

Atención Primaria y pandemia por COVID19 en Argentina: de la invisibilidad a la necesidad de protagonismo.

Autor: *Patricio Jorge Cacace^a*.

^a*Médico de Familia. Presidente de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General.*

Contacto: *pcacace@gmail.com*

Al momento en que este artículo se publique, los números y estadísticas que se transcriben más abajo seguramente estarán desactualizados frente al vertiginoso avance global de la pandemia por el coronavirus COVID19 iniciada a comienzos de 2020. El registro global nos indica por el momento alrededor de 3.5 millones de personas afectadas, 2.1 millones cursando la infección, 1.1 millones de pacientes recuperados, y 250 mil fallecidos. Al mismo tiempo para la Argentina, sin contar con datos estadísticos del todo equiparables -dado entre otras cuestiones que distorsionan el universo que se pretende comparar por la baja cantidad de tests realizados por millón de habitantes, y sin haber arribado aun a la época invernal en la que se espera el pico máximo de incidencia de los virus respiratorios-, los números nos indican para esos mismos grupos alrededor de: 4700 afectados, 3100 infectados activos, 1350 recuperados, y 250 fallecidos. De todas formas los números son abrumadores desde donde se los mire. Su análisis despierta muchas conjeturas y cuestionamientos sobre el origen del problema, sobre las diferentes y variadas estrategias sanitarias implementadas a nivel mundial para su abordaje (con resultados dispares), y un futuro incierto en el que se espera encontrar a la máxima brevedad posible una vacuna y/o un tratamiento seguro y eficaz para erradicar al virus.

El proceso de evolución de la pandemia se continúa mostrando dinámico y muy fluctuante a nivel global, lo mismo ocurre con las vertiginosas medidas sanitarias que se deciden implementar en diferentes países en un contexto de plena incertidumbre buscando mitigar el crecimiento y la expansión de la infección ganando tiempo al “aplanar la curva” para permitir la adaptación y adecuación de los servicios de salud para evitar su colapso.

En medio de todo esto observamos con preocupación la invisibilidad que ha tenido hasta el momento la Atención Primaria de la Salud (APS) dado que la gran mayoría de las medidas sanitarias diseñadas e implementadas fueron concebidas desde la perspectiva tradicional salubrista del hospitalocentrismo con una medicina sesgada centrada en la enfermedad y en la sofisticación tecnológica instrumental. No solo restando así protagonismo e ignorando la función y capacidad de acción y resolución de la atención primaria y sus equipos de salud; sino además, centralizando y depositando las expectativas, las

inversiones en el sector, y la esperanza -tanto de políticos, autoridades sanitarias y de la población en general-, principalmente, en la cantidad de camas en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y respiradores (mecanismos de ventilación externos) disponibles en el país. Nadie niega que esto último es indispensable de considerar estos momentos, sino todo lo contrario: hay que trabajar en esa línea y garantizar el acceso equitativo a dichos servicios para los pacientes que eventualmente lo puedan necesitar, pero debemos también recordar que según la evidencia disponible tan solo alrededor del 5% de los infectados sintomáticos requerirán de ese tipo cuidados.

Por lo tanto, es necesario volver a poner en la agenda sanitaria el rol primordial de la atención primaria, al margen de sus ya características acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Se deben reformular la continuidad de los servicios y cuidados de la salud en este particular contexto, teniendo plena certeza de que los problemas sanitarios cotidianos “no COVID19” requieren de nuestra atención y de un abordaje respaldado científicamente en el “deshospitalocentrismo” y en el “desmedicalocentrismo”. Dicho de otra forma, estamos frente a una pandemia sin precedentes cursando la fase de transmisión comunitaria de la infección y, frente a esto, las respuestas desde las políticas y la gestión sanitaria deben, indefectiblemente, construirse desde y con una perspectiva comunitaria; es decir, transformar la medicina centrada en la enfermedad en una medicina centrada en la comunidad, garantizando y dando respuestas desde la base de la pirámide de complejidad creciente en que se organizan los sistemas de salud con los Centros de Atención Primaria (CAPs) y sus equipos multidisciplinarios (integrados por médicos, enfermeros, psicólogos, agentes sanitarios, trabajadores sociales, etc.) como protagonistas. El presente no es solamente “coronavirus”; en lo cotidiano, al abrir la puerta del consultorio nos seguimos encontrando con la demanda ambulatoria que generan nuestros pacientes en diferentes temas: por ejemplo, en salud materno infantil (control embarazo, control de salud de los niños, inmunizaciones, síndrome febril, rash cutáneos, gastroenterocolitis, etc.), en salud sexual y reproductiva (anticoncepción, ILE, infecciones, ETS, etc.). Por si fuera poco, en la Argentina tampoco podemos sacar de entre nuestras prioridades la epidemia de dengue ni el resurgimiento del sarampión, entre otros de los problemas sanita-

