

La saturación de los centros de salud lastra la lucha contra el virus

La atención primaria se enfrenta a las labores de rastreo con las plantillas mermadas por las vacaciones y sobrecargada por la acumulación de casos de covid y de otras dolencias



Centro de Atención Primaria (CUAP) de Prat de la Riba, en Lleida. JAVIER MARTÍN

PABLO LINDE | **ELENA G. SEVILLANO**

MADRID - [23 JUL 2020 - 00:30 CEST](#)

El nuevo campo de batalla contra el virus está ahora en los centros de salud. La atención primaria se ha llevado el peso que tenían los hospitales, al atender a [los nuevos pacientes de covid-19, mucho más jóvenes y con síntomas de menor gravedad](#). Lo que ya es el nivel asistencial más mermado por los recortes vive un verano bajo mínimos, ya que las comunidades han obligado a los médicos a tomar todas las vacaciones en julio y agosto para evitar el temido colapso de otoño, cuando cualquier virus estacional será sospechoso de covid. Esta sobrecarga complica aún más el control de [posibles brotes](#), cuya detección recae ahora en los médicos de familia, quienes se ayudan para el rastreo de Salud Pública, otro departamento con [plantillas insuficientes en casi todas las comunidades](#).

Bajo una aparente calma, la saturación va por dentro, porque las consultas presenciales son sustituidas por las telefónicas siempre que pueda evitarse la visita al centro, a lo que se suma el seguimiento a todos los pacientes que no pudieron ir durante la peor parte de la crisis. Este periódico ha comprobado retrasos de más de una semana para acudir al médico de cabecera en Madrid o Valencia, pero en muchas comunidades el paso previo de la centralita es imprescindible. “En los sitios con muchos brotes y si no hay rastreadores suficientes -en España hay menos de la mitad de los considerados necesarios- primaria es la que tiene que hacer esa labor además de atender toda la patología no covid, por lo que se puede ver sobrepasada”, señala Vicente Matas, vocal de Atención Primaria de la Organización Médica Colegial.

“Todo el mundo, economistas de la salud, gestores, salubristas... coinciden en que la respuesta al coronavirus es una atención primaria bien dotada y muy coordinada con Salud Pública. Si eso no se da, no se podrá controlar ni gestionar la pandemia y colapsará todo el sistema sanitario. La situación actual y lo que se intuye de insuficiencia de recursos complica y dificultará enormemente la gestión de la pandemia”, añade Salvador Tranche, presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc).

“En cuanto se junta la gente todo esto explota otra vez”, lamenta la médica Gisela Galindo al teléfono. Se confiesa “físicamente agotada” porque, como la mayoría de sus compañeros de atención primaria, no ha podido parar desde que el coronavirus empezó a hacer estragos. Trabaja en un centro de salud de Lleida, epicentro de uno de los mayores rebrotes vividos tras el fin del estado de alarma. La situación, asegura, “es peor que en marzo”. Entonces el problema

era la falta de pruebas para diagnosticar. Ahora, tras confirmar un positivo, empieza una vorágine de citas y papeleo que supone una “carga de trabajo inimaginable”, asegura la también vicepresidenta de Semfyc.



Una fila de ciudadanos esperando en la puerta del centro de salud de la calle Estrecho de Corea, en Madrid. VÍCTOR SAINZ

“Lo que sucede habitualmente en verano, que es que no sustituyen a los médicos de vacaciones, se ve agravado por el coronavirus y por la situación anímica de los profesionales, que están agotados”, dice Tranche. La situación es de “sobrecarga” en toda España y “muy preocupante” en Aragón y Cataluña, donde en algunas zonas los médicos “están como en marzo, viendo a pacientes con los EPI puestos porque cualquiera puede estar infectado”. Aunque esta es la realidad que describe la mayoría de médicos consultados, la situación varía entre comunidades e incluso entre centros de salud. En Andalucía, por ejemplo, sindicatos como UGT y CSIF no han constatado retrasos más allá de los habituales por el cierre de centros de salud en verano, informa **Eva Saiz**.

La atención primaria siempre ha sido la hermana pobre del Sistema Nacional de Salud. Tradicionalmente infrafinanciada, la Gran Recesión hizo más mella en los centros de salud que en los hospitales. Un repaso a la estadística de gasto sanitario que publica Hacienda muestra que la primaria empezó a perder inversión en 2010 (-2,1%), siguió en 2011 (-4,2%) y registró la mayor caída en 2012 (-7,4%). Hasta 2015 no empezó a crecer el presupuesto, pero aún no ha recuperado los niveles de inversión previos a la crisis.

