

Atención Primaria en Salud y COVID-19

*Roman Vega-Romero**

Citar este artículo así:


Vega R. Atención Primaria en Salud y COVID-19. *Hacia. Promoc. Salud.* 2020; 25 (2): 17-19 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.2.3

Ante la alta contagiosidad, capacidad patógena y mutante del Sars-Cov-2, y la inexistencia de una vacuna o medicamento efectivo que pueda prevenir o curar el COVID-19, las únicas medidas que a la fecha se han mostrado eficaces son el confinamiento y distanciamiento social, el testeo masivo de las poblaciones en alto riesgo, la antisepsia y desinfección de personas, objetos y espacios, y la búsqueda activa de infectados, sospechosos, asintomáticos y sus contactos estrechos y casuales. Estas medidas de contención, prevención y control forman parte del arsenal de acciones unificadas del Estado, la sociedad y los sistemas de salud, para enfrentar la pandemia generada por el nuevo coronavirus.

Con respecto al papel de los sistemas de salud, en algunos países se ha venido haciendo énfasis en modelos de mitigación y supresión basados en medidas de aplanamiento de la curva del número de casos y de muertes, que permitan la ampliación de la capacidad de atender los pacientes graves y críticos mediante la extensión de la disponibilidad de infraestructura hospitalaria, el aumento del número de camas, respiradores, unidades de cuidados intensivos y personal especializado de salud. En otros países se ha integrado el modelo de contención y respuesta curativa con estrategias de prevención y de control, haciendo énfasis en estas últimas a través de la combinación de actividades de vigilancia en salud pública y de atención primaria en salud (APS) para, junto con las medidas de contención, lograr la eliminación de la circulación del virus.

Los resultados del énfasis en el primer tipo de acciones del sistema de salud generalmente terminan en una alta cantidad de infectados, muertos y recrudescimiento periódico de la epidemia al flexibilizarse las medidas de confinamiento y de distanciamiento social para la reanudación de las actividades económicas. En la China, con la práctica del segundo tipo de estrategia, se ha logrado una reducción drástica a cero o cerca de cero del número infectados y fallecidos, y la prevención de la resurgencia de la epidemia al insistirse en el corte de la transmisión del virus y la adherencia de la población a las medidas de higiene y distanciamiento social.

Como es sabido, la APS tuvo su origen en la Conferencia Internacional realizada en 1978 en Alma-Ata. Allí se proclamó ésta como la estrategia para lograr salud para todos y todas, meta de la humanidad aún vigente. Cuarenta y dos años después, la APS juega hoy un papel fundamental en la prevención y control de la pandemia por Covid-19, y en la atención de los pacientes infectados. Ese potencial de la APS para contribuir en la prevención, control y atención de pacientes con Covid-19, se ha mostrado en países como China y Cuba, que hoy tienen resultados sobresalientes.

* Médico Cirujano, Magíster en Administración de Salud y Seguridad Social, PhD en Administración y Políticas de Salud. Correo electrónico: rvega.romero@gmail.com.  orcid.org/0000-0002-7632-6723.



En la República Popular de China, desde el primer nivel de atención, los profesionales de APS realizan el pre-test y triaje de pacientes y remiten los infectados con una persona designada a instituciones designadas. Hacen visitas puerta a puerta en búsqueda y seguimiento de sospechosos y rastreo de contactos, sin entrar en los domicilios; promueven medidas educativas, de aislamiento y cuarentenamiento, y prescriben tratamientos a pacientes con enfermedades crónicas.

Hacen seguimiento diario de personas aisladas a través del control de temperatura, la vigilancia de síntomas y el cumplimiento de las prescripciones; compilan, analizan e intercambian información con otros profesionales y los gestores sanitarios para la planeación de acciones y la educación; desarrollan procedimientos como el *Card spot screenen* mediante la investigación de la historia de la epidemia y de los contactos en lugares determinados, la toma de temperatura en puntos definidos de control, entre otros; identifican personas que necesitan aislamiento; hacen entrenamiento de voluntarios para que apoyen la toma de temperatura y usen otros apoyos tecnológicos; manejan poblaciones en condiciones de vulnerabilidad como adultos mayores, con enfermedades crónicas, en situación de discapacidad y migrantes, entre otros.

En la República de Cuba, la búsqueda activa de personas con sintomatología de infección respiratoria aguda y sus contactos se hace de modo geo-referenciado en los domicilios y las instituciones a través de los servicios de atención primaria comunitaria, y mediante aplicaciones virtuales de libre uso ciudadano o portados por el personal de salud. El equipo de APS define si los pacientes sospechosos se quedan en casa para observación, se envían a sitios de aislamiento de cuidados primarios, o se remiten a más altos niveles de complejidad por riesgos de ser enfermos graves o en estado crítico. En este país no se atienden pacientes confirmados ni sospechosos por la Covid-19 en los domicilios. Los contactos estrechos son sometidos a vigilancia permanente en otros centros de aislamiento designados. Se hacen estudios poblacionales de intervención con PCR en zonas de alto riesgo para conocer la incidencia de asintomáticos. Los pacientes confirmados, sospechosos, asintomáticos y sus contactos no deben acudir a espacios habituales de atención de pacientes con otras patologías.

