



ORIGINAL

Barreras y elementos facilitadores en el acceso a la atención sanitaria durante la pandemia de COVID-19: valoración de gestores y profesionales sanitarios



Irantzu Bengoa-Urrengoechea^{a,b,*}, Isabel Aguilar-Palacio^{b,c,d}, Diana Valero-Errazu^e, María José Rabanaque^{b,c,d}, M^a José Gómez-Poyato^e, M^a Antonia Sánchez-Calavera^{d,f} y Sara Malo^{b,c,d}

^a Hospital Universitario San Pedro, Logroño, España

^b Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios de Aragón (GRISSA), Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España

^c Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^d Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS)

^e Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^f Departamento de medicina y psiquiatría, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

Recibido el 7 de julio de 2025; aceptado el 17 de septiembre de 2025

Disponible en Internet el 8 de enero de 2026

PALABRAS CLAVE

Investigación cualitativa;
Inequidades en salud;
Personal de salud;
COVID-19;
Atención al paciente;
Accesibilidad a los servicios de salud

Resumen

Objetivo: Conocer la experiencia de gestores y profesionales sanitarios durante la pandemia de COVID-19 para identificar barreras y facilitadores en el acceso a la atención sanitaria por parte de los pacientes crónicos.

Lugar: Sistema Aragonés de Salud (SALUD), Aragón, España.

Participantes: Veintiún gestores y 16 profesionales sanitarios (enfermería y medicina) seleccionados mediante muestreo por conveniencia y bola de nieve.

Métodos: Diseño de investigación cualitativa con entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión comunicativos basados en metodología comunicativa (MC). Se recogieron las percepciones sobre barreras en el acceso, calidad de la atención, digitalización, desigualdad territorial, disponibilidad y gestión de recursos, así como experiencias positivas y lecciones aprendidas.

Resultados: Se identificaron tres barreras principales: brecha digital, desigualdad rural-urbana y sobrecarga del sistema, que dificultaron el acceso equitativo a la atención, especialmente en pacientes en situación de vulnerabilidad. Entre los factores facilitadores destacaron la digitalización y la colaboración interdisciplinaria, que mejoraron la eficiencia y la coordinación entre niveles asistenciales. Las experiencias recogidas muestran diferencias entre decisiones organizativas y consecuencias clínicas, especialmente en la atención a pacientes crónicos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iranbengoa@gmail.com (I. Bengoa-Urrengoechea).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2025.103402>

0212-6567/© 2025 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusiones: La pandemia reveló debilidades estructurales del sistema sanitario, pero también oportunidades de mejora. Es necesario consolidar las innovaciones positivas con un enfoque equitativo y adaptado a las necesidades de los pacientes más vulnerables.

© 2025 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Qualitative Research;
Health Inequities;
Healthcare Providers;
COVID-19;
Patient Care;
Health Services
Accessibility

Barriers and facilitators to accessing healthcare during the pandemic: an assessment of healthcare managers and professionals

Abstract

Objective: To gain insight into the experiences of healthcare managers and professionals during the COVID-19 pandemic, with the aim of identifying barriers and facilitators to healthcare access for chronic patients.

Location: Aragon Health System (SALUD), Aragon, Spain.

Participants: 21 managers and 16 healthcare professionals (nurses and doctors) selected using convenience and snowball sampling.

Methods: A qualitative research design involving semi-structured interviews and communicative focus groups based on a communicative methodology was employed. Perceptions were collected regarding barriers to access, the quality of care, digitalisation, territorial inequality, the availability and management of resources, as well as positive experiences and lessons learned.

Results: Three main barriers were identified that hindered equitable access to care, especially for vulnerable patients: the digital divide, rural-urban inequality, and system overload. Among the facilitating factors, digitalisation and interdisciplinary collaboration were found to improve efficiency and coordination between levels of care. The experiences gathered revealed discrepancies between organisational decisions and clinical outcomes, particularly in the care of chronic patients.

Conclusions: The pandemic revealed both structural weaknesses in the health system and opportunities for improvement. Positive innovations must be consolidated through an equitable approach that is tailored to the needs of vulnerable patients.

© 2025 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La pandemia de COVID-19 provocó una disminución del acceso de los pacientes a los servicios sanitarios, con un impacto especialmente negativo en los pacientes crónicos, que requieren de una atención sanitaria regular para el control de su enfermedad^{1,2}. Algunos estudios han demostrado que fue la reducción en la atención y la falta de continuidad lo que empeoró de forma significativa los resultados de los indicadores de seguimiento, cribado y vacunación en Atención Primaria (AP)^{3,4} y agravó potencialmente los problemas de salud de los pacientes, aumentando sus complicaciones⁵.

