

Descripción y análisis de las intervenciones fundamentadas en la atención primaria para responder al COVID-19 en Colombia

Description and analysis of primary care-based COVID-19 interventions in Colombia

Erwin Hernando Hernández Rincón^a , Juan Pablo Pimentel González^a ,
Manuel Felipe Aramendiz Narváez^b , Raúl Andrés Araujo Tabares^b , Julián Mateo Roa González^b 

^a Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia

^b Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia

*Autor corresponsal erwinhr@unisabana.edu.co

Citación Hernández Rincón EH, Pimentel González JP, Aramendiz Narváez MF, Araujo Tabares RA, Roa González JM. Description and analysis of primary care-based COVID-19 interventions in Colombia. *Medwave* 2021;21(3):e8147

Doi 10.5867/medwave.2021.03.8147

Fecha de envío 17/8/2020

Fecha de aceptación 21/1/2021

Fecha de publicación 7/4/2021

Origen No solicitado

Tipo de revisión Con revisión por pares externa, por tres árbitros a doble ciego

Palabras clave primary health care, coronavirus infections, pandemic, healthcare services, community medicine, Colombia

Resumen

Introducción

A comienzos de 2020 se declaró la pandemia por COVID-19, lo cual requirió adoptar diferentes medidas de prevención e intervención a gran escala. En el caso de Colombia, implicó tomar una serie de medidas enfocadas en aislamiento y prestación de servicios a distancia, en un contexto marcado por las inequidades de salud del país. El presente artículo revisa la literatura disponible sobre las intervenciones fundamentadas en atención primaria para responder al COVID-19 en Colombia.

Métodos

Se realizó una búsqueda de la literatura en PubMed, LILACS, MEDLINE, así como documentos y normativas oficiales expedidas en Colombia, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Se realizó una síntesis narrativa de 33 documentos en función de su aporte a la implementación de la atención primaria en Colombia y su papel frente a la pandemia.

Resultados

La información se organizó en dos categorías: acciones tomadas en Colombia frente al COVID-19 y oportunidades en atención primaria frente al COVID-19. Se contrastaron las acciones de Colombia con la experiencia mundial, encontrando un mejor control de la situación en países que adoptaron la atención primaria como respuesta. La atención primaria se consolida como el principal mecanismo para enfrentar la pandemia a través de acciones comunitarias, prestación de servicios articulados, inclusión de la salud mental y adopción de procesos de telemedicina.

Conclusiones

En Colombia, la atención primaria se presenta como una oportunidad para responder al COVID-19, y a los problemas y necesidades derivados de esta situación. Sin embargo, en el país, a pesar de lo anterior, hay resistencia para adoptar este tipo de enfoque y complementar el modelo hospitalocentrista para enfrentar la pandemia.

Abstract

Introduction

The COVID-19 pandemic was declared in early 2020, requiring different prevention and intervention measures on a large scale. In the case of Colombia, a series of measures focused on isolation and remote services provision were introduced in a context marked by health inequities. This article reviews the theoretical and normative references on primary care interventions in the Colombian response to the COVID-19 pandemic.

Methods

A literature review was conducted in PubMed, LILACS, MEDLINE, and official documents and regulations issued in Colombia, the World Health Organization, and the Pan American Health Organization. A narrative synthesis was done of 33 documents based on their contribution to the implementation of primary care in Colombia and their role in the pandemic.

Results

The information was organized into two categories: Actions taken in Colombia in response to COVID-19 and Opportunities in primary care in response to COVID-19. Colombia's actions were contrasted with world experience. Better pandemic control was found in countries that adopted primary care as a response. Primary care has strengthened the handling of the pandemic through community action, the provision of coordinated services, mental health inclusion, and the adoption of telemedicine processes.

Conclusions

In Colombia, primary care is presented as an opportunity to respond to the COVID-19 pandemic and the problems and needs derived from this situation. However, despite the above, there is resistance in the country to adopt this type of approach and complement the hospital-centric model to face the pandemic.

Ideas clave

- Colombia, en marzo de 2020, declaró la emergencia sanitaria y adoptó diferentes medidas gubernamentales para responder a la pandemia de COVID-19.
- Las medidas adoptadas en Colombia se centraron en el aislamiento social y el fortalecimiento del sistema hospitalario.
- En el mundo se reconoció el enfoque de la atención primaria en salud como la estrategia que permite la asistencia sanitaria esencial al alcance de los individuos y familias de la comunidad, a través de la autorresponsabilidad y autodeterminación.
- Colombia ha dirigido esfuerzos para incluir este enfoque a su sistema sanitario, pero esta coyuntura requiere revisar las estrategias desde la atención primaria en salud para responder a las amenazas actuales y futura.
- Dos limitaciones de este trabajo son la rápida evolución y cambio de la literatura científica respecto a atención primaria en salud y COVID-19, lo que restringirá la aplicabilidad de sus hallazgos en el tiempo; y la escasez de literatura disponible frente a la pandemia por COVID-19, particularmente para el caso colombiano.

Introducción

A finales de 2019, se identificó un nuevo coronavirus con potencial pandémico como agente etiológico de un grupo de casos de neumonía en China y rápidamente se expandió por el mundo. En febrero de 2020, se identificó como el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) designó a la enfermedad causada por este como COVID-19¹. Los casos se incrementaron de manera exponencial hasta que el 11 de marzo de 2020 fue declarado pandemia por la OMS, y provocó la adopción mundial de medidas de prevención en una escala previamente inexplorada².

En Colombia, se declaró estado de emergencia sanitaria por el Ministerio de Salud y Protección Social en marzo de 2020³, dando paso a la implementación de diferentes medidas gubernamentales a través de documentos oficiales, con el objeto de controlar la propagación del virus. A pesar de estos esfuerzos, surgen nuevas problemáticas como la disminución de oportunidades de atención en salud, las alteraciones de salud mental secundarias al confinamiento y las dificultades económicas subsecuentes, agravadas por la inequidad socio-económica y sanitaria del país^{4,6}.

Por otro lado, en el mundo se reconoció el enfoque de la atención primaria en salud como aquella estrategia que permite la asistencia sanitaria esencial al alcance de los individuos y familias de la comunidad, a través de la autorresponsabilidad y autodeterminación⁷. Colombia ha dirigido esfuerzos para incluir este enfoque a su sistema

sanitario. Sin embargo, esta coyuntura requiere revisar las estrategias desde la atención primaria en salud para responder a las amenazas actuales y futuras⁸.

