

REVISIONES

La desescalada: Mejorar y Recrear la capacidad de la atención sanitaria y social desde la Atención Primaria de Salud

JF Javier Blanquer Gregori¹, M^aÁngeles Medina Martínez²

- 1. Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. CS San Blas (Alicante)
- 2. Médica de Medicina Familiar y Comunitaria. CA Doctor Alberto García (Elche)

Contacto: José J. Blanquer Gregori, jjbghd@gmail.com.

Los autores declaran no tener conflicto de interés en la realización del presente estudio.

Citar como: Blanquer Gregori JJ, Medina Martínez MA. La desescalada: Mejorar y Recrear la capacidad de la atención sanitaria y social desde la Atención Primaria de Salud. fml. 2020; 25(2):11p

"la peste tiene alguna acción benéfica, ique abre los ojos, que hace pensar!"

A. Camus. 1947

Antes de la situación de la pandemia de Covid-19, muchos líderes locales, sociedades científicas, e instituciones (desde la Estrategia AP XXI del 2006 hasta el Marco Estratégico de la Atención Primaria de 2019) estábamos ocupados en "reinventar" la atención primaria; pero el cambio se hacía de forma lenta y condicionada en plazos de prioridad pues a pesar de los años los presupuestos económicos no estaban alineados con la visión¹⁻⁴. De repente, y a partir de esta situación de crisis sanitaria es hora de pasar de la reinención y comenzar a recrear la atención sociosanitaria a nivel comunitario⁵. El reto inmediato está en conseguir, sin perder esa flexibilidad recién ganada, atender adecuadamente los problemas de salud "aparcados" estos meses, y los nuevos que aparecerán (Figura 1), como estrés postraumático, complicaciones de enfermedades crónicas por falta de ejercicio, complicaciones de procesos en su momento demorables, etc⁵.

Que hemos aprendido

La Atención Primaria (AP) ha demostrado su plasticidad cambiando radicalmente su forma de trabajar. Ha aprendido en veinticuatro horas a hacer telemedicina por teléfono, ha seguido a los contactos de los casos confirmados, pautado pruebas y atendido a los ancianos de las residencias que constituyen el grupo de población identificable más vulnerable a la enfermedad⁵. En pocos días ha adaptado su práctica diaria a los nuevos requerimientos

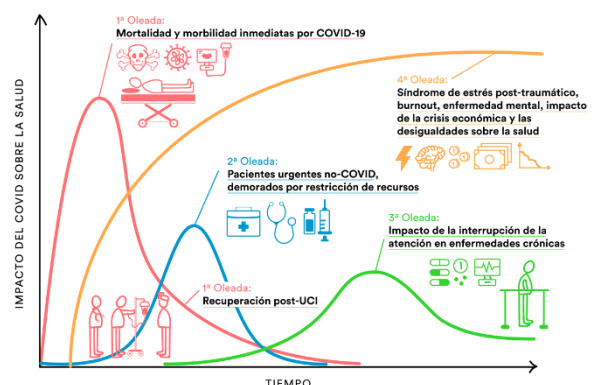


Figura 1: Las oleadas previsibles. [A partir de la atribuida a @VectorSting, desarrollo gráfico Escarlata Almenar].

desde sus propias bases conceptuales, garantizando la longitudinalidad de la atención⁶. Entre las cosas que se han materializado de forma natural suponen la base necesaria para "recrear" nuestra atención primaria. Muchas de ellas ya habían sido planteadas incluso demostradas, pero al seguir haciéndolo como siempre lo habíamos visto hacer, nos ha frenado para que estas materializaran:

- **La capacidad de la población y la comunidad a adaptarse positivamente a la situación de estrés:** En esta recreación debemos incluir al paciente y su contexto (cuidador, familia, comunidad, etc.) considerando como clave en su atención la capacidad de estos para adaptarse positivamente a las necesidades sobre sus propias fortalezas. La resiliencia, término que describe esta respuesta, influye en cómo la situación de complejidad es valorada por el paciente y su contexto prediciendo una respuesta positiva a esta situación estresante, tolerando la presión ante situaciones complejas y les permite reaccionar desplegando estrategias de afrontamiento que siguen a la valoración de esta situación y pueden ser negativas o positivas⁷.
- **Las unidades de admisión han dejado de ser algo más que un simple mostrador** (ver artículo AMF): La Unidad de Atención al Cliente (UAC) es el primer punto de contacto de la población con el sistema sanitario. Es desde donde se canalizan todas las necesidades de la población, administrativa, no administrativa por problemas relacionados con el COVID-19 y los que no (No-COVID) y es el punto desde donde estas se han distribuido a los distintos servicios sanitarios internos. Su importancia es crucial, tanto en lo relativo a la calidad aparente como a la gestión de la actividad interna, y ha jugado un papel crucial en la relación de la población con el sistema sanitario, pasando de ser meros dispensadores de citas a gestores de la necesidad⁸. Los límites que han condicionado su capacidad de resolución se han centrado en la atención telefónica, cada llamada

telefónica que no se responde desde las UAC es un fracaso, así como en la no previsión del dimensionamiento de estos puestos de trabajo y su diseño adecuado a sus necesidades⁸⁻⁹.