rios cotidianos. Ni hablar de la imperiosa necesidad de contener, monitorear y preservar en óptima condición clínica a aquellos grupos incluidos dentro de la considerada “población de riesgo” para infección por COVID19, pacientes con: Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT: enfermedad cardiovascular, diabetes, cáncer y enfermedad respiratoria crónica); enfermedades inmunodepresivas, renales, hepáticas, sanguíneas y los adultos mayores (grupo particularmente vulnerable en los que se debe preservar la autonomía y los vínculos sociales jaqueados desde hace un mes por la cuarentena). Todos estos grupos se caracterizan por su alta demanda de cuidados y por la necesidad de continuidad de sus tratamientos crónicos.

Los CAPs han implementado, a la fecha, diversas medidas de reorganización y de adaptación al nuevo contexto pandémico, buscando -como se mencionó anteriormente, mantener el contacto comunitario y la atención de la temática “no COVID19” y colaborando también activamente en contener la demanda de sintomáticos respiratorios coordinando su circulación hacia los niveles de complejidad creciente; de forma tal, que los hospitales puedan optimizar la utilización de sus recursos y también llegar a su máxima eficiencia dedicándose exclusivamente a los pacientes que realmente lo necesitan. Con esta línea de trabajo definida, los CAPs transformaron sus acciones diarias: se cancelaron las visitas programadas no urgentes, se armaron circuitos de atención de demanda espontánea diferenciada para separar en sala de espera a los sintomáticos respiratorios priorizando a los grupos de riesgo, se implementaron circuitos de gestión administrativa para prácticas y recetas vía telefónica y correo electrónico, además, - dentro de las posibilidades y recursos tecnológicos disponibles en cada efector del sistema- se ha empezado a trabajar con la modalidad de consultas virtuales on-line por diferentes plataformas que van desde la mensajería móvil hasta softwares de telemedicina. Ahora es tiempo de volver al trabajo extramuros, saliendo de los CAPs a buscar a los grupos vulnerables de nuestra comunidad para ayudarlos a transitar este camino y estar atentos a sus necesidades.

Desafortunadamente, vemos que otros países han decidido un camino opuesto errando la estrategia al cerrar CAPs para reasignar a sus trabajadores a hospitales, unidades modulares o centros asistenciales de campaña armados en grandes galpones y gimnasios donde se piensa brindar atención exclusiva a pacientes COVID19 de sintomatología leve a moderada. De más está decir que esta reorganización del sistema asistencial es al menos cuestionable, ya que, por un lado se deja sin atención ni contención a los ya mencionados “no COVID19”, acelerando así, el colapso global del sistema sanitario y, por otro lado, se arma una estructura que demandará no solo una gran cantidad insumos médicos y de profesiona-

les de la salud para su funcionamiento, sino también, de personal de otros rubros que incluyen maestranza, fuerzas de seguridad, gastronomía, etc. trabajando 24 horas los 7 días de la semana. Estas estrategias terminan consumiendo, en el mediano plazo, una gran inversión de recursos (económicos y humanos, vale recordar que ambos son finitos y más en este contexto) para mantenerse operativas y todavía no cuentan con evidencia sólida suficiente que permita dilucidar si la gran mayoría de los pacientes que se albergarán allí no es mejor que reciban cuidados ambulatorios o domiciliarios realizando controles periódicos en los CAPs. Es necesario también tener presente, que este aglutinamiento de pacientes COVID19 puede transformarse -si no se toman los máximos recaudos de bioseguridad disponibles, con equipamiento, guías y protocolos de actuación bien definidos- en un verdadero polvorín como foco de contagio y diseminación del virus entre pacientes, sus familiares y/o cuidadores, todos los trabajadores de la salud que allí se desempeñan y el resto del personal que permite mantenerlos operativos. Además, todo esto es riesgoso también por el aglutinamiento de integrantes de varios equipos de salud para ponerlos a trabajar todos juntos de un día para otro. Todos sabemos que es más que complejo armar verdaderos equipos interdisciplinarios que actúen sincrónicamente compartiendo objetivos y métodos organizativos y asistenciales. Existen riesgos y, más aún, en situaciones de estrés que pueden condicionar la efectividad y seguridad de sus acciones.

