

ORIGINALES

Respuesta de un centro de salud ante la pandemia COVID-19: percepciones de la plantilla médica

Adrián Cardo Miota. Centro de Salud Albaycín. Granada. España.

Blanca Valls Pérez. Centro de Salud Albaycín. Granada. España.

Pedro Antonio Lara Morales. Centro de Salud Albaycín. Granada. España.

Celia Alguacil Martínez. Centro de Salud Albaycín. Granada. España.

Lorena Serrano Ivars. Centro de Salud Albaycín. Granada. España.

Victoria Ferrer Amengual. Centro de Salud Albaycín. Granada. España.

Idefonso Godoy Lorite. Centro de Salud Albaycín. Granada. España.

Para contactar:

Adrián Cardo Miota. adrian.cardo.2011@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2 ha supuesto una reestructuración sin precedentes de la asistencia sanitaria y también de los centros de salud.

Objetivo: Conocer las percepciones del personal médico del Centro de Salud Albaycín sobre la respuesta del equipo de Atención Primaria ante la pandemia de la COVID-19 en los meses de marzo y abril de 2020.

Métodos: Estudio cualitativo, observacional de orientación fenomenológica mediante entrevistas individuales. El ámbito de estudio es el Centro de Salud Albaycín. La saturación teórica determinó el tamaño de la muestra (la totalidad de la plantilla médica). Se llevó a cabo un análisis narrativo del contenido.

Resultados: Los discursos muestran seis categorías de análisis: organización de la toma de decisiones, características de la respuesta dada, mantenimiento de los pilares de la Atención Primaria, cualidades del equipo potenciadas, rol de la docencia y nuevas dinámicas generadas.

Los resultados describen una respuesta adecuada, coordinada con la comunidad y anticipada a las directrices institucionales. La toma de decisiones ha sido consensuada y horizontal, potenciándose las cualidades del equipo. A pesar de las limitaciones, se ha mantenido la accesibilidad y la longitudinalidad. Durante la pandemia se ha visto afectada la calidad asistencial y la actividad docente.

Discusión: Un liderazgo transformacional, que refuerza el vínculo entre profesionales y fomenta la participación activa también de los residentes, permite una respuesta satisfactoria ante una situación emergente. Contar con la participación de la comunidad puede generar confianza en la organización y mejorar los resultados en salud.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, investigación cualitativa, infecciones por coronavirus, participación en las decisiones.

RESPONSE OF A HEALTH CENTRE TO THE COVID-19 PANDEMIC: PERCEPTIONS OF THE MEDICAL STAFF

Abstract

Introduction. The SARS-CoV-2 pandemic has brought about an unprecedented restructuring of healthcare and health centers.

Objectives. Learn the perceptions of medical staff from Albaycín Health Centre regarding the Primary Care team's response to the COVID-19 pandemic in March and April 2020.

Methods. Qualitative, observational study with a phenomenological approach conducted by means of individual interviews. The scope of the study is Albaycín Health Centre. The theoretical saturation determined sample size (the entire medical staff). Content was analysed in narrative terms.

Results. Conversations revealed six categories of analysis: organization of the decision-making process, characteristics of the response provided, maintaining the cornerstones of Primary Care, enhanced team qualities, role of teaching and new dynamics generated. The results report an adequate response, which was coordinated with the community and anticipated institutional guidelines. Decision-making was consensual and horizontal, which enhanced the team's qualities. Despite the limitations, accessibility and longitudinal configuration have been maintained. Both the quality of care and teaching have been affected during the pandemic.

Discussion. Transformational leadership, which strengthens the bond between professionals and encourages residents to participate actively, facilitates a satisfactory response to an emerging situation. Having the community participate can build trust in the organization and improve health outcomes.

Keywords: Coronavirus Infections, Primary Health Care, Qualitative Research, Quality Management Circles.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019 fue descrito por primera vez un nuevo virus de la familia *Coronaviridae* que posteriormente se ha denominado SARS-CoV-2. El cuadro clínico asociado a este virus se ha denominado COVID-19. El 23 de enero se inició una cuarentena en la provincia china de Hubei. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que no se trataba de un problema internacional. Siete días más tarde, la OMS declaró la COVID-19 emergencia global. El 31 de enero se confirmó el primer caso en España y trece días después el primer fallecido por COVID-19 en nuestro país. El 26 de febrero se confirmó el primer caso en Andalucía. El 9 de marzo, Italia comenzó su cuarentena, y el 13, cuando el presidente del Gobierno de España anunció el confinamiento a partir del día siguiente, se confirmaron los primeros 17 casos de COVID-19 en Granada¹.

