

Caracterización de mapeo de respuesta frente a la pandemia por Sars-CoV2 (Covid-19) en primer nivel de atención como medida de Salud Pública

Characterization of response mapping to the Sars-CoV2 (Covid-19) pandemic at first level of care as a public health measure

Autores

Raúl Ureta Jurado 
Universidad Nacional de Huancavelica, Perú

Carla Cinthya Aparicio Ccance 
Universidad Nacional de Huancavelica, Perú

<https://doi.org/10.54556/gnosiswisdom.v3i1.52>

Fecha de publicación: 2023/04/12

Fecha de aceptación: 2023/01/25

RESUMEN

La presencia de la pandemia por la Covid-19 despertó el interés del sistema de salud el cual se encuentra ante la dificultad de brindar acceso, cobertura y respuesta oportuna a las necesidades de la población en el primer nivel de atención-PNA, este último, por muchos años estuvo enfocada y diseñada para la resolución de problemas de salud materno infantiles, no alcanzando así el gran Carla Cinthya Aparicio Ccance despliegue en tiempos de pandemia.

Objetivo. Determinar la capacidad de respuesta sanitaria frente a la pandemia por SarsCov2 (Covid-19) en las IPRESS de primer nivel de atención como medida de salud pública.

Materiales y Métodos. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo transversal, el nivel de investigación alcanzado es descriptivo, el método utilizado es inductivo y el diseño que orientó el proceso estadístico es no experimental, transversal. La muestra estuvo conformada por 79 del personal de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS de primer nivel de atención, la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario.

Resultados. Los resultados hallados sobre la capacidad de respuesta de las IPRESS de primer nivel se observaron que el 62,5% del personal del C.S. San Cristóbal perciben que la respuesta frente a la pandemia por el Sars-CoV-2 (Covid-19), 57,1% y 55,6%; también consideran que la respuesta frente a la Covid-19 es regular.

Conclusiones. La capacidad de respuesta de la IPRESS de primer nivel de atención es regular en términos generales.

Palabras clave: COVID-19; Coronavirus; Primer Nivel de Atención de Salud; Medicina Familiar y Comunitaria. (Fuente: DeCS-BEREME)

ABSTRACT

The presence of the pandemic by Covid-19 aroused the interest of the health system which is facing the difficulty of providing access, coverage and timely response to the needs of the population in the first level of care-PNA, the latter, For many years it was focused and designed to solve maternal and child health problems, thus not reaching the great deployment in times of pandemic.

Objective To determine the health response capacity in the face of the SarsCov2 (Covid-19) pandemic in the first level of care IPRESS as a public health measure.

Materials and Methods A cross-sectional, quantitative approach study was carried out, the level of research reached is descriptive, the method used is inductive and the design that guided the statistical process is non-experimental, cross-sectional. The sample consisted of 79 of the health personnel of the Institutions Providers of Health Services-IPRESS of the first level of care, the technique used was the survey and the instrument the questionnaire.

Results The results found on the response capacity of the first-level IPRESSs were observed that 62.5% of the C.S. San Cristóbal perceive that the response to the pandemic by Sars-CoV-2 (Covid-19), 57.1% and 55.6%; They also consider that the response to Covid-19 is regular.

Conclusions The response capacity of the IPRESS first level of care is generally regular.

Keywords: COVID-19; Coronavirus; First Level of Health Care; Family and Community Medicine. (Source: DeCS-BEREME)

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 transformó radicalmente la prestación de atención primaria en todos los países. Frente a un virus altamente contagioso, se reveló dramáticamente la fragilidad de la dependencia nacional de la atención primaria en persona, con implicaciones para el acceso de los pacientes a la atención primaria, el costo y la sostenibilidad financiera de los proveedores y las prácticas de atención primaria.¹

Los proveedores se adaptaron rápidamente y más pacientes se han familiarizado con la atención primaria de salud que se ofrece en la comodidad de su hogar, un modelo de prestación de atención que elimina el tiempo de viaje y las largas esperas en las consultas de atención primaria.²

La respuesta en América Latina ha sido muy baja frente al COVID 19, esto debido a que países como Italia y España, destinan un recurso mínimo al sector de salud, incluso Brasil, que tal vez tenga el sistema de salud más ambicioso de toda la región, invierte poquísimos en salud pública: 3,8% del PIB en comparación con el 7,9% de Reino Unido, el 8%

de España y el casi 10% de Francia y Alemania. Y eso que Brasil tiene tres o cuatro veces más población que esos países", por lo que ya empiezan a hacerse evidentes en países con sistemas de salud pública mucho mejor financiados deben poner en perspectiva lo que se puede esperar, por ejemplo, del sistema de salud de su país.³

Perú no cuentan con las capacidades de dar respuesta a una pandemia de esta magnitud como lo es el coronavirus y eso se ve reflejado en las consecuencias del número total de muertos en la región de las Américas 15 de julio de 2020 - 03:00 pm (hora del este); Se reportaron 132,700 casos adicionales y 3,627 muertes en las últimas 24 horas, lo que representa un aumento relativo de casos del 1.93% y un aumento relativo de muertes del 1.25%, en comparación con el día anterior. Estados Unidos de América representa el 48.5% de todos los casos y el 46.1% de todas las muertes de la Región de las Américas y Brasil representa el 27.5% de todos los casos y el 25.2% de todas las muertes. Combinados, estos dos países representan el 76.0% de todos los casos y el 71.3% de todas las muertes reportadas actualmente en la región. Por lo

que se debe de tener en cuenta a la hora de valorar las capacidades de respuesta un plan, capacitación del personal de salud y la implementación de los recursos.⁴

En virtud a lo antes expuesto surge la inquietud del investigador y alcanzar el objetivo de Determinar la capacidad de respuesta sanitaria frente a la pandemia por SarsCov2 (Covid-19) en las IPRESS de primer nivel de atención como medida de salud pública.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio es de tipo y nivel descriptivo, cuyo diseño fue el no experimental, transversal descriptivo, se desarrolló en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS de primer nivel de atención, durante los meses de enero a julio del 2021. La población objetivo

constituida por el personal de salud de las IPRESS de primer nivel de atención (n = 79), para la selección fue a través del muestreo no probabilístico de criterio; en los que se aplicó lista de verificación frente a la capacidad de respuesta al Covid-19 en IPRESS. Para el análisis estadístico descriptivo; representación de datos en tablas y gráficos estadísticos con criterios preestablecidos.

