

La necesidad de cambiar la estrategia en la gestión de la enfermedad COVID-19

Salvador Tranche Iparraguirre†, Laura Carbajo Martín, Gisela Galindo Ortego, Remedios Martín Álvarez, María Fernández García, Ana Arroyo de la Rosa, José Quevedo Seises, Ignacio Párraga Martínez y Junta Directiva de la semFYC

Colaboran: José M.ª Molero García y Javier Arranz Izquierdo (GdT de Enfermedades Infecciosas), Paulino Cubero González, Javier Gómez-Marco y Susana Martín Benavides (PAPPS Vacunas) y Mar Martínez Vázquez (GdT de Enfermedades Respiratorias).

POSICIONAMIENTO DE LA SEMFYC Y SUS SOCIEDADES FEDERADAS

Existe un amplio consenso respecto al protagonismo de la Atención Primaria (AP) en la capacidad de respuesta de los sistemas de salud frente a situaciones de emergencia sanitaria y al incremento de la demanda de servicios. Durante los casi dos años de la pandemia por COVID-19, este nivel asistencial ha dado nuevas muestras de su capacidad resolutoria, su accesibilidad y su trascendental importancia en la gestión y planificación de la pandemia^{1,2}. Para llevar a cabo los objetivos de la AP, los profesionales deben disponer de las condiciones laborales y organizativas adecuadas, y, por tanto, es imprescindible modificar la situación actual^{3,4}.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), en consenso con las 17 sociedades federadas que la integran, y con la colaboración de expertos de los grupos de trabajo y programas, propone sentar las bases que permitan determinar el momento y la forma de un cambio de estrategia nacional en la gestión de la COVID-19. Esta reflexión surge del análisis del contexto clínico actual, del estado vacunal de la población, así como del análisis de la realidad epidemiológica a la que se enfrentan a diario los profesionales sanitarios, y más concretamente aquellos que desarrollan su actividad asistencial en AP, en la que somos, en el aspecto científico, representantes significativos de la comunidad médica⁵.

Este documento persigue, pues, establecer las bases de un necesario debate para el cambio en la gestión de la atención a la pandemia de coronavirus, pasando de un modelo de atención a la crisis a un modelo de control de la pandemia con una estrategia diferente de abordaje.

Este cambio de modelo ha de ser progresivo, en función de la evolución epidemiológica del virus y los indicadores sanitarios, sociales y económicos. Con la evidencia actual, los impactos de la transmisión futura del SARS-CoV-2 en la salud serán previsiblemente menores, debido a la amplia exposición previa al virus, la disponibilidad de vacunas adaptadas regularmente a nuevos antígenos o variantes, la próxima llegada de antivirales y la implantación de medidas ya conocidas, que aumentarán la protección de los más vulnerables durante futuras olas⁶⁻⁹. Con este análisis, la

semFYC contempla dos escenarios posibles, que se pueden yuxtaponer o sucederse.

El escenario número 1 correspondería a la endemización del SARS-CoV-2, con un virus presente de forma continuada, aunque con cifras bajas de incidencia. En este escenario, la COVID-19 se convertirá en otra enfermedad recurrente que los sistemas de salud y las sociedades deberán gestionar.

El escenario número 2 contemplaría la aparición de nuevas variantes que puedan provocar un aumento en la transmisibilidad, la gravedad de la enfermedad, o que escapen a la respuesta inmunitaria y den lugar a sucesivos brotes u ondas epidémicas.

Todas las estrategias que se implementen deben tener presentes estos dos escenarios posibles. Se abre, por tanto, una nueva realidad sociosanitaria que implica la toma de decisiones para minimizar el impacto de la pandemia y crear una infraestructura anticipatoria de lo que pueda suceder tanto en el escenario 1 como en el 2, en momentos de posible coexistencia de ambos, así como en caso de la evolución del uno al otro.

SITUACIÓN ACTUAL

Los resultados del Panel COVID-19, obtenidos a partir de la declaración de los casos de COVID-19 a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) a fecha 2 de febrero de 2022, indican que el sexto período (desde el 14 de octubre hasta la actualidad) está iniciando un leve descenso en el número de casos detectados. Desde la semana 40 del año 2021 hasta la primera semana de 2022 se observó un aumento continuado del porcentaje de positividad en las pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2 (del 2,1% al 39,4% de positividad), descendiendo levemente desde entonces hasta un 36% en la cuarta semana de 2022. Esta tendencia al descenso, tanto de la incidencia acumulada como de los ingresos hospitalarios, parece confirmarse con los últimos datos, aunque los resultados siempre deben interpretarse con precaución¹⁰.