La pandemia no solo tuvo un importante impacto en los pacientes, sino también en los profesionales sanitarios involucrados en la atención. Diversos estudios describen el *burnout* sufrido por el personal sanitario durante la pandemia⁶⁻⁹. Los trabajadores sanitarios se sintieron sobrecargados de trabajo y emocionalmente agotados al final de la jornada, y en muchos casos temían infectarse a sí mismos o a algún miembro de su familia⁸. Los gestores sanitarios tuvieron que enfrentarse a retos sin precedentes, como la rápida reorganización de los servicios o la escasez de suministros. Fue necesario tomar decisiones rápidas

en condiciones de incertidumbre con recursos limitados y conocimientos científicos escasos y en continua evolución¹⁰.

Sin embargo, son pocos los estudios que han analizado el punto de vista de los profesionales y gestores sanitarios sobre los cambios acontecidos en el acceso a los servicios sanitarios. La investigación cualitativa permite explorar estas percepciones, así como las estrategias que gestores y profesionales implementaron para enfrentar la crisis.

Por ello, el objetivo de este estudio es profundizar en la experiencia de la atención sanitaria prestada por los profesionales sanitarios y gestores durante la pandemia, con el fin de identificar las posibles barreras en el acceso al sistema sanitario, así como los factores facilitadores en el acceso y uso de la atención sanitaria por parte de los pacientes con enfermedades crónicas.

Participantes y métodos

Diseño

Este estudio se basa en un diseño de investigación cualitativa, con entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión con profesionales sanitarios y gestores, que uti-

Tabla 1 Población participante según la metodología de obtención de datos, ámbito de trabajo y categoría profesional

	n	%
Gestores	21	56,76
Profesionales sanitarios	16	43,24
<i>Método</i>		
Grupo de discusión	21	56,76
Entrevista individual presencial	12	32,43
Entrevista individual online	4	10,81
<i>Ámbito de trabajo</i>		
Atención Primaria	18	48,65
Hospital	15	40,54
General/Central	4	10,81
<i>Categoría profesional</i>		
Enfermería	16	43,24
Medicina	21	56,76

n: número de participantes; %: proporción.
Elaboración propia.

liza metodología comunicativa (MC)¹¹. Esta metodología se basa en un diálogo igualitario entre investigadoras y participantes, alcanzando resultados representativos y evitando incurrir en los estereotipos más habituales, mediante el acuerdo común en el análisis de las experiencias aportadas.

La MC identifica elementos excluyentes y transformadores en la realidad objeto de estudio y propone respuestas a las problemáticas identificadas. Estas estrategias están dirigidas a alcanzar un impacto social, superando la simple descripción y el diagnóstico de problemáticas. Dicha metodología ha sido utilizada previamente en otros estudios en el ámbito sanitario^{12,13}.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA PI23/436). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a su participación.

Muestra y participantes

Se utilizó un muestreo por conveniencia. El reclutamiento se llevó a cabo mediante selección, por parte del equipo investigador, de figuras referentes en la gestión de la pandemia en Aragón y de profesionales que trabajaron durante la misma en el Sistema Aragonés de Salud (SALUD), seguido de un muestreo en bola de nieve.

Los participantes tuvieron dos perfiles diferentes: gestores y decisores sanitarios, y profesionales con experiencia en la atención a pacientes. Se seleccionaron personas de diferentes edades, género, con diferente vinculación al ámbito sanitario, distintas experiencias, niveles de formación y nivel de control/gestión durante la pandemia. Se realizaron ocho entrevistas y dos grupos de discusión con gestores sanitarios y ocho entrevistas y un grupo de discusión con profesionales (tabla 1).

Las preguntas utilizadas en las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión se organizaron, para explorar las experiencias de los participantes (Anexo I). Para evitar posibles sesgos derivados de la construcción de las pregun-

tas o de la propia interpretación de los entrevistadores, se diseñaron guiones revisados por expertos y se llevaron a cabo entrevistas piloto. Inicialmente, se pidió a los entrevistados que describieran su puesto o cargo durante la pandemia y que relataran su experiencia diaria, favoreciendo así una introducción cronológica y contextualizada. A continuación, se abordaron bloques específicos que incluían: acceso de los pacientes a la atención sanitaria (dificultades, desigualdades y evolución hacia la «normalidad»), acceso a especialidades y atención hospitalaria, calidad percibida de la atención sanitaria durante la pandemia, funcionamiento de la atención telefónica y su impacto diferencial por perfil de paciente, y disponibilidad y gestión de recursos diagnósticos y terapéuticos. Posteriormente, se exploraron los efectos de la pandemia en los propios gestores y profesionales sanitarios, identificando dificultades afrontadas, mecanismos de resiliencia, experiencias positivas surgidas en el contexto de crisis y lecciones aprendidas para el futuro. Para terminar, se recopiló información sobre la valoración general del sistema sanitario durante la pandemia y en la actualidad.

Los grupos fueron moderados por investigadores con amplia experiencia en investigación cualitativa ajenas al sistema sanitario, facilitando la interacción de los participantes y reduciendo el riesgo de sesgo por rol profesional. Los investigadores mantuvieron una posición crítica sobre su propio rol registrando observaciones durante y tras cada sesión para evitar interpretaciones sesgadas. Los resