le ha faltado, en ocasiones, organización. La organización implica que las demandas lleven un cauce determinado, y en muchas ocasiones la urgencia del momento nos ha llevado a utilizar vías no estructuradas mucho más rápidas, pero no siempre eficaces. Además, pasados los primeros meses donde la voluntariedad suplía todo lo demás, han surgido dificultades derivadas, quizá, de las competencias de cada ámbito y de las expectativas que cada ámbito tiene del resto.

Comunicación con la población

Ha sido complicado gestionar las demandas de la población con la capacidad de respuesta del sistema sanitario. La AP, como parte más accesible del sistema, ha sido quien más ha intervenido en esta comunicación mediante distintas vías:

- **Teléfono**

Es la vía tradicional de contacto con el CS para solicitar cita, y desde 2008 de forma reglada en el Plan de Mejora de AP, es la vía de comunicación no presencial.

En la primera ola pasó a ser la vía principal de comunicación, y en las posteriores fue mucho más utilizada que con anterioridad a la pandemia, debido a la limitación de la consulta presencial derivada de la limitación de aforos.

Esta situación ha supuesto un problema de saturación de líneas y, en ocasiones, también de falta de personal. Para solucionarlo se aumentaron las líneas, se reforzaron las áreas de admisión de los centros con más problemas y se adquirió para cada Unidad Básica de Atención (UBA, compuesta por un profesional de Medicina y otro de Enfermería) dos teléfonos móviles (uno de ellos tipo *smartphone*) y un *smartphone* para cada profesional de Trabajo Social.

- **Videollamada**

Durante la primera ola se vio la necesidad de tener esta vía de comunicación para prestar una asistencia no presencial más completa que pudiera valorar visualmente al paciente. En previsión de futuras necesidades se puso en marcha un sistema de videollamada a través del *smartphone*, ya que era la alternativa más rápida, aunque poco ágil; ha sido escasamente utilizado por los profesionales.

- **SMS (mensajes de texto cortos)**

Ha sido una importante vía de comunicación para comunicar resultados de pruebas diagnósticas y para recordar las instrucciones, mediante *links* dirigidos a la página *web*, en casos de aislamiento o cuarentena. Su principal inconveniente es que no es accesible a toda la población, bien por barreras económicas o por no tener la competencia digital necesaria.

- **Web**

Como los SMS, ha sido una importante vía de comunicación con las mismas barreras. Las mayores dificultades han sido la actualización de los cambiantes protocolos, y que la organización mostrara la misma información en las distintas páginas *web* accesibles a la población.

- **Carpeta Personal de Salud**

Ventajas: excelente vía de comunicación con la población, garantiza el acceso seguro a información clínica, puede y debe agilizar la comunicación y disminuir las tareas burocráticas.

Inconvenientes: limitación económica y de competencia digital para el ciudadano (necesario tener en cuenta para mantener la equidad), la sobrecarga de las áreas de Admisión de los CS y consultorios, ha generado múltiples quejas en la población y en los profesionales.

Es sin duda la vía de comunicación con la población que más ha crecido durante la pandemia.

Relación con los medios de comunicación

Ha sido complicado gestionar la información con los medios de comunicación durante la pandemia, especialmente en lo referente a la AP. La atención de los medios ha estado centrada en la ocupación hospitalaria, y AP ha sido noticia solo cuando ha habido problemas de accesibilidad. No se ha sabido comunicar el trabajo que se ha realizado.

También ha sido difícil coordinar la información suministrada a los profesionales con las noticias que aparecían en los medios de comunicación, apareciendo en ocasiones antes en los medios que en los correos electrónicos de los profesionales.

Así, podemos concluir en relación a la Comunicación con los profesionales sanitarios, entre dispositivos, con la población y con los medios de comunicación, que:

- La comunicación es esencial para realizar el trabajo de una forma ágil y coordinada y por lo tanto más eficaz.
- Es complicado gestionar la información a los profesionales cuando es tan cambiante. El tener la información integrada en la historia clínica conlleva un tiempo del que en muchas ocasiones no se ha sido podido disponer.
- Es necesario mejorar la organización de la información en la web corporativa.
- Es esencial mejorar la comunicación y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales de la organización.
- Es necesario que cada nivel asistencial conozca que puede esperar del resto de la organización.
- Hay que seguir apostando por la Carpeta Personal de Salud como vía principal de comunicación con la ciudadanía, pero manteniendo otras vías ya que no todo el mundo puede acceder a esta vía, pues es necesario certificado digital, y es primordial mantener la equidad.
- Es necesaria una estrategia de comunicación de la realidad y competencias de la Atención Primaria con los medios de comunicación.
- Es necesario seguir desarrollando las nuevas herramientas de comunicación asociadas a imagen (videoconferencias, videollamadas), pero teniendo en cuenta que van a complementar y no a suplir a otras vías tradicionales.