Desde el origen de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), nunca habíamos tenido que enfrentarnos a una situación similar². A los cambios sociales derivados del confinamiento, hay que añadir una reorganización total del SNS, y la Atención Primaria de Salud (APS) no es una excepción³.

Debido a las diferencias entre los 17 sistemas sanitarios de nuestro país, y al impacto desigual de la COVID-19 en las diferentes comunidades, la experiencia vivida por los equipos de APS está siendo necesariamente diversa. El caso que nos ocupa es el de una unidad asistencial (UA) pequeña, que atiende a una población de 13.611 personas en un entorno mixto: urbano (cinco unidades de atención familiar [UAF] y dos cupos de pediatría) y rural (tres UAF).

El Centro de Salud (CS) Albaycín es un centro de larga trayectoria docente que ha sufrido muchos cambios de profesionales en los últimos años. Esta situación de inestabilidad en la plantilla ha sido denunciada por el vecindario, generándose dinámicas de complicidad entre profesionales y vecinos que cristalizaron en una Mesa de Participación Ciudadana⁴.

Gracias a haber realizado dos sesiones formativas sobre la COVID-19, así como los precedentes en Italia y también en Madrid, en el CS Albaycín se iniciaron las primeras medidas preventivas (separación de asientos en salas de espera, lavado frecuente con soluciones a base de lejía, atención a pacientes con mascarilla, así como reuniones con los alcaldes de los pueblos para la planificación de las acciones a seguir) antes de que se decretara el estado de alarma. Aun así, la magnitud de la pandemia causó un gran impacto en el equipo, tanto psíquico como laboral, a la hora de enfrentarse a las consecuencias de la enfermedad en la población.

Ante la falta de directrices y el retraso en los protocolos, se reorganizó la respuesta del CS: se creó un circuito para pacientes respiratorios que fue asignado en rotación a los profesionales sin factores de riesgo; se potenció la atención telefónica como acceso al CS y también para el seguimiento; los profesionales vulnerables fueron asignados a labores sin exposición de riesgo para asegurar la continuidad de los cupos; y se comenzaron a elaborar materiales informativos para la ciudadanía.

Para la atención a casos sospechosos de COVID-19, unificamos los protocolos para APS y urgencias del Ministerio de Sanidad, y ante las discordancias entre ellos en la versión del 17 de marzo^{5,6}, consensuamos, con el apoyo de compañeros de urgencias hospitalarias, un algoritmo de actuación que en pocos días utilizaron en la mayoría de los CS de Granada. Creamos una agenda específica COVID-19 para citar a los casos sospechosos, con la voluntad de asegurar el correcto seguimiento de los pacientes.

Ante el aumento progresivo de casos sospechosos e ingresos hospitalarios, decidimos iniciar un conteo de los mismos, actualizando cada 2 o 3 días en sesión la situación epidemiológica del barrio (**figura 1**).

La relación con la comunidad fue de apoyo mutuo. Facilitamos la accesibilidad a los medicamentos creando una comunicación diaria con las farmacias, establecimos diálogo con los referentes del barrio para facilitar y distribuir materiales sobre el aislamiento, medidas preventivas, uso de los servicios sanitarios (y hasta dos programas en la radio vecinal La Albaicinería). Los vecinos aportaron materiales sanitarios esenciales como mascarillas cuando estas escaseaban. Diferentes grupos donaron equipos de

Figura 1. Evolución de los casos sospechosos de COVID-19 en seguimiento desde el CS Albaycín

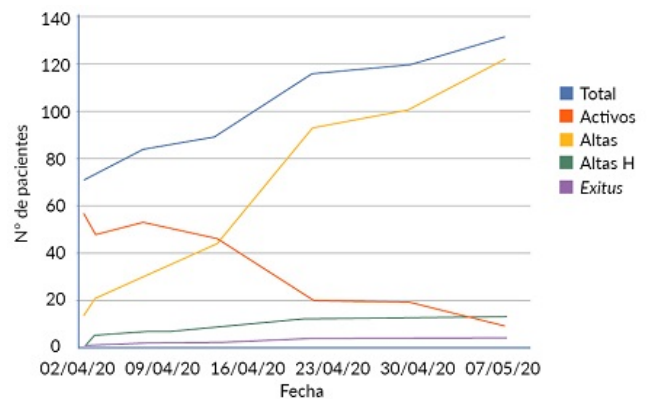


Figura 2. Coordinación del barrio y del Centro de Salud Albaycín ante la pandemia COVID-19

protección individual (EPI) elaborados a mano (entre ellos dos conventos del barrio) y en el instituto imprimieron pantallas protectoras.