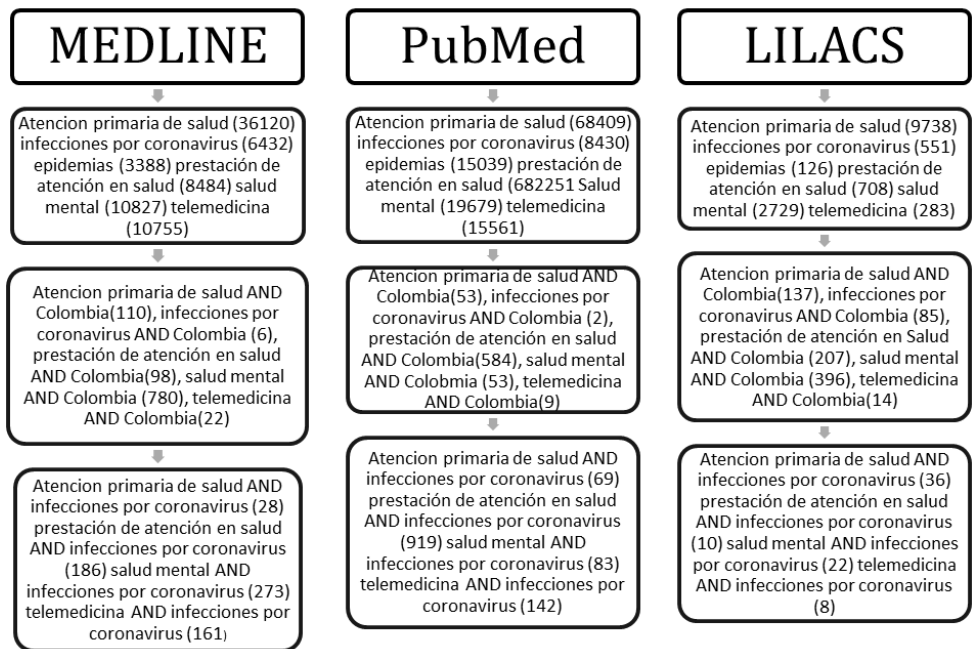
El presente artículo busca revisar la literatura disponible sobre las oportunidades de intervención fundamentadas en atención primaria para responder al COVID-19 en Colombia, comparándolas con lo encontrado en la literatura y documentos oficiales disponibles con el fin de generar un marco de referencia de la aplicación de atención primaria en salud para la pandemia en el país.

Métodos

Se realizó una revisión narrativa para responder a la pregunta ¿Cuál es el papel de la atención primaria en salud para el control de la pandemia por COVID-19 en Colombia?

Utilizando los descriptores DeCS/MeSH “atención primaria de salud”, “infecciones por coronavirus”, “epidemias” y “prestación de servicios en salud” con sus respectivos términos en inglés, limitada a los últimos 10 años, con fecha de corte a junio de 2020. Se identificó la relevancia de los términos “salud mental” y “telemedicina”, por lo que se incluyeron en la búsqueda y asociándolos con los términos “Colombia” e “infecciones por coronavirus” con el fin de abordar la literatura disponible en el contexto colombiano, así como las relaciones entre atención primaria en salud y dichas infecciones (Figura 1).

Figura 1. Proceso de búsqueda de artículos.

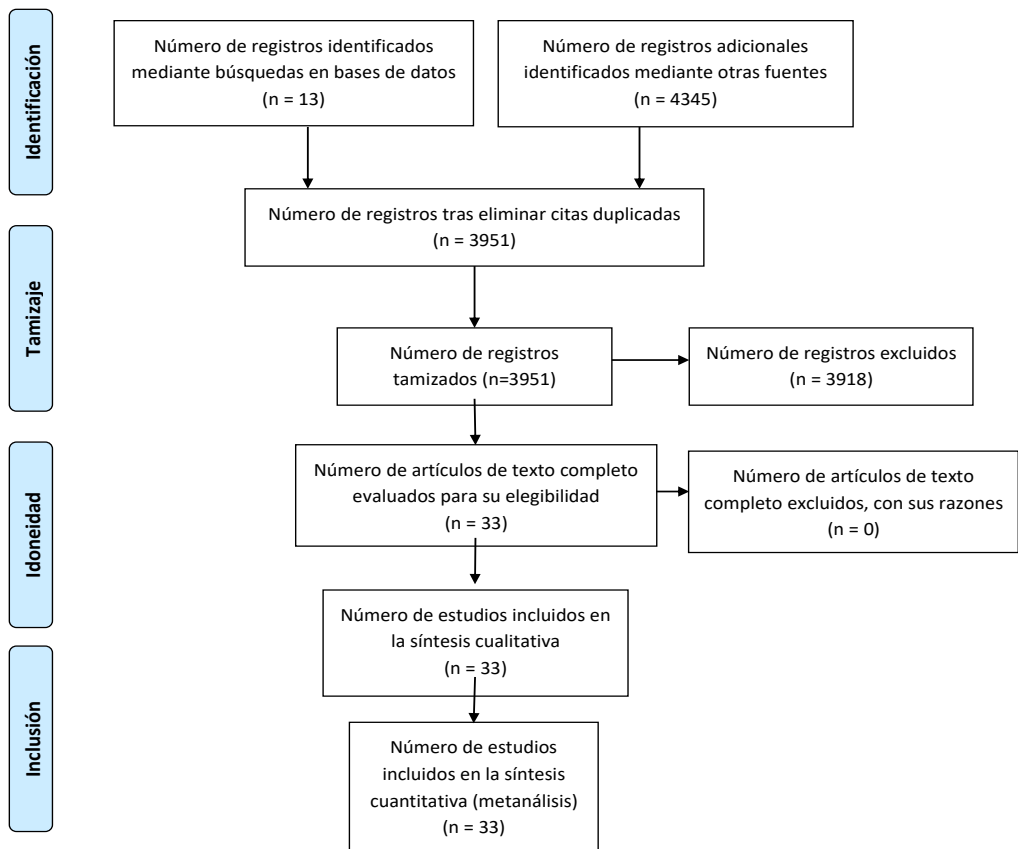


Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Se seleccionaron artículos con acceso a texto completo, en español e inglés, correspondientes a estudios de investigación y documentos de reflexión que incluyeran elementos de atención primaria en salud y que analizan su rol frente a la pandemia. Por último, se incluyeron

documentos y normativas oficiales de en Colombia, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Figura 2).

Figura 2. Selección y extracción de datos.



Fuente: preparado por los autores a partir de los resultados del estudio.

