

Un día en la consulta de Medicina de Familia entre las olas de la pandemia

Gisela Galindo Ortego^a, Amaia Cabases Ordóñez^b, Ignacio Párraga Martínez^c, Remedios Martín Álvarez^d, Ana Arroyo de la Rosa^e y Laura Carbajo Martín^f

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vicepresidenta segunda de la Junta Permanente de la semFYC. CAP Primer de Maig. Lleida (España).

^b Residente de 4.º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Primer de Maig. Lleida (España).

^c Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vocal de Investigación de la Junta Permanente de la semFYC. Centro de Salud Zona VIII Albacete (España).

^d Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Secretaria de la Junta Permanente de la semFYC. CAP Vallcarca-Sant Gervasi. Barcelona (España).

^e Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Vicepresidenta tercera de la Junta Permanente de la semFYC. Servicio Extremeño de Salud (SES). Mérida. Badajoz (España).

^f Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tesorera de la Junta Permanente de la semFYC. Servicio de Urgencias del Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva. Servicio de Coordinación de Sistemas de Información del Servicio Andaluz de Salud. Grupo de Innovación Tecnológica y Sistemas de Información de la semFYC.

Autora para correspondencia

Gisela Galindo Ortego

Correo electrónico

ggalindoo@semfyc.es

RESUMEN

Los cambios organizativos que se hicieron durante la pandemia se vivieron como una oportunidad de desarrollar prácticas de valor y resolutivas, priorizar intervenciones que han demostrado eficacia y dejar de hacer lo que no deberíamos hacer. Después de varias olas, la Atención Primaria (AP) ha aumentado considerablemente el número de visitas, principalmente por motivos no clínicos (casi un 60%) y, entre estos, consultas de bajo valor, banales o poco oportunas. Destacan la repetición de derivaciones por anulaciones y rechazo de visitas desde el segundo nivel asistencial, la petición de informes y certificados por múltiples motivos no médicos, las incapacidades temporales (IT) por contactos con positivos de COVID y las consultas relacionadas con la vacunación COVID. Parte de la población ha vivido los cambios como una falta de accesibilidad, lo que ha aumentado la agresividad hacia el personal sanitario. Los médicos y médicas de familia manifiestan impotencia, pérdida de la ilusión, falta de tiempo, desbordamiento, hartazgo, sensación de que no se hace medicina y de que «no hay salida». La AP está al borde del colapso por un trabajo cada vez menos clínico que hace que se deje de atender a los verdaderos enfermos. Y no parece haber una voluntad política de incrementar el presupuesto para una AP que la Organización Mundial para la Salud (OMS) recomendó reforzar para hacer frente a la pandemia, y que ha demostrado que puede alcanzar mejores resultados en términos de salud, equidad y eficiencia y ser garante de la sostenibilidad económica y social del sistema sanitario.

A DAY AT THE FAMILY PHYSICIAN'S SURGERY BETWEEN THE WAVES OF THE PANDEMIC

ABSTRACT

Organisational changes made during the COVID-19 pandemic were seen as an opportunity to develop valuable and resolute tasks, to prioritise interventions that have proven effective and to stop doing what we should never do. After several waves, visits to Primary Care providers have increased significantly, mainly for non-clinical reasons (almost 60%), and among these, consultations with little value, which are banal or poorly justified. The repetition of referral requests due to cancellations and the rejection of appointments from second level care, the demand for medical reports and certificates for multiple non-medical issues, temporary work disability due to COVID-19 close contacts and queries related to the COVID-19 vaccination are common. These changes have often been seen as a lack of accessibility, increasing aggressive attitudes towards health workers. Family doctors reveal powerlessness, deception, a lack of time, overflow, the feeling of not working as a doctor and that there is no way out. Primary Care is near to collapse due to these non-clinical tasks that do not leave time for patients who are truly ill. Politicians have not shown a will to increase the budget for Primary Care, which the WHO advised be strengthened in order to deal with the pandemic. It has shown to achieve better results in terms of health equity and efficiency, and must be the guarantee of the economic and social health system sustainability.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

Al inicio de la pandemia por la COVID-19, los centros de AP se vieron obligados a hacer cambios en su organización para poder seguir proporcionando una adecuada atención a las personas. Debido al riesgo de contagio, se incorporaron cambios organizativos que limitaron el acceso a los centros, fomentando la atención no presencial, lo que dio lugar a un crecimiento notable de las consultas telefónicas y a la aparición de las consultas virtuales.

Las teleconsultas, en esos momentos, parecían la forma más segura de dar respuesta a las demandas y necesidades de la ciudadanía¹, actuando a la vez como mecanismo de priorización de la asistencia en pro de la eficiencia. Este triaje iba a permitir adecuar el tiempo de atención, evitar desplazamientos innecesarios, atender consultas de seguimiento o administrativas que no precisaran de presencialidad y redirigir las consultas al profesional del centro más indicado para resolverlas de la forma más eficiente, siguiendo el principio de subsidiaridad.

Los cambios organizativos que llegaron con la pandemia consiguieron mantener la continuidad asistencial² y desarrollar prácticas clínicas de valor y resolutivas, que ofrecían ventajas de cara al futuro de la práctica clínica en AP. Se iba a tener que hacer más con menos, una oportunidad para abordar el desafío de «demasiada medicina», priorizando las intervenciones que han demostrado eficacia y beneficios concretos para la ciudadanía, ayudando a mejorar tanto la sostenibilidad como la equidad en la atención médica³ y dejando de hacer de una vez lo que no deberíamos haber hecho nunca para poder hacer lo que ha demostrado obtener resultados^{4,5}.