Merece un párrafo aparte poner de manifiesto la imperiosa necesidad de cuidar a los trabajadores de la salud en todos los niveles asistenciales. Los países que tienen mayor número de fallecidos en la pandemia son los mismos en los que, desafortunadamente, más del 15% de los contagiados son integrantes de equipos de salud e incluso se cuentan ya varios fallecidos entre ellos. Los aplausos espontáneos que la población ofrece cotidianamente por las noches son una caricia al alma para los que se levantan todos los días y salen a trabajar por su vocación de servicio. Pero permítanme decirlo claramente: no alcanza; o como me dijo un colega: “Yo no quiero ser mártir, quiero volver a mi casa y poder abrazar a mis hijas”. No por egoísmo ni por soberbia, sino porque necesitamos, nosotros y nuestros seres queridos, tener la tranquilidad que al llegar a nuestro lugar de trabajo (en un CAP o en una UTI, da lo mismo) tendremos a disposición todo el material de protección necesario y suficiente para nosotros y nuestros compañeros y que, de ser necesario, contaremos con las pruebas de diagnóstico para no pasar a ser nosotros los que contagiamos a nuestros pacientes y familiares. Necesitamos que las autoridades garanticen la provisión de insumos médicos, de limpieza y de bioseguridad necesarios y, fundamentalmente, de los Equipos de Protección Personal (EPP) adecuados para desempeñar nuestro trabajo en condiciones

seguras y tranquilas. El cuidado de los trabajadores de la salud debe priorizarse para darle sustentabilidad a la cadena de servicios y cuidados de la salud en todos sus niveles, si no aplanar la curva no tendrá sentido.

Por último, ya estamos enfrentando las consecuencias de la respuesta excepcional que representó la cuarentena (técnicamente denominada “aislamiento social, preventivo y obligatorio”) con sus ya sabidas y padecidas disrupciones en nuestra vida cotidiana, familiar, laboral y social; registrando un aumento de consultas en las que surgen situaciones de violencia de género, violencia familiar junto a diagnósticos de ansiedad y depresión, entre otros problemas de salud emergentes. Asociado a esto, también empezamos a percibir las consecuencias de la pandemia en la macroeconomía global, en las microeconomías del país y en la de las propias familias. Debemos estar muy atentos para contener y dar apoyo a los problemas sociales que surjan de todo esto (desempleo, pobreza, etc.).

Por todo lo mencionado previamente, este contexto debe permitirnos reposicionar, revalorizar y redefinir a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud a más de 40 años de la Conferencia de la OMS en Alma Atta. Debemos lograr que esa atención sea comprendida como primordial (la más importante de todas) y comunitaria (para y con la comunidad garantizando su derecho a la salud); que los decisores políticos, los académicos, y el público en general entiendan de una buena vez los beneficios de tener una red de servicios resolutiva y sólida en el primer nivel, lo cual, es esencial para hacer sostenible y eficiente al conjunto del sistema de salud y, de esta forma, lograr el cambio cultural para que las inversiones en salud deban destinarse principalmente a la base de la pirámide y así garantizar servicios de calidad y accesibles para todos. Debemos lograr cambios significativos en las dotaciones estructurales de los CAPs, en las diferentes formas de precariedad laboral que los trabajadores de la salud enfrentamos, en las formas de orientación y organización de los servicios y actividades del primer nivel y en los mecanismos de retroalimentación y comunicación con los otros efectores del sistema. Parafraseando a la OMS, en lo que sostenía hace 12 años, con todo lo que ha pasado en ese tiempo y con el nuevo escenario que nos trajo la pandemia por COVID19, HOY VERDADERAMENTE LA ATENCIÓN PRIMARIA ES MAS NECESARIA QUE NUNCA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan. Geneva: WHO; 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. COVID-19 Strategy update. Geneva: WHO; 2020.
3. Brunat D. El sabio de la atención primaria: “España ha optado por el hospitalocentrismo”. El Confidencial [Internet].2020 [citado el 2 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/espana/2020-04-05/coronavirus-sistema-sanitario-amando-martin-zurro_2534099/
4. Cheng MP, Papenburg J, Desjardins M, et al. Diagnostic Testing for Severe Acute Respiratory Syndrome–Related Coronavirus-2: A Narrative Review. *Ann Intern Med.* 2020; [citado el 13 abril 2020]. doi: <https://doi.org/10.7326/M20-1301>
5. Cadenas JF, Valdés I. Sanitarios y sindicatos denuncian “el desastre” del gran hospital de campaña de Ifema. El País [Internet].2020 [citado el 31 de marzo 2020]. Disponible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2020-03-30/sanitarios-y-sindicatos-denuncian-el-desastre-del-gran-hospital-de-campana-de-ifema.html>
6. Nacoti M, Ciocca A, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* [Internet].2020 [citado el 21 de marzo 2020]. Disponible en: <https://catalyst.nejm.org>
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Geneva: WHO; 2008.