

Impacto de la pandemia de la COVID-19 en los profesionales de Atención Primaria y propuestas de mejora

Impact of the COVID-19 pandemic on Primary Care professionals and proposals for betterment

Elena Ramos Gil. OSI Araba. Araba. (España).

Ana Román Frías. OSI Araba. Araba. (España).

Alfonso García Campos. Atención Primaria de Burgos. SACYL. (España).

Sheila Sánchez Gómez. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Araba. Araba. (España).

RESUMEN

La pandemia de la COVID-19 ha supuesto un cambio brusco en el abordaje habitual de la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades. La Atención Primaria (AP) ha sufrido un importante impacto debido a la situación de pandemia y sus profesionales han tenido un papel fundamental, al mismo tiempo que tanto su vida profesional como personal han sufrido grandes alteraciones.

El objetivo del estudio fue conocer y comprender el impacto de la pandemia en las esferas personales y profesionales de quienes trabajan en AP, así como también analizar y exponer propuestas a nivel organizativo y de atención.

Se hizo un estudio cualitativo mediante cuatro grupos focales interdisciplinarios en el que participaron 26 profesionales de AP (auxiliares administrativos, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería [TCAE], enfermeras y médicas).

Para hacer el análisis, se utilizó la metodología de análisis inductivo del contenido a través del método de comparaciones constantes de Glaser y Strauss y el programa informático Atlas Ti.

Los cuatro grupos focales se transcribieron, y las citas analizadas se agruparon en trece categorías que se englobaron en cinco metacategorías: impacto de la pandemia en los profesionales, cambios en la atención familiar y comunitaria, repercusión de la pandemia en la población, trabajo en equipo y propuestas de mejora.

Como conclusiones se obtuvieron: el miedo de los profesionales en la etapa inicial de la pandemia que se transformó en frustración, cansancio y tristeza en fases posteriores, la ruptura con la AP tradicional, así como diversas propuestas de mejora (empoderamiento del paciente, potenciación de los equipos multidisciplinares...).

Palabras clave. Atención Primaria, pandemia, investigación interdisciplinaria, investigación cualitativa.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has entailed a sudden change in the usual approach to health promotion, prevention, treatment and rehabilitation of diseases. Primary care has undergone a significant impact due to the pandemic situation and its professionals have played an essential role. At the same time both their professional and personal lives have undergone major changes.

The aim of the study was to know and understand the impact of the pandemic on the personal and professional spheres of primary care, as well as analyze and present proposals at the organizational and attention level.

A qualitative study was performed by means of four interdisciplinary focus groups in which 26 primary care professionals took part (administrative assistants, nursing assistants, nurses and doctors).

To perform the analysis, inductive content analysis methodology was used by means of the method of constant comparisons of Glaser and Strauss and Atlas TI computer software.

The four focus groups were transcribed, and the citations analyzed were grouped into thirteen categories. They were included in five meta-categories: impact of the pandemic on professionals, changes in family and community care, impact of the pandemic on the population, teamwork and proposals for betterment.

Conclusions drawn were the fear felt by professionals at the initial stage of the pandemic, which turned into frustration, tiredness and sadness in later phases, the break with traditional primary care, as well as various proposals for improvement (patient empowerment, enhancement of multi-disciplinary teams, etc.)

Keywords: Interdisciplinary Research, Pandemic, Primary Healthcare, Qualitative Research.

FECHA DE RECEPCIÓN:
2 DE NOVIEMBRE DE 2022
FECHA DE ACEPTACIÓN:
12 DE ABRIL DE 2023

Para contactar:

Elena Ramos Gil.

elena.ramosgil@osakidetza.eus



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NonComercial 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

En España, la pandemia ha supuesto un cambio brusco en el abordaje habitual de la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades, y ha sobrecargado intensamente los servicios sanitarios¹.

Esta situación de emergencia ha supuesto para todos los trabajadores del ámbito de la salud uno de los mayores desafíos a los que se han tenido que enfrentar durante el ejercicio de su profesión². Tanto a nivel nacional como internacional, los expertos coinciden en que el estrés laboral, el riesgo de contagio y la ausencia de medios adecuados, tanto materiales como humanos, podían causar efectos negativos de importancia en la salud mental de los profesionales^{3,4}.