Así pues, la AP se reinventó para seguir siendo accesible a la población y, mientras las noticias en los medios repetían que los centros estaban cerrados, se producía un considerable crecimiento en el número de consultas en todo el país. Según datos del portal del Ministerio de Sanidad⁶, en 2020, en AP se realizaron unas 15.255.000 consultas más que en 2019. Los médicos y médicas de familia (MdF) llevaron a cabo unos 14 millones (M) de visitas más (203.728.929 en 2019 y 218.357.311 en 2020); es decir, un incremento del 7,2%. Aunque aún no disponemos de datos a nivel nacional, contamos con los de algunas comunidades autónomas como Andalucía y Cataluña, que muestran crecimientos en la demanda de más del 30% en 2021 respecto a 2019. Según el sistema informático de AP del Institut Català de la Salut (ICS) (Sistemes d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària [SISAP]), se realizaron 32,3 M de visitas desde enero a agosto de 2021, representando un aumento del 32,94% (casi 8 M de visitas) del total de visitas respecto al mismo período de 2019. En este período disminuyeron un 26,4% (5 M) las visitas presenciales y aumentaron un 424,76% (9,8 M) las visitas telefónicas y un 208,5% (1,36 M) las e-consultas (SISAP). En Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud ha notificado un incremento del 36% de las citas durante el primer semestre del año 2021 respecto a 2019 (47.014.086 citas en 2021 y 34.367.691 en 2019)^{7,8}.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DESPUÉS DE LA TERCERA OLA. BUSCANDO DATOS SOBRE LAS PERCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES RESPECTO AL CAMBIO EN EL TIPO DE ASISTENCIA

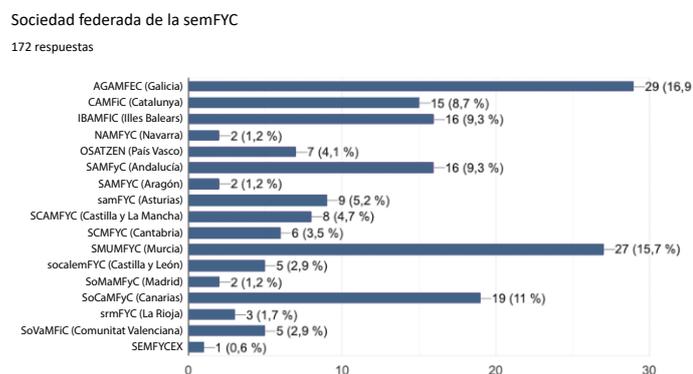
Más de 1 año después del inicio de la pandemia, finales de mayo o principios de junio de 2021, finalizando la tercera ola, en los medios se continuaba con un discurso que estaba muy lejos de la realidad. Se seguía diciendo que había centros cerrados^{9,10} y una parte de la sociedad se manifestaba molesta y convencida de que en AP no se visitaba. Sin embargo, en los centros de salud percibíamos un importante incremento en el número de consultas —sensación que parecen confirmar los datos de Cataluña y de Andalucía—, especialmente de las consultas por motivos no clínicos y, entre estas, existía un porcentaje considerable de poco valor o de menor relevancia. Al mismo tiempo, teníamos la percepción de atender consultas de todo tipo, incluyendo un alto porcentaje de pacientes más complejos, con numerosos motivos de consulta por visita y que necesitaban más tiempo de atención.

Como ha ocurrido a lo largo de toda la pandemia, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), como sociedad científica que defiende desde su fundación la Medicina Familiar, ha estado atenta y sus miembros han permanecido en la primera línea asistencial. Por estos motivos, decidimos llevar a cabo un estudio para conocer el número y tipo de visitas, y los motivos de consulta que se atendían durante un día del mes de junio de 2021, así como para identificar ejemplos de visitas de poco valor y recoger comentarios de los encuestados.

Se elaboró un cuestionario *ad hoc* que fue cumplimentado por los miembros de la junta directiva y miembros de los grupos de trabajo de la semFYC. Se trata de una encuesta elaborada para conocer la aproximación a un problema con una metodología que no asegura una representación proporcional. El cuestionario se distribuyó por vía telemática y se respondió durante 1 día del mes de junio de 2021; por tanto, después de la tercera ola de la pandemia. Las preguntas de la encuesta se recogen en la **tabla 1**. Respecto a los términos utilizados:

- Se definió como *motivos organizativos* a aquellos que llegan a la consulta de MdF y que puede resolver otro miembro del equipo de forma más coste-efectiva (por ejemplo, curas, vacunas, solicitud de programación de exploraciones de segundo nivel, solicitud de citas para otros profesionales del centro, etc.).
- Se definió como *pérdida de continuidad asistencial* a aquellos motivos que son consecuencia de la pérdida de seguimiento de consultas externas. Por ejemplo, recetas al alta o de consultas externas que no se realizaron y generan visitas redundantes en AP y/o repetición de volantes, ambulancias, exploraciones complementarias, etc., por visitas anuladas.
- Se definió como *visita de poco valor* a aquella que puede ser resuelta de forma más eficiente por otros miembros del equipo de salud o incluso fuera del sistema sanitario (certificados de vacunación, burocracia no sanitaria, consultas sobre el pasaporte COVID, etc.).

Figura 1. Respuestas en función de la sociedad federada de la semFYC



DATOS DE LA ASISTENCIA PRESTADA EN ATENCIÓN PRIMARIA DESPUÉS DE LA TERCERA OLA Y SU INTERPRETACIÓN

Se obtuvieron 172 respuestas de miembros de las 17 sociedades federadas (figura 1). El número medio de visitas al día que se estaban atendiendo, en la fase valle después de la tercera ola, fue de 43 (rango de 24 a 65), con una gran variabilidad entre encuestados dentro de una misma comunidad autónoma (tabla 2). Comprobamos que el 57% de MdF atendía más de 30 visitas al día, el 30% más de 40 y el 13,4% más de 50.

Respecto al triaje, se realizaba algún tipo de triaje en el 59,6% de los centros. Se llevaba a cabo en el 29,5% por el personal administrativo; en el 13%, por enfermería, y en el 17,1%, por ambos. El triaje por enfermería, por tanto, existía en un 30,1% de los centros.

Comparando el número total de visitas entre los centros que tenían o no triaje, la media de visitas fue significativamente inferior en los primeros (41,3 frente a 44,5; p = 0,002). Como era previsible, el triaje es una buena herramienta para redirigir las consultas y solucionarlas de la forma más eficiente para el sistema. La gestión de la demanda por enfermería ha demostrado en estudios previos disminuir el número de visitas médicas¹¹.