RESULTADOS

Un gran porcentaje; 60,7% del personal de salud del C.S. Ascensión que labora en las IPRESS de primer nivel de atención refieren que es regular el liderazgo que se muestra como respuesta frente a la pandemia por el Sars-CoV-2 (Covid-19), 50,0% y 44,4% del C.S. San Cristóbal y, Santa Ana perciben que el liderazgo es mejor como respuesta a la pandemia por la Covid-19, respectivamente. Todo esto se evidencia en la Tabla N° 1.

Tabla 1

Liderazgo como respuesta de las IPRESS de primer nivel de atención frente a la pandemia por la Covid-19.

Liderazgo como respuesta de la IPRESS de primer nivel frente a la pandemia por Sars-CoV-2 (Covid-19)	Centros de salud						Total	
	Centro de salud de Ascensión		Centro de salud de San Cristóbal		Centro de salud de Santa Ana			
	fi	f%	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Mejor	4	14.3%	12	50.0%	12	44.4%	28	35.4%
Regular	17	60.7%	11	45.8%	13	48.1%	41	51.9%
Pobre	7	25.0%	1	4.2%	2	7.4%	10	12.7%
Total	28	100.0%	24	100.0%	27	100.0%	79	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado

El 87,5% del personal de salud del C.S. San Cristóbal que labora en las IPRESS de primer nivel de atención refieren que es regular la disponibilidad de logística y operaciones como respuesta frente a la pandemia por el Sars-CoV-2 (Covid-19), 25,0% y 14,8% del C.S. Ascensión y, Santa Ana perciben que la disponibilidad de logística y operaciones es mejor como respuesta a la pandemia por la Covid-19, respectivamente, resultados que se aprecian en la Tabla 2.

Tabla 2

Disponibilidad en logística y operaciones como respuesta de las IPRESS de primer nivel de atención frente a la pandemia por la Covid-19.

Respuesta en logística y operaciones de las IPRESS de primer nivel frente a la pandemia por Sars-CoV-2 (Covid-19)	Centros de salud						Total	
	Centro de salud de Ascensión		Centro de salud de San Cristóbal		Centro de salud de Santa Ana			
	fi	f%	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Mejor	7	25.0%	1	4.2%	4	14.8%	12	15.2%
Regular	12	42.9%	21	87.5%	18	66.7%	51	64.6%
Pobre	9	32.1%	2	8.3%	5	18.5%	16	20.3%
Total	28	100.0%	24	100.0%	27	100.0%	79	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado

El 71,4% del personal del C.S. Ascensión refieren que la respuesta en la prevención y control de infecciones ante la covid-19 es regular como parte frente a la pandemia por el Sars-CoV-2 (Covid-19), 59,3% y 41,7%; también consideran que la respuesta en prevención y control de infecciones es regular frente a la pandemia por la Covid-19, resultados que se evidencian en la Tabla 3.

Tabla 3

Respuesta en Prevención y control de infecciones de la IPRESS de primer nivel frente a la pandemia por Sars-CoV-2 (Covid-19).

Respuesta en manejo de casos de la IPRESS de primer nivel frente a la pandemia por Sars-CoV-2 (Covid-19)	Centros de salud						Total	
	Centro de salud de Ascensión		Centro de salud de San Cristóbal		Centro de salud de Santa Ana			
	fi	f%	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Mejor	3	10.7%	8	33.3%	6	22.2%	17	21.5%
Regular	20	71.4%	10	41.7%	16	59.3%	46	58.2%
Pobre	5	17.9%	6	25.0%	5	18.5%	16	20.3%
Total	28	100.0%	24	100.0%	27	100.0%	79	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado

En términos generales 62,5% del personal del C.S. San Cristóbal perciben que la respuesta frente a la pandemia por el Sars-CoV-2 (Covid-19), 57,1% y 55,6%; también consideran que la respuesta frente a la Covid-19 es regular, resultados que se evidencian en la Tabla N° 4

Tabla 4

Respuesta de la IPRESS de primer nivel de atención frente a la pandemia por Sars-CoV-2 (Covid-19).

Respuesta de la IPRESS de primer nivel frente a la pandemia por Sars-CoV-2 (Covid-19)	Centros de salud						Total	
	Centro de salud de Ascensión		Centro de salud de San Cristóbal		Centro de salud de Santa Ana			
	fi	f%	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Mejor	5	17.9%	6	25.0%	6	22.2%	17	21.5%
Regular	16	57.1%	15	62.5%	15	55.6%	46	58.2%
Pobre	7	25.0%	3	12.5%	6	22.2%	16	20.3%
Total	28	100.0%	24	100.0%	27	100.0%	79	100.0%

Fuente: Instrumento aplicado

DISCUSIÓN

El 5 de marzo del 2020, el Perú reportó su primer caso importado en una persona con historial de viajes fuera del país. El 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud, declaró que la COVID-19 es una pandemia; desde entonces los casos confirmados, los pacientes hospitalizados y con necesidad de cuidados intensivos; así como los

fallecidos, se han incrementado en la región de Las América.⁵

La OMS encabezó una Misión Conjunta a China a mediados de febrero de 2020, donde elogió la respuesta de tres fases establecida. Como se detalla en el informe de la OMS, la fase 1 de la respuesta de China fue evitar que los casos se propaguen desde Wuhan a otras áreas, controlar la fuente de la infección, bloquear la transmisión y prevenir una

mayor propagación. La fase 2 consistió en reducir la epidemia y frenar el aumento de casos, con todos los pacientes tratados y los contactos cercanos aislados. La Fase 3 se enfoca en reducir grupos de casos, controlar minuciosamente la epidemia y lograr un equilibrio entre la prevención y el control de la epidemia y el desarrollo social y económico sostenible.⁶

Parte de las medidas que tomaron los países que han tenido respuestas exitosas ha sido la asignación de nuevas funciones al primer nivel de atención de salud (PNA) para el control de la pandemia, como monitorear a las personas en los puntos de control designados, tratar a los pacientes a través del seguimiento clínico en el domicilio y soporte psicológico para el bienestar de los pacientes y sus familias.⁷

La participación de la comunidad es la primera línea de defensa en la batalla contra las enfermedades infecciosas. Los médicos de cabecera son tanto guardianes como promotores de la salud al capacitar a la comunidad para que construya un cortafuegos contra el virus mortal. Los médicos de cabecera participan en cada una de las tres fases de respuesta a la enfermedad. Por ejemplo, ayudan a bloquear la transmisión viral en la fase 1 al monitorear a las personas en los puntos de control designados, y ralentizan el aumento de casos al tratar a los pacientes y brindar vigilancia médica en la comunidad en la fase 2. En la fase 3, se encargan de la clínica y el bienestar psicológico de los pacientes y extenderlo a sus familias, para que toda la comunidad pueda volver a la vida normal, tan pronto como sea posible.⁷

El personal de salud que trabajan en la comunidad se ha dedicado a diagnosticar y tratar a los pacientes, educar al público y orientar a la comunidad en la lucha contra el brote. Los principales desafíos para todos los proveedores de atención médica, pero para los médicos de cabecera en particular, son la abrumadora cantidad de pacientes, las condiciones de trabajo adversas, incluida la exposición a riesgos infecciosos, las incertidumbres y las incógnitas sobre la trayectoria de la enfermedad, y hacer frente a los miedos y el pánico entre la población. Para los médicos de cabecera, los desafíos no terminan ahí: la continuidad de la atención y el tratamiento de toda

la persona en lugar de una sola enfermedad son insumos esenciales de los médicos de cabecera para llevar a la comunidad por el camino de la recuperación.

La atención primaria, que es el primer nivel de atención profesional que se brinda a las poblaciones sin restricciones de acceso y donde se abordan la mayoría de las necesidades de salud de la población.⁸

La red más grande de establecimientos de salud del PNA, pertenecen al Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, contando con 7851 establecimientos a nivel nacional, de los cuales 4350 (55%) no cuentan con médico y funcionan con otros profesionales de salud y técnicos asistenciales.⁹

Diez días después de la llegada del caso cero, se adoptó la medida de limitar la oferta de los servicios de salud del PNA, a la atención de urgencias y emergencias; quedando restringidas las actividades de promoción de la salud y prevención de riesgo, así como las actividades de consulta externa para el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas en el PNA.¹⁰

En el estudio de Kunin et al., expresa que 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.¹¹

El personal de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS son los coordinadores de atención primaria. Trabajan junto con otros profesionales y autoridades para garantizar que se tomen las acciones adecuadas con prontitud para reducir los riesgos. Siguen existiendo los desafíos de la derivación adecuada, el triaje y el mantenimiento de un sistema de atención médica escalonado eficaz. Poner recursos en la formación de personal de salud, reconociendo debidamente sus habilidades a través de sistemas de acreditación bien situados, debería ser el camino a seguir. Una vez que se establezca la confianza, también se cambiará el comportamiento de

búsqueda de salud de los pacientes. Confiarán en que sus médicos de familia remitirán sus problemas a otros profesionales de la salud u hospitales solo cuando sea necesario. Reconocer y promover el papel de los médicos de cabecera en la salud pública también puede ayudar a llenar el vacío en los servicios de salud de la población.⁷

El personal de salud está comprometido a liderar los equipos de atención primaria de la salud para combatir el brote. Tienen el deseo común de que los pacientes regresen a casa desde los hospitales y continuarán cuidándolos.

La pandemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) ha provocado una importante crisis sanitaria en todo el mundo. La mitad del mundo ha sido puesto en cuarentena. En muchos países, esta crisis de salud a gran escala provocó urgentemente la reestructuración y reorganización de la prestación de servicios de salud para apoyar los servicios de emergencia, las unidades de cuidados intensivos médicos y las unidades de cuidados continuos. Los profesionales de la salud movilizaron todos sus recursos para brindar ayuda de emergencia en un clima general de incertidumbre.¹²

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.¹³ 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 pandemia.¹⁴

El liderazgo eficaz de los profesionales sanitarios es vital en los entornos sanitarios modernos. El factor principal que sustenta esto es el impulso para mejorar la calidad de la prestación de atención médica. Hay muchas razones por las que los programas de mejora de la calidad fallan; sin embargo, la falta de compromiso de los médicos y su resistencia al cambio se encuentran entre los factores más importantes. El personal de salud que asumen roles de liderazgo deben superar estas barreras y adoptar un estilo de liderazgo que sea inclusivo y satisfaga las necesidades de los profesionales de la salud.¹⁵

El personal de salud del nivel de atención primaria ha estado trabajando las veinticuatro horas del día con el personal de seguridad para ayudar a proteger los puntos de control, donde verifican la información personal y realizan controles de salud a los viajeros, remiten los casos sospechosos a los hospitales para su seguimiento y ayudan en las investigaciones epidemiológicas.

El fortalecimiento de acciones de respuesta en establecimientos de salud, redes de salud y oferta móvil, frente al COVID-19 (en fase de transmisión comunitaria), establece que los establecimientos del PNA deben implementar medidas de urgencia para la atención de pacientes no COVID-19 con enfermedades crónicas o gestantes, que a través de la telemedicina o visitas domiciliarias a cargo de médicos generales, médicos de familia y comunidad u obstetras faciliten el acceso y la continuidad de la atención.¹⁶

El personal de salud de las Instituciones prestadoras de servicios de salud-IPRESS están en una buena posición para establecer redes comunitarias. A través de su conocimiento de la comunidad local y su papel como coordinadores de servicios de atención primaria, pueden trabajar junto con los comités de vecindarios locales para crear redes de detección de salud, que pueden proporcionar rastreo de contactos e investigación de las fuentes de infecciones. Estas redes dirigidas por los médicos de cabecera contribuyen significativamente en la recopilación de datos, las investigaciones epidemiológicas y los esfuerzos para prevenir una mayor transmisión de enfermedades.⁷

El personal de atención primaria utiliza herramientas de mensajería instantánea transmisiones comunitarias y paneles de visualización electrónicos para difundir información y movilizar a los residentes locales y voluntarios en tareas de salud pública como la desinfección y el saneamiento. Así mismo también ayudan a difundir mensajes de salud pública, como recordar al público que evite las reuniones y visitas sociales, la conciencia sobre la higiene personal, las formas adecuadas de usar máscaras, el lavado de manos y la importancia de una buena ventilación en el hogar. También brindan asesoramiento psicológico oportuno y apoyo a la comunidad para contrarrestar los miedos y el pánico.⁷

Calmar los miedos es tan crucial como detener la propagación del virus. Los médicos de cabecera con amplios conocimientos sobre la comunidad y capacitados para tener buenas habilidades de comunicación han participado activamente en plataformas de atención médica en línea y asesoramiento por teléfono e Internet. Algunos del personal de salud podrían generar vídeos sobre consejos de salud o han participado en programas de televisión interactivos o en línea. Estos pueden aliviar la ansiedad y minimizar las consultas médicas innecesarias. Las personas que padecen dolencias leves pueden consultar a los médicos en línea, especialmente cuando no pueden acudir a una consulta en persona por diversas razones, como los requisitos de accesibilidad o aislamiento.⁷

A través de herramientas de tecnología de información y comunicación se puede realizar el seguimiento clínico de esta población vulnerable y la provisión de su tratamiento farmacológico en domicilio para evitar el traslado innecesario.¹⁷

Desde el PNA, usando de preferencia las herramientas de georeferencia disponibles, se deben identificar a las poblaciones vulnerables confinadas como albergues de niños y adultos mayores, cárceles, las personas en situación de calle y otras. Todas estas acciones forman parte de guías de cuidado en atención primaria de muchos países donde se está enfrentando esta pandemia.¹⁸

En estos tiempos es momento de hacer prevalecer la telesalud que tiene muchas ventajas potenciales, incluido el mantenimiento del acceso crítico a la atención, al tiempo que mantiene a los pacientes y a los proveedores a salvo de la exposición innecesaria al coronavirus. Sin embargo, no todos los proveedores de atención médica y los pacientes están igualmente dispuestos a participar en esta revolución digital, que genera preocupaciones por la equidad en la salud durante y después de la pandemia de COVID-19.¹⁹

A largo plazo, esta trágica crisis de salud debería mejorar significativamente nuestra comprensión de los factores de riesgo de salud entre los profesionales de la salud que enfrentan la pandemia de COVID-19. Informar este tipo de información es fundamental para planificar futuras estrategias de prevención. La protección de los profesionales de la salud es de hecho un componente importante de las medidas de salud pública para abordar las

crisis de salud a gran escala. Por lo tanto, las intervenciones para promover el bienestar mental en los profesionales de la salud expuestos al COVID-19 deben implementarse de inmediato y fortalecer las estrategias de prevención y respuesta capacitando a los profesionales de la salud en ayuda mental y manejo de crisis.¹²

Las pautas generalmente informaron sobre la prestación de servicios COVID-19 y en su mayoría hicieron recomendaciones específicas para garantizar la prestación continua de servicios de atención primaria esenciales a través de telesalud u otras modalidades de atención virtual. Pocos ofrecieron orientación para respaldar la vigilancia como función de salud pública. Todos ofrecieron orientación sobre la implementación de medidas de control de brotes, en gran parte a través de modelos organizativos flexibles y coordinados con socios de varios sectores. Hubo una falta de orientación para respaldar la gestión de la cadena de suministro y practicar la resiliencia en la atención primaria, y la falta de equipo de protección personal representa una seria amenaza para la prestación de atención de calidad durante la pandemia.²⁰

En estudios refieren que los profesionales de la atención primaria de salud informaron un cambio importante en su trabajo, dejando de ver y tratar a los pacientes (debido a la derivación ordenada por el gobierno a clínicas especializadas de Covid) para centrarse en los roles clave de salud pública de rastreo, detección y educación en áreas rurales. El trabajo adicional, el riesgo y la presión financiera a los que se enfrentaban los profesionales de la APS suponían una tensión considerable para ellos, en particular para los que trabajaban en las clínicas de las aldeas. La provisión de APS presencial se redujo y no hubo sustitución con consultas por teléfono o aplicación, lo que los médicos atribuyeron al hecho de que la mayoría de sus pacientes eran ancianos y no querían o no podían cambiar. Los médicos vieron al COVID-19 como fuera de su área de especialización y muy diferente a las infecciones del tracto respiratorio distintas del COVID-19 que frecuentemente trataban antes de la pandemia.²¹

En la medida que se ha pasado a una fase de transmisión comunitaria de la pandemia COVID-19 en el Perú, es muy probable que muchos casos de IRA leve sean causados por el SARS-CoV-2. El PNA debería ser el punto de primer contacto para

la detección de la mayor parte de las personas con IRA sospechosas; para ello; debe reorganizarse los servicios de salud a fin de cumplir con este rol.⁵

La implementación de clínicas de sintomáticos o febriles en el ámbito territorial local y regional, más que la implementación de triaje diferenciado en establecimientos de salud del PNA, sirve para mejorar y ordenar la respuesta desde el PNA.²²

En otros estudios, consideran que más del 90% de las clínicas en Taiwán participan en el Seguro Nacional de Salud y aceptan pacientes sin cita previa. Esto proporciona un lugar para respuestas rápidas que incluyen educación, diagnóstico, aislamiento y derivación para reducir la escalada del brote del virus. La importancia de una clínica comunitaria eficaz se desprende de la observación de que entre el 12 de febrero y el 13 de marzo, el 60% de los ciudadanos que regresaban de áreas de alto riesgo se ofrecieron como voluntarios para visitar las clínicas comunitarias (694633 visitas)²³ En países como Taiwán, se desplegó una red de atención primaria cercana a la comunidad, con clínicas preparadas y estaciones de detección comunitarias para tratar a pacientes con síntomas leves, para que los hospitales puedan enfocarse en casos graves.²⁴ Estos establecimientos de salud, dentro del territorio contaban con suficiencia de equipos de protección personal para el recurso humano y suficiencia de pruebas diagnósticas para detección de COVID-19 en la población.²⁵

Las pautas nacionales de atención primaria actuales para COVID-19 brindan orientación sobre el control de infecciones y minimizan el riesgo de propagación en las prácticas de atención primaria, al tiempo que apoyan el uso de nuevas tecnologías y asociaciones coordinadas. Sin embargo, para garantizar que se respeten la resiliencia de la práctica de atención primaria y la calidad de la atención, las directrices deben ofrecer recomendaciones sobre la gestión de la cadena de suministro y la continuidad operativa, respaldadas por los recursos adecuados.²⁶

En un estudio consideraron que las barreras para el control de la epidemia en la atención primaria incluyeron una programación inadecuada del personal de salud y ambigüedad de roles, tareas difíciles y capacidades inadecuadas, trabajadores comunitarios sin experiencia y cooperación insuficiente. Algunos médicos de atención primaria

percibieron respeto y una sensación de logro y estaban preocupados por el brote, mientras que otros se sintieron frustrados por la fatiga y la angustia psicológica. Los PCP informaron sobre posibles soluciones para mejorar las contramedidas, como mejorar la gestión, optimizar los flujos de trabajo, brindar apoyo adicional, facilitar la cooperación y fortalecer el sistema de atención primaria.²⁷

Preparar un sistema robusto de Centros de Atención Primaria de Salud para dar respuestas de calidad a situaciones de emergencia pública no es un asunto baladí. Brasil tiene uno de los sistemas de salud universales más grandes del mundo, anclado en una extensa red de atención primaria de salud, pero que enfrenta problemas crónicos de financiación, gestión, suministro de personal y estructuración de servicios.²⁸

La APS es poderosa para reducir las inequidades en salud²⁹ y como lo refiere PerifaConnection (2020) citado por Sarti et al., (2020)³⁰ donde considera que la APS debe ser fortalecido y estructurado como una de las principales respuestas del sector salud a la epidemia, dado que está muy extendida en el territorio nacional y alcanza a importantes grupos de población expuestos a riesgos excesivos por sus condiciones de vida. Pandemias como la COVID-19 paralizan discursos y prácticas dirigidas a reducir el tamaño del Estado, flexibilizar las leyes laborales, dismantelar el sistema de protección social, menospreciar y reducir la inversión en ciencia, tecnología y educación, y socavar los servicios de salud pública.

El personal de salud proporciona puntos para la vigilancia centinela. A menudo son los primeros en detectar casos sospechosos y proporcionar información a las autoridades sanitarias para el rastreo de contactos. Durante el brote del nuevo coronavirus, los médicos de cabecera se ven en todas partes: en clínicas de fiebre de diferentes niveles, desde los de los centros de servicios de salud comunitarios hasta los hospitales secundarios y terciarios que realizan sus funciones de seguimiento y localización de pacientes.

Los centros de servicios de salud comunitarios han establecido clínicas de fiebre de acuerdo con la evidencia científica y las pautas. Se han adoptado una serie de medidas de control de infecciones y direcciones de flujo de pacientes para minimizar el riesgo de infecciones cruzadas. Estos centros no

solo brindan servicios que satisfacen las necesidades médicas básicas de los pacientes, sino que también brindan vigilancia para monitorear de cerca los posibles casos de infección.

En la respuesta de prevención y atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú³¹, que implica se realicen pruebas rápidas en el PNA; sin embargo, a dos meses del caso cero, se priorizó las actividades de tamizaje en espacios públicos con potencial riesgo para la transmisión de COVID-19 (mercados de abasto, paraderos de bus, entre otros), realizados a través de equipos de respuesta rápida³², organizados a partir de centrales telefónicas (nacional o local), el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), el Instituto Nacional de Salud (INS) y la Autoridad Sanitaria Regional o de Lima Metropolitana.³³

Otros autores comentaron que muchos países no estaban preparados al inicio de la pandemia de COVID-19 en lo que respecta a la reorganización de los servicios, la detección y las pruebas de COVID-19 y la garantía de que continuaran otros servicios esenciales. Los cuadros comunitarios fueron pasados por alto en las actividades de vigilancia y promoción de la salud que a menudo se instituían de manera centralizada, y las restricciones que limitaban los viajes y el acceso a las instalaciones de atención primaria socavaron el papel de la atención primaria como primera línea en la atención médica de las comunidades.

El brote pandémico de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) ha abierto una ventana a un mundo inesperado. La prevalencia de COVID-19 ha pasado del 0% a una proporción desconocida pero seguramente alta de la población. Esta prevalencia también está cambiando con el tiempo en diferentes partes del mundo. De hecho, ahora nos enfrentamos a una situación muy heterogénea, con algunos países con pocos casos y países con cientos de miles. Además, la prevalencia es muy heterónoma incluso dentro de un solo país.³⁴

Según estudios consideran que el diagnóstico precoz y el aislamiento de las infecciones son esenciales para prevenir una mayor propagación, que también son las partes más importantes del tratamiento de la pandemia³⁵. Para el diagnóstico, la detección de ácido nucleico como se indica en la guía sigue siendo un "estándar de oro", y la

mayoría de las veces una muestra de frotis de garganta bien recolectada es suficiente para el diagnóstico. Si bien, se informó que la tasa de falsos negativos a veces era relativamente alta hasta el 50% en una sola detección³⁶, principalmente porque la muestra del tracto respiratorio superior distinto del inferior por lo general contenía menos cantidad de enfermedades respiratorias agudas graves. síndrome de coronavirus (SARS-CoV-2), especialmente para pacientes de tipo leve y recesivo³⁷. Por lo tanto, se requieren múltiples sitios y puntos temporales de las pruebas, e incluso se requiere líquido de lavado broncoalveolar (BALF) para "pacientes con sospecha alta"³⁸

Grandes cantidades de pruebas de diagnóstico, si se opta por las pruebas masivas; estructura para solicitar pruebas complementarias con resultados oportunos; instalaciones físicas adecuadas para dar cabida a posibles casos sospechosos que lleguen a los servicios de salud; existencias de medicamentos; flujos de trabajo y protocolos bien definidos, como los que ya desarrolla y actualiza constantemente el Ministerio de Salud.³⁹

Los gobiernos podrían minimizar el impacto de la COVID-19, así como las consecuencias del impacto en los sistemas de salud. Mantener la tasa de letalidad lo más baja posible será la máxima prioridad para las personas; por lo tanto, los gobiernos deben establecer medidas urgentes para evitar su propagación.⁴⁰

Lo que se busca con estas medidas es que el número de infectados que se conviertan en casos graves puedan ser manejados y tratados por la precaria capacidad que cuenta nuestro sistema de salud. El Perú ha sido por lo menos un tanto agresivo al dar sus medidas sanitarias antes que otros países de Sudamérica.⁴¹

El comportamiento individual es crucial para evitar y controlar la propagación de COVID-19. Las acciones personales, más que la acción gubernamental será más importante. Autoaislamiento, búsqueda de asesoramiento médico de forma remota, el distanciamiento social y lavado de manos son la clave. Las acciones del gobierno peruano para prohibir las aglomeraciones de personas masivas son importantes, al igual que las buenas instalaciones de diagnóstico junto con el tratamiento especializado para personas graves.⁴²

Los posibles casos que lleguen al centro de salud deben acompañarse a la sala de aislamiento, y el personal sanitario, adecuadamente protegido con el EPI (equipo de protección individual) correspondiente y es muy importante que los profesionales dispongan de los EPI necesarios para poder llevar a cabo su trabajo correctamente, ha de indagar sobre los síntomas respiratorios y antecedentes epidemiológicos, realizar una exploración mínima que ha de incluir temperatura, frecuencias respiratoria y cardíaca, saturación de oxígeno y auscultación respiratoria. En el caso de que el paciente tenga una clínica moderada o grave (insuficiencia respiratoria, hemoptisis, dolor en punta de costado, vómitos incoercibles, diarrea con deshidratación, confusión, letargo), debemos notificar al servicio de emergencias médicas para el traslado al hospital. Si el cuadro clínico es leve y se puede garantizar aislamiento domiciliario se remite al paciente al domicilio. En este caso tenemos que valorar que la disponibilidad de la vivienda es adecuada, con una habitación con buena ventilación y que se pueda dedicar específicamente para el aislamiento del paciente, con la posibilidad de designar un baño exclusivo para el paciente y, si no es posible, el baño común debe limpiarse con lejía después de su uso. Se ha de garantizar la comunicación permanente con el personal de salud hasta que se resuelvan los síntomas y asegurarnos de que no haya convivientes en condiciones de salud que impliquen vulnerabilidad: personas ancianas, con enfermedades crónicas, inmunodeprimidas, mujeres embarazadas. Todas estas medidas de aislamiento se han de mantener hasta 14 días del fin de los síntomas.⁴³

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/transectorial.⁴⁴

Según X. Yu y R. Yang⁴⁵, el éxito inicial para el control y prevención de COVID-19 en China, fue la detección de portadores asintomáticos. Otros autores también advierten que lo esencial para prevenir una mayor propagación es el diagnóstico precoz y el aislamiento de infectados.⁴⁶

La estrategia de contención aseguró que la cantidad de casos nuevos por día permaneciera en un solo dígito, retrasando la hora pico y protegiendo al sistema médico de ser abrumado. Si bien las primeras respuestas de la atención primaria de salud están frenando el brote, entidades ha diseñado una estrategia a largo plazo para manejar el escenario inevitable de transmisión comunitaria. Nuestro plan se basa en una red de atención primaria escalonada de clínicas preparadas por grupos de atención médica comunitaria⁴⁷ y estaciones de detección comunitaria (CSS) para tratar a pacientes con síntomas leves en clínicas comunitarias para que los hospitales y los centros médicos puedan centrarse en los casos graves. La estrecha coordinación de los hospitales y los proveedores de atención comunitaria es clave para proteger el sistema médico contra un posible colapso debido a brotes repentinos de patógenos desconocidos.⁴⁶

La sectorización e identificación de población vulnerable por curso de vida con especial énfasis en aquellas poblaciones con problemas crónicos que requieren seguimiento clínico, es una tarea que corresponde a los establecimientos de salud del PNA. Así, con apoyo de la comunidad, el conocimiento del territorio, la coordinación con otros actores sociales como los agentes comunitarios de salud y organismos sociales de base, sumaría de forma eficiente el trabajo en todo el Sistema de Salud.⁴⁸

El sistema de atención primaria de salud (APS) ha sido designado responsable del control y la

prevención de COVID-19, pero no del tratamiento. Los casos sospechosos de COVID-19 que se presenten en las instalaciones de atención primaria de la salud deben transferirse a clínicas especializadas en fiebre.²¹

El Ministerio de Salud ha planteado múltiples estrategias para el fortalecimiento del PNA; a la fecha es visible la capacidad de respuesta de estos establecimientos, pues el número de personas con COVID-19 moderada o severa ha reducido considerablemente⁴⁹. Esta situación, es reflejo de contar con un PNA reforzado que resuelva oportunamente los problemas de salud pública en la población.

Las asociaciones sólidas entre la atención primaria y la salud pública son esenciales para la realización de pruebas, el rastreo de contactos y los servicios de apoyo efectivos. También es necesario fortalecer la comunicación y la coordinación entre los servicios de atención primaria y secundaria.⁵⁰

La evidencia de la influencia promotora de la salud de la atención primaria se ha ido acumulando desde años atrás donde pudieron distinguir la atención primaria de otros aspectos del sistema de prestación de servicios de salud. Esta evidencia muestra que la atención primaria ayuda a prevenir enfermedades y muertes, independientemente de si la atención se caracteriza por la oferta de médicos de atención primaria, una relación con una fuente de atención primaria o la recepción de características importantes de la atención primaria. La evidencia también muestra que la atención primaria (en contraste con la atención especializada) está asociada con una distribución más equitativa de la salud en las poblaciones, un hallazgo que se mantiene tanto en estudios transnacionales como intranacionales. Se han identificado los medios por los cuales la atención primaria mejora la salud.⁵¹

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 equipo de protección individual.⁵²

Los esfuerzos en la atención primaria de salud como espacio de políticas e implementación podrían centrarse explícitamente en la atención primaria y la primera línea de la prestación de servicios con vínculos claros y apoyo al trabajo complementario sobre los determinantes sociales y la construcción de sociedades saludables. Tales esfuerzos pueden ser soluciones de implementación parciales pero importantes para contribuir a una visión política mucho más amplia de la atención primaria de salud. y la atención primaria de salud como espacio de políticas e implementación. Para lograr esta visión, se requiere acción política. Las partes interesadas más allá del sector de la salud a menudo necesitarán liderar, lo que es un desafío porque el concepto de atención primaria de salud es poco conocido por otros sectores.⁵³

La APS como estrategia y como filosofía revolucionó la forma en que se podían lograr mejoras en la salud y, en consecuencia, cómo se podían mejorar en gran medida los modelos de organización, financiación y prestación de atención. La APS enfatizó la necesidad de un enfoque integrado de servicios preventivos, curativos y de promoción tanto para la comunidad como para el individuo; que las intervenciones sean realizadas en el nivel más periférico y accesible de los servicios de salud por los trabajadores más simplemente capacitados para esta actividad; que se diseñen otros escalones de servicios en apoyo de las necesidades del nivel periférico; y que los servicios de atención primaria de la salud se integren plenamente con los servicios de otros sectores no sanitarios que participen en el desarrollo comunitario.⁵⁴

Rifkin et al., (2021) considera que las respuestas a COVID-19 tienen el potencial de integrar la participación y el empoderamiento de la comunidad en los sistemas de salud a través de la coproducción de la respuesta.⁵⁵

El aporte de la APS también será fundamental en el mediano y largo plazo a medida que se establezcan los programas de vacunación y en el seguimiento de las personas con el llamado COVID-19 “largo”. La APS deberá estar a la vanguardia de la etapa de recuperación de esta pandemia para restablecer los servicios que pueden haber sido desatendidos,

especialmente para el VIH, la tuberculosis, la salud materno-infantil y las enfermedades no transmisibles. El impacto a largo plazo de COVID-19 se verá a través de su efecto sobre la cobertura universal de salud. El control de otras enfermedades prioritarias se habrá deteriorado y los efectos económicos del bloqueo sobre la base social de la sociedad también tendrán un impacto en la salud. La medición del impacto deberá extenderse más allá de las hospitalizaciones y las muertes. A medida que empezamos a dar la vuelta al control de la pandemia de COVID-19, tendremos que continuar la lucha por la cobertura universal de salud y la atención primaria de salud.²⁴

AGRADECIMIENTOS

Al personal de salud por permitirnos el acceso a una información valiosa en el marco de la mejora continua.

A la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, por el acceso a las fuentes secundarias para la implementación del trabajo de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Basu S, Phillips RS, Phillips R, Peterson LE, Landon BE. Primary Care Practice Finances In The United States Amid The COVID-19 Pandemic. *Health Aff (Millwood)*. 1 de septiembre de 2020;39(9):1605-14.
- [2] Solari-Twadell PA, Flinter M, Rambur B, Renda S, Witwer S, Vanhook P, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the future of telehealth in primary care. *Nurs Outlook* [Internet]. 24 de septiembre de 2021 [citado 15 de diciembre de 2021]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002965542100227X>
- [3] BBC. Qué capacidad tienen realmente los diferentes países de América Latina para hacer frente a la epidemia de coronavirus. *BBC News Mundo* [Internet]. 2020 [citado 15 de diciembre de 2021]; Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51916767>
- [4] Gestión. Perú pide a sus ciudadanos no ser necios ni “cómplices” de expandir el COVID | PERU [Internet]. *Gestión. NOTICIAS GESTIÓN*; 2020 [citado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/peru-pide-a-sus-ciudadanos-no-ser-necios-ni-complices-de-expandir-el-covid-noticia/>
- [5] Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, Salazar De La Cruz M, Cuba-Fuentes MS, Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, et al. Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. *An Fac Med*. septiembre de 2020;81(3):337-41.
- [6] OMS. Informe de la misión conjunta OMS-China sobre la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- [7] Li DKT, Zhu S. Contributions and challenges of general practitioners in China fighting against the novel coronavirus crisis. *Fam Med Community Health*. 23 de marzo de 2020;8(2):e000361.
- [8] Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res*. 13 de marzo de 2010;10(1):65.
- [9] Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino Z, Dominguez R, Rojas Mezarina L, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. *An Fac Med*. 30 de diciembre de 2018;79(4):346.
- [10] Ministerio de Salud de Perú. Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/568975/RM_095-2020-MINSA.PDF.
- [11] 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 Med Public Health Prep*. octubre de 2013;7(5):522-33.
- [12] El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. [Health professionals facing the coronavirus disease

- 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *L'Encephale*. junio de 2020;46(3S):S73-80.
- [13] Menárguez Puche JF, Saturno Hernández PJ. Características del liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Aten Primaria*. 1 de diciembre de 1998;22(10):636-41.
- [14] Hernán-García M, Cubillo-Llanes J, García-Blanco D, Cofiño R. Epidemias, virus y activos para la salud del barrio. *Gac Sanit*. 1 de noviembre de 2020;34(6):533-5.
- [15] Kumar RDC. Leadership in healthcare. *Clin Integr Care*. 1 de enero de 2022;10:100080.
- [16] MINSA. Lineamientos para el fortalecimiento de acciones de respuesta en establecimientos de salud, redes de salud y oferta móvil frente al COVID-19 (en fase de transmisión comunitaria) [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/729861/RM_309-2020-MINSA.PDF.
- [17] Inter-American Development Bank. Sector Social División de Protección Social y Salud. Enfermedades crónicas, atención primaria y desempeño de los sistemas de salud: Diagnóstico, herramientas e intervenciones | Publicaciones [Internet]. 2011 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Enfermedades-cr%C3%B3nicas-atenci%C3%B3n-primaria-y-desempe%C3%B1o-de-los-sistemas-de-salud-Diagnostico-herramientas-e-intervenciones.pdf>
- [18] Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Manejo en Atención Primaria del COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf.
- [19] Chang JE, Lai AY, Gupta A, Nguyen AM, Berry CA, Shelley DR. Rapid Transition to Telehealth and the Digital Divide: Implications for Primary Care Access and Equity in a Post-COVID Era. *Milbank Q*. junio de 2021;99(2):340-68.
- [20] Haldane V, Zhang Z, Abbas RF, Dodd W, Lau LL, Kidd MR, et al. National primary care responses to COVID-19: a rapid review of the literature. *BMJ Open*. 8 de diciembre de 2020;10(12):e041622.
- [21] Zhang T, Shen X, Liu R, Zhao L, Wang D, Lambert H, et al. The impact of COVID-19 on primary health care and antibiotic prescribing in rural China: qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 5 de octubre de 2021;21(1):1048.
- [22] Health AGD of. Coronavirus (COVID-19) GP respiratory clinics [Internet]. Australian Government Department of Health. Australian Government Department of Health; 2020 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/coronavirus-covid-19-gp-respiratory-clinics>
- [23] Chang BB-J, Chiu T-Y. Ready for a long fight against the COVID-19 outbreak: an innovative model of tiered primary health care in Taiwan. *BJGP Open*. 4(2):bjgpopen20X101068.
- [24] Ray S, Mash R. Innovation in primary health care responses to COVID-19 in Sub-Saharan Africa. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. ed de 2021 [citado 14 de diciembre de 2021];22. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/innovation-in-primary-health-care-responses-to-covid19-in-sub-saharan-africa/98E895838864D1D096A4A08390F6A54C#>
- [25] Zhou T-T, Wei F-X. Primary stratification and identification of suspected Corona virus disease 2019 (COVID-19) from clinical perspective by a simple scoring proposal. *Mil Med Res*. 4 de abril de 2020;7(1):16.
- [26] Haldane V, Zhang Z, Abbas RF, Dodd W, Lau LL, Kidd MR, et al. National primary care responses to COVID-19: a rapid review of the literature. *BMJ Open*. 8 de diciembre de 2020;10(12):e041622.
- [27] Xu Z, Ye Y, Wang Y, Qian Y, Pan J, Lu Y, et al. Primary Care Practitioners' Barriers to and Experience of COVID-19 Epidemic Control