Se ha demostrado que la frecuencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios al frente de situaciones de emergencia como esta es especialmente elevada. Estimaciones obtenidas a través de diversos metanálisis nos indican una alta prevalencia de ansiedad (45%), seguida de depresión (38%), estrés agudo (31%), *burnout* (29%) y estrés postraumático (19%)³. Todo ello generado principalmente por sentimientos de frustración, impotencia e inseguridad en su puesto de trabajo⁵, por lo que se considera esencial aplicar acciones dirigidas a mejorar los entornos y las condiciones de trabajo de los profesionales^{6,7}.

Existen estudios que, bajo un enfoque cuantitativo, han pretendido medir y evaluar el impacto de la pandemia en los profesionales a través de diferentes escalas^{8,9}. La gran mayoría de estos estudios focalizan o priorizan los profesionales que ejercen labor asistencial en el ámbito de la atención especializada, quedando relegado a un segundo plano el impacto de esta pandemia en los profesionales de la Atención Primaria (AP).

Sin embargo, la AP ha tenido un papel decisivo en esta situación excepcional para asegurar el éxito de los procedimientos de desescalada en la población general y ha sido clave para afianzar un manejo óptimo de la pandemia y de los efectos colaterales de la misma a corto-medio plazo¹⁰. En la nueva normalidad es necesario revisar su importancia, reforzarla e incluirla como elemento fundamental en las acciones que debemos desarrollar en un futuro próximo y en la atención biopsicosocial a una población cada vez más frágil, desigual y envejecida¹¹⁻¹³.

En definitiva, creemos que conocer y comprender cuál fue el impacto de esta nueva situación en el colectivo de profesionales de salud y explorar, desde su punto de vista, estrategias de atención integral y comunitaria para el nuevo escenario podría con-

tribuir a aportar claves y áreas de mejora para la promoción, prevención y atención a los procesos de enfermedad y fragilidad de la población actual.

OBJETIVOS

- Conocer y comprender el impacto a nivel personal y profesional que ha supuesto la situación de pandemia para los profesionales de AP.
- Explorar y desvelar propuestas de mejora organizativas y de planificación de la atención en el ámbito de la AP.

MÉTODOS

Diseño

Se llevó a cabo un estudio siguiendo la metodología de investigación cualitativa mediante grupos focales, ya que compartimos que es la más adecuada para lograr una visión integral de la experiencia vivida por parte de las personas participantes y comprender en profundidad el fenómeno de estudio.

La técnica escogida para llevar a cabo la recogida de datos fue la del grupo focal. En este tipo de entrevista grupal, interesa más el punto de vista individual del discurso; se escucha en grupo, pero se habla como persona entrevistada singular. La interacción es el instrumento para estimular el discurso individual¹⁴.

El grupo focal se llevó a cabo en salas de uso común de diversos centros de salud. La duración aproximada de cada reunión fue de unos 60 minutos. Se siguió un guion de preguntas que se adjunta en la **tabla 1**, que se vio modificado o enriquecido en función del progreso de los grupos.

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica de la OSI Araba (CEIC).

Criterios de inclusión

Profesionales sanitarios (de enfermería y de medicina, y auxiliares de enfermería) y no sanitarios (personal de administración y servicios) de la OSI Araba/Osakidetza, que hubieran trabajado en AP de adultos en diferentes centros de salud del ámbito urbano de Vitoria-Gasteiz durante la pandemia y continuarán en activo en el momento del estudio.

Criterios de exclusión

- Personal que hubiera sido reubicado en otros servicios fuera del ámbito de la AP.
- Personal perteneciente al servicio de los puntos de atención continuada (PAC) en AP.
- Personal que hubiera cesado su actividad por