- **El papel de enfermería:** La importante labor realizada en el triaje de pacientes en las puertas de los Centros de Salud, el seguimiento de pacientes telefónicamente, y la atención presencial y en domicilio de paciente No-COVID, con las consideraciones que posteriormente deban realizarse. Constatan que la "Gestión de Enfermería a Demanda" (GEA) constituye una estrategia con un alto poder de resolución de las consultas atendidas, aportando, a la vez, un porcentaje elevado de consejos de salud y de educación sanitaria en las visitas atendidas. Paralelamente, el desarrollo de este modelo ha contribuido al aumento de coordinación y trabajo en equipo entre los distintos profesionales del centro de salud, incorporando al administrativo sanitario en el circuito asistencial⁹⁻¹¹. Las enfermeras, por su perfil profesional y un rol basado en cuidados, están bien posicionadas para atender este tipo de demandas asistenciales, para los cuales indicarían además menos tratamientos farmacológicos¹¹.
- **La gestión no presencial de las consultas administrativas:** Considerando básico la necesidad de la desburocratización de la atención primaria¹², en esta crisis hemos visto como la separación básica de las demandas administrativas sin la necesidad de contacto con el paciente y su gestión desde las UAC, ha favorecido la atención de lo necesario⁹.
- **Adaptación hacia modelos de consulta no presencial:** como planteábamos en este artículo (ver artículo AMF), no consideramos la consulta telefónica a demanda como una consulta «no presencial», pues en ella hay contacto y relación directa con el paciente, aunque la vía de comunicación sea diferente a la entrevista presencial¹³. En este sentido los equipos nos hemos organizado para responder a necesidades

administrativas y asistenciales en las que la valoración se realiza “sin el paciente, familiar o cuidador”, siendo necesario revisar los circuitos de entrada y salida, así como los tiempos de atención no presencial, alineándolos con las tareas asignadas en las Unidades Básicas Asistenciales (UBA3: ampliadas con administrativos y Trabajador Social¹³⁻¹⁴. Condicionando su adaptación a las deficiencias institucionales de disponibilidad, de posibilidades de teletrabajo, líneas de entradas y salidas de líneas telefónicas, seguridad en el correo electrónico, ausencia aplicaciones de mensajería institucionales¹³. La implantación de las consultas por correo electrónico en el ámbito de la atención primaria es una solución viable y de utilidad en el contexto futuro en el que nos encontramos. Proporciona un canal abierto, ágil, resolutivo y fácilmente integrable en la agenda habitual del médico de familia, mejora la comunicación médico-paciente y ese una herramienta más con la que asegurar la accesibilidad y longitudinalidad en la atención, sí garantizamos sus condiciones de seguridad¹⁴⁻¹⁵.

- **La utilidad de un modelo de acceso avanzado con gestión telefónica:** Los fundamentos del modelo acceso avanzado se resumen en la tabla 1, y se basan en “hacer hoy el trabajo de hoy” y darles a los pacientes una cita cuando lo requieran o lo necesiten¹⁶. En su adaptación a su gestión telefónica, lo

Tabla 1: Fundamentos del modelo de acceso avanzado
Acceso avanzado: “hacer “hacer hoy el trabajo de hoy” y darles a los pacientes una cita cuando lo requieran o lo necesiten:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocer y equilibrar la oferta y la demanda. 2. Aumentar la oferta de citas. 3. Reducir la demanda de visitas 4. Disminuir los tipos de citas. 5. Reducir o eliminar la lista de espera. 6. Desarrollar planes de contingencia para abordar las variaciones diarias y estacionales en la oferta y la demanda.
Tomado de Ferran M. 2018 ¹⁶ ; modificada de: Health Quality Ontario

que hemos hecho sin darnos cuenta es “hacer hoy el trabajo de hoy, incluso algunos hemos adelantado el trabajo de mañana” mediante consulta telefónica y darle cita presencial cuando lo requiera o necesite para la resolución de su problema por el profesional más adecuado para ello. La consulta telefónica se ha mostrado adecuada y resolutiva en esta crisis sanitaria para dar solución a la mayor parte de los problemas consultados por los pacientes, para el seguimiento de problemas de seguimientos de procesos agudos y crónicos, así como para resolver dudas de medicación y atención a problemas dispares que van desde la deshabitación tabáquica hasta la atención al duelo y la valoración telefónica de un caso probable por COVID-19^{10,14,17}. Aumentar la oferta de consultas telefónicas a demanda integradas en la agenda de la consulta médica, con disminución de las consultas presenciales, con tiempo asignado a la atención no presencial, en el ámbito de la Atención Primaria debería ser una solución en un contexto de escalada hacia la normalidad. Recordando siempre la necesidad de adiestrarnos y manejar adecuadamente esta herramienta de comunicación¹⁸.