Los documentos encontrados se organizaron en una base de datos con títulos, resúmenes y fecha de publicación. Posteriormente, se eliminaron los duplicados y se revisaron los restantes de acuerdo con los criterios previamente mencionados. Se realizó una síntesis narrativa a 33 documentos en función de su aporte a la implementación de la atención primaria en Colombia y su papel frente a la pandemia, y se organizó la información en las siguientes categorías: acciones tomadas en Colombia frente al COVID-19 y oportunidades en atención primaria en salud frente al COVID-19.

Resultados

Acciones tomadas en Colombia frente al COVID-19

Colombia, al igual que numerosos países, ha integrado estrategias de atención primaria en salud para mejorar las condiciones sanitarias de la población teniendo en cuenta sus condiciones sociales⁶. No obstante, la normativa en respuesta al COVID-19 se ha limitado a la formulación de resoluciones clasificadas en medidas sanitarias y de emergencia sanitaria; medidas de emergencia social, económica y ecológica; y medidas de orden público y otras de carácter ordinario⁹ (Tabla 1). Estas no se fundamentan en estrategias de atención primaria en salud, aunque incluyen aspectos de promoción y prevención.

Tabla 1. Normativa de salud en Colombia como respuesta a la pandemia por COVID-19 (julio de 2020).

Normativa	Emitido por	Descripción
Circular 005 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Directrices para la detección temprana, el control y la atención frente a la posible introducción del nuevo coronavirus.
Circular 0015 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Incluye recomendaciones para prevención, contención y mitigación del coronavirus en grupos étnicos.
Circular 0018 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Incluyen acciones de contención ante el COVID-19 y la prevención de enfermedades asociadas al primer pico epidemiológico de enfermedades respiratorias, principalmente en ambientes laborales.
Resolución 380 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Aislamiento y cuarentena obligatorias para viajeros provenientes de China, Italia, Francia y España.
Resolución 385 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Declaración de emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19.
Resolución 502 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Adoptar lineamientos para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2.
Resolución 521 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19.
Resolución 536 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se adopta el plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19).
Decreto 538 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud.
Resolución 666 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del coronavirus.
Resolución 676 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Se establece el Sistema de Información para el reporte y seguimiento en salud a las personas afectadas COVID-19.
Resolución 734 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Determinar cuándo un municipio tiene la condición de estar sin afectación del coronavirus y se adopta el protocolo de bioseguridad para la prevención de la transmisión del virus en esos municipios.
Resolución 778 de 2020	Ministerio de Salud y Protección Social	Normativa temporal del Servicio Social Obligatorio (SSO) en el marco de la emergencia sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19.
Decreto 749 de 2020	Ministerio del Interior	Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19, y el mantenimiento del orden público.

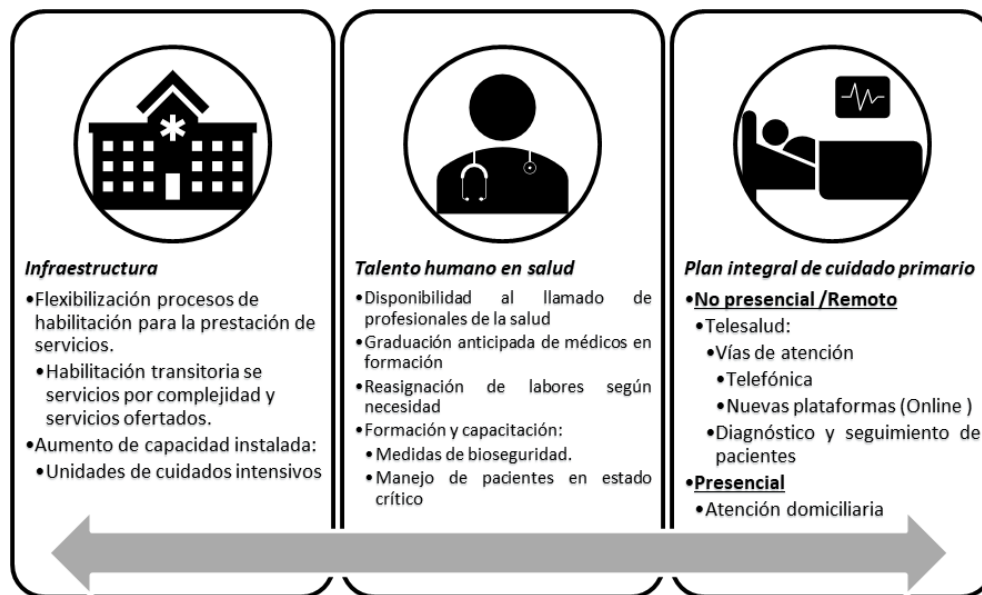
Fuente: adaptado por los autores a partir de Medidas frente a la pandemia COVID-19⁹.

De esta manera, la respuesta inicial incluyó planes para la detección temprana de la enfermedad, antes de la llegada del COVID-19¹⁰. Posterior a la declaración del estado de emergencia sanitaria en Colombia, y un día después de que la OMS declarara la pandemia, los esfuerzos se encaminaron a la prevención de la propagación del virus y a la preparación de los profesionales en salud y las instituciones prestadoras de servicios a un posible incremento de la demanda asistencial¹¹. En este sentido, la normativa abarca temas estructurales, de

talento humano y prestación de servicios (Figura 3), priorizando tres grupos poblacionales en cuanto a atención domiciliaria:

- Personas que realizan demanda espontánea por morbilidad general (en especial, mayores de 70 años).
- Pacientes con patología crónica controlada y de bajo riesgo.
- Personas con patología crónica no controlada de riesgo mediano o alto y gestantes¹².

Figura 3. Plan de reestructuración de prestación de servicios en Colombia durante el COVID-19.



Fuente: preparado por los autores a partir de las referencias¹¹⁻¹³.

Adicionalmente, se implementó un sistema de notificación que detalla la información relacionada con la salud de los contagiados, integrando el reporte, atención y seguimiento de los pacientes. Así, se dio paso a la toma de decisiones sustentadas en los datos recolectados por este en materia de velocidad de propagación, identificación de casos nuevos y acumulados, seguimiento, letalidad, tiempo de evolución de la epidemia, capacidad instalada de camas en unidad de cuidado intensivo, laboratorios y talento humano disponible¹³.

Por otro lado, las intervenciones varían a nivel mundial, evidenciando diferentes desenlaces que van desde el crecimiento explosivo de casos, como se observa en Brasil, Chile, Perú y México¹⁴⁻¹⁶. En contraste, la tendencia al aplanamiento observado en China, Vietnam, Cuba y Costa Rica obedece a la implementación de estrategias basadas en atención primaria en salud que incluyen la búsqueda activa de casos y donde los entes gubernamentales se responsabilizan por el aislamiento institucionalizado, seguimiento de casos y vigilancia epidemiológica mediante la caracterización de los contactos por parte de los infectados en lugares estratégicos¹⁶⁻¹⁸. Contrario a lo que ocurre en Colombia donde las acciones desde la atención primaria en salud no constituyen el eje central de la respuesta a la pandemia⁹.