APRENDIZAJES Y FUTURO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

A modo de conclusiones

Es grande la dificultad para extraer conclusiones de una experiencia única, complicada, larga y que no ha terminado todavía.

La Atención Primaria de Navarra ha procurado dar una respuesta adecuada en todas y cada una de las etapas que se han vivido desde el inicio de la pandemia, desde las fases iniciales, en los momentos de desconocimiento y estupor, hasta los actuales de adaptación a una nueva realidad.

El devenir de esta crisis sanitaria ha evidenciado déficits estructurales y no pocos obstáculos, pero también ha ayudado a descubrir la gran capacidad de lucha, adaptación y superación que tienen los profesionales de AP.

La implementación de nuevas pruebas diagnósticas y de protocolos de actuación, prevención y tratamiento, sumado a una sociedad cada vez más demandante, una cartera de servicios creciente y unos profesionales extenuados y desencantados con la difícil situación de la AP en Navarra, obligan a adaptar, cambiar y mejorar el primer nivel asistencial de atención a la ciudadanía.

Se pueden resumir en cuatro las principales conclusiones surgidas de todo lo vivido:

1. La Atención Primaria de Navarra, lo mismo que otros sistemas sanitarios, no estaba preparada para afrontar una situación tan complicada. Inicialmente no se contaba con material suficiente, algunos profesionales no estaban suficientemente formados en protección individual, y la organización del trabajo de los equipos -tal y como se llevaba a cabo con anterioridad- no daba respuesta completa a las dificultades sobrevenidas.
2. Los profesionales de AP han demostrado su capacidad de adaptación y aprendizaje y se han reinventado a lo largo de las diferentes olas, en las que han ido adaptándose a los cambios y nuevos conocimientos.
3. La comunicación e integración y el trabajo en equipo de todos los niveles asistenciales han sido fundamentales en la respuesta del Servicio Navarro de Salud.
4. La buena respuesta inicial de la ciudadanía ha cambiado de signo, al no ser capaces -como organización- de trasladar las adaptaciones necesarias para la atención ordinaria con la rapidez necesaria y demandada.

En este complicado contexto que acabamos de describir, la Consejera de Salud, Doña Santos Induráin Orduna encomendó a la Dirección General de Salud³ la realización de un análisis de situación de los problemas existentes, además de la elaboración de un plan de acción para la recuperación del potencial y de las capacidades de Atención Primaria en Navarra, dejando clara la voluntad política de apoyo del Gobierno de Navarra al primer nivel asistencial.

De la reflexión y el trabajo de un equipo multidisciplinar surgió el “Reto de Atención Primaria de Navarra”, documento dinámico, que se ha ido nutriendo de todas las aportaciones surgidas a través de un proceso participativo, en reuniones con diferentes colectivos profesionales, colegios, sin-

³ Orden Foral 332E/2020, de 9 de noviembre.

dicatos, sociedades científicas y colectivos sociales relacionados. Como se indica en su prólogo: *“No hacer nada no es una opción. La Atención Primaria es demasiado importante para las personas y para nuestra Comunidad como para dejarla tal y como está. Podremos equivocarnos, pero si lo hacemos escuchando a los profesionales y evaluando los cambios, acertaremos más”*. *“Lo hacemos y ya vemos!”*. El documento fue presentado en noviembre de 2021 a las direcciones de los Equipos de Atención Primaria de Navarra, iniciando su andadura de forma progresiva desde esa fecha.

La nueva realidad

La OMS no ha declarado el fin de la pandemia, sin embargo, la progresiva normalización de la actividad laboral y social, insta a la inclusión de la infección COVID-19 en la práctica clínica habitual y a la desaparición de los circuitos específicos de actuación.

La disminución, incluso la desaparición del contingente de profesionales contratados a raíz de la pandemia, que nutrían y facilitaban la atención en los centros de salud, va a dificultar y poner de nuevo en jaque, el buen funcionamiento de las Zonas Básicas de salud.

Un paupérrimo presupuesto a pesar de lo vivido, una demanda desbocada, el déficit de profesionales y el actual desprestigio de la Atención Primaria suponen obstáculos que dificultan la progresiva implementación de los cambios estructurales y de organización imprescindibles y la adecuación de recursos necesaria para la supervivencia de la primaria y la continuidad de los valores que la sustentan (accesibilidad, equidad).

La organización y reparto de tareas y funciones en los centros de salud, todos los profesionales convencidos de ejercer el máximo de sus competencias trabajando en Equipo y el trabajo colaborativo con otros niveles asistenciales, agentes sociales, entidades locales, asociaciones vecinales... deben ser nuevamente los pilares de la Atención Primaria de Navarra.

Como se ha explicado y así se ha evidenciado en las últimas olas la atención a los pacientes afectados de infección por coronavirus (COVID-19) se gestiona en AP, la mayoría de estos casos han sido atendidos por profesionales de enfermería. De hecho, en la 7ª Ola pandémica en julio 2022, AP se hizo cargo de la atención del 95% de los casos diagnosticados en Navarra.

La labor de la AP en la atención a las personas con COVID-19 es trabajar en la promoción de las medidas de prevención, y la planificación de su atención y seguimiento, además de la gestión de la vacunación poblacional

operativizando las directrices del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

La misión de la AP es garantizar la continuidad de la atención ordinaria a las enfermedades comunes y a las crónicas, el refuerzo de las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, llevar a cabo las estrategias de cribado ofertadas a la ciudadanía, trabajando conjuntamente con el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, e impulsar las actividades en Intervención Comunitaria. En conjunto, todas estas actividades persiguen empoderar al paciente en su autocuidado, haciéndole protagonista de todas las decisiones y acciones que afecten a su salud.

Como profesionales de AP, nuestra labor es dar información, herramientas y recursos al paciente, apoyándole en el desarrollo de habilidades que le permitan modificar los factores que afecten su salud y bienestar, en la búsqueda del propósito real del primer nivel asistencial del SNS: mejorar la salud de todos.

Propuestas de mejora: plan de contingencia y el reto de AP

Los déficits y problemas detectados en el ámbito de la AP durante la pandemia aconsejan realizar, en primer lugar, un plan de contingencia en previsión de la aparición de una nueva emergencia sanitaria. En segundo lugar, es necesario llevar a cabo un plan de acción para solventar todas las dificultades, las existentes, las sobrevenidas y aquellas que se prevean en la mejora de la atención en AP.

Plan de contingencia

Esperamos haber aprendido en estos años de pandemia cómo dar una respuesta más rápida y eficaz desde AP a nuevas situaciones de características similares: con los ya creados protocolos y procedimientos de actuación, con el aprendizaje para el uso de nuevas pruebas diagnósticas, manejo de nuevos tratamientos, organización y procedimientos de vacunación masivos.

Se ha mejorado la previsión de necesidades en cuanto a materiales, lo que conlleva mantener mayor capacidad de provisión en el almacén general, en los CS y en los consultorios, de tal forma que aseguren la protección de los profesionales en la atención de los casos COVID-19 que continúan apareciendo.

Esta mayor provisión también mejora las posibles situaciones de desabastecimiento que pudieran producirse

Se ha considerado también como fundamental la inclusión de protocolos de prevención y uso de EPI en el plan de formación anual que se oferta a los profesionales de todas las ZBS. En colaboración con el Servicio de Prevención de Riesgos laborales, se mantiene una formación actualizada permanente *on line* sobre colocación de EPI para todo el personal.

Reto de Atención Primaria

Es un proyecto dinámico creado por un grupo multidisciplinar que se está implementado de forma progresiva. Está condicionado por los problemas de espacio en los CS, el déficit de profesionales y la reticencia y oposición tanto de los profesionales como de parte de la ciudadanía.

En este plan regional se plantea el progresivo aumento de responsabilidad de los profesionales de enfermería en la organización de la atención a la ciudadanía en los Equipos de Atención Primaria, en el desarrollo de sus competencias en la atención de los procesos de baja complejidad en una primera fase, en el cuidado y control de los pacientes con patología crónica en una segunda, y en una tercera y última fase en la promoción de intervención comunitaria, identificando los recursos comunitarios, priorizando intervenciones y elaborando programas y protocolos orientados a mejorar la salud de la comunidad.

Para finalizar, la integración de la pandemia de COVID-19 dentro de la atención ordinaria y los cambios realizados para volver al estado anterior de la AP nos pueden hacer considerar que estamos en una época de cambio. Pero la irrupción de la pandemia ha hecho aflorar otros elementos (consideraciones sobre la demanda, las estructuras, los cambios profesionales) que parecen indicar que estamos más ante un cambio de época. Por ello será necesario continuar trabajando en el progresivo aumento de la resolución, la implementación de un nuevo modelo de atención, la orientación hacia el autocuidado y el trabajo en equipo, todos ellos puntos clave en la sostenibilidad del primer nivel de atención.