Tabla 1. Guion para el grupo focal

- **Pregunta detonadora inicial:** ¿Cómo habéis vivido la situación de pandemia?
- **Impacto en el ámbito laboral:**
 - ¿En qué medida ha influido en la rutina de trabajo?
 - ¿Cómo o en qué medida ha influido en las relaciones laborales o en el equipo y el ambiente laboral?
 - ¿Cuáles son vuestros principales miedos e inquietudes en este ámbito?
 - ¿Cómo describiríais vuestro grado de satisfacción actual con el trabajo?
- **Impacto en el ámbito personal:**
 - ¿Cómo os ha impactado en el ámbito más personal?
 - ¿Qué áreas se han visto más afectadas (patrón de sueño, alimentación, ejercicio, relaciones sociales, etc.)? ¿En qué medida o cómo han cambiado vuestras rutinas y hábitos?
 - ¿De qué manera ha influido en vuestra salud emocional?
- **Por último, se plantearán cuestiones orientadas a aspectos organizativos:**
 - ¿Cómo creéis que se está afrontando la «nueva normalidad» en el ámbito de la Atención Primaria?
 - ¿Qué sugerencias plantearíais para mejorar el abordaje de la atención desde dicho ámbito? Orientadas hacia el abordaje comunitario de la salud, el seguimiento de pacientes con procesos crónicos, la gestión y seguimiento de casos y contactos de COVID-19, el abordaje de la atención domiciliaria y de colectivos vulnerables y la atención en el ámbito sociosanitario.

determinadas causas durante un período de tiempo superior a 3 meses desde el inicio de la crisis sanitaria.

La selección de las personas participantes se hizo mediante un muestreo teórico intencional. Para la formación de los grupos focales, se planteó seleccionar a seis participantes por grupo distribuidos por categoría profesional de forma similar en cada uno de ellos. Se intentó contar con personal con amplia experiencia en el desarrollo de su profesión y también se buscó heterogeneidad en cuanto al género. De esta manera, cada grupo contó con la participación de al menos un jefe/jefa de unidad de Atención Primaria (JUAP) del centro de salud y/o un responsable de enfermería del centro de salud, así como de un profesional de enfermería de AP, uno de Medicina Familiar y uno de administración y servicios.

Análisis estadístico

Se hizo un análisis temático o de contenido de los relatos a través del método de las comparaciones constantes, propuesto por Glaser y Strauss. El método de comparaciones constantes es un análisis interpretativo que pretende generar teorías, conceptos, hipótesis o proposiciones a partir de los datos de la propia investigación empírica: median-

te unos procedimientos analíticos se crean categorías teóricas partiendo de los datos y se analizan las relaciones relevantes que hay entre ellas⁴⁴.

El proceso de análisis se trianguló por las tres investigadoras principales y por una investigadora colaboradora externa y se utilizó el programa informático Atlas-ti para el mismo.

El análisis del contenido se construye tras la lectura en profundidad de la transcripción de las grabaciones a los participantes. Se llevó a cabo, con el apoyo del programa, la siguiente secuencia: transcripción del contenido de las entrevistas, primera lectura, lectura de los discursos, identificación de las citas o fragmentos de textos referidos a cada uno de los códigos y categorías de análisis, descripción y delimitación de las dimensiones y categorías de análisis más concretas y construcción del mapa categorial final.

RESULTADOS

Se realizaron cuatro grupos focales a lo largo de octubre de 2020 en los que participaron un total de 26 profesionales (5 hombres y 21 mujeres), de los cuales 11 eran enfermeras, 9 médicas, 4 personal de administración y 2 TCAE. En relación con su cargo de responsabilidad, hubo 3 JUAP, 3 responsables de enfermería y una enfermera gestora de casos COVID. Tras el proceso de triangulación del análisis, consideramos que se alcanzó la saturación de los datos.

Del análisis cualitativo, se obtuvieron inicialmente 10 categorías de análisis, de las cuales surgieron 5 metacategorías: 1) impacto de la pandemia en los profesionales sanitarios, 2) percepción del impacto sobre la población, 3) cambios en la atención familiar y comunitaria, 4) trabajo en equipo, 5) y propuestas de mejora (figura 1).

Impacto de la pandemia en el personal de sanidad

Los relatos por parte de diferentes profesionales reflejaron las consecuencias derivadas del contexto de pandemia que tuvieron un impacto tanto a nivel personal como profesional. Durante la primera ola reflejan sentimientos y emociones de confusión, incertidumbre y especialmente miedo (al contagio propio y de seres cercanos).

Enfermera referente del paciente pluripatológico: «A nivel emocional, sobre todo sentí incertidumbre y luego también mucho miedo. Miedo a ser responsable de que algún miembro de mi familia o algún amigo se contagiara...».

Durante la segunda/tercera ola, cuando tuvieron lugar los grupos focales, las emociones predominantes cambiaron y se observó mayor presencia de

Figura 1. Mapa categorial



AP: Atención Primaria.

frustración, sobrecarga, desilusión y enfado por una situación mantenida de estrés y carga laboral.

Enfermera referente del paciente pluripatológico: «Es que ya no tienes casi reservas y quieren que sigas tirando y tirando...».

Enfermera de Atención Primaria: «Yo nunca lo había vivido, y eso que soy de las que llevo ya tiempo en el sistema, pero estoy notando que el sistema se tambalea, porque la población se siente desatendida y los profesionales trabajamos y trabajamos, pero no acabamos de estar satisfechos con el trabajo que hacemos. Eso es lo que veo».

La pandemia tiene un impacto global en el colectivo de profesionales, y no solo se refleja a nivel psíquico (miedo, incertidumbre, frustración...) y social (aislamiento), sino también físico (cansancio, problemas de sueño...).

Enfermera de Atención Primaria: «Bueno, pues yo dormir, duermo fatal, no sé si por la pandemia o por qué, pero sí es verdad que yo he tenido mucha presión a nivel laboral».

Enfermera de Atención Primaria: «Es que la gente está muy cansada...».

Sin embargo, no todo el impacto tiene un carácter negativo, los profesionales relataron que había aportado mayor sentimiento de equipo, más empatía hacia los compañeros, apoyo mutuo, replanteamiento de modelos previos y nuevos aprendizajes.

Jefe de Unidad de Atención Primaria (JUAP): «Tú ibas el primer día, te tocaba el equipo COVID, y tenías que saber ponerte un equipo de protección individual (EPI), atender a los pacientes con ese tipo de patología, filtrar por teléfono... Hemos aprendido un montón de cosas».

Médica de Atención Primaria 1: «Y decías: “Todos a una”. Y luego, a ver, teníamos una comunicación que no teníamos antes; con enfermería, por ejemplo: “Mira, aquí estamos todos en lo mismo. Tú haz lo que puedas y, si no, lo hago yo. Y en caso de que no podamos ninguno de los dos, ya vemos lo que hacemos. Ya hablaremos...”. Eso ha sido de lo más bonito».

Enfermera de Atención Primaria: «Tenemos una oportunidad para darle una vuelta, una buena oportunidad, porque podemos cambiar viejos modelos a raíz de todo lo que ha ocurrido».

Percepción del impacto sobre la población

Como bien es sabido, la pandemia ha impactado también a la población. Los profesionales expresaron cómo creían que había afectado esta situación, junto con los cambios que ha experimentado la AP, a la población general. Señalaron que esta también mostraba emociones negativas, como malestar por los cambios en el tipo de atención (menos presencialidad, distanciamiento de las revisiones, etc.) e impacto negativo derivado de la propia enfermedad, cambios de hábitos previos o fallecimiento de seres cercanos.

TCAE: «Aparte del miedo al coronavirus, lo que veo es el cabreo de la gente porque tienen otras patologías que no están siendo tratadas o atendidas. Gente que tenía revisión para una enfermedad crónica para dentro de 6 meses ven que ha pasado 1 año y que nadie los llama...».

JUAP: «Lo seguimos pasando mal porque hay mucha gente que ha perdido a alguien por la COVID [...]. Creo que la población ahora está más cabreada... Está cansada, igual que nosotros... Esto ya es un sálvese quien pueda. La población exige de otra manera».

Cambios en la atención familiar y comunitaria

Los profesionales verbalizaron que la AP había sufrido cambios organizativos de calado en los diferentes ámbitos. Destacaron los cambios en la atención a crónicos, donde se suspendieron o distanciaron el seguimiento de los procesos crónicos. Sin embargo, señalaron que, a través de las consultas telefónicas, educación previa realizada y algunas citas presenciales se había mantenido la calidad de la asistencia y atendido los casos más urgentes o prioritarios (pluripatológicos) y que este cambio en las consultas había servido para replantearse el modelo y la pertinencia de hacer seguimientos tan continuados a toda la población de crónicos.

JUAP: «Enfermería, con cada cupo, con su listado de crónicos, empezó a llamar a los pacientes por teléfono, uno detrás de otro, para ver cómo estaban. A los pluripatológicos también, por supuesto. Cada enfermera, como conoce un poco a los de su cupo, comenzó a telefonar por orden de gravedad o según creyó que la persona podría necesitar más contactar con AP. Se hizo una primera llamada de teléfono y entonces, si había que ver al paciente, pues lo veíamos, o si había que solicitar una analítica, que igual tenía pendiente desde hacía un montón, pues se pedía...».

Enfermera de Atención Primaria: «Es más difícil, pero sí que es cierto que se puede hacer una educación de no hace falta tomarte la tensión una vez al mes. O una vez cada 2 meses o no hace falta que en casa de tomar la tensión 3 veces al día. [...] en ese aspecto de consulta paternalista sí que tenemos mucha educación que hacer [...]. Porque hemos visto que en cosas que hemos tirado de educación que hemos hecho con gente y que nos ha servido para tirar todo este tiempo porque les llamabas y sí “pues ya como me decías, el plato, el no sé qué, la alimentación, 40 minutos”. Lo que le hemos ido educando».

En relación con la actividad comunitaria, la percepción generalizada fue que se habían paralizado

muchos programas e iniciativas, aunque en algún área la crisis sanitaria había servido para tejer nuevos lazos y trabajar de una forma más colaborativa y participativa en el barrio.

Médica de Atención Primaria 2: «Hace meses que no sé lo que es la comunitaria. Aparte de “Por favor, póngase la mascarilla y lávese las manos con el gel”, no estoy haciendo más atención comunitaria, de momento...».

Responsable de Enfermería: «Todo está parado, y lo está también porque el aforo nos dificulta mucho las cosas».

Responsable de Enfermería: «Se ha hecho una sesión informativa para una organización que nos pedía una charla sobre la COVID, porque había mucha gente que quería escuchar a profesionales de la sanidad en directo, no en la tele. Y luego lo que tenemos a nivel comunitario es “vivir con voz propia”, que se ha visto que había mucha gente viviendo en soledad en el barrio y que se han puesto en contacto con nosotros para que conociéramos todas esas historias y veamos gente vulnerable...».

La atención desde primaria en el **ámbito sociosanitario** también experimentó cambios. Se hicieron más visibles y notables las necesidades de mejora en la coordinación con este ámbito especialmente golpeado por la pandemia.

Responsable de Enfermería: «Nosotros, después del primer confinamiento, vimos que los que estaban saliendo peor parados eran los de las residencias, pues reforzamos las residencias, y nos vino muy bien porque así conocimos con qué residencias contábamos, con qué usuarios contábamos y el número total, de enfermería...».

Por último, reflejaron el impacto global en la organización de los equipos al tener que rotar los profesionales por los equipos de atención a pacientes COVID y las reubicaciones de profesionales en otros servicios (especialmente en la primera ola). Todo ello supuso la ruptura de la atención longitudinal y del miniequipo (médico/a-enfermera/o de referencia) y en ocasiones la falta de un aprovechamiento óptimo de las competencias de cada profesional.

Administrativa: «Entonces, es un cambio constante. Se llevan gente de un lado para otro, todo el rato cambiando agendas, cambiando al médico... El paciente un día esta con uno y otro día con otro...».

EG: «Yo creo que no supieron utilizar los recursos que había, porque había gente de primaria que se fue de aquí al hospital, donde a lo mejor no había

estado en años, y aquí a lo mejor había gente que había llegado del hospital hacía 6 meses, y se quedó aquí, en primaria».

Enfermera de Atención Primaria: «Lo mismo estabas un día atendiendo en una consulta de primaria o de pediatría y al día siguiente te mandaban a la UCI, y al día siguiente a una residencia de ancianos, y al siguiente ibas a la UCI, porque como es lo mismo... Y no, no es lo mismo; una cosa es ser enfermera, pero eso no significa que valgas para todo».