A efectos prácticos y descriptivos, hemos clasificado en tres bloques los factores que describen la situación actual, que justifican el



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

cambio de modelo y las posibles amenazas que pueden surgir del mismo.

A. Factores relativos a la actividad asistencial en AP. Destacamos los siguientes elementos que afectan a la calidad asistencial:

- Elevada saturación de los servicios sanitarios que condiciona la adecuada atención a las patologías crónicas, y la realización de actividades de prevención y promoción de la salud, así como de actividades comunitarias¹¹.
- El coste social y económico derivado de la adopción de medidas de confinamiento, de restricciones de movilidad o del aislamiento de los casos leves, que pueden dar lugar a otros problemas de salud o agravar los existentes, incluyendo problemas de salud mental tanto en la población general como en los sanitarios¹²⁻¹⁴.
- Se ha producido un aumento inasumible de tareas administrativas-burocráticas en la actividad asistencial¹⁵.

B. Factores relativos a la clínica y patogenicidad de la COVID-19 actuales

- La posible menor patogenicidad de la variante ómicron y/o la mejor protección del sistema inmunitario.
- La elevada cobertura vacunal de la población y su impacto favorable sobre la presentación de formas graves de la enfermedad, con disminución de las hospitalizaciones y muertes. Según datos preliminares, la pauta de vacunación completa disminuye las hospitalizaciones por la variante ómicron hasta en un 70%; tras la dosis de refuerzo disminuye hasta en un 90%; y la proporción de pacientes hospitalizados con COVID-19 que requieren intubación o están muy graves ha disminuido hasta en un 80-90%⁸.
- La no desaparición del patógeno. El comportamiento del virus indica que, al menos a corto y medio plazo, no va a desaparecer y, por tanto, habrá que convivir con él¹⁶.
- La existencia de tratamientos antivirales (pendientes de aprobación por la autoridad sanitaria) para disminuir la progresión a formas graves de la enfermedad entre la población de mayor riesgo.
- La disponibilidad de test de antígenos para la detección rápida de la infección activa.
- La capacidad de adaptación al cambio de escenario de las organizaciones sanitarias ante la necesidad de dar una respuesta a la emergencia sanitaria, tanto en AP como en el nivel hospitalario.
- Desarrollo e implantación de modelos efectivos de consulta no presencial (atención telefónica y telemática) en AP.

C. Factores que limitan o condicionan las posibilidades de cambio de estrategia:

- Desconocimiento del comportamiento del virus en el futuro (endémico, pandémico, ambos).
- La aparición de nuevas variantes más agresivas que la actual o que puedan sortear la inmunidad vacunal (escape vacunal).
- La heterogeneidad de los registros de datos entre comunidades autónomas (CC. AA.) y las distintas políticas de control y seguimiento epidemiológico dificultan el conocimiento exacto del número de personas afectadas (tanto sintomáticas como asintomáticas).
- La mayor transmisión comunitaria de la infección supone un incremento cuantitativo de los casos graves y letales.

- Posible aparición de picos epidémicos de rápida y elevada transmisión comunitaria con el consiguiente colapso de los servicios sanitarios.
- La grave situación de la AP, históricamente infradotada e infrafinanciada.

Teniendo en cuenta estos tres bloques de factores, que condicionan la situación epidemiológica actual, desde la semFYC se propone una nueva estrategia de atención a la enfermedad de la COVID-19 que pivote sobre cinco pilares estratégicos.

Pilar estratégico 1. Potenciar la SALUD PÚBLICA

Modernizar y mejorar los servicios de Salud Pública de todas las CC. AA. y poner en marcha el Centro Nacional de Salud Pública con recursos y sistemas de información que incorporen indicadores esenciales a nivel local, autonómico y nacional, tanto sanitarios como de salud ambiental.

Pilar estratégico 2. SISTEMA DE VIGILANCIA. MÉDICOS CENTINELAS

Incorporar el sistema de vigilancia de «Equipos Centinela» permanentes en el seguimiento de la pandemia, dotando a la red de los suficientes recursos y modernizando los sistemas de información.

Pilar estratégico 3. DEFINIR UN UMBRAL DE ACCIÓN POLÍTICA

Establecer un umbral de riesgo basado en indicadores «duros» de seguimiento por encima del cual se pondrían en marcha medidas políticas de restricción social.

Asimismo, a los responsables políticos y a las autoridades sanitarias les corresponde explicar la nueva estrategia de atención, y asegurar la confianza social entre la ciudadanía.