Manifestaron disponer de rastreadores o gestores COVID menos de la mitad (49,1%).

En cuanto al tipo de visitas atendidas, las consultas telefónicas representaron casi el 50% de las demandas; las visitas presenciales, el 35%, y el resto fueron visitas online.

Por otra parte, se atendió una media de 2,72 (DE:1,07) motivos por cada consulta. Los problemas clínicos representaron el 41,6% de los motivos de demanda, mientras que el 58,4% no fueron motivos clínicos. De estos, los burocráticos representan prácticamente la mitad (29%); los organizativos, el 16,6%, y los causados por pérdida de continuidad asistencial, el 13,4%. Por tanto, hemos comprobado que, en medio de la pandemia, concretamente en la fase valle después de la tercera ola, la carga asistencial en AP permanece elevada. Esta sobrecarga se produce, principalmente, a expensas de consultas no clínicas, pues más de la mitad de las demandas o son burocráticas o podrían resolverse en otros niveles.

Tabla 1. Preguntas incluidas en el cuestionario

1. Sociedad Federada de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) a la que perteneces:
2. Centro de Atención Primaria: – Urbano – Rural – Semiurbano
3. En tu centro, ¿existe triaje para acceder a tu consulta? – Sí – No – NS/NC
4. En caso de que exista el triaje, ¿quién lo realiza? – El personal de enfermería – El personal administrativo – Ambos – No existe triaje en mi centro de salud
5. ¿Cuentas con la ayuda de gestores COVID? – Sí, en mi centro de salud (CS) – Sí, fuera de mi CS – No – NS/NC
6. Número de visitas en el día:
7. De los diferentes tipos de visita, ¿cuántas tienes para atender las diferentes demandas? – Presenciales: – Telefónicas: – Virtuales: – Otras:
8. Respecto a los motivos de consulta atendidos en el día (nos referimos a todos los motivos de consulta de todas las personas atendidas en el día), señala: – Número total de motivos de consulta: – Motivos de consulta promedio por visita:
9. Tipos de motivos de consulta en número: – Clínicos: – Burocráticos: – Organizativos (motivos que tendrían que ser resueltos en el mostrador o por enfermería y que llegan a la consulta, como por ejemplo preguntas sobre el funcionamiento, programación de analíticas o exploraciones solicitadas a otro nivel asistencial, curas, vacunas establecidas en el calendario vacunal, etc.): – Pérdida de continuidad asistencial (visitas de otros especialistas perdidas o anuladas por la pandemia, recetas prescritas por otros especialistas que no hacen la receta, petición de analíticas, exploraciones o recetas de la privada, etc.):
10. Número de interrupciones:
11. ¿Podrías explicar algún motivo o motivos de consulta que te hayan llamado la atención por la banalidad, poco valor, por ser inoportunos, etc.? Descríbelos a continuación:
12. Comentarios o sugerencias que quieras aportar:

M(DS): media (desviación estándar).

La burocracia es uno de los factores que más malestar produce en los profesionales sanitarios. Es una realidad que compartimos con profesionales de otros países y con modelos sanitarios diferentes, además, de uno de los factores principales del burnout profesional¹⁵⁻¹⁷. Es difícil cuantificar con exactitud la carga de trabajo que supone esta burocracia. Diferentes estimaciones realizadas hace

Tabla 2. Distribución de los tipos de consultas en función de la comunidad autónoma

FEDERADA	VISITAS Media (rango)	PRESENCIALES Media (rango)	TELEFÓNICAS Media (rango)	VIRTUALES Media (rango)	NO PRESENCIALES Media (rango)
AGAMFIC N = 25	41,5 (25-65)	15 (6-20)	15,5 (10-25)	1-20 (76% No)	13 (2-40)
CAMFIC N = 15	40 (28-50)	10 (8-15)	15,5 (5-25)	7,75 (4-15)	6,7 (4-10)
IBAMFIC N = 16	37,6 (25-50)	17 (8-35)	15 (7-25)	68,75% NO	5,8 (0-18)
NAMFYC N = 2	42,5 (40-45)	21,5 (13-30)	17,5 (10-25)	1 (0-2)	9 (5-13)
OSATZEN N = 7	38 (29-46)	12 (8-15)	20,4 (13-28)	0 (100% No)	6 (5-13)
SAMFYC (Andalucía) N = 16	45,3 (28-60)	11,75 (5-20)	30 (20-40)	2,25 (0-10) 56% No	4,5 (0-16)
SAMFYC (Aragón) N = 2	52 (44-60)	13,5 (7-20)	20,5 (11-30)	5 (0-10) 50% No	13,5 (7-20)
samFYC (Asturias) N = 9	48 (40-60)	15,6 (8-25)	20,7 (12-33)	2,2 (0-6) 44% No	11 (5-20)
SCAMFYC N = 8	51 (33-65)	12,5 (5-30)	25 (6-40)	2,6 (0-10) 62,5% No	11,75 (8-16)
SCMFYC N = 6	43 (26-55)	14 (7-30)	20,6 (9-29)	(0-33) 83% No	7,8 (3-15)
SMUMFYC N = 27	43,8 (24-54)	22 (12-45)	14,8 (4-39)	2,5 (0-10) 15% NO	7 (0-30)
socalemFYC N = 5	48 (40-59)	14,2 (10-19)	25 (15-39)	3 (0-10) 40% NO	19 (7-40)
SoCaMFYC N = 2	40,5 (38-43)	24 (18-30)	14,5 (14-15)	1,5 (0-3)	7 (4-10)
SoMaMFYC N = 19	43,7 (30-55)	12 (2-23)	27,6 (20-57)	3,6 (0-24) 73,6% NO	9,7 (0-50)
srmFYC N = 3	43,7 (40-45)	11,6 (10-15)	28,3 (23-35)	0, 100% NO	7,6 (3-15)
SVMFIC N = 5	32,8 (24-65)	13,4 (9-18)	15,6 (9-30)	4,4 (0-10)	9,8 (0-20)
SEMFYCEX N = 1	45	16	20	1	9
TOTAL M(DS)	42,9 (9,39)	15,1 (6,8)	20,9 (9,23)	2,7 (4,57)	8,8 (7,99)

años la sitúan en alrededor del 30%¹⁵⁻¹⁶. La semFYC es muy consciente de la relevancia de este tema y desde 1998 ha publicado varios documentos de desburocratización de las consultas; el último apareció en 2008¹⁷⁻¹⁸. Lamentablemente, excepto la informatización, pocas cosas se han hecho desde entonces para desburocratizar la AP. Para poder practicar medicina, la burocracia debería reducirse a lo estrictamente necesario y deshacernos de «tonterías» (*stupid stuff*) para poder centrarnos en la clínica y la prevención, lo que aumentaría la satisfacción del conjunto de MdF con su trabajo¹⁹⁻²⁰.

La media de casi tres motivos de consulta por parte del paciente cuando acude al MdF pone de relieve que el tiempo disponible (incluso si fuera de 8-10 minutos por paciente) es claramente insuficiente para valorar al paciente, revisar la historia clínica y actualizar tanto las actividades preventivas y de control de patologías crónicas que quedaron pendientes durante la pandemia como aquellas que pudieron perderse en el segundo nivel asistencial.

Por último, los encuestados referían una media de 9,05 (DE: 7,7) interrupciones durante la consulta. Probablemente, esto puede explicarse en parte por un defecto en la asimilación y correcta

implantación de los cambios organizativos, que estaban más dirigidos a resolver situaciones urgentes en un momento puntual de sobrecarga del sistema sanitario.

OPINIONES, COMENTARIOS Y PROPUESTAS DE MEJORA MANIFESTADAS POR LOS PROFESIONALES

Los motivos de consulta de poco valor identificados por los encuestados se han agrupado en cinco tipos (tabla 3). Podemos observar que, entre los ejemplos de motivos de consulta relacionados con la actividad de bajo valor, banales o poco oportunos, los más numerosos son los relacionados con la organización externa, principalmente los derivados de la anulación de citas y exploraciones hospitalarias, ambulancias, recetas y rechazo de visitas. Otros a resaltar son la petición de informes y certificados por múltiples motivos no médicos, las IT a personas sanas que eran contacto con pacientes infectados por el virus SARS-CoV-2, la repetición de IT por cambios de datos administrativos, etc., y hay que destacar los relacionados con la vacunación COVID, que no dependía ni se podía controlar desde AP y que generó innumerables consultas.

Tabla 3. Ejemplos de motivos de consulta de poco valor

<p>Relacionados con la vacunación COVID (que no depende de AP)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Opinión sobre la vacuna que le toca - Piden cambiar por otra vacuna - Cambios de criterios de distribución oficiales que generan dudas - No les llaman y son de riesgo - Solicitan cambiar citas de los centros de vacunación externos a AP - Problemas con citaciones online - Solicitan informes para elegir vacuna - Solicitan certificado de vacunación - Solicitan vacunación para irse de vacaciones - Cualquier síntoma posvacuna - Otros
<p>Relacionados con la organización interna</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Telefónicas o e-consultas pidiendo citas con enfermería, matrona, odontólogo, vacunas (no COVID) - Informar de fechas de cita con otros especialistas o programar analíticas, ECG del 2 nivel - Visitas que resuelve otro profesional del centro (tapones de cera, curas, cambios de vendaje, control de la tensión arterial) - Personas que tienen citas telefónicas, citas presenciales y telemáticas repetidas con medicina y enfermería - Partes de confirmación, informes y recetas citadas como urgencias - Para cambiar datos administrativos: teléfonos, empresa en la IT - Receta electrónica que aún está activa
<p>Relacionados con otros estamentos (organización externa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas hospitalarias que se han perdido por la pandemia y no se reprograman - Visitas hospitalarias a las que no se acudió - Suspensión o modificación de citas hospitalarias y no llega citación («Vaya a su médico de familia para que lo derive otra vez») - Programación de analíticas y ECG hospitalarios - Recetas de pacientes crónicos en seguimiento hospitalario no se renuevan en las visitas - Demoras en visitas y exploraciones complementarias («Me dijeron que viniera al médico de cabecera a programar esto») - Visitas para solicitar analítica, ECG, etc., necesarias para la segunda visita de otro especialista que no dejó solicitadas - Visita urgente el día del alta hospitalaria para hacer la prescripción de la medicación - Peticiones de ambulancia para citas sucesivas en el mismo servicio - Informes por no asistencia a clases o exámenes incluso estando de IT por COVID - Accidentes laborales - Exploraciones, analíticas y recetas de la privada (o el curandero...) - Bajas a personas sanas que han sido contactos de positivos - Cambiar la empresa de la IT - La empresa pide justificantes del médico de familia de visitas al pediatra o a la privada - Dudas sobre qué hacer con paso a invalidez por qué INSS no contesta - Entregar resultados de exploraciones solicitadas por hospital sin tener una vía directa con el especialista que lo ha solicitado - «El especialista X que me mande al especialista Y» - Rechazo de visitas no presenciales por otros especialistas en casos que no podemos resolver (sin acceso a contacto directo para comentar) - Consultas derivadas de accidentes de tráfico, actividad escolar y deportiva federada - Certificados varios para oposiciones, bolsas de trabajo, etc. - Informes para el carné de conducir
<p>Relacionados con situación personal/ social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Soledad: llaman para hablar con alguien - Educacional: cómo hacer tarjeta de minusvalía o preguntas sobre la declaración de la renta - Hiperfrecuentación: numerosas citas (telefónicas o telemáticas con enfermería y medicina familiar) y no recuerdan por qué han llamado o ya están bien o pasaron síntomas leves y consultan para saber qué pudo ser - Meticulosos: tener que volver a llamar porque la consulta telefónica era al día siguiente - Solicitar exploraciones complementarias o interconsultas con dermatología, etc., y negarse a valoración presencial - Consulta telemática: como un chat o para escribir «un libro» - Acuden a explicar la visita con otro especialista o a expresar su descontento
<p>Otros</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informes para no llevar la mascarilla - Traer los papeles de especialista: prescripción de audioprótesis, plantillas... - Familiar que no acompaña a ancianos a la visita hospitalaria y pide visita para resolver dudas sobre la visita que ha tenido el paciente anciano - Para preguntar si puede ir el hijo a visitarlo desde otra comunidad autónoma - Para preguntar si se puede ir de viaje a otro país, a otra CCAA... - Cómo hacer tarjeta de minusvalía - Preguntas sobre la declaración de la renta, sobre la renovación de DNI, etc. - Informe médico para que le retiren una multa - Consultas derivadas de accidentes de tráfico, actividad escolar y deportiva federada - Pedir traducción de analítica al inglés - Paciente con trasplante reciente que vive solo con un gato. El cirujano le insiste en que no puede tener el gato. Al negarse lo manda a su médico de familia para que resuelva el problema - Informe para llevar su propia silla a la piscina (no de ruedas) - Proporcionar a alguna persona para cuidar a un enfermo - Receta de un antibiótico, diurético... para el perro