Trabajo en equipo

De hecho, los profesionales quisieron destacar especialmente este elemento como aspecto fundamental y transversal para aliviar la carga emocional de la pandemia y para mejorar la eficiencia de la atención sanitaria y el uso racional de los recursos.

Enfermera de Atención Primaria: «Yo creo que es lo que más no ayudó en aquel momento, porque al final no nos entendían ni en casa.... Entonces solo nos entendíamos entre nosotros».

Médica de Atención Primaria 1: «Pero esa sensación de equipo es la que ha hecho que se haya sacado todo poquito a poco hacia delante».

Administrativa: «Los de administración somos un grupo que nos llevamos bastante bien, y entre nosotros nos hemos ido apoyando».

Médica de Atención Primaria 1: «Entonces a enfermería se le ocurrió ofrecerse para hacer el seguimiento de pacientes COVID con síntomas leves, de manera que a los pacientes sintomáticos los controlaban por teléfono, y si veían que se desestabilizaban o aparecía cualquier cosa, es cuando derivaban a medicina... Y ahora es una labor que están haciendo genial... En mi opinión, la pandemia ha servido en enfermería para que los y las profesionales vean un poco el papel que tienen y el papel que pueden tener en la gestión y la educación en caso de procesos leves».

Propuestas de mejora

Los profesionales aportaron ideas de mejora para la situación actual en base a los conocimientos y las experiencias vividas. Señalaron la oportunidad de repensar el modelo de atención para trabajar hacia un abordaje más colaborativo de la salud, menos paternalista y orientado hacia la educación, uso racional de los recursos y empoderamiento en salud de la población. Para ello, destacaron la necesidad de optimizar el aprovechamiento de las competencias de los profesionales de la salud, que la consulta presencial sea altamente resolutoria, crear grupos de reflexión que aporten acciones constructivas

de mejora y especialmente potenciar el trabajo en equipo.

Enfermera de Atención Primaria: «Podemos cambiar viejos modelos a raíz de todo lo que ha ocurrido y ser pues, eso, más proactivos y que podamos trabajar de manera más colaborativa entre todos sin tener a nadie, si no hacerle ser (al usuario) de una manera responsable o corresponsable».

JUAP: «Yo creo que sería excelente esta experiencia que estamos teniendo aquí [...], que fueran capaces de organizarla a gran escala, que fueran capaces de crear grupos focales y multidisciplinarios, y que de ahí se puedan sacar aspectos positivos para el desarrollo posterior de nuestro trabajo».

Médica de Atención Primaria 3: «Para eso, los profesionales, lo mismo de enfermería que de medicina, tenemos que seleccionar mucho mejor qué cosas de las que hacemos no son eficaces o no son costo-efectivas».

Auxiliar de Enfermería 2: «Yo creo que hay un colectivo que es el de auxiliares de cuidados que ha estado infrautilizado».

DISCUSIÓN

En base a los resultados expuestos, podemos concluir que la primera ola generó sentimientos de miedo a incertidumbre en el conjunto de profesionales, que evolucionaron en frustración, cansancio y tristeza en los momentos más complicados de la segunda ola.

El afrontamiento de la pandemia y las medidas que se implementaron para atender a la población supusieron una ruptura con el modelo tradicional de la AP, ya que se produjeron cambios en el modo de atender a los pacientes y en los protocolos de trabajo de los equipos multidisciplinarios.

Se obtuvieron varias propuestas de mejora de cara al afrontamiento de futuras olas y el propio futuro de la AP: empoderamiento de los pacientes, otorgándoles herramientas de autocuidado, evitando así una actitud pasivo-paternalista, optimización de las competencias que puede asumir cada perfil profesional dentro de los equipos de AP, potenciar el trabajo en equipos multidisciplinarios o establecer reuniones multidisciplinarias para intercambiar experiencias e impresiones que permitan reflexionar, evaluar y mejorar la práctica diaria profesional.

Como limitaciones, podríamos señalar el factor de autoridad presente, ya que algunos de los participantes poseían mayor responsabilidad que otros en el ejercicio de su profesión y ello pudo haber

cohibido la expresión de opiniones y/o vivencias de alguno de los miembros del grupo.