Pilar estratégico 4. FORTALECIMIENTO Y TRANSFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Normalizar la atención de la enfermedad basada en la clínica, promoviendo el autocuidado en los cuadros leves, empoderando al paciente e impulsando la concienciación sobre la importancia de la interacción social, especialmente con población vulnerable. La viabilidad del Sistema Nacional de Salud y de la AP necesita estrategias de difusión de la información sobre el manejo de los casos leves y de los criterios de alarma para acudir a los centros sanitarios, mediante campañas poblacionales, permitiendo a la AP centrar sus objetivos en la atención de la patología moderada y grave.

Disminuir la sobrecarga burocrática generada por la gestión de las incapacidades temporales laborales (IT) instaurando medidas obligadas como la notificación telemática, la declaración responsable del trabajador a la empresa y/o mutua, la definición de proceso corto hasta 7 días, la integración de otros proveedores al sistema de gestión de IT del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y

la eliminación de la exclusividad de emisión de IT por parte de los médicos de familia. Incidir en la necesidad de eximir de la competencia de la IT la conciliación laboral familiar por enfermedad o confinamiento de los hijos menores.

Implantar medidas que aseguren el fortalecimiento, teniendo en cuenta el plan de acción de la AP, como son:

- Adecuar las plantillas e impulsar los nuevos perfiles profesionales de los equipos de AP para poder dar respuesta a la gestión, el seguimiento y el rastreo de los brotes de COVID-19. Orientar e integrar las funciones de «responsables COVID» en los equipos.
- Garantizar entornos seguros en las residencias y centros sociosanitarios, coordinados con la AP, que respalden el seguimiento activo de los casos y la identificación de forma precoz de los contactos estrechos.
- Mejorar la inversión en AP en tecnología, equipamiento y estructura física. Adecuar la población atendida (cupos poblacionales) y potenciar la teleconsulta, consultas *online* o atención telemática, adecuando las dimensiones del cupo/médico de familia a las características sociodemográficas y a la cartera de servicios necesaria de dicha población.
- Dotar a la AP de los pertinentes medios diagnósticos y terapéuticos que aseguren su capacidad resolutoria.
- Establecer un plan de contingencia en AP para futuras olas o pandemias.

Pilar estratégico 5. VACUNACIÓN

- Continuar con la recomendación activa de vacunación y la priorización en la población vulnerable y de riesgo. Cabe incidir en la necesidad de hacer extensiva la vacunación a los países en vías de desarrollo y entornos desfavorecidos.

La propuesta de actuación de la semFYC aquí recogida, conforme a los cinco pilares estratégicos, apunta hacia un conjunto de líneas de actuación con la propuesta de dos fases de implantación, y siempre teniendo en cuenta que faltan por determinar qué indicadores se establecen y qué umbrales se definen para avanzar o retroceder en las fases.

En una primera fase, reteniendo en cuenta que el inicio y la duración de esta quedaría sujeto a la evolución de la variante ómicron o variantes de mayor impacto para la salud pública, se propone la implantación de las siguientes medidas:

- La constitución de una red de centros centinela que mantengan una atención completa de seguimiento, tanto de casos de COVID-19 como de casos no COVID-19 sobre una población determinada, y que den lugar a estimaciones factibles.
- El mantenimiento de aislamientos y cuarentenas basados en la evidencia científica del momento epidemiológico y en consenso con las CC. AA.
- La realización de test de antígenos durante el aislamiento, para disminuir confinamientos y optimizar las cuarentenas al máximo.
- La adecuación de la población asignada a cada médico mediante la contratación de un mayor número de especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

Para la segunda fase se establece la constitución de las siguientes estructuras o medidas:

- Adaptar el modelo de red de médicos centinela (ya implantada en su momento para el control epidemiológico de la gripe estacional) a las características del SARS-CoV-2 y otras infecciones que pudieran aparecer, teniendo en cuenta que será necesario dimensionar, modernizar, digitalizar y prolongar durante todo el año su funcionamiento.
- Asegurar un sistema de atención basado en la situación clínica.
- Asegurar la implantación de la telemedicina con los cupos normalizados.

Este conjunto de propuestas que aquí se esbozan propone sentar las bases que permitan determinar el momento y la forma de incorporar un cambio de estrategia nacional en la gestión de la COVID-19, entendiendo que van a influir tanto en generar mejoras para el SNS como en la atención a nuestros pacientes y a la ciudadanía. Es fundamental construir un adecuado modelo de vigilancia epidemiológica —que no solo se oriente al actual escenario COVID-19— y, al mismo tiempo, fortalecer la AP. Todo ello pasa, sin duda, por la educación sanitaria, por el aumento de la autonomía y la autorresponsabilidad en salud de la población, favoreciendo que los profesionales puedan dedicar su actividad asistencial a realizar prácticas clínicas de valor y centradas en las personas, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas o con necesidades complejas.