Desde las policlínicas comunitarias, alrededor de las cuales se articulan nodos barriales de entre 20 y 40 consultorios de familia con capacidad de captación de entre 30 y 60 mil personas, los médicos y enfermeras de familia a ellos ligados, incluidos los estudiantes de medicina y estomatología debidamente entrenados y protegidos, hacen vigilancia oportuna, búsqueda activa y seguimiento diario casa a casa de casos sospechosos y contactos estrechos, e incluso vigilan la población del área territorial de los policlínicos y de los consultorios para observar su estado de salud, aplicar las medidas de prevención, y detonar procesos de cuidado, protección y desinfección. Este personal educa en las comunidades, en los sitios de trabajo y en las escuelas sobre el seguimiento de las medidas de prevención como el lavado de manos, uso de tapabocas, desinfección de lugares y objetos con agua clorada. En esta lógica también se han producido cercos sanitarios completos con aislamiento intensificado de la población en lugares con brotes y alto riesgo de la infección.

La atención intramural en los policlínicos, de los sintomáticos respiratorios o asintomáticos confirmados que llegan por voluntad propia o remitidos, comienza con el triaje que hace una enfermera a la entrada, cumpliendo las medidas de higiene del paciente (lavado de manos, desinfección) y de protección personal (uso de tapabocas). A partir del triaje, se derivan los pacientes sospechosos a un área diferenciada de enfermedades respiratorias donde son atendidos por un médico y una enfermera, personal que

está disponible 24 horas. Allí mismo se dispone una sala especial de aislamiento de los pacientes que lo requieran. De la sala de aislamiento el paciente puede ser remitido al nivel de complejidad correspondiente, según la severidad de la enfermedad y la nacionalidad de la persona, o regresar a su domicilio si ha superado la cuarentena. El lugar es desinfectado cada vez que un paciente lo abandona.

A nivel de las comunidades, los equipos de atención primaria se articulan con el trabajo voluntario y solidario de los Comités de Defensa de la Revolución (CDR), la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y la Federación de Estudiantes Universitarios (FEU). Los CDR y la FMC hacen énfasis en la atención y entrega de alimentos a grupos vulnerables, confección y entrega de tapabocas, apoyo a la enfermera y médico de familia en la pesquisa de sintomáticos y rastreo de contactos, limpieza e higienización de hogares de ancianos, fomento del cuidado doméstico compartido, prevención de la violencia género, apoyo a las familias de las trabajadoras de la salud expuestas, apoyo a los equipos básicos de salud para que lleguen a las embarazadas en zonas de riesgo, traslado de alimentos a hogares maternos y centros de aislamientos y atención a niños sin amparo, prisiones y centros de aseguradas. Igualmente, la FEU participa en las labores de pesquisa en las comunidades a través de estudiantes de medicina, en la distribución de alimentos y medicamentos, tareas de higienización y limpieza de calles en zonas declaradas en cuarentena, organización de las colas y vigilancia de calles, preparación de desinfectantes, producción de alimentos, trabajo en los laboratorios con la aplicación de pruebas PCR, e instruyen a la población en cómo usar el pesquisador virtual, y obviamente en promover el quedarse en casa.

Conclusiones

Ante la pandemia por Covid-19, en los dos países la prioridad declarada de los gobiernos ha sido salvar vidas, proteger la salud, fomentar la solidaridad y la cooperación entre las naciones. En esa tarea ha jugado un papel importante la naturaleza pública de los sistemas de salud, de acceso universal gratuito o subsidiado, donde su núcleo esencial ha sido un fuerte componente de APS.

La APS puede contribuir a la detección temprana de casos, su cuarentenamiento, seguimiento y testeo; el reporte, aislamiento y tratamiento temprano de casos leves y moderados confirmados; el rastreo, aislamiento, seguimiento y gestión de la atención de contactos estrechos antes de que sean infecciosos; la identificación y manejo de asintomáticos, el cerco sanitario de brotes y la comunicación de riesgos en instituciones de atención de salud, barrios, veredas o centros poblados, espacios públicos, instituciones educativas, residencias de personas ancianas y sitios de trabajo y de reclusión; la atención de personas afectadas por otras enfermedades en los domicilios o en sitios separados de la atención de infectados; la referencia a otros niveles de complejidad de los pacientes graves y en riesgo de pasar a estado crítico; la educación en las medidas de higiene, uso de materiales de protección personal y en la preservación de la distancia social entre personas, familias y comunidades; y la promoción y despliegue de la solidaridad y asistencia social a núcleos de personas vulneradas, a través de la participación voluntaria y la acción intersectorial/transsectorial.

Para los colombianos, estas enseñanzas nos dicen que es posible salir adelante frente a la Covid-19 preservando la vida y la salud de nuestros pueblos. Para ello se requiere, en el proceso, ir transformando el sistema de salud desde su enfoque de mercado en otro sensible a las necesidades de la población para garantizar el derecho a la salud. En el actual sistema, los intentos de construir la atención primaria en salud han sido fallidos, pero la pandemia del Covid-19 ha desnudado la necesidad de su implementación.