Para finalizar, nos gustaría destacar que tal y como se visualizan a través de los resultados del estudio, los momentos de crisis pueden representar oportunidades para el crecimiento y la mejora, en este caso de una AP que necesita ahora más que nunca construirse fuerte y empoderada. Sería necesario para ello continuar explorando desde la voz del conjunto de profesionales (estudios cualitativos)

aportaciones constructivas que aporten mejoras para el modelo actual y futuro de la atención.

Igualmente, encontramos interesante poder explorar la vivencia de la población general, de cómo se ha visto afectada la gestión de su salud en los servicios sanitarios, así como su visión acerca de la atención prestada por los profesionales de AP durante la pandemia. Consideramos fundamental conocer las necesidades sentidas de la población para futuras mejoras en el ámbito de la AP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Campiñez Navarro M, Martín Álvarez R, Martínez Anta FJ, Novo Rodríguez JM. Abordaje y acompañamiento del sufrimiento emocional de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 y acompañamiento en el duelo de los familiares. [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2020 [consultado el 29 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/11/Acompañamiento_30.pdf Barc; 2020
2. De Nicolás Jiménez JM, Blázquez Recio LM, Fabregat Domínguez MT, Palomo Cobos L. COVID-19 y esfuerzo asistencial en atención primaria. Aten Primaria. [Internet]. 2020 [consultado el 27 de marzo de 2023]; 52(8):588-90. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-covid-19-esfuerzo-asistencial-atencion-primaria-S0212656720301724>
3. Ricci Cabello I, Meneses-Echavez JF, Serrano-Ripoll MJ, Fraile-Navarro D, Fiolde Roque MA, Pastor Moreno G, et al. Impact of Viral Epidemic Outbreaks on Mental Health of Healthcare Workers: A Rapid Systematic Review and Meta-Analysis. Revista Electrónica SSRN. [Internet]. 2020 [consultado el 30 de junio de 2020]; 56:92. Disponible en: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3569883>
4. Riedel B, Horen SR, Reynolds A, Hamidian Jahromi A. Mental Health Disorders in Nurses During the COVID-19 Pandemic: Implications and Coping Strategies. Front Public Health. [Internet]. 2021 Oct 26 [consultado el 27 de marzo de 2023]; 9:707358. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.707358>
5. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale ? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. Encephale. [Internet]. 2020 Jun [consultado el 28 de marzo de 2023]; 46(3S):S73-S80. French. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
6. Dantas Pereira M, Cunha Torres E, Dantas Pereira M, Santos Antunes MF, Tavares Costa CF. Emotional distress of Nurses in the hospital setting in the face of the COVID-19 pandemic. Res Soc Dev. 2019; 9(8).
7. Buitrago F, Ciurana R, Fernández-Alonso MC, Tizón JL. Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud española. Aten Primaria. [Internet]. 2020 Nov [consultado el 28 de marzo de 2023]; 52(2):93-113. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.004>
8. Alonso J, Vilagut G, Mortier P, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, et al. 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. [Internet]. 2021 Abr-Jun [consultado el 30 de marzo de 2023]; 14(2):90-105. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.12.001>
9. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Leal-Blanquet J, et al. Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe. Med Clin (Engl Ed). [Internet]. 2020 Nov 27; 155(10):434-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.07.010>
10. Martínez Riera JR, Rodríguez García B, Rodríguez Herrera M. Propuestas para la desescalada en atención primaria. Asociación de Enfermería Comunitaria; 2020.
11. Orientación comunitaria en la desescalada. Estrategia de Atención Comunitaria de Atención Primaria. Gobierno de Aragón: Departamento de Sanidad; 2020.
12. Ruiz E, Cubillo J, Segura J, Campos P, Koerting A, Hernández T, et al. Redes comunitarias en la crisis de COVID-19. Madrid: Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar; 2020.
13. Ceylan Z. Estimation of COVID-19 prevalence in Italy, Spain, and France. Sci Total Environ. [Internet]. 2020 Aug [consultado el 30 de marzo de 2023]; 10(729):138817. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138817>
14. Berenguera Ossó A, Fernández de Sanmamaed Santos MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: IDIAP Jordi Gol; 2014.