- **Trabajar de manera colaborativa:** la forma en la que se ha respondido en el ámbito hospitalario y comunitario, donde la atención interprofesional y multidisciplinar se ha realizado de manera compartida: debería servirnos para dar un empujón, cuando todo termine, a una manera más colaborativa de tratar a los pacientes complejos, frágiles y vulnerables²⁰. Se refuerza la necesidad de seguir haciendo las cosas desde la AP de forma diferente, en entornos distintos, con profesionales de otros ámbitos, para obtener resultados diferentes, con la colaboración de todos los agentes implicados en este contexto asistencial y ámbito territorial. Las iniciativas de “recreación” han de considerar una dimensión interna (en la que se reconfiguran elementos propios y no compartidos) y otra externa, en la que se redefinen los procesos del equipo en

aquellos ámbitos que comparte con otros agentes del territorio⁷. A nivel del equipo de Atención Primaria (EAP), como estamos viendo la atención en situaciones de complejidad implica cambios en la organización de la propia consulta en procesos clave que han de afianzarse en las unidades básicas asistenciales (UBA), la longitudinalidad de la atención y la respuesta que demos en la atención a domicilio, cuando esta sea necesaria⁶⁻⁷.

- **Dejar de hacer para poder hacer:** profesionales y ciudadanos hemos dejado de hacer lo que no aporta valor para las personas, profesionales, ni para el sistema²¹. Hemos identificado estos ámbitos de práctica inadecuada, lo que nos ha permitido reorientar la acción hacia alternativas que respondan mejor a las necesidades de nuestra comunidad, familias y pacientes. Aportando una visión integral y la eficiencia del modelo de atención desde el ámbito comunitario⁷⁻²². En esta línea debemos avanzar, estableciendo una adecuada distribución de las tareas de cada profesional (medicina, enfermería y UAC) para que cada problema sea resuelto en el nivel que sea mejor y más sencillo para el paciente y el conjunto del Equipo de Atención Primaria (EAP), lo cual implica una modificación de los circuitos internos, adaptándolos a una atención centrada en las necesidades del usuario, y una clarificación de las tareas y responsabilidades de todos los miembros del EAP, en un ambiente de toma de decisiones compartidas en las que la flexibilidad sea la normal y toda norma pueda ser adaptada según las necesidades del paciente.

Que hemos perdido

- **La longitudinalidad de la atención:** En esta crisis sanitaria se ha mantenido la confusión entre el concepto de continuidad asistencial y longitudinalidad. En la longitudinalidad los pacientes y su médico o UBA marchan juntos, atributo esencial de la atención primaria que en muchos casos

se ha abolido por la creación de agendas "de continuidad" que garantizaran el seguimiento de estos pacientes COVID-19, las 24 horas los 7 días de la semana (24x7)⁶. La continuidad asistencial es un elemento necesario para la coordinación asistencial entre niveles de atención a nivel inter e multiprofesional, así como la conexión de los servicios sanitarios a lo largo del continuo asistencial mediante la transferencia de información, aspecto que también ha sido deficitario en esta crisis⁶⁻⁷. La longitudinalidad es coste-efectiva: hace más eficiente tanto la atención en la AP como en el conjunto del sistema, se centra en el paciente en vez de en la enfermedad, lo que permite una atención más personalizada, de mejor calidad y más segura. Por desgracia, muchas de las decisiones que se han tomado en esta crisis cuando no se ha consultado con la AP ha atentado con la longitudinalidad, cuando sabíamos que asegurar la longitudinalidad a nivel comunitario es invertir en sus beneficiosos resultados, tanto sobre los pacientes como sobre el sistema sanitario⁶.

- **Nuestro lugar en el sistema de salud:** La Atención Primaria es "El Sistema", no solo la puerta del Sistema²³. Sin embargo, se ha puesto en evidencia que al igual que en la dotación de material de protección, la mirada de nuestros gestores y políticos hacia el papel que debería realizar la Atención Primaria en esta crisis sanitaria solo fue manifiesta a partir de la cuarta y quinta semana del confinamiento, y que en muchas ocasiones solo por la necesidad de redistribución de profesionales sanitarios.
- **Seguimos sin tener nuestros datos:** Los servicios informáticos de los Servicios de Salud, en muchos casos siguen manteniendo un veto y secuestro de los datos de actividad para los profesionales de atención primaria²⁴. Todavía en la era del Big Data, sigue siendo difícil obtener del Sistema de Información Sanitaria, datos de pacientes agrupados por

patologías y estratificados por complejidad, aspecto fundamental para establecer una intervención proactiva en el seguimiento y atención de los pacientes con cronicidad compleja y/o avanzada.

Cosas que siempre debían haber estado ahí.

- La atención domiciliaria:** La atención domiciliaria (AD) es la atención profesional que se da en el domicilio y que incluye atención domiciliaria sanitaria (ADS), cuidados de la persona, adecuación del entorno y atención y posibilidad de relevo de los cuidadores informales. Organizada con el modelo de AP integrado (equipo de atención familiar habitual) es la fórmula que aporta mayor valor por permitir mayor equidad, longitudinalidad, flexibilidad y adaptabilidad, coste-efectividad, atención integral a las personas y manejo de la incertidumbre en el domicilio. Pero esto requiere, medidas para favorecer la atención longitudinal, agendas adaptadas para poder visitar a las personas en el domicilio cuando lo necesitan y dotación suficiente de profesionales (en especial de enfermería) en los equipos y en particular material de protección (figura 2); material clínico y de farmacia adecuado para responder a las necesidades de atención paliativa en domicilio desde los equipos de atención primaria²⁶⁻²⁷.
- La atención a las residencias de mayores:** Esta crisis ha demostrado la insuficiencia de los profesionales sanitarios en las residencias y la necesidad de la integración de estos servicios sociosanitarios en el Sistema Nacional de salud. Las experiencias efectivas en su integración en un modelo adaptativo son ejemplos como en la comunidad de Murcia que pueden ayudarnos a mejorarlo²⁸.
- La dotación de material y recursos humanos:** suficientes para responder a las necesidades cambiantes de esta situación, y con la suficiente previsión para disponer de una salida exitosa ante las necesidades en distintos

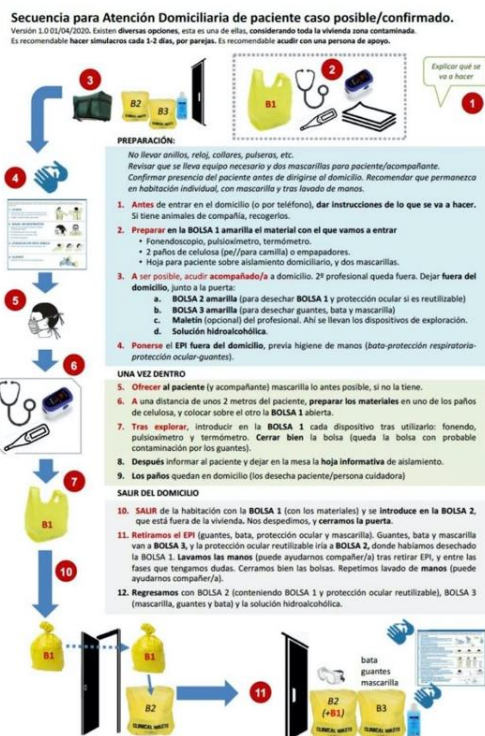


Figura 2: Grupo de Trabajo Atención Domiciliaria y paliativa de la Sociedad Valenciana de medicina Familiar y comunitaria

escenarios de seroprevalencia²⁷. No es necesario insistir en que la situación nos ha superado y que la disponibilidad de equipos de protección y tests diagnósticos de cribado todavía es una asignatura pendiente. El problema actual es que hay que planificar las necesidades para las fases de la desescalada, en la que de forma genérica se precisaría de: a) adaptación de zonas comunes con señalizaciones en suelo "espere su turno" y sistemas inteligentes de gestión de colas por turnos con adaptación para invidentes; b) sistemas de dispensación de hidrogel para adecuada limpieza de manos en puntos comunes y aseos de centros de salud con sistemas antirrobo, figura 3; c) mamparas de protección y pantallas faciales homologadas para actividades en las que la proximidad en la atención administrativa, clínica (extracciones, curas, tratamientos,...) no pudiera ser la deseada; y desde luego d) tests diagnósticos COVID-19 con disponibilidad de material de protección para su utilización según riesgo.

Cómo lo hacemos para mejorar la capacidad de respuesta sociosanitaria en nuestro ámbito comunitario



Figura 3: soluciones improvisadas

Para mejorar y aumentar la **capacidad de respuesta del sistema sanitario**, tanto en situaciones excepcionales como en su funcionamiento ordinario, exige actuar coordinadamente sobre los principales rasgos que caracterizan nuestro sistema⁵:

1. **Adaptación de la oferta:** La crisis está mostrando una capacidad de respuesta, adaptación de unidades, cambio de roles y agilidad de procedimientos, normalmente bajo liderazgo clínico, que debería permanecer. Se ha ganado capacidad de reacción y flexibilidad en las organizaciones sanitarias que debemos mantener priorizando la atención telefónica no presencial efectiva y resolutive con orientación a la consulta presencial y domiciliaria en casos necesarios.
2. **Gestión clínica:** la capacidad de adaptación, el liderazgo clínico y la agilización de procedimientos administrativos ha de fundamentar la recreación, todo desde el principio básico de "dejar de hacer lo que no aporte valor para poder hacer lo

¿Dónde van los pacientes al salir de la consulta de Atención Primaria?