AP: Atención Primaria; ECG: electrocardiograma; INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social; IT: incapacidad temporal.

Tabla 4. Comentarios y sugerencias de los facultativos participantes

<p>1. Desánimo, agotamiento, pérdida de la ilusión</p>	<ul style="list-style-type: none"> - «Esto hay que dinamitarlo» - «No veo salida» - «Ojalá tuviera un tutor de verdad y ojalá hiciera de médico un poco más a menudo» - «O hacemos algo o la AP va a mal puerto» - «Cada vez está peor» - «Estamos desbordados» - «Quiero volver a realizar labores de médico, pero no con 50 pacientes diarios. Quiero trabajar con dignidad y quiero recuperar la ilusión en mi trabajo» - «Esta situación es imposible. Si se mantiene más en el tiempo, se acabará deteriorando la Atención Primaria y desvirtuando mucho su función» - «Estamos a punto del colapso» - «Las demandas y sus motivos nos han convertido en un producto de consumo» - «Hace un tiempo que ya se hacía poca Medicina Familiar, pero en la actualidad creo que es casi nula. A veces somos simples derivadores o solicitantes de pruebas sin más...» - «Los médicos de Atención Primaria nos sentimos agotados, y las gerencias no toman medidas al respecto, solo se alega la falta de facultativos. Pero la realidad es que la organización es nefasta y que no tenemos capacidad de "filtrar la demanda"» - «Mientras no se pueda decir que no a nada, esto no tiene solución» - «No tengo teléfono en el ordenador, ni videollamadas, estamos tercermundistas» - «Estoy muy harta» - «Estamos desbordados y muy cansados» - «Creo que la ausencia de organización y la mala gestión ha destrozado a la Medicina Familiar y a sus profesionales» - «Tenemos que replantear la Atención Primaria» - «La sanidad pública peligra. Al menos su sostenibilidad» - «Necesitamos una reestructuración completa de la organización asistencial: redefinir cartera de servicios, redefinir roles de los profesionales, elaborar la relación interniveles, optimizar la burocracia, organización, circuitos administrativos y soporte informático» - «Muchos profesionales estamos cansad@s, y hablando con compañer@s de otras zonas hay un sentimiento de desánimo generalizado en la especialidad. Se han acumulado muchos motivos: la pandemia, el desprestigio de la especialidad, las políticas, el tipo de contrato que se ofrece para trabajar y el maltrato asociado... Es triste porque la vocación y la ilusión por nuestro trabajo siempre nos ha caracterizado, al fin y al cabo, somos los médicos de familia (los médicos de corazón), y parece que la Atención Primaria la están destrozando y no son conscientes de ello» - «Tenemos una pirámide asistencial invertida en la que el profesional más preparado, que es el médico, hace todas las tareas inimaginables, y la mayoría no son de su competencia» - «Así no podemos seguir» - «Con la pandemia ha aumentado la sobrecarga asistencial; no podemos hacer otras tareas (investigación, preparar sesiones clínicas, etc.)» - «Habría que plantearse plantarse»
<p>2. Falta de tiempo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - «No podemos atender a 45-50 pacientes. Con 30 al día sería suficiente. Tenemos que formarnos (y no fuera del horario del trabajo), revisar historias, revisar informes... y estudiar...» - «Agendas con citas de 8.00 a 14.50, escaso tiempo para cada actividad, no se cubren ausencias de compañeros, con lo que la demora se alarga en el tiempo y es imposible recuperar tiempo para trabajar en condiciones adecuadas» - «Cada paciente necesita su tiempo... La consulta debe tener techo, no puedes tener 30 citados y acabar con 45» - «Quiero volver a realizar labores de médico, pero no con 50 pacientes diarios» - «No se hacen actividades preventivas. No podemos hacer otras tareas (investigación, preparar sesiones clínicas...)»
<p>3. Medicalización de la vida y accesibilidad/salud como producto de consumo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - «Todo desemboca como un embudo en el médico de cabecera. Todo el mundo remite al médico de cabecera, sea cual sea el problema. Es más fácil acceder a nosotros que a cualquier otro profesional o institución» - «Tenemos que coordinar todo lo que queda en el aire, COVID, certificados COVID, vacunas...; todo lo que no hacen los demás, y nos obligan a improvisar» - «No todo es un problema médico ni hay que medicalizar todos los aspectos de la vida» - «Las demandas y sus motivos nos han convertido en un producto de consumo. Se medicalizan autocuidados básicos (hay resistencia a asumir decisiones), cuidados de menores y mayores (por ejemplo, la toma de la temperatura, dar analgésico-antitérmico si precisa, dieta adecuada para una diarrea...) y conflictos personales, interpersonales y laborales» - «No podemos seguir permitiendo que se confunda inmediatez con accesibilidad» - «Medicodependencia» - «Al médico de familia no se le tolera que se demore» - «Para lo que no se resuelve, no se sabe, es reiterativo o molesta, existe la frase: "A su médico de cabecera"» - «Educación sanitaria y uso del sistema sanitario» - «Uso responsable de los servicios sanitarios»
<p>4. Organización</p>	<ul style="list-style-type: none"> - «Burocracia: necesitamos personal que atienda la burocracia» - «Triaje. Formación del administrativo sanitario que pueda asumir tareas de asistente clínico» - «Instaurar demanda de enfermería» - «Hay que aprovechar lo bueno de los sistemas instaurados como llamadas telefónicas y e-consultas: evitan desplazamientos y permiten discriminar consultas presenciales de valor. NEGATIVO: aumentan consultas de escaso valor y duplican las consultas cuando hay que visitar presencialmente (autotriaje) y aumenta la demora. Múltiples llamadas porque no contestan» - «Muy positiva la receta electrónica que no hay que recoger/imprimir» - «Cita web debería ser con el centro, no con un profesional, y que se redirija desde administración al personal adecuado para resolverla» - «No disponemos de herramientas para sacar listados de pacientes (existe la herramienta, pero no acceso), y mucho menos para priorizar a aquellos con una determinada situación clínica» - «Autonomía de gestión: demostrada la capacidad de organización de los equipos durante la pandemia»
<p>5. Contratos estables y ajuste de plantillas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contratar a otros profesionales para Atención Primaria (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, podólogos...)
<p>6. Relación con el segundo nivel asistencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demoras: «No disponemos de acceso a las listas de espera por servicio (no normal ni preferente), el paciente, con esa incertidumbre, es atendido por dicho motivo de consulta varias veces antes de ser abordado en el hospital» - Las anulaciones en otros niveles han multiplicado el trabajo burocrático - Relación de secretarios de otros especialistas (recetas, que me mande a...), falta de respeto - Bloqueo de acceso a nivel 2 con teleconsultas o consultas no presenciales: no procede.
<p>7. Dificultad de acceso a los más vulnerables</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El consultorio ha estado cerrado un año y la población desplazada al centro de cabecera, los más vulnerables han tenido menos acceso, por lo que están descompensados y no han podido ser atendidos - La falta de acceso a las TIC acentúa la desigualdad social. La población anciana, con escasos recursos económicos, etc., es la más afectada
<p>8. Aumento de reclamaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> - «Las reclamaciones en lo que llevamos de semestre ¡son el equivalente a las de 3 años juntos fuera de pandemia!» - «Tenemos un problema de confianza con los pacientes. Nos ponen cada vez más en duda, con las vacunas de COVID ha sido tremendo» - «Percibo mayor agresividad, falta de respeto y de educación»