- in China: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* noviembre de 2020;35(11):3278-84.
- [28] Silva C dos S, Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atención Primaria à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa. *Saúde Em Debate.* septiembre de 2018;42:452-6.
- Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLOS Med.* 30 de mayo de 2017;14(5):e1002306.
- [29] Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol E Serviços Saúde [Internet].* 27 de abril de 2020 [citado 14 de diciembre de 2021];29. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=en>
- [30] Ministerio de Salud de Perú. Prevención y Atención de personas afectadas por COVID-19 en el Perú. [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/582549/RM_193-2020-MINSA.PDF.
- [31] MINSA. Guía para la planificación, coordinación e implementación de las acciones de detección, aislamiento y seguimiento clínico de las personas afectadas por COVID-19. [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/716217/RM_295-2020-MINSA.pdf.
- [32] MINSA. Directiva Sanitaria para la implementación y funcionamiento de los Equipos de Respuesta Rápida (ERR) que realizan la Vigilancia Epidemiológica de casos sospechosos de COVID-19 [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574546/RM_141-2020-MINSA_CON_ANEXOS_1.PDF.
- [33] Sardanelli F, Di Leo G. Assessing the Value of Diagnostic Tests in the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Radiology.* septiembre de 2020;296(3):E193-4.
- [34] Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, Liang W-H, Ou C-Q, He J-X, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 30 de abril de 2020;382(18):1708-20.
- [35] Li Z. The interference factors in Coronavirus 2 nucleic acid detection. 2020 [citado 14 de diciembre de 2021]; Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/ppcovidwho-2024>
- [36] Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W, et al. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology.* agosto de 2020;296(2):E32-40.
- [37] Zhou T-T, Wei F-X. Primary stratification and identification of suspected Corona virus disease 2019 (COVID-19) from clinical perspective by a simple scoring proposal. *Mil Med Res.* 4 de abril de 2020;7(1):16.
- [38] Ministério da Saúde (BR). Protocolo de manejo clínico del coronavirus (Covid-19) en la Atención Primaria a la Saúde [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf
- [39] Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet.* 21 de marzo de 2020;395(10228):931-4.
- [40] CSSEGISandData. COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University [Internet]. 2021 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>
- [41] Ministerio de Salud de Perú. Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCoV [Internet]. 2020 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/505245/resolucion-ministerial-039-2020-MINSA.PDF>

- [42] Llor C, Moragas A. Coronavirus y atención primaria. *Aten Primaria*. 1 de mayo de 2020;52(5):294-6.
- [43] Vega-Romero R, Vega-Romero R. Atención Primaria en Salud y COVID-19. *Hacia Promoc Salud*. diciembre de 2020;25(2):17-9.
- [44] Yu X, Yang R. COVID-19 transmission through asymptomatic carriers is a challenge to containment. *Influenza Other Respir Viruses*. 2020;14(4):474-5.
- [45] Chang BB-J, Chiu T-Y. Ready for a long fight against the COVID-19 outbreak: an innovative model of tiered primary health care in Taiwan. *BJGP Open*. 2020;4(2):bjgpopen20X101068.
- [46] Jan C-F, Chiu T-Y, Chen C-Y, Guo F-R, Lee M-C. A 10-year review of health care reform on Family Practice Integrated Care Project-Taiwan experience. *Fam Pract*. 23 de julio de 2018;35(4):352-7.
- [47] Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, Salazar De La Cruz M, Cuba-Fuentes MS, Villanueva-Carrasco R, Domínguez Samamés R, et al. Respuesta del primer nivel de atención de salud del Perú a la pandemia COVID-19. *An Fac Med*. septiembre de 2020;81(3):337-41.
- [48] MINSA. Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud [Internet]. 2021 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp
- [49] Haldane V, Zhang Z, Abbas RF, Dodd W, Lau LL, Kidd MR, et al. National primary care responses to COVID-19: a rapid review of the literature. *BMJ Open*. 8 de diciembre de 2020;10(12):e041622.
- [50] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
- [51] Miota AC, Pérez BV, Morales PAL, Martínez CA, Ivars LS, Amengual VF, et al. Respuesta de un centro de salud ante la pandemia COVID-19: percepciones de la plantilla médica. 2020;8.
- [52] Rasanathan K, Evans TG. Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19. *Bull World Health Organ*. 1 de noviembre de 2020;98(11):801-8.
- [53] Litsios DS. On the Origin of Primary Health Care [Internet]. *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*. Orient Blackswan; 2015 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316278/>
- [54] Rifkin SB, Fort M, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Primary healthcare in the time of COVID-19: breaking the silos of healthcare provision. *BMJ Glob Health*. 3 de noviembre de 2021;6(11):e007721.