1. De vuelta a su domicilio:
 - Está curado, no volverá por esto
 - Sabe cómo cuidarse para resolverlo y es poco probable que deba volver
 - Sabe en qué circunstancias excepcionales (ahora muy poco probables) debería volver (si empeora, aparecen determinados signos o síntomas, etc.)
 - Entiende que, si está bien, no debe volver para explicarlo
2. A otra consulta del CS:
 - Enfermero
 - Trabajadora social
 - Administrativo
3. Es aconsejable volver al control en el CS:
 - Conoce sus autocuidados, pero debe volver al control y sabe cuándo (tiene cita de vuelta)
4. Necesita una exploración complementaria (analítica, radiografía, etc.) o derivación a otro especialista. Conoce el circuito de resultados: dónde se recogen, si se le comunicará por teléfono, si es necesario que vuelva, etc.
5. Los pacientes que no saben si han de volver o cuándo, vuelven y pronto.

CS: centro de salud.

Tabla 2: Tomada de Barragan N. 2017.

necesario y útil para el paciente y la comunidad". Es preciso diversificar la oferta asistencial propiciando la prestación de los servicios por profesionales distintos al médico, incluido personal administrativo, auxiliares de clínica, enfermería, trabajador social, fisioterapeuta, etc^{7,10,29}. Estableciendo circuitos de atención en las fases de entrada y derivación interprofesional según modelo cliente proveedor, cuanto mejor y más completa sea la entrega mejor será el resultado de dicho proceso. Así, como resolución a las fases de salida, respondiendo a la pregunta ¿Dónde van los pacientes al salir de la consulta presencial y/o atención telefónica?³⁰, para evitar que esta sea mínima complejidad, evitando circulaciones y preferiblemente por vía telemática (tabla 2).

3. **Nuevos Roles profesionales:** los nuevos roles exigidos en cada circunstancia, que respondan a la máxima de que los servicios deben ser prestados por quien tenga mayor capacidad resolutive, para lo que hay que redefinir reglamentamente las competencias profesionales de todos los profesionales del centro de salud. Eso exige cambios en la formación y actualización, planificando entrenamientos continuos y revisiones,

pero lo más importante sistemas de comunicación interprofesional a nivel institucional dentro del equipo que de respuesta a la natural fotocopia de informes, uso de correos y aplicaciones de mensajería personales.

4. **Tecnificación operativa de los Equipos de Atención Primaria:**

La necesidad de sistemas de tecnología de la información, se resume en la disponibilidad de videoconferencia, telemedicina, teletrabajo, consulta telefónica, aplicaciones de mensajería. Para hacer la transición a una atención médica basada en el valor, los sistemas de tecnología de la información de la atención médica deben transformarse para permitir la recopilación de datos, el intercambio de datos, la usabilidad por parte de los pacientes y la posibilidad de relación directa y comunicación efectiva entre niveles asistenciales. Siendo el prioritario la disponibilidad de acceso telefónico, no sería descabellado pensar en la posibilidad de teléfonos corporativos individuales para los profesionales sanitarios con utilidad durante el horario laboral para las vías de salida en las consultas no presenciales que permitan acceso a videoconsulta¹³. En esta tecnificación, sería fundamental el registro de la actividad en la historia clínica, con disponibilidad de acceso a la misma desde el domicilio del paciente, y en casa del profesional si se realiza teletrabajo, así como las garantías de confidencialidad y de uso adecuado de las herramientas de comunicación establecidas, incluyendo el correo electrónico¹³⁻¹⁴.

5. **La atención comunitaria de salud:**

Responder "de forma comunitaria" es priorizar el bien común, asegurar la sostenibilidad de la vida, el cuidado de la comunidad. Será necesario organizarnos para dar cobertura a los más vulnerables y necesitados de nuestros barrios, y aprovechar todas las iniciativas colaborativas que han florecido en nuestras zonas de salud. Debemos evitar la debilitación de los vínculos comunitarios, es decir, de las relaciones de buena vecindad y de ayuda mutua. Compatibilizar la

"distancia social" con la solidaridad comunitaria, empezando por identificar el fenómeno de soledad no deseada³².

6. **La relación con ámbito hospitalario.**

No hemos de olvidaren este proceso de recreación, la interrelación y colaboración con el ámbito hospitalario se hace necesaria. Esta asignatura pendiente, es la única, que la crisis sanitaria vivida ha empobrecido. Si bien es de esperar que el ámbito hospitalario se libere de los "pacientes secuestrados", lo que supondrá una delegación inesperada de pacientes, desde la AP, debemos seguir manteniendo nuestra demanda de una relación colaborativa, con acceso directo mediante la tecnificación operativa del apartado 4, para realizar consultas específicas con resolución de casos, interconsultas y consultas virtuales en las que se garantice la respuesta efectiva acortando el circuito de diagnóstico y tratamiento y en el que se evite la sobrecarga secundaria de procesos administrativos hacia Atención Primaria⁷⁻¹³.