TIC: tecnologías de información y comunicación.

El último campo del cuestionario se dejó para comentarios y sugerencias por parte de los participantes. En él los encuestados han hecho comentarios y propuestas de mejora. En la **tabla 4** mostramos los comentarios agrupados en ocho campos. Diferentes estudios han concluido que la salud mental de los profesionales sanitarios de primera línea se ha visto afectada durante la pandemia, manifestándose por niveles variables de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y *burnout*²¹⁻²³. En este sentido, se dirigen los comentarios más numerosos y descorazonadores de los encuestados, los relacionados con la sensación de agotamiento físico y emocional: la impotencia al no poder atender a las personas ni resolver sus demandas, la pérdida de la ilusión, la falta de tiempo, el desbordamiento, la imposibilidad de hacer formación, docencia e investigación, el hartazgo, la sensación de que no se hace medicina, de que «no hay salida»... y de que habrá que plantarse.

Otros comentarios a resaltar son la medicalización de la vida y la salud como producto de consumo, la falta de tolerancia a la demora en AP, la inestabilidad contractual, la falta de personal y la relación con el segundo nivel asistencial.

Entre los encuestados, hay una percepción de mayor agresividad y falta de respeto por parte de los pacientes y un aumento de las reclamaciones, que estaría en consonancia con algunos artículos en la prensa donde indican que las agresiones a los médicos en redes sociales durante la pandemia aumentaron un 200%²⁴ así como agresiones físicas y verbales que se han producido en todo el mundo y a todo el personal sanitario²⁵.

Por último, en la **tabla 5** se recogen las propuestas de mejora de los encuestados agrupadas en siete líneas de actuación. Se trata de una serie de propuestas que, sin que se pidiera de forma explícita, indicaron las personas encuestadas y que se centran en definir la cartera de servicios de profesionales y centro, reducir la burocracia, informar a los pacientes mediante campañas institucionales permanentes en la línea de las campañas del National Health Service (NHS) (la información podría disminuir la ansiedad de la población, facilitar la toma de decisiones y reducir la agresividad y exigencia con el personal sanitario), mejoras laborales (autogestión de los equipos, contratos estables, cobro de horas extras como horas extras...) y educación para la salud en la población como asignatura en las escuelas.

Las opiniones, propuestas y comentarios que figuran en las tablas ofrecen una visión global de la situación en cada uno de los territorios de nuestro país. No se nos escapa que existen diferencias entre los diversos entornos y que algunos aspectos pueden no ser generalizables a todas las áreas sanitarias. Además, se trata de una encuesta *ad hoc* respondida por un grupo de especialistas en Medicina Familiar con unas características concretas. Teniendo esto en cuenta, consideramos que estos comentarios ofrecen una visión real de la situación que viven la inmensa mayoría de MdF.

CONCLUSIONES

La AP ha dedicado una gran parte del tiempo de su actividad laboral al abordaje de la COVID-19, lo que ha impedido hacer otras actividades incluidas en su cartera de servicios. Los profesionales nos hemos visto obligados a dejar de hacer otras actividades para dedicarnos a combatir la pandemia desde la primera línea¹.