El fin último de estas propuestas es asegurar que las medidas que se implanten redunden en el beneficio de la población y que faciliten la organización de los recursos sanitarios para conseguir una asistencia más eficiente y segura, favoreciendo una mayor calidad asistencial.

La situación epidemiológica muy probablemente hará posible un cambio de estrategia en el manejo de la enfermedad por el virus SARS-CoV-2. Además, las coyunturas social, económica y de los servicios sanitarios requieren ese cambio, y los profesionales sanitarios, especialmente los que trabajamos en AP, demandamos que se produzca; por tanto, solo quedarían las autoridades sanitarias por sumarse a esta evidente necesidad. Es a los responsables políticos y sanitarios a quienes les corresponde ahora impulsar —con determinación— esta reorganización, pero deben hacerlo con transparencia y rigor, y con un discurso público que genere y promueva la confianza social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tranche-Iparraguirre S, Martín-Álvarez R, Párraga-Martínez I y Grupo colaborativo de la Junta Permanente y Directiva de la semFYC. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam.* 2021;14(2):85-92.
2. Ares-Blanco S, Astier-Peña MP, Gómez-Bravo R, Fernández-García M, Bueno-Ortiz JM. El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa. *Aten Primaria.* 2021 oct;53(8):102134. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102134>
3. Tranche S, Junta permanente semFYC. La inercia terapéutica de la Atención Primaria. *Aten Primaria.* 2021(53):102240. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102240>
4. Coll Benejam T, Palacio Lapuente J, Añel Rodríguez R, Gens Barbera M, Jurado Balbuena JJ, Perelló Bratescu A. Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia. *Aten Primaria.* 2021 Dec;53(Suppl 1):102209. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102209>

5. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. La semFYC en tiempos de coronavirus. [Internet.] Diciembre 2021. Disponible en: <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2021/12/Covid-20-21-20-12-2021xweb.pdf>
6. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Adaptación de la estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 en período de alta transmisión comunitaria. [Internet.] Comisión de Salud Pública 30.12.2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Adaptacion_estrategia_vigilancia_y_control.pdf
7. World Health Organization. Update on Omicron. WHO. [Online]; 28 Nov 2021 [consultado 13 enero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/28-11-2021-update-on-omicron>
8. Ministerio de Sanidad. Evaluación rápida de riesgo. Variantes de SARS-CoV-2 en España: Ómicron. [Online]; 21 Dic 2021 [consultado enero 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20211221-ERR.pdf>
9. Ministerio de Sanidad. Actualización de la situación epidemiológica de las variantes de SARS-CoV-2 en España. [Internet.] Enero 2022 [consultado 20 enero 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Actualizacion_variantes_20220117.pdf
10. Informe n.º 116. Situación de COVID-19 en España. Informe COVID-19. [Internet.] 2 de febrero de 2022. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202022/Informe%20n%C2%BA%20116%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%202022%20de%20febrero%20de%202022.pdf>
11. Sisó-Almirall A, Kostov B, Sánchez E, Benavent-Àreu J, González-de Paz L. Impact of the COVID-19 Pandemic on Primary Health Care Disease Incidence Rates: 2017 to 2020. *Ann Fam Med.* 2022;20(1):63-8. <https://doi.org/10.1370/afm.2731>
12. Alonso J, Vilagut G, Mortier, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. [Impacto en la salud mental del personal sanitario español de la primera ola de la pandemia COVID-19: un amplio estudio transversal]. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed).* 2021;14:90-105. DOI: 10.1016/j.rpsm.2020.12.001
13. Domènech-Abella J, Gabarrell-Pascuet A, Hanaa Faris L, Cristóbal-Narváez P, Féllez-Nobrega M, Mortier P, et al. The association of detachment with affective disorder symptoms during the COVID-19 lockdown: The role of living situation and social support. *J Affect Disord.* 2021;292:464-70. DOI: 10.1016/j.jad.2021.05.125
14. Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. BOE [Internet.] núm. 62, de 11 de marzo de 2020, páginas 24169 a 24177. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3434
15. Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. BOE núm. 176, de 21 de julio de 2014, páginas 57579 a 57596. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2014-7684>
16. Comité de redacción de AMF. Hacia el fin de la excepcionalidad. *AMF* 2022; 18(1); 4-6. Disponible en: <https://www.amf-semfy.com/web/article/3063>