Romper los mitos de la telemedicina:

La telemedicina no trata la enfermedad más que un estetoscopio trata la enfermedad, es solo una herramienta disponible para mejorar la salud, y a la que hemos de despojarla de los siguientes mitos, pues como cualquier otro desafío nuevo, debemos probar la telemedicina para sentirnos cómodo con ella³¹.

- **Mito 1: La telemedicina es "demasiado difícil".** Resulta que cuando se produce el temor de contraer una enfermedad potencialmente mortal, la telemedicina ya no es demasiado difícil. Problema resuelto, probablemente para siempre.
- **Mito 2: Los pacientes priorizan las relaciones existentes con su proveedor sobre la atención episódica transaccional:** Pese a que esto contradiga el concepto de longitudinalidad, también es cierto que en condiciones de necesidad y emergencia los pacientes "solo quieren atención".

- **Mito 3. No puedes hacer un examen físico:** Bien estructurada y con el tiempo adecuado, hemos aprendido a empoderar a los pacientes enseñándoles a autoevaluar sus lesiones, describir sus síntomas que cuenten el pulso en voz alta, y nos arriesgamos a estratificar a los pacientes con síntomas diferentes con el autoaprendizaje de herramientas de valoración telefónica e imágenes remitidas de su lesión y/o propia faringe. Esto si precisa el garantizar la longitudinalidad y la posibilidad de atención programada presencial.
- **Mito 4: Las visitas virtuales son menos efectivas que las visitas en persona:** La eficacia de la atención debe definirse por el problema médico o tipo de cuidado, el proveedor, y la atención brindada, no por si se realizó en persona.
- Reorganización de los modelos de trabajo profesional centrándolos en las necesidades de los pacientes. Son ejemplos las rutas asistenciales y los modelos organizativos de trabajo en equipo corporativo multidisciplinar e integrado sobre la base de los ciclos de las enfermedades que afectan a los pacientes que son atendidos.
- La práctica sistemática del benchmarking (compartir las experiencias que han funcionado) y la transparencia en la comparación o de los resultados clínicos entre unidades.
- Optimizar las funciones de los miembros del equipo, asegurándose de que cada profesional asuma las tareas para las que tiene competencias según su titulación.
- Cada profesional debe hacer las tareas que solo él puede hacer y dejar de hacer las tareas que pueden hacer otros profesionales.
- Ofrecer todas las citas por vía telefónica o mediante correo electrónico o internet. Generalmente, ocupan menos tiempo y facilitan la accesibilidad. Con respuesta proactiva y valoración de atención presencial o virtual según la valoración profesional
- Ofrecer citas que puedan ser resueltas por profesionales no sanitarios sin necesidad de interacción directa del profesional sanitario con el paciente. Todo lo administrativo ha de ser resuelto de manera no presencial por el personal administrativo.
- Usar guías y protocolos para la resolución de demandas poco complejas y habituales.
- Aumentar la resolución en cada contacto con el paciente aprovechando para evaluar otros problemas y su situación familiar y social.
- Establecer huecos de agendas presenciales entre intervalos de consultas telefónicas y no

COMO HACERLO: Modelo de acceso avanzado telefónico:

Hemos de desarrollar una cultura organizativa que sirva de vehículo para el desarrollo de las mejores actuaciones a través de dicha práctica clínica, donde la innovación sea lo deseable y lo real lo resolutivo. Es preciso crear las condiciones que estimulen a los equipos a sumarse a los cambios, desarrollarlos y fortalecerlos, aprovechando los nuevos paradigmas en la gestión clínica⁷⁻¹⁶:

- Fomentando la participación e implicación de los pacientes.
- Con un papel activo de las instituciones científicas en la puesta en práctica de la medicina basada en la evidencia con estrategias de «dejar de hacer» (do not do), y toma de decisiones de salud compartidas, poniendo el foco en la importancia de que no solo dispongan de la información, sino que además sean los pacientes los que tomen las decisiones que conciernen a su salud y que lo hagan con rigor científico (choosing wisely, «eligiendo sabiamente»).

presenciales para evitar el tiempo de espera de los pacientes presenciales, diferenciando según nivel epidemiológico (seroprevalencia) las consultas respiratorias o no.