Tabla 5. Propuestas de mejora indicadas por los participantes

Definir la cartera de servicios de cada profesional y centro
Reducir la burocracia <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimizar la emisión de informes y documentos 2. Abolición de los certificados de salud para oposiciones 3. Gestión de la burocracia propia en cada nivel asistencial (ambulancias, renovación y sellado de recetas, peticiones de analíticas y exploraciones complementarias para cirugía o siguiente visita...) 4. Gestión inicial de la IT a otros niveles asistenciales (cirugías, ingresos, urgencias...) 5. Gestión administrativa de las citas de nivel 2 para cambios, anulaciones y reprogramación de no asistencias 6. Mejoras en la historia clínica compartida (los problemas de salud se trasladen de forma automática al informe, se crucen los datos administrativos públicos o se puedan modificar en el mostrador de las empresas que se encargan de las IT) 7. Que se implante la declaración jurada para ausencias puntuales al trabajo (hasta 3 días) sin necesidad de IT 8. Implantación de otras formas de acceso (telemática, colgar informes y fotos...) que no existen aún en algunas comunidades
Informar a los pacientes <ol style="list-style-type: none"> 1. Desde la cartelería de los centros 2. Información escrita o la que se envía por SMS 3. Campañas institucionales permanentes 4. Uso de grafías e imágenes bien diseñadas como se hace en otros sistemas de salud (por ejemplo, en el NHS inglés). Mucho por hacer en este sentido
Mejoras laborales <ol style="list-style-type: none"> 1. Contratos estables: longitudinalidad 2. Flexibilidad horaria para los profesionales 3. Opción de hacer horas extras que sean pagadas como horas extras y teletrabajo: prolongaciones de jornada para situaciones puntuales como la actual, vacaciones... 4. Autogestión de los equipos 5. Accesibilidad a exploraciones complementarias con demora razonable
Educación para la salud de la población <ol style="list-style-type: none"> 1. Asignatura de educación para la salud en las escuelas: estilos de vida, autocuidados, uso responsable del sistema sanitario... 2. Campañas poblacionales
Mejoras estructurales en los centros y renovación de materiales
Desarrollo de la atención comunitaria

IT: incapacidad temporal; NHS: National Health Service; SNS: Sistema Nacional de Salud.

Esto ha tenido un enorme impacto en las patologías atendidas, que se ha reflejado en un retardo diagnóstico de algunas enfermedades como, por ejemplo, la cardiopatía isquémica²⁶ y una disminución de la incidencia de nuevos diagnósticos, como la reducción de un 34% de los cánceres esperados²⁷. En un reciente estudio²⁸ se hicieron las variaciones en la incidencia anual en AP en Barcelona de los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV), enfermedades crónicas prevalentes, trastornos de salud mental y neoplasias en 2020, y se compararon con las de los años 2017-2019, observando una reducción global de nuevos diagnósticos de aproximadamente el 41%.

A pesar de la percepción de parte de la ciudadanía de que, durante la pandemia, no se les estaba atendiendo, la AP ha incrementado en mucho la actividad asistencial, especialmente en lo que llevamos de 2021 (más del 30%), según los datos que se van recibiendo de las comunidades autónomas. Nuestros resultados muestran el elevado número de consultas atendidas diariamente en una fase valle de la pandemia.

Es necesario cambiar la cultura del sistema, y la actividad burocrática tiene que resolverse en el nivel asistencial que se genere. Hasta ahora casi toda la burocracia ha recaído en el primer nivel asistencial, porque se han separado los trámites administrativos de los actos

clínicos. Los actos clínicos van indisolublemente unidos a los actos administrativos que acarrearán: no se puede hacer clínica en un sitio y el papeleo en el otro²⁹. No hay que olvidar que mientras atendemos este tipo de demandas (casi el 60%) dejamos de atender problemas de salud, de realizar actividades preventivas, nuevos diagnósticos y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.

Es preciso revisar las nuevas formas de atención y de acceso a nuestras consultas. Un informe del Fondo Monetario Internacional reconoce que las principales epidemias de este siglo han hecho aumentar la desigualdad y han perjudicado las perspectivas de empleo de quienes cuentan solo con una educación básica, mientras que casi no han tenido repercusiones sobre quienes tienen una instrucción superior³⁰. Así como la pandemia se ha cebado en los más pobres, los cambios organizacionales han dificultado el acceso a las personas más vulnerables, ancianas o que están solas por dificultades de acceso a medios de transporte y/o especialmente a las tecnologías de información y comunicación (TIC).

Al inicio de la primera ola, se apostó por cambios organizativos, convencidos de que iban a mejorar la seguridad, a filtrar y distribuir la atención, mejorando la eficiencia y dejando de hacer actividades que no aportan valor. Actualmente, vemos que hemos aumentado la burocracia y la atención a motivos no clínicos. Estamos colapsados por una epidemia de catarras de vías altas, a menudo sin fiebre, e incluso sin síntomas, definidos por alteraciones en una prueba de laboratorio. Estamos colapsados por el papeleo que conlleva, y dejamos de atender a los verdaderos enfermos. La AP tiene que reinventarse, y sobre todo tiene que dejar de hacer para poder hacer. Esto no será posible si no se hacen políticas sanitarias con orientación comunitaria, si los profesionales no trabajan con autonomía de gestión, si la medicina y la enfermería de familia no son atractivas para los estudiantes porque no las estudian en la universidad y si no se ofrecen recursos suficientes para desarrollarla. Sin una buena AP, la esperanza de vida va a descender, va a aumentar la desigualdad y se va a encarecer el sistema sanitario, haciéndose realmente insostenible. Ha llegado la hora de pasar a la acción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tranche Iparraguirre S, Martín Álvarez R, Párraga Martínez I, Grupo Colaborativo de la Junta Permanente y Directiva de la semFYC. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam.* [Internet.] 2021 [consulta: 1 de febrero de 2022];14(2). Disponible en: <https://revclinmedfam.com/articulo/el-reto-de-la-pandemia-de-la-covid-19-para-la-atencion-primaria/>
2. Bergman D, Bethell C, Gombojav N, Hassink S, Stange KC. Physical Distancing With Social Connectedness. *Ann Fam Med.* 2020;18(3):272-7.
3. Moynihan R, Johansson M, Maybee A, Lang E, Légaré F. Covid-19: an opportunity to reduce unnecessary healthcare. *BMJ.* [Internet.] 2020 [consultado: 23 de noviembre de 2021];370. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2752>
4. Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC.* 2005;12:579-81.
5. Herrera-Pérez D, Haslam A, Crain T, Gill J, Livingston C, Kaestner V, et al. A comprehensive review of randomized clinical trials in three medical journals reveals 396 medical reversals. *ELife.* [Internet.] 2019 [consulta: 1 de febrero de 2022];18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6559784/>
6. Ministerio de Sanidad. Portal estadístico. Sistema de Información de Atención Primaria. [Internet.] 2020 [consulta: 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://pestatistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/C/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/actividad/ordinaria>
7. Atención Primaria registra más de 47 millones de asistencias en la historia digital del paciente en 2021. Noticias del Servicio Andaluz de Salud. [Internet.] Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía; 14 de agosto de 2021 [consultado: 23 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/salud/163600/saludyfamilias/atencionprimaria/historiadigitaldelpaciente/balancesemestral/clicsalud/diraya/gobiernodeandalucia>