Tranche critica que los gestores públicos no hayan buscado alternativas para evitar que la primaria se desborde. La contratación de R0 (médicos que [han terminado la carrera y están esperando para incorporarse a la residencia](#) de su especialidad MIR) y de personas sin titulación (doctores extranjeros no homologados o profesionales sin MIR) “es inaceptable, por ilegal y porque pone en una situación de inseguridad y de riesgo a los pacientes”, asegura. “Son médicos que en unos meses, cuando comiencen la residencia, no podrán hacer una receta ni dar una baja sin supervisión, pero ahora están haciendo recetas por su cuenta y llevando carteras de pacientes”, añade Víctor Pedrera, médico de primaria en Alicante y vicesecretario general de la Confederación Española de Sindicatos Médicos.

En las agendas de los facultativos hay ahora entre 45 y 50 pacientes diarios y, aunque el 75% de las citas sean telefónicas, dan mucho trabajo sobre todo si no conocen bien al paciente. Las listas de espera, asegura Tranche, “están disparadas”.



Entrada al centro de salud Lavapiés, en Madrid. VÍCTOR SAINZ

José María Molero, médico de familia en Madrid, asegura que, con las vacaciones del personal, el trabajo es “improbable”. “Por supuesto, no hay refuerzos”, lamenta. “Aunque el virus circule poco tenemos que hacer bastantes PCR ante síntomas de sospecha, porque en verano hay bastantes cuadros de diarrea, vómitos y malestar general”, explica.

Ellos se encargan además de hacer las PCR a los contactos de riesgo de un caso positivo y de otros grupos, como los mayores antes de ingresar por primera vez en una residencia. “Esto supone realizar la prueba y además unas tres consultas más con el sospechoso de infección siempre que sea negativa. Si es positiva aumenta el número de consultas”. Y el problema solo puede aumentar, añade, cuando llegue septiembre y los casos sospechosos en forma de síntomas de infección respiratoria: catarros, gripes, etcétera.

Hasta hace unos días en Lleida eran los médicos de primaria los que se encargaban de hacer el seguimiento de los contactos de los contagiados, explica Galindo. Un trabajo complicado y laborioso, porque muchos eran gente sin hogar, [con problemas de idioma, temporeros que cambian de residencia](#)... Los célebres rastreadores han llegado esta semana. “Hasta ahora nosotros cogíamos los datos de los que podíamos”.

Y cuando hay, la coordinación entre ambos no siempre funciona. “Cuando detecto un positivo le digo al paciente: ‘Ya se pondrá contigo en contacto Salud Pública’. Y yo ahí cruzo los dedos, cierro los ojos y espero que ese contacto sea lo antes posible, cosa que no siempre se produce”, dice Javier Padilla, médico de familia en Madrid.

LOS PACIENTES LLEGAN A URGENCIAS CON MÁS DETERIORO

La atención telefónica ha servido como aliada para evitar tener a personas esperando en las salas de espera y seguramente ha llegado para quedarse en muchos procedimientos que no requieren presencialidad. Pero en otras situaciones el teléfono da más trabajo del que quita. “Es más complejo, arriesgado y laborioso que presencial. Para atender a un paciente tienes que preguntarle, que eso se puede hacer por teléfono, pero también hacer una exploración en muchas ocasiones, mirarle a la cara y tocarle la barriga”, asegura el médico Víctor Pedrera.

Conchi Saugar, madre de una niña de 13 años, cree que si la pediatra de su hija le hubiera visto la cara le habrían diagnosticado antes una anemia hemofílica autoinmune. “En casa habíamos pasado la covid —o eso creíamos, porque nunca nos hicieron PCR— y unas semanas después mi hija se empezó a encontrar mal, a estar débil, a presentar fiebre. La pediatra hizo el seguimiento telefónico; yo le decía que estaba muy pálida, ella no le daba mayor importancia, pero yo la veía como un cadáver. Llamaba cada dos días y yo le decía que le bajaba la fiebre cuando le dábamos paracetamol y le subía cuando no. Tardamos una semana en ir presencialmente a la consulta y cuando le hicieron pruebas tenía una anemia hemolítica autoinmune y tuvo que ser ingresada en el hospital”. 80 trabajadores de la red de Urgencias Hospitalarias de Navarra han publicado este miércoles una carta en el Diario de Navarra en la que cuentan que esta falta de atención presencial ha provocado que les lleguen más pacientes y más deteriorados.