Oportunidades en atención primaria de salud frente al COVID-19

La pandemia representa una crisis sin precedentes y pone a prueba la respuesta de los sistemas de salud modernos¹⁹. Bajo el panorama mundial, la atención primaria en salud, como estrategia transversal de la salud pública e integral para abordar los principales problemas en salud de los individuos, familias y comunidades, puede responder a esta situación mediante la integración de la vigilancia epidemiológica, y acciones de prevención de la enfermedad desde la práctica clínica y en entornos comunitarios. Al respecto, referentes de salud pública y epidemiología consideran que toda enfermedad debe intervenir de manera integral mediante el conocimiento de su Historia Natural de la Enfermedad y sus consecuentes periodos de prevención de la enfermedad definidos por Leavell y Clark: prevención primaria (educación, vacunación e intervención de los factores de riesgo

de la población susceptible), prevención secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las enfermedades) y prevención terciaria (rehabilitación, y mitigación de las secuelas y complicaciones de las enfermedades). De esta manera, se resalta la importancia de realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en sus tres niveles, considerando el entorno y los factores de riesgo propios de los individuos y comunidades con el fin de mejorar el acceso, asegurar la continuidad de los servicios, y promover el autocuidado y solidaridad de la población, a diferencia del modelo hospitalocentrista con enfoque en la enfermedad y curación²⁰.

Por tal motivo, se presenta la oportunidad para reforzar aspectos clave en atención primaria en salud y el planteamiento de nuevas estrategias enfocadas hacia la prevención de la enfermedad²¹. Esto puede evidenciarse por las políticas implementadas de acción comunitaria para el cuidado de la población, haciendo énfasis en el autocuidado y empoderamiento en salud. Por otro lado, existe la necesidad de renovar la prestación de servicios en salud, articulándose con la implementación de la telemedicina como alternativa frente a medios tradicionales, al igual que la búsqueda de soluciones a problemas de salud mental derivados de la situación²².

1. Acciones comunitarias

Las características del microorganismo le confieren una gran capacidad de contagio y que, en ausencia de vacunas y tratamientos específicos, exhortan la necesidad de emplear estrategias en salud pública dirigidas a disminuir el contacto entre la población y reducir la transmisión de la enfermedad. Es ahí donde medidas como el lavado de manos, el uso de tapabocas, el aislamiento, la cuarentena y el distanciamiento social cobran importancia²³.

En primer lugar, entre los elementos de promoción y prevención frente a la pandemia, se incluyen el lavado de manos y el uso de elementos de protección personal. La importancia de estos radica en que son herramientas de fácil acceso a toda la población y la involucran de manera activa en el control de los contagios, lo que estimula la solidaridad para facilitar el cumplimiento de las medidas de aislamiento²⁴.

Al mismo tiempo, distintos autores concuerdan que una de las principales medidas para el control de la pandemia involucra la limitación de la circulación de las personas mediante la cuarentena, el aislamiento y el distanciamiento social²⁵. Estas medidas, en combinación con los esfuerzos intersectoriales para el control de multitudes, tales como el cierre de instituciones académicas, han mostrado eficacia para controlar el aumento de los casos por COVID-19 y permite que los sistemas de salud se preparen para el aumento en su demanda²⁵.

Adicionalmente, las estrategias en atención primaria en salud exploran las características y necesidades particulares de las comunidades, incluyendo la seguridad cultural, la cual es importante dada la distribución desigual de la pandemia con predilección por poblaciones vulnerables como las comunidades de bajos recursos y las minorías étnicas. De esta manera, permiten la conjugación de saberes tradicionales y actuales, logrando la articulación del sistema de salud con estas poblaciones^{26,27}.

Teniendo en cuenta lo anterior, el uso aislado de las medidas comunitarias tiene un impacto limitado en el control de la enfermedad, mientras que la combinación de estas ha demostrado ser efectiva y genera un alto impacto en la reducción de la transmisibilidad, el colapso de los servicios de atención y, consecuentemente, la mortalidad²⁵.

2. Prestación de servicios en salud y telemedicina

A nivel nacional se identifican ciertas condiciones que dificultan la prestación de servicios. En primer lugar, existe una baja disponibilidad de camas de unidad de cuidado intensivo²⁸. Asimismo, hay disminución de la oportunidad de atención ambulatoria secundaria a las medidas adoptadas durante la pandemia, lo que aumenta el riesgo de deterioro de patologías crónicas y de pérdida de continuidad e integralidad en los servicios de salud. De esta manera surge la necesidad de adaptar los servicios intra y extrahospitalarios a través de la atención no presencial, aumentando la capacidad instalada y capacitando al personal de salud²⁹⁻³¹.

En consecuencia, la prestación de servicios intrahospitalarios se ha enfocado en el control de la propagación del virus, por lo que cobra importancia la protección de pacientes no infectados por COVID-19 mientras se garantiza atención a los infectados. Esto implica la adecuación de espacios para cumplir funciones de salas de hospitalización y unidad de cuidado intensivo, así como la limitación de procedimientos electivos con el fin de evitar que se presenten situaciones como la de Italia, donde el desborde de los servicios repercutió en una atención prestada en espacios improvisados y un consecuente aumento en el riesgo de contagio^{19,32}. Por este motivo, se han estipulado planes territoriales enfocados a la expansión de la capacidad instalada que buscan preparar a Colombia en caso de no lograr un control adecuado de la pandemia³³.

Con respecto a los servicios ambulatorios, dadas las medidas de aislamiento y con el fin de disminuir las tasas de contagio, fueron suspendidos. Ello dificulta el seguimiento de pacientes con patologías crónicas, así como los afectados por COVID-19 sin criterios de hospitalización. En respuesta a esto, surgen las visitas domiciliarias para continuar con los controles de estos pacientes, evaluando su entorno y las cuales en un futuro pueden adoptarse para la atención de patologías no urgentes³⁴. De igual manera, se incluye la dispensación de medicamentos a domicilio y la entrega anticipada de hasta tres meses de formulación para limitar la circulación de personas¹².

Adicionalmente, en el mundo emerge un renovado interés en el uso de plataformas digitales que permitan la atención a distancia, puesto que dan continuidad a los servicios extrahospitalarios permitiendo el control de la propagación del virus mediante la limitación del contacto físico^{31,35}. Colombia cuenta con normativas sobre telemedicina, con el objetivo de facilitar el acceso a servicios asistenciales e información confiable de manera oportuna, así como descongestionar los servicios hospitalarios³⁶.

No obstante, en ambos casos es importante la educación del paciente, especialmente en casos confirmados de infección por COVID-19 susceptibles de manejo ambulatorio, enfatizando en la importancia del aislamiento y signos de alarma. Esto, debido a que no existe una vigilancia constante como la que ocurriría en servicios hospitalarios, lo que conlleva al riesgo de no cumplir efectivamente con los periodos establecidos de cuarentena.

Cabe destacar que el sistema sanitario requiere de actores capacitados para su ejecución que reconozcan la importancia de la atención integral desde la promoción y prevención, integrando la familia como fundamento de la sociedad. Por esto, la especialidad de medicina familiar y comunitaria, al atender las necesidades de la comunidad y del estado, surge como el principal encargado de garantizar este enfoque. No obstante, este debe estar presente durante la formación de todo el personal sanitario. Además, en respuesta a las necesidades inmediatas causadas por la pandemia, debe contemplarse la posibilidad de capacitar a otros actores dentro de la comunidad ajenos a la prestación de servicios, fortaleciéndola como gestora de su propia salud³⁷.

Así las cosas, se identifican las ventajas del cambio en el enfoque en la prestación de servicios. Estas incluyen el descongestionamiento de servicios de urgencias mediante la disminución de consultas innecesarias, la oportunidad de acceso continuo a información confiable, el ofrecimiento de consultas virtuales y el seguimiento de pacientes contagiados que no requieren de hospitalización²⁹.

3. Salud mental

Las emergencias en salud pública conllevan un mayor estrés emocional y aumento del riesgo de trastornos psiquiátricos, por lo que es importante que el sistema de salud intervenga en aspectos emocionales y de salud mental como respuesta a la pandemia. Asimismo, es necesario reconocer la población en mayor riesgo psicosocial, entre la que se incluyen aquellas que contraen COVID-19 o tiene alto riesgo de padecerla, el uso previo de sustancias psicoactivas y pacientes con patologías preexistentes, mentales o no. Concretamente, en las epidemias anteriores por síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés *Severe Acute Respiratory Syndrome*) en 2003 y Ebola en 2014 se observaron alteraciones comportamentales inducidas por el miedo en el público general sumado a mayores niveles de ansiedad, depresión y trastorno de estrés posttraumático en sobrevivientes y trabajadores de salud que fueron evidentes incluso después de la epidemia^{38,39}.

Por otro lado, el exceso de información proveniente de fuentes no confiables, asociado al estado de incertidumbre al que se enfrenta la población, puede detonar el inicio de trastornos psiquiátricos y aumentar el riesgo de suicidio. Por ejemplo, en un estudio realizado posterior al cierre de una universidad estadounidense debido a un ataque con armas de fuego, se evidenció que los individuos expuestos a información errónea a través de redes sociales refirieron mayo-

res niveles de estrés agudo²⁰. Asimismo, al combinarse con las medidas de aislamiento se genera un mayor riesgo de sentimientos de ansiedad y tensión emocional^{22,38,39}.

Al mismo tiempo, el estrés es inevitable en este tipo de situaciones, por lo que se recomienda tomar medidas de autocuidado en salud mental. Estas incluyen la actividad física, la realización de actividades sociales de manera remota a través de internet o teléfono, limitar la búsqueda de información sobre la crisis a fuentes oficiales y máximo dos veces al día^{22,38,39}. De igual manera, a nivel comunitario es importante que la información proporcionada contenga lenguaje simple y entendible para toda la población, evitando el uso de términos complejos y empleando ejemplos prácticos al informar²².

Consecuentemente, en el mundo se reconoce la necesidad de implementar estrategias comunitarias mediante el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (*Mental Health Gap Action Programme*, mhGAP), al capacitar personal no especializado para la atención en salud mental en los niveles básicos, permitiendo su abordaje oportuno⁴⁰. Cabe destacar el programa surgido en China tras el SARS en 2003, este se ha potenciado con el paso del tiempo, por lo cual se encuentra disponible como respuesta a la pandemia por COVID-19⁴¹. En el caso de Colombia, además de contar con las rutas de atención en salud mental habituales, se implementó la telesalud como medio para ofrecer asistencia psicológica remota, principalmente mediante la apertura de líneas telefónicas⁴².

Discusión

Desde el inicio de 2020 el mundo se encuentra en tiempos de crisis, duda e incertidumbre frente a la pandemia por COVID-19. Pero, sin menospreciar a las víctimas y los sucesos económicos, sociales o políticos que esto ha desencadenado; se puede afirmar que este suceso

representa también una oportunidad de mejora en procesos de atención en salud, sobre todo con relación a atención primaria y uso de tecnologías en salud^{43,44}.

A nivel mundial, la inequidad como uno de los principales retos para el mantenimiento de salud llevó al planteamiento del programa “salud para todos en el año 2000”, dándole importancia a las comunidades y el uso de estrategias de atención primaria en salud⁴⁵. Sin embargo, para la región de Las Américas fue necesaria la renovación de estos conceptos en 2005 con el fin de revitalizar su adopción. Posteriormente, en 2008 se reconoce la necesidad de incluir la atención primaria en salud en todos los sistemas sanitarios del mundo a través del informe “atención primaria en salud más necesaria que nunca”^{46,47}.

Para el caso de Colombia, durante la creación de su política sanitaria, no se incluyeron estos aspectos sino hasta el año 2007 cuando surge un interés en salud pública. Cuatro años después, en 2011, se implementan estrategias de atención primaria en salud como fundamento de su modelo de atención. Estas incluyen elementos de autocuidado, supervisión y motivación del personal sanitario y la integración con la comunidad, permitiendo su atención integrada, integral y continua. Adicionalmente, estos elementos contribuyen al desarrollo económico, político y social mediante el reconocimiento de la intersectorialidad como aspecto clave para la salud de su población⁴⁸⁻⁵⁰.

Bajo esta dinámica, el país ha querido avanzar en la construcción de nuevas normativas, reestructurando la atención sanitaria basada en las estrategias de atención primaria en salud (Tabla 2). En consecuencia, se han notado cambios favorables, principalmente al comparar estadísticas como expectativa de vida y mortalidad, sumado a las experiencias desde la atención primaria para la prevención de la enfermedad, promoción y mantenimiento de la salud, enfocándose en el empoderamiento de las personas frente a su autocuidado⁸.

Tabla 2. Normativa en salud relacionada con la adopción de la atención primaria en salud en Colombia.

Normativa	Emitido por	Descripción
Ley 100 de 1993	Congreso de la Republica	Reforma del sistema de salud colombiano, por el cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1122 de 2007	Congreso de la Republica	Primera reforma de la Ley 100, que incluye a la salud pública como eje del sistema de salud y adopta el primer PNSP.
Ley 1164 de 2007	Congreso de la Republica	Se establecen políticas para la formación de recurso humano en salud, multidisciplinario y calificado que brinde un enfoque individual y comunitario de la enfermedad.
Decreto 3039 de 2007	Ministerio de Protección social	Reglamenta el PNSP, y establece los principios y prioridades de salud pública para Colombia.
Resolución 425 de 2008	Ministerio de Protección social	Establece lineamientos para la planeación e implementación de planes locales de salud a nivel territorial y municipal.
Ley 1438 de 2011	Congreso de la Republica	Segunda reforma al sistema de salud, que considera al enfoque de APS como modelo del sistema de salud; además, determina la necesidad de actualizar un nuevo plan de salud pública nacional.
Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021	Ministerio de Salud y Protección Social	Se formula el PDSP como elemento orientador de la APS por medio de 8 dimensiones prioritarias: salud ambiental, salud mental, nutrición, sexualidad, enfermedades transmisibles, enfermedades no trasmisibles, desastres y salud laboral.
Ley 1751 de 2015	Congreso de la Republica	Reconoce la salud como un derecho fundamental mediante la atención integral en salud y el abordaje de los DSS para reducir las desigualdades del país.
Resolución 429 de 2016	Ministerio de Salud y Protección Social	Adopta la política (PAIS) y su modelo operacional (MIAS), el cual se fundamenta en la APS, la gestión del riesgo, el cuidado y un enfoque diferencial.
Resolución 2626 de 2019	Ministerio de Salud y Protección Social	Debido a la imposibilidad de adoptar redes integradas de servicios de salud, se modifica la PAIS y se adopta el modelo MATTE, el cual se fundamenta en la APS y en la con un enfoque de salud familiar y comunitaria.

PNSP: Plan Nacional de Salud Pública.

APS: atención primaria en salud.

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública.

DSS: determinantes sociales en salud.

PAIS: Política de Atención Integral en Salud.

MIAS: Modelo de Atención Integral en Salud.

MATTE: Modelo de Acción Integral Territorial.

Fuente: adaptado por los autores a partir de la referencia⁸.

Sin embargo, aunque dichas estrategias son conceptualmente adecuadas, puesto que giran en torno a las necesidades de una población en transición demográfica como la del país, existe resistencia al cambio. Colombia es un país de tradición hospitalocentrista, supraespecializado y centrado en la enfermedad. Todo ello contribuye a la fragmentación de los servicios y dificulta el abordaje de los determinantes sociales en salud, al recargar la prestación de servicios en el ámbito hospitalario sumado a otros factores sociales como la inequidad, los intereses particulares y la corrupción⁵¹⁻⁵³. Adicionalmente, la falta de reconocimiento del médico familiar como el principal encargado de cumplir el papel integrador de las diferentes especialidades en medicina, dificulta el abordaje integral y la articulación de los servicios con la comunidad³⁷. Por tal motivo, a pesar de los diferentes esfuerzos por incluir la atención primaria en salud en el marco normativo del sistema sanitario del país, su implementación ha sido parcial, marcada por la selectividad de los planes relacionados a esta estrategia en detrimento de la integralidad en la prestación de servicios en salud.

La respuesta inicial a la pandemia en el país tuvo como base el aislamiento y autocuidado, sin existir claridad en la normativa sobre la implementación de estrategias desde la atención primaria en salud y llevando a cabo, paralelamente, el fortalecimiento de los servicios intrahospitalarios enfocado a las unidades de cuidado intensivo dada las experiencias en otros países^{19,29}. Asimismo, luego de tres meses se flexibilizaron las medidas de aislamiento, estableciendo 43 excepciones a la normativa nacional pese al continuo ascenso en los casos con una tasa diaria mayor a la presentada en los meses anteriores. Así quedó en evidencia como se les resta importancia a las medidas

de prevención de la enfermedad para evitar repercusiones económicas⁵⁴.

De igual manera, este enfoque queda reflejado en la identificación de casos por COVID-19 al realizar la prueba solo a pacientes sintomáticos, obviando otros vectores de contagio como la población asintomática y aquellos que deciden no consultar. Por el contrario, los países que desde la atención primaria en salud y mediante la implementación de nuevas tecnologías realizaron una búsqueda activa de casos y rastreo de contacto con estos, lograron un mejor control de la pandemia^{18,55}.

Para el caso de Latinoamérica, las respuestas de los diferentes entes gubernamentales obedecen a sistemas de salud fragmentados y hospitalocentristas cuya integración de estrategias de atención primaria en salud ha sido parcial. Particularmente, durante el inicio de la pandemia, la atención primaria en salud pasó a segundo plano, siendo rezagada por intervenciones de carácter curativo a nivel de las unidades de cuidado intensivos y cuyo control de la situación gira entorno al seguimiento de los casos para determinar el comportamiento de la curva, lo que ha llevado a un control inadecuado de la pandemia. Por ejemplo, para el caso de Ecuador se superó rápidamente la capacidad de atención, lo que llevó al desborde del sistema y aumentó la mortalidad hasta dificultar el adecuado manejo de cadáveres. En contraste, países como Cuba, donde la atención primaria en salud ha sido un pilar fundamental para la respuesta, aparecen como puntos de referencia frente a las oportunidades que esta ofrece para la región^{56,57}.

Adicionalmente, debe tenerse en cuenta la escasez de recursos de los individuos ya que esta puede limitar el acceso a nuevas tecnologías en telesalud³¹ y limita la adopción de medidas de autocuidado en las poblaciones vulnerables. Esto, debido a la imposibilidad para adquirir elementos de protección personal o para acatar recomendaciones de aislamiento preventivo ante la necesidad de seguir laborando en ausencia de empleos formales; e incluso, en casos más drásticos, al no contar con un techo donde refugiarse. Por este motivo, a pesar de la implementación oportuna de la normativa en Colombia, aún existen consideraciones a tener en cuenta para su aplicabilidad^{58,59}.

Por otra parte, las prioridades de atención en salud se han reorientado, encaminándose a dar respuesta a la pandemia. Esto, en combinación con el papel que juegan los servicios hospitalarios en la transmisión del virus, ha llevado a una disminución de las consultas a urgencias por miedo al contagio. Lo anterior conlleva a la atención tardía de patologías agudas, iniciando su atención en estadios más avanzados, lo que contribuye a un incremento en las complicaciones y la mortalidad. Del mismo modo, existe el riesgo de una disminución en el seguimiento ambulatorio de la población con enfermedades crónicas. A futuro, ello puede generar mayores complicaciones en cuanto a la progresión de estas y llevar a un posible colapso de los sistemas de atención, dado por la consulta en masa cuando se retoman las actividades habituales⁶⁰.

Frente a esta coyuntura, el abordaje desde la atención primaria en salud permite la continuidad de prestación de servicios durante la pandemia y la implementación de estas medidas puede contribuir de manera eficaz al mantenimiento de la salud de las poblaciones. De esta forma se constituye como la principal herramienta en materia de preparación frente a crisis sanitarias futuras. Sin embargo, cabe resaltar que la situación mundial por el COVID-19 trasciende las barreras sanitarias y su abordaje requiere de esfuerzos intersectoriales, dadas las consideraciones sociales y políticas que involucra la reestructuración de políticas en salud orientadas hacia la atención primaria en salud.

Como limitaciones del estudio se destaca la rápida evolución y cambio de la literatura científica respecto a atención primaria en salud y COVID-19, lo que restringirá la aplicabilidad de los hallazgos del presente estudio en el tiempo. Adicionalmente, debido a la novedad del tema, existe escasez de literatura disponible frente a la pandemia por COVID-19, siendo notoria particularmente para el caso colombiano.

Conclusión

En Colombia, la atención primaria se presenta como una oportunidad para responder al COVID-19, y a los problemas y necesidades derivados de esta situación. Sin embargo, en el país, a pesar de lo anterior, hay resistencia para adoptar este tipo de enfoque y complementar el modelo hospitalocéntrico para enfrentar la pandemia.

Operativamente, la respuesta de los entes involucrados en Colombia frente a la situación ha sido oportuna y el marco normativo establecido permite el adecuado desarrollo de la labor del personal asistencial. No obstante, se debe fortalecer el abordaje de la situación actual desde la atención primaria en salud en su componente práctico, con el fin de permitir el mantenimiento de la integridad e intersectorialidad de los servicios en salud, teniendo en cuenta el seguimiento de pacientes no afectados por COVID-19.

La reestructuración de la prestación de servicios, el mantenimiento de la salud mental y la implementación de nuevas tecnologías, son acciones en respuesta a la pandemia que, desde la atención primaria en salud, no solo contribuyen al control de la propagación del virus, sino que también optimizan el acceso a servicios mediante la integración de la comunidad, empoderándola frente a su autocuidado y el mantenimiento de la salud. Por este motivo se debe procurar su articulación en el contexto colombiano una vez resuelta la crisis sanitaria con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud.

Notas

Roles de autoría

Todos los autores contribuyeron en la idea de la investigación, en la recolección y análisis de la información, en la redacción del manuscrito y en la aprobación de este. Asimismo, el artículo es derivado del hilo conductor de la tesis doctoral del investigador principal.

Conflictos de intereses

Los autores completaron la declaración de conflictos de interés de ICMJE y declararon que no recibieron fondos por la realización de este artículo; no tienen relaciones financieras con organizaciones que puedan tener interés en el artículo publicado en los últimos tres años y no tienen otras relaciones o actividades que puedan influenciar en la publicación del artículo. Los formularios se pueden solicitar contactando al autor responsable o al Comité Editorial de la Revista.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiamiento para el presente trabajo.

Consideraciones éticas

El trabajo según la normativa nacional e internacional se consideró como una investigación sin riesgo, ya que recurrió a fuentes secundarias de información.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Nuevo coronavirus 2019. Ginebra: OMS; 2020. [On line]. | [Link](#) |
2. Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia. Washington DC: OPS; 2020. [On line]. | [Link](#) |
3. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución número 385 del 12 de Marzo de 2020. Bogotá; 2020. [On line]. | [Link](#) |
4. Hernandez EH, Pimentel JP, Orozco-Beltran D, Carratalá-Munuera C. Inclusion of the Equity Focus and Social Determinants of Health in Health Care Education Programmes in Colombia: A Qualitative Approach. *Family Practice*. 2016;33(3):268-273. | [CrossRef](#) |
5. Acevedo-Giedelman P, Hernández-Rincón EH, Ávila-Celis P, Quiroga-Carillo M, Sánchez-Vergara JF. La salud pública como pilar para la educación de los profesionales de salud en Colombia. *Educ Med Super*. 2020;34(1):1-16. [On line]. | [Link](#) |
6. Mosquera PA, Hernandez J, Vega R, Martinez J, Labonte R, Sanders D, et al. The impact of primary healthcare in reducing inequalities in child health outcomes, Bogotá – Colombia: an ecological analysis. *Int J Equity Health*. 2012;11(66):1-12. | [CrossRef](#) |
7. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Ginebra: OMS; 1978. [On line]. | [Link](#) |
8. Hernández E. Atención primaria y determinantes sociales en salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población [Tesis doctoral]. Alicante: Universidad Miguel Hernández; 2017. [On line]. | [Link](#) |

9. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Medidas frente a la pandemia COVID-19. Bogotá; 2020. [On line]. | Link |
10. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Circular 005 de 2020. Bogotá; 2020. [On line]. | Link |
11. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución número 385 del 12 de Marzo de 2020. Bogotá; 2020. [On line]. | Link |
12. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 521 de 2020. Bogotá; 2020. [On line]. | Link |
13. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 676 del 24 de Abril de 2020. Bogotá; 2020. [On line]. | Link |
14. Fuentes-Nieva R. México y el Coronavirus: Pasividad Gubernamental en una sociedad desigual. Madrid: Fundación Carolina; 2020. [On line]. | Link |
15. Loureiro-Werneck G, Sá Carvalho M. La pandemia de COVID-19 en Brasil: Crónica de una crisis sanitaria anunciada. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(5):1-4. | CrossRef |
16. Malamud C, Núñez R. La crisis del coronavirus en América Latina: un incremento del presidencialismo sin red de seguridad. Madrid: Real Instituto el Cano; 2020. [On line]. | Link |
17. Minh Duc N, Duc Ha H, Anh Tuan T, Lien Bang MT, Hong Duc P, Minh Thong P. From First COVID-19 case to current Outbreak: A Vietnamese Report. *Electron J Gen Med*. 2020;17(4):1-4. | CrossRef |
18. Pan A, Liu L, Wang C, Guo J, Hao X, Wang Q, et al. Association of public health interventions with the epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. *JAMA*. 2020;323(19):1915-1923. | CrossRef |
19. Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M. At the epicenter of the covid-19 pandemic and humanitarian crises in italy: changing perspectives on preparation and mitigation. *Catal Innov Care Deliv*. 2020. [On line]. | Link |
20. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 2011;33(1):7-11. [On line]. | Link |
21. Minué S. Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2020. [On line]. | Link |
22. Mesa-Vieira C, Franco OH, Gomez-Restrepo C, Abel T. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas*. 2020;136:38-41. | CrossRef |
23. Universidad de Antioquia. Intervenciones no farmacológicas para la contención mitigación y supresión de la infección por COVID 19. Medellín: Universidad de Antioquia; 2020. [On line]. | Link |
24. Sánchez-Villena AR, de la Fuente-Figuerola V. COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *An Pediatr (Barc)*. 2020;93(1):73-4. | CrossRef |
25. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020:4. | CrossRef |
26. Garneau AB, Pepin J. [Cultural Safety: A Concept Analysis]. *En: Recherche en soins infirmiers*. 2012;111(4):22-35. | CrossRef |
27. Kurtz DLM, Janke R, Vinek J, Wells T, Hutchinson P, Froste A. Health Sciences cultural safety education in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: a literature review. *Int J Med Educ*. 2018 Oct 25;9:271-285. | CrossRef | PubMed |
28. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Colombia cuenta actualmente con 5.845 UCI. Bogotá; 2020. [On line]. | Link |
29. Llisterri Caro JL. La maldita pandemia: una oportunidad para la Atención Primaria de Salud [The damn pandemic: An opportunity for Primary Health Care]. *Semergen*. 2020 Apr;46(3):149-150. | CrossRef | PubMed |
30. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Expansión hospitalaria, una estrategia para atención de la covid-19. Bogotá; 2020. [On line]. | Link |
31. Hollander JE, Carr BG. Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19. *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):1679-1681. | CrossRef | PubMed |
32. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med*. 2020 May 14;382(20):1873-1875. | CrossRef | PubMed |
33. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan de Acción para la Prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). Bogotá; 2020. [On line]. | Link |
34. Organización Mundial de la Salud. Atención en el domicilio a pacientes con COVID-19 que presentan síntomas leves, y gestión de sus contactos. Ginebra: OMS; 2020. [On line]. | Link |
35. Organización Panamericana de la Salud. Teleconsulta durante una pandemia. Washington DC: OPS; 2020. [On line]. | Link |
36. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Telesalud y telemedicina en la prestación de servicios de salud a personas con infección por COVID-19. Bogotá; 2020. [On line]. | Link |
37. Hernández-Rincón EH, Muñoz-Abril YC, Avella-Pérez LP. Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2019;35(3):1-16. [On line]. | Link |
38. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020 Aug 6;383(6):510-512. | CrossRef | PubMed |
39. Shuja KH, Aqeel M, Jaffar A, Ahmed A. COVID-19 Pandemic and Impending Global Mental Health Implications. *Psychiatr Danub*. 2020 Spring;32(1):32-35. | CrossRef | PubMed |
40. Organización Mundial de la Salud, Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Guía de Intervención mhGAP. Ginebra: OMS; 2010. [On line]. | Link |
41. Xiang YT, Zhao YJ, Liu ZH, Li XH, Zhao N, Cheung T, et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *Int J Biol Sci*. 2020 Mar 15;16(10):1741-1744. | CrossRef | PubMed |
42. Gobierno Nacional de Colombia. Líneas de atención para Orientación y Salud Mental. Bogotá; 2020. [On line]. | Link |
43. Gates B. Responding to Covid-19 - A Once-in-a-Century Pandemic? *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):1677-1679. | CrossRef | PubMed |
44. Palacios Cruz M, Santos E, Velázquez Cervantes MA, León Juárez M. COVID-19, a worldwide public health emergency. *Rev Clin Esp*. 2020 Mar 20;221(1):55-61. | CrossRef | PubMed |
45. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de salud para todos en el año 2000: Plan de acción para aplicar la estrategia. Ginebra: OMS; 1982. [On line]. | Link |
46. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OPS; 2007. [On line]. | Link |
47. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria en salud: Más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008. [On line]. | Link |
48. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Ley 1164 de 2007. Bogotá; 2007. [On line]. | Link |
49. Secretaría General del Senado de Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá; 1993. [On line]. | Link |
50. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 429 de 2016. Bogotá; 2016. [On line]. | Link |
51. Bobbio N. ¿Gobierno de los hombres o gobierno de las leyes? *En: El futuro de la democracia*. México: Plaza Janés Editores; 1985.
52. Delgado-Echeverría J. Las normas derogadas: vigencia, validez, aplicabilidad. *Derecho Privado y Constitución*. 2003;17:197-252.

53. Vilhena-Vieira O. A desigualdade e a subversão do Estado de Direito. *Sur, Revista Internacional de Direitos Humanos*. 2007;4(6):28-51. | CrossRef |
54. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución N° 749 de 2020. Bogotá; 2020. [On line]. | Link |
55. Pham QV, Nguyen DC, Huynh-The T, Hwang WJ, Pathirana PN. Artificial Intelligence (AI) and Big Data for Coronavirus (COVID-19) Pandemic: A Survey on the State-of-the-Arts. *IEEE Access*. 2020;8:130820-130839. | CrossRef |
56. Garcia PJ, Alarcón A, Bayer A, Buss P, Guerra G, Ribeiro H, et al. COVID-19 Response in Latin America. *Am J Trop Med Hyg*. 2020 Nov;103(5):1765-1772. | CrossRef | PubMed |
57. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramírez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, et al. ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab. educ. saúde*. 2021;19:1981-7746. | CrossRef |
58. Smith JA, Judd J. COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. *Health Promot J Austr*. 2020 Apr;31(2):158-160. | CrossRef | PubMed |
59. Wang Z, Tang K. Combating COVID-19: health equity matters. *Nat Med*. 2020 Apr;26(4):458. | CrossRef | PubMed |
60. Palacio-Lapuente J. Covid-19 y Atención Primaria. Las oleadas que vienen: Altas hospitalarias, pacientes críticos sin tratamiento hospitalario y atención demorada que pasa a ser indemorable o urgente. Madrid: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2020. [On line]. | Link |

Correspondencia a

Campus Universitario Puente del Común
Km 7 de la Autopista Norte de Chía
Chía, Cundinamarca, Colombia



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.