La labor de acompañamiento del Comité de Cuidados del barrio fue determinante para los pacientes en riesgo de exclusión social. Ante la falta de una respuesta institucional rápida y completa, contribuyeron asegurando el acceso a alimentos y productos de primera necesidad, compraron medicamentos esenciales y realizaron tareas de asesoramiento laboral.

En el momento en que el número de altas de seguimiento empezó a superar al de nuevos casos sospechosos, empezamos a ser conscientes de que entrábamos en una nueva fase de trabajo y creímos importante, sobre todo de cara a futuros rebrotes (con su consiguiente reorganización de la asistencia sanitaria), estudiar la percepción del equipo del CS sobre la respuesta dada frente a la pandemia (**figura 2**).

OBJETIVO

Conocer, desde una perspectiva fenomenológica, las percepciones del personal médico del CS Albaicín sobre la respuesta del equipo de APS ante la pandemia de la COVID-19 en los meses de marzo y abril de 2020.

MÉTODOS

Estudio cualitativo, descriptivo, de orientación fenomenológica. El trabajo de campo se llevó a cabo durante los meses de abril y mayo de 2020 durante el período de confinamiento consecuencia de la pandemia COVID-19.

Se realizó en el CS Albaicín donde trabajaron durante este período profesionales de la UA Albaicín que incluye al personal del propio CS y de tres consultorios asociados.

La necesaria y continua adaptación de los profesionales a la nueva forma de trabajo en el CS justifica nuestro interés en conocer cómo percibieron la respuesta dada para atender las necesidades de la población durante este período.

Sujetos de estudio

Las personas que formaron parte del estudio fueron profesionales médicos de la plantilla de la UA. Esta incluye a ocho especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, de los cuales tres trabajan en consultorios rurales y cinco en el CS Albaicín, y a dos especialistas en pediatría que trabajan en toda la UA. Todos los participantes dieron su consentimiento informado de forma escrita.

Tamaño de la muestra

La saturación teórica determinó el tamaño inicial de la muestra. Una vez que se saturó la información, se continuaron realizando entrevistas hasta contar con las percepciones de toda la plantilla médica.

Técnica de recogida de datos

Se hicieron nueve entrevistas semiestructuradas y una entrevista en profundidad.

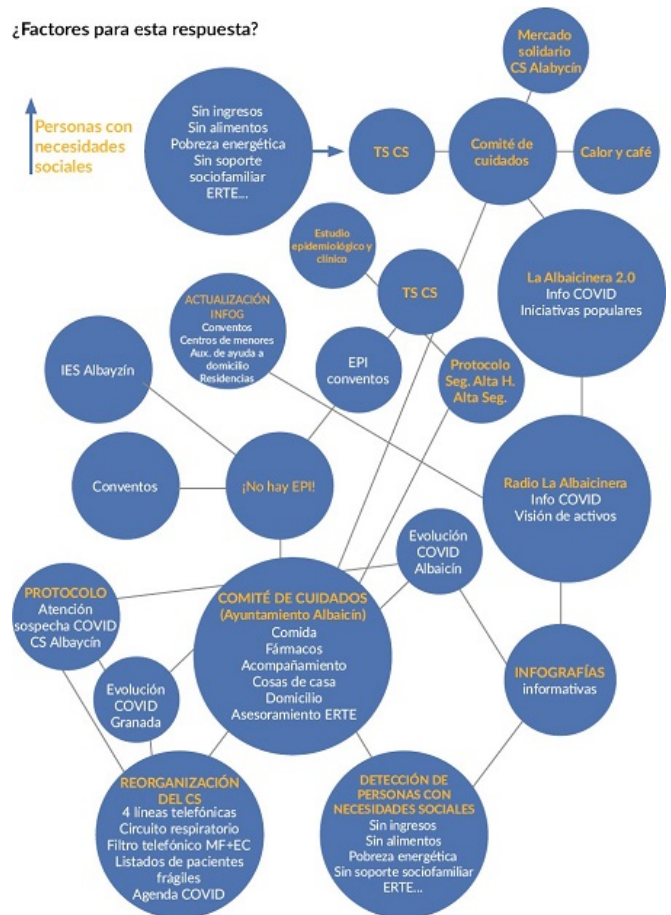
Las entrevistas fueron dirigidas por un grupo investigador formado por siete trabajadoras del CS. Las investigadoras fueron cinco residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, el trabajador social del centro y una médica de familia con contrato parcial en el CS. El guion de la entrevista se desarrolló basándose en las percepciones propias del equipo investigador. La duración de las entrevistas osciló entre 7 y 31 minutos. Estas fueron grabadas en su totalidad. Las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo durante el horario laboral, en el propio CS. La entrevista en profundidad se hizo en el domicilio de la persona entrevistada una vez que se flexibilizaron las medidas del confinamiento.