8. Pérez-Milena A, Barquero-Padilla R, Darwish-Mateos S, Leyva-Alarcón A. La actividad clínica de las médicas y médicos de familia en la tercera ola de la pandemia por COVID-19 en los centros de salud de Andalucía. *Rev Clin Med Fam.* 2021;14 (3):167-8.
9. Valdés I. Un plan para Atención Primaria plantea cerrar decenas de centros de salud en Madrid. *El País.* [Internet.] 2021. [Consulta: 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2021-05-25/un-plan-para-atencion-primaria-plantea-cerrar-decenas-de-centros-de-salud-en-madrid.html>
10. Baraza M, Pérez B. Plante ciudadano para exigir al Govern recuperar servicios en la atención primaria. *El Periódico.* [Internet.] 2021 [Consulta: 10 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20210630/catalunya-movilizaciones-inversion-atencion-primaria-reapertura-ambulatorios-11869490>
11. Romaguera R, Ribera A, Güell-Viaplana F. Reducción de los ingresos por infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST en Cataluña durante la pandemia de COVID-19. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73(9):778-80.
12. Marzo-Castillejo M, Guirguet Capdevila C, Coma Redón E. Retraso diagnóstico del cáncer por la pandemia COVID-19. Posibles consecuencias. *Aten Primaria.* 2021;53:1-2.
13. Sisó-Almirall A, Kostov B, Sánchez E, Benavent-Àreu J, González-de-Paz L. The impact of the COVID-19 pandemic on primary healthcare disease incidence rates: 2017 to 2020. *Annals of Family Medicine, COVID-19 Collection 2021.* [Internet.] 2021. [Consulta: 13 de mayo de 2021.] Disponible en: <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/167403>
14. Bayona Huguet X, Romano Sánchez J, Peris Grao A. Modelos de gestión según el proveedor y sus efectos en la dinámica de los equipos de atención primaria en Cataluña. *Rev Esp de Salud Pub.* 2019;93:1-16.
15. Arndt BG, Beasley JW, Walkinso MD, Temete JL, Tuan WJ, Sinsky CA, et al. Tethered to the EHR: primary care physician workload assessment using EHR event log data and time-motion observations. *Ann Fam Med* 2017;15:419-26.
16. Casado Buendía S, Núñez Lozano I. Desburocratización de la consulta. *FMC.* 2020; 27(4):194-9.
17. Offri D. The patients vs. Paperwork Problem for Doctors. *N Y Times.* [Internet.] 2017 [consulta: el 1 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2017/11/14/well/live/the-patients-vs-paperwork-problem-for-doctors.html?searchResultPosition=1>
18. Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarrí G, Moya García MI. Característica de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria.* 2005;35:82-8.
19. Prieto Erades I, Ribera Montés MC, Pedrera Carbonell V, Orozco Beltrán D, Gil Guillén V. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido (estudio SyN-PC). *Aten Primaria.* 2004;33:69-77.
20. Grupo de Trabajo semFYC-SEMERGEN. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. *Aten Primaria.* 1998;21:489-93.
21. Grupo de Gestión de la SVMFyC. Medidas para la desburocratización de las consultas de Atención Primaria. Documentos semFyC. [Internet.] 2008 [consulta: 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/04/2008.-DOCU-25-DESBUROCRATIZACI%C3%93N.pdf>
22. Varela J. Cinco recomendaciones para aumentar el valor de la práctica clínica. *Med Clin (Barc).* 2020;4:187-90.
23. Ashton M. Getting Rid of Stupid Stuff. *N Engl J Med.* 2018;379:1789-91.
24. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. Impacto del SARS-CoV-2 (COVID-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.* 2020;94:1-20.
25. Valiente Millán ML, Méndez Iglesias SM, Morales Serrano JM, Arroyo de la Rosa A. Cansados de estar cansados. El impacto de la pandemia en el colectivo de Medicina Familiar: valoración y propuestas de mejora. *Rev Clin Med Fam.* 2021;14:169-72.
26. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc).* 2021;156(9):449-58.
27. Mediavilla J. COVID-19: las agresiones a médicos en redes sociales crecen un 200%. *Diario Médico.* [Internet.] 2020 [consulta: 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://docs.google.com/document/d/1fmia-TQOzAcYTP4OUHiHs2wRmxe3BlP/edit>
28. Johnson S. Escupitajos, insultos y agresiones: la violencia contra el personal sanitario aumenta durante la pandemia. *elDiario.es.* [Internet.] 2021 [consulta: 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.eldiario.es/internacional/theguardian/escupitajos-insultos-agresiones-violencia-personal-sanitario-aumenta-durante-pandemia_1_8015166.html
29. Quintana Gomez JL. La burocracia en Atención Primaria: una tontería electrónica no deja de ser una tontería. *FMC.* 2010;17(6):400-4.
30. Furceri D, Loungani P, Ostry JD. Las pandemias relegan aún más a los pobres. *Diálogo a fondo. El blog del FMI sobre temas económicos de América Latina.* [Internet.] 2020 [consulta: 20 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://blog-dialogoafondo.imf.org/?p=13378>