- Garantizar un tiempo suficiente para las citas telefónicas, por videollamada, así como para las no presenciales y la atención a domicilio.
- Promover la continuidad favoreciendo que cada paciente sea atendido siempre que sea posible por su médico o enfermera de referencia.
- Ofrecer siempre alternativas a las citas presenciales. Por ejemplo: citas telefónicas o por internet para conocer el resultado de analíticas, control de la incapacidad temporal (IT), etc.
- Revisar las citas futuras del paciente para valorar si podrían evitarse o resolverse en esa misma cita, en especial revise el plan terapéutico de los pacientes para identificar y/o programar citas no presenciales para prolongar su medicación.
- Haga la consulta más efectiva para el paciente facilitando las citas de salida y gestión administrativa necesaria para disminuir la circulación de pacientes y/o que estos deban acudir al centro para recoger un informe y/o petición. Las analíticas, interconsultas también se deberían citar por teléfono.
- Es necesario revisar los patrones previsible, tanto de la oferta como de la demanda, y anticiparse a los problemas desarrollando planes de contingencia proactivos para cubrir las variaciones de la demanda como vacaciones, puentes, temporadas de vacunación, garantizando también la sustitución del personal necesario y la ampliación del mismo si fuera necesario.
- No olvide nunca la atención a la comunidad, e integre la atención social como recurso necesario. Si

dispone de página web en su centro de salud y/o departamento ofrezca consejos de salud en la misma y realice prescripción de webs.

- Se debe recuperar el concepto: en atención primaria se realiza atención ordinaria, y a las emergencias, desterrando el término y uso de la palabra "urgente", cuando el paciente ha de ser atendido "para hoy" o "para ya".

Conclusiones:

La crisis de la COVID-19 debería aprovecharse como una dramática, pero conveniente oportunidad para apuntar un futuro guiado por el aprendizaje general a partir de las experiencias de organización y gobernanza que se han demostrado más exitosas. Lo realmente dramático sería que una vez capeada la crisis se pretendiese volver sin más a la situación de partida creyendo que lo peor ya ha pasado. Debemos dedicar un esfuerzo organizativo y de gestión clínica para simplificar la atención sanitaria que siempre hemos sabido hacer desde la atención Primaria de Salud, recreando esta desde el liderazgo de las sociedades científicas que en ella trabaja y conviven con la ciudadanía.

«La obsesión de la salud perfecta se ha convertido en un factor patógeno predominante [...] ha llegado el momento de quitar de las manos del médico la jeringa, como se quitó la pluma de las manos del escriba durante la reforma. La mayoría de las enfermedades curables hoy en día se pueden diagnosticar y tratar por profanos. A la gente le resulta muy difícil aceptar esta declaración porque la complejidad del ritual médico les ha ocultado la simplicidad de sus instrumentos básicos [...]». Ivan Illich.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategias de mejora en la atención primaria del siglo XXI (Octubre 2006): [consultado 19 abril 2019] disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/proyectosactividades/proyectoap21/home.htm>.
2. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención

- Primaria y Comunitaria (Abril de 2019): [consultado 19 abril 2019] disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25_Abril_2019.pdf
3. Martín Zurro A. Segura Benedicto A. Análisis crítico del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria y sus propuestas de acción: (I) La universalidad del modelo sanitario, blog salud dinero y atención primaria, febrero 2020 [documento web]: [consultado 19 abril 2019] disponible en: <http://saludinerop.blogspot.com/2020/02/analisis-critico-del-marco-estrategico.html>
 4. Martín Zurro A. Segura Benedicto A. Análisis crítico del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria y sus propuestas de acción: (II) Financiación suficiente para hacer lo necesario y efectivo, blog salud dinero y atención primaria, marzo 2020 [documento web]: [consultado 19 abril 2019] disponible en: <http://saludinerop.blogspot.com/2020/03/analisis-critico-del-marco-estrategico.html>
 5. Meneu R. Ortún V. Peiró S. González B. Hernández I. Ibern P. La salida: Mejorar la capacidad de respuesta sanitaria (y social); blog economía y salud, abril 2020. [documento web]: [consultado 19 abril 2019] disponible en: <http://www.aes.es/blog/2020/04/19/la-salida-mejorar-la-capacidad-de-respuesta-sanitaria-y-social/>
 6. La longitudinalidad: Palacio J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. AMF 2019;15(8):452-459.
 7. Limón E. Blanquer JJ. Organizando la atención a la complejidad sobre nuestras propias fortalezas. AMF. AMF 2017;13(5):244-251, ver material adicional [documento web]; disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2050
 8. Blanquer JJ. Mira E. "Algo más que un simple mostrador". AMF 2009;5(8):444-453.
 9. Del-Cerro J. Cobos, M. Modelo de desburocratización: UBA3. AMF 2011;7(7):479-480.
 10. Millas. J. Otegui A. Pérez S. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? Aten Primaria. 2011;43(10):516-523. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-consulta-atencion-primaria-todo-es-S0212656711000564>
 11. Brugués A. Peris A. Pavón F. Mateo E. Gascón J. Flores G. Evaluación de la gestión enfermera a demanda en atención primaria. Aten Primaria. 2016;48(3):159-165.
 12. Grupo de Gestión de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria. Medidas concretas para la desburocratización de las consultas de atención primaria. Barcelona: SemFYC Ediciones; 2008
 13. Blanquer JFJ. Quintana JV. La consulta no presencial: el arte de hacer sin ser visto. AMF 2019;15(7):417-424.
 14. DeLaFuente SL. García N. Hernández M. Hidalgo A. García I. García I. La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda en atención primaria Semergen. 2018;44(7):458-462.
 15. Mayer MA Leis A. El correo electrónico en la relación médico-paciente: uso y recomendaciones generales. Aten Primaria. 2006;37(7):413-7 <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-correo-electronico-relacion-medico-paciente-13087384M>
 16. Ferrán M. Alaport M. Mejorando la accesibilidad. Modelos de gestión de la demanda en el día. AMF 2018;14(7):420-426
 17. García N. García E. Hidalgo A. Hernández M. DeLaFuente S. García I. Implantación de una consulta telefónica a demanda en atención primaria. Medicina General y de Familia Jun 5, 2018 [revista digital]:]; [consultado 19 abril 2010], disponible en: <http://mqyf.org/implantacion-de-una-consulta-telefonica-a-demanda-en-atencion-primaria/>
 18. Fabiani F. Villegas A. Saldaña A. Covid-19: Consultas a distancia en atención primaria Adaptación del artículo de Trisha Greenhalgh en el BMJ 2020 [documento web]; [consultado 19 abril 2010], disponible en: <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/covid-19-consultas-a-distancia-en-atencion-primaria-47688> artículo original en: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1182>
 19. Camarera F. Mira E. Soriano C. Blanquer JJ. Montiel I. Ortuño JL. El uso del teléfono en los centros de salud. Semergen. 2003;29:157-63.
 20. Peris, A. Rápida adaptación de la atención primaria a la epidemia, Blog Avances Gestión Clínica, 23 marzo 2020 [documento web]; [consultado 19 abril 2010], disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2020/03/rapida-adaptacion-de-la-atencion.html>
 21. Melguizo M. En tiempos de pandemia dejar de hacer, para hacer más y mejor las cosas. Blog SIAP COVID-19; 8 abril 2020 [documento web]; [consultado 19 abril 2010], disponible en: <https://covid19siap.wordpress.com/en-tiempos-de-pandemia-dejar-de-hacer-para-hacer-mas-y-mejor-las-cosas/>
 22. Casajuana J. En busca de la eficiencia. Dejar de hacer para poder hacer. FMC. [Internet.] 2005;12(9):579-81. [consultado 19 abril 2010]. Disponible en: https://www.upf.edu/catedragrunenthalse/mg/_pdf/dejar_de_hacer.pdf
 23. Alfaro M. El papel de la Atención Primaria en el Sistema Sanitario. Revista de Administración Sanitaria siglo XXI. 2005;3(1):13-14.
 24. Valera J. El desenfoque de la información sanitaria. Blog Avances Gestión Clínica, 23 marzo 2020 [documento web]; [consultado 19 abril 2010], disponible en http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2018/11/el-desenfoque-de-la-informacion.html?utm_source=feedburner&utm

- [medium=email&utm_campaign=Feed%3A+AvancesEnGesti%C3%B3nCl%C3%ADnica+en+gesti%C3%B3n-cl%C3%ADnica%29](https://medium.com/feed/avances-en-gesti%C3%B3n-cl%C3%ADnica-29)
25. Riera L. Vall-Llossera N. La atención domiciliaria. AMF 2018;14(11):664-669.
 26. Blanquer JJ. et al. Que no hay que dejar de hacer en Cuidados Paliativos desde la Atención Primaria (documento 39) semFyC, 2019. [documento web]; [consultado 19 abril 2010], disponible en <https://www.semfy.com/formacion-y-recursos/que-no-hay-que-dejar-de-hacer-en-cuidados-paliativos-desde-la-atencion-primaria-documento-39/>
 27. Raya A. Fernández MJ. Prevención de enfermedades altamente infecciosas en trabajadores y trabajadoras sanitarias. AMF 2020 [documento web]; [consultado 19 abril 2010], disponible en https://amf-semfy.com/web/article_ver.php?id=2627
 28. Minué S La respuesta desde atención Primaria (VII): la atención en residencias y comunidades durante la pandemia en la Comunidad Autónoma de Murcia. Blog El gerente del mediano 18 abril 2020 [documento web]; [consultado 19 abril 2010], disponible en: https://gerentedemediado.blogspot.com/2020/04/la-respuesta-desde-la-atencion-primaria_18.html
 29. Lleras S. Siro Lleras. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. Aten Primaria. 2016;48(3).Comentario editorial 522-3.
 30. Barragan N. Rodríguez M. Borrell F. Comunicar bien para gestionar la consulta. AMF 2017;13(2):76-84.
 31. Hollander JE. Sites FD. The Transition from Reimagining to Recreating Health Care Is Now. NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery. 2020;1(2):1-8. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0093>
 32. Segura J. ¿Cómo sería una respuesta comunitaria al coronavirus?. 12 marzo 2020. 10 Cuarto poder [documento web]; [consultado 19 abril 2010], disponible en: <https://www.cuartopoder.es/ideas/2020/03/12/como-seria-una-respuesta-comunitaria-al-coronavirus/>