Análisis de datos

Se hizo un análisis narrativo del contenido tras ser transcritas las entrevistas, valoradas las observaciones y validadas estas por el grupo investigador. La información se codificó por temas. Las categorías y subcategorías se generaron a través del guion de entrevista y de la información emergente de las mismas. La selección de la información se hizo mediante la búsqueda de patrones convergentes y divergentes en las respuestas. Para garantizar la fiabilidad de la información, se realizó un proceso de triangulación entre el grupo investigador tras cada entrevista realizada y otra triangulación global una vez que se disponía de todo el análisis.

RESULTADOS

¿Factores para esta respuesta?



Alta Seg.: alta de seguimiento; CS: centro de salud; EPI: equipo de protección individual; ERTE: expediente de regulación temporal de empleo; MF + EC: Medicina Familiar + Enfermería Comunitaria; Seg. Alta H.: seguimiento al alto hospitalaria; TS: trabajador/a social.

Se hicieron entrevistas individuales semiestructuradas a 10 profesionales médicos. El 60% de las personas entrevistadas fueron hombres y un 40% mujeres. El 80% del total eran especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y el 20% en pediatría. La plantilla de médicos estaba compuesta por cinco hombres (62,5%) y tres mujeres (37,5%); la edad media era de 55,4 años; la antigüedad media en el CS era de 4,1 años, con importante variabilidad, encontrándose cuatro de ellos por debajo de los 2 años; el tiempo ejercido en APS era de 20,6 años. En cuanto a los pediatras, había un hombre y una mujer, cuya edad media era 45 años, con una antigüedad media en el CS de 11 años y un tiempo ejercido de 15,5 años.

A continuación, se describen las seis categorías principales identificadas al analizar el contenido de las entrevistas (**tabla 1**).

Tabla 1. Principales categorías identificadas en el análisis del contenido de las entrevistas

Categorías	Subcategorías	Código
Organización de la toma de decisiones para adaptar las actividades del centro de salud	Estrategias	Reuniones Escucha
	Liderazgo	Consenso Participación
Características de la respuesta dada por el equipo	Estrategias	Organización
	Adaptación	Eficacia Velocidad Actualización de los protocolos
Cualidades del equipo potenciadas durante la epidemia	Solidaridad Empatía Responsabilidad	Atención a la vulnerabilidad Residentes
Mantenimiento de los pilares de la Atención Primaria	Dificultades	Accesibilidad geográfica Longitudinalidad Priorización de la atención de la patología respiratoria Déficit de recursos humanos y materiales
	Estrategias	Accesibilidad telefónica Seguimiento telefónico Uso de otros recursos
El papel de la docencia	Dificultades	Falta de priorización
	Estrategias	El rol de los residentes Participación
Consecuencias de la respuesta	Activos del equipo	Unión Confianza Cohesión Coordinación con otros sectores del barrio
	Recursos	Teleasistencia Aplicaciones informáticas

Organización de la toma de decisiones para adaptar las actividades del centro de salud

Los participantes consideran que la toma de decisiones se hizo por consenso, de forma horizontal. Manifiestan que el hecho de que cada mañana hubiera una reunión donde se actualizara la situación epidemiológica, se revisaran las novedades de protocolos y se repartieran las tareas de forma participativa facilitó el trabajo diario y la resolución de las dificultades que se presentaron.

Características de la respuesta dada por el equipo

Las personas entrevistadas manifiestan estar satisfechas con la respuesta dada, describiéndola como adecuada. Refieren que en ocasiones la forma de organizar el trabajo se anticipó a las directrices institucionales, y que las orientaciones institucionales posteriores ratificaron que las decisiones tomadas habían sido acertadas.

Mantenimiento de los pilares de la Atención Primaria de Salud

Esta categoría describe las percepciones que han tenido los profesionales en cuanto al mantenimiento de las funciones del CS durante la pandemia. Los entrevistados describen cómo revisaron las listas de pacientes con más vulnerabilidad para hacer un seguimiento y se fomentó el acceso telefónico. Sin embargo, manifiestan también que el hecho de que se mantuviera la accesibilidad al CS de manera telefónica limitó que algunos sectores de la población pudieran contactar con el personal sanitario. Consideran que disminuyó la atención a la esfera psicológica y que, al limitarse la atención presencial, se vio afectada la calidad de la asistencia. El seguimiento a la población con patología crónica se vio afectado al pasar a ser telefónico y no atender a los pacientes más vulnerables de forma presencial. Consideran que las herramientas informáticas implantadas durante la pandemia facilitaron el trabajo diario.

Cualidades del equipo potenciadas

Las personas entrevistadas manifiestan que la actitud de los profesionales fue responsable, empática y solidaria. Señalan la implicación de los médicos residentes del CS y la importancia de su cooperación con el resto de profesionales para mejorar la calidad de la respuesta dada.

Rol de la docencia

Los profesionales señalan que la actividad docente disminuyó considerablemente. Sin embargo, se menciona que se dieron sesiones clínicas relativas a la pandemia. Hacen referencia a cómo la responsabilidad adquirida por parte de los residentes puso de relieve un déficit docente estructural.

Nuevas dinámicas generadas

Esta categoría recoge la percepción de los profesionales en cuanto a las dinámicas de equipo que se generaron durante la pandemia, iniciativas que se llevaron desde algunos sectores del barrio y los recursos virtuales que se pusieron en marcha.

Los entrevistados destacan la unión creada dentro del equipo que fomentó la confianza y cohesión entre profesionales. Además, señalan la coordinación para dar una respuesta a la situación con distintas iniciativas del barrio. Mencionan el uso de la teleasistencia y las aplicaciones informáticas como un refuerzo positivo en la práctica diaria (**tabla 2**).

Tabla 2. Citas textuales en torno a las distintas categorías identificadas

Categoría	Subcategoría	Cita
Organización de la toma de decisiones para adaptar las actividades del centro de salud	Estrategias	«[...] me pareció bien, me pareció bien la distribución, las formas de actuar, y, bueno, también la pequeña reunión, con todas las medidas que podemos tener en esa sala, pues me parece también muy acertada a la hora de, pues... ver novedades, poner puntos en común, cualquier dificultad que hubiese surgido el día anterior ponerla también..., hacerla participe al resto de compañeros, y creo que también ha sido bueno, o ha sido bueno tener esos minutos para hacer una puesta en común.» E4
	Liderazgo	«La toma de decisiones ha sido mucho más horizontal; es decir, las propuestas que podía hacer un R1 (residente de primer año) eran perfectamente consideradas como propuestas aceptables y como las que podía hacer un jefe..., nuestro jefe, un adjunto o cualquiera. Como mucho más democrático... Y creo que se funciona mucho mejor con eso.» E10
Características de la respuesta dada por el equipo	Estrategias	«La respuesta del equipo ha sido muy buena, magnífica, los roles se han reorganizado, los factores de personalidad también han contribuido a esa reorganización. Cada cual según su forma de ser ha contribuido a su modo.» E7
	Adaptación	«La distribución aparte del circuito respiratorio, yo creo que fue una respuesta que nosotros la vimos venir y nos anticipamos a ella. Y después la distribución de la carga de trabajo, el enfoque de las líneas telefónicas..., también nos anticipamos nosotros a lo que después se hizo. En ese sentido creo que hemos dado una respuesta que después sirvió de modelo a otros centros.» E9
Cualidades del equipo potenciadas durante la epidemia	Solidaridad	«La reorganización del trabajo ha sido también... en ese sentido estupenda, porque aquí hay una plantilla muy, muy mayor [...], y ellos [refiriéndose a los residentes] han asumido la consulta de respiratorio, porque son más jóvenes, o sea la división del trabajo me ha parecido muy solidaria.» E2
	Empatía	«Y yo creo que hemos empatizado los unos con los otros. Y hemos pensado, no solo en nosotros, que también hemos pensado en cada uno en su..., en nuestro ombligo, pero también un poquito en el otro. Yo creo que es la primera vez que nos hemos olvidado de grupos, ¿no? De tú eres enfermero, tú eres residente, tú eres médico de familia, y todos hemos pensado un poquito en qué era lo mejor para el grupo.» E8
	Responsabilidad	«Entonces, hay muchas cosas que hacer, pero cuando todo se distribuye, y hay una savia de gente joven que es muy responsable, muy responsable, que lo está haciendo francamente bien, están haciendo que el motor se haga un engranaje.» E1
Mantenimiento de los pilares de la Atención Primaria	Dificultades	«El uso del tiempo que se le daba al consultorio antes, la atención psico, esa ha desaparecido. Tan solo se da levemente cuando el teléfono lo coge tu médico habitual, cuando tú ya tienes una ficha biográfica establecida, un conocimiento mutuo.» E7 «Claro que es menos calidad una atención telefónica que una atención presencial, sí. Pero ha sido necesario para mantener el distanciamiento.» E6
	Estrategias	«Yo me saqué mi listado de mayores de setenta, pero también me he sacado el de pacientes trasplantados, el de pacientes paliativos, el de pacientes con patología crónica..., colesterol, como digo yo, por ejemplo..., diabetes, EPOC, tal y cual..., y también los voy llamando, también los vas haciendo... Y eso yo considero que debe ser misión de su médico de Atención Primaria; es decir, su médico de familia es quien tiene que encargarse de eso (...).» E3
El papel de la docencia	Dificultades	«Vosotros [residentes] creo que habéis tenido que tomar mucha responsabilidad, o mucha más responsabilidad de la que os correspondía por formación... Entonces yo creo que eso, a la hora también de analizarlo, eh..., es un problema estructural, ¿no? E10
	Estrategias	«Claro, ahí hubo que sacrificar también, pues, la cuestión docente, ¿no? Las sesiones clínicas de repaso de grandes temas, y todo se ha dejado de lado, ¿no? Pero ha habido sesiones clínicas. Cualquier sesión de discusión de los algoritmos que hacía Adrián y tal, eso eran sesiones clínicas, eso eran... Al fin y al cabo, estábamos haciendo algoritmos de respuesta médica ante un problema médico.» E9
Consecuencias de la respuesta	Activos del grupo	«Pero yo creo que aquí ha germinado, está brotando un equipo, y ojalá que la Administración nos dejara, nos dejara que de ahí saliera un buen arbolito, ¿no? Y... y todo lo que hemos aprendido, y todo lo que nos hemos ayudado en la COVID, pues nos ayudamos para llevar una consulta a la mujer, para actividad comunitaria, para ayudar al pediatra a sus controles, para conseguir que la gente se vacune... Yo que sé, que todos pongamos, y nos pongamos en el lugar del otro, que yo creo que es lo más importante en un equipo.» E8
	Recursos	«Se han puesto en marcha cosas que probablemente se nos queden como son: la tele, el programa Mercurio, que son transferencias de imágenes a través de Diraya..., los partes de IT telefónicamente..., que realmente no tiene mucho sentido, salvo que sea para valoración del paciente que venga, o las renovaciones de recetas. Con lo cual, muchas cosas que hemos utilizado posiblemente sería bueno que se quedarán.» E2

E: entrevista.

DISCUSIÓN

Los relatos de los profesionales participantes en este estudio nos han permitido identificar sus percepciones en relación con la respuesta dada por parte de la UA Albaycín durante la pandemia por coronavirus (figura 3).

Figura 3. Interpretación de resultados con enfoque salutogénico



Orientar la organización de un CS a dar respuestas a las necesidades de la población es indispensable para mantener la labor de la APS. En tiempos de pandemia, es prioritario potenciar los pilares de la APS para asegurar que se den las medidas necesarias para proteger a las personas vulnerables, evitar la propagación de la enfermedad y la sobrecarga de los servicios hospitalarios⁷⁻⁹.

Ante una situación nueva donde predomina la incertidumbre, garantizar una respuesta organizada ante la crisis, será necesario para poder responder a las necesidades de la comunidad a la que se atiende⁷.

Las necesidades del personal sanitario que trabaja en una situación de epidemia o pandemia incluyen: disponer de información efectiva y actualizada que sea comunicada a los profesionales por vías oficiales; tener la posibilidad de aplicar las guías de práctica clínica; disponer de un suministro de materiales que transmitan confianza y conocimiento de uso del EPI; contar con el liderazgo por parte de las autoridades de Salud Pública; obtener apoyo de las instituciones; tener un entrenamiento apropiado y un espacio apropiado, y recibir los cuidados adecuados para superar las secuelas emocionales derivadas de participar en la respuesta a una enfermedad infecciosa con características y letalidad desconocidas^{10,11}.

Un liderazgo jerárquico o institucional, que emite directrices claras, basadas en criterios clínicos de calidad, coordinado entre distintos niveles gubernamentales y adaptado a las realidades de cada zona podría haber generado confianza y fomentado una respuesta adecuada a la crisis^{12,13}.

La percepción de los profesionales de una falta de liderazgo por parte de la Administración, así como la carencia de recursos materiales y la tardanza a la hora de recibir protocolos o directrices en la actuación propició la autoorganización del CS y que se recurriera a los activos del mismo para dar respuesta a la situación. La sensación global ante la respuesta dada por el equipo del CS es satisfactoria.

Factores como participar en la toma de decisiones, conocer cuál es la función individual y diaria de cada persona del equipo, repartir las tareas equitativamente y de forma participativa, cuidar a las personas del CS con más vulnerabilidad, compartir miedos y experiencias y sentir el apoyo del equipo y su dirección han favorecido que la respuesta dada sea considerada positiva y haya reforzado los vínculos entre los trabajadores. La coordinación con la comunidad posiblemente haya reforzado el trabajo, la sensación de pertenencia y la implicación con el barrio.

Coinciden estos factores con los descritos en la bibliografía como potenciadores de un buen trabajo en equipo, que confía en sus compañeros, con un liderazgo transformacional que disminuye el estrés laboral y la incertidumbre¹³⁻¹⁵.

Algunos estudios sugieren que un liderazgo efectivo se traduce en mejores resultados para el sistema sanitario, especialmente para sus profesionales, reforzando su autonomía y permitiendo cambios orientados a sus necesidades y a las de los pacientes y las comunidades^{12,16}. De forma paralela, la bibliografía apunta hacia los beneficios que potencialmente se generan (entre otros, la confianza en la organización y la mejora de los resultados de salud) al contar con la participación comunitaria, también en tiempos de pandemia¹⁷.

El reconocimiento por parte de los entrevistados a la labor de los residentes y su mayor adquisición de responsabilidades en tiempos de la pandemia posiblemente está relacionado con un equipo que valora su participación en el CS y motiva a que el equipo de residentes tenga iniciativas, participe en la planificación y respalde sus decisiones, tal como señalan algunos estudios¹⁸. Otros estudios deberían valorar la percepción de los propios residentes durante la pandemia.

A pesar de reflejarse en los resultados la disminución del tiempo dedicado a la docencia, se ha facilitado al grupo de médicos residentes formarse en metodología cualitativa y realizar este estudio entre otros.

El cambio del modelo de atención, que por necesidad ha pasado de ser presencial a mayoritariamente telefónico, ha generado malestar entre los entrevistados, pues consideran que ha afectado a la calidad de la atención que brindan. Sin embargo, y a pesar de las limitaciones, la organización interna

del CS ha permitido que cada cupo haya sido atendido (telefónicamente) por su UAF, para así mantener la longitudinalidad. En un momento de cambio, instrucciones sobre cómo llevar a cabo la consulta telefónica¹⁹ pueden ayudar a reorganizar las agendas y a estudiar cómo mantener la función del CS.

La situación de una plantilla con una media de estancia en el CS de 4,1 años puede considerarse «estable» en un CS donde se han producido cambios constantes en los últimos años. Un sistema de contratación para el que ni la continuidad en los equipos ni la estabilidad laboral individual son prioridades provocará nuevamente cambios en la plantilla antes de otoño. La precariedad laboral, además de producir consecuencias individuales, afecta a la estabilidad del equipo y redundará en el empeoramiento del bienestar y los resultados en salud de la población²⁰.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La situación de confinamiento y la organización del trabajo determinaron que las personas que dirigieron el estudio no fueran independientes, sino trabajadoras del propio CS (en su mayoría residentes), lo que pudo producir sesgos. No se incluyen las percepciones de los médicos residentes al ser estos quienes dirigieron las entrevistas. Nueve de diez entrevistas fueron realizadas durante el horario laboral, lo que pudo afectar a las respuestas y a la duración de las mismas.

La variabilidad de la duración de las entrevistas también pudo estar influenciada por la experiencia de los entrevistadores, siendo la tendencia a alargarse el tiempo de duración según aumentaba la experiencia entrevistando y aumentaban las categorías de las respuestas. Sin embargo, independientemente del orden en que se realizaran las entrevistas, las de menor duración son las contestadas por mujeres. Sería recomendable analizar los factores que han podido influir en esta barrera y abordar sus causas para erradicar el sesgo de género.

CONCLUSIONES

La percepción de la plantilla médica del CS Albaycín ante la respuesta dada durante los meses de abril y mayo es generalmente satisfactoria. Ante la falta de protocolos, directrices claras y déficit de materiales, la autorganización de la plantilla adecuó la respuesta del CS a las necesidades de la población a la que se debe. La forma en que se reorganizó la plantilla médica fue determinante para que la percepción en una situación tan crítica fuera, a pesar de todo, positiva.

Para dar respuesta satisfactoria a las necesidades emergentes de la población, generar confianza en la organización y contribuir a mejorar los resultados en salud, deberían fomentarse:

- Las formas de liderazgo que permitan la toma de decisiones consensuadas.
- Las dinámicas de equipo que favorezcan el vínculo entre profesionales y con la institución a la que pertenecen.
- La participación activa de residentes en la toma de decisiones y organización del trabajo.
- La participación de la comunidad en la organización de los cuidados.
- Políticas de personal basadas en la estabilidad de los equipos de APS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bausán S. 17 casos positivos en 24 horas y varios en estudio en Granada. El Ideal. [Internet.] 2020. [Citado: 10 junio 2020.] Disponible en: <https://www.ideal.es/granada/siete-casos-confirmados-20200312085503-nt.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020. [Internet.] 2020. [Consultado el 9 de junio de 2020.] Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>
3. Vázquez Canales LM, Pujol Flores A. Los pilares de la Atención Primaria en tiempos de la COVID-19. AMF. [Internet.] 2020. [Consultado el 9 de junio de 2020.] Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2663
4. Navarrete M. Vecinos se plantan para exigir mejoras en el centro de salud del Albaicín: «Aquí ya no sabes quién será tu médico la próxima cita». El Ideal. [Internet.] 2019 [Citado: 10 junio 2020.] Disponible en: <https://www.ideal.es/granada/vecinos-plantan-exigir-20190811162600-nt.html>
5. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Documento técnico-manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19 (versión 4 de junio de 2020). [Internet.] 2020. [Consultado el 9 de junio de 2020.] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf
6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Documento técnico-manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19 (versión 27 de marzo de 2020). [Internet.] 2020. [Consultado el 9 de junio de 2020.] Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_urgencias_pacientes_con_COVID-19.pdf
7. Collins N, Litt J, Moore M, Winzenberg T, Shaw K. General practice: professional preparation for a pandemic. MJA. 2006;185(10):S66-69.
8. Dias Sarti T, Serra Lazarini W, Ferreira Fontenelle L, Santana Coelho Almeida AP. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? Epidemiol Serv Saúde. 2020; 20(2):e2020166.
9. Minué Lorenzo S. Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca. AMF. [Internet.] 2020. [Consultado el 9 de junio de 2020.] Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626
10. Kunin M, Engelhard D, Piterman L, Thomas S. Response of General Practitioners to Infectious Disease Public Health Crises: An Integrative Systematic Review of the Literature. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2013;7(5):522-33.
11. Houghton C, Meskill P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020, Issue 4. Art. Núm.: CD013582. DOI: 10.1002/14651858.CD013582.
12. Jodar i Solà G, Gené i Badia J, Delgado Hito P, Campo Osaba MA, Del Val García JL. Self-perception of leadership styles and behaviour in primary health care. BMC Health Services Research. 2016;16:572. DOI 10.1186/s12913-016-1819-2.
13. Desborough J, Dykgraaf SH, Rankin D, Kidd M. The importance of consistent advice during a pandemic. An analysis of Australian advice regarding personal protective equipment in healthcare settings during COVID-19. AJGP. 2020;49(6):369-72.

14. Leka S, Griffiths A, Cox T. La organización del trabajo y el estrés. Estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. Instituto de trabajo, salud y organizaciones. Reino Unido: OMS; 2004.
15. Sturgiss E, Clark AM. Trust within your team during a pandemic. AJPG. 2020;49(5):10.31128/AJGP-COVID-05.
16. Menárguez Puche JF, Saturno Hernández PJ. Características del liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la Comunidad Autónoma de Murcia. Aten Prim. 1998;22(10):636-41.
17. Hernán García M, Cubillo Llanes J, García Blanco D, Cofiño R. Epidemias, virus y activos para la salud del barrio. Gac Sanit. [Internet.] 2020. [Consultado el 9 de junio de 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.010> 0213-9111
18. López Santiago A, Baeza López JM, Lebrato García RM. ¿Qué esperan de sus tutores los residentes de medicina de familia? Una aproximación cualitativa. Aten Primaria. 2000;26(6): 362-7.
19. Greenhalgh T. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ. 2020;368:m1182.
20. Serrano Fernández E. Precariedad laboral en Atención Primaria, femenino plural. AMF. 2015;11(8):432-3.

Fecha de recepción: 10 de junio de 2020 **Fecha de aceptación:** 13 de septiembre de 2020

Editora responsable: Micaela Llull Sarraide



[Volver](#)

Respuesta de un centro de salud ante la pandemia COVID-19: percepciones de la plantilla médica

Adrián Cardo Miota, Blanca Valls Pérez, Pedro Antonio Lara Morales, Celia Alguacil Martínez, Lorena Serrano Ivars, Victoria Ferrer Amengual e Ildfonso Godoy Lorite
Comunidad noviembre 2020;22(3):2

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Mensaje

Su Email

Web (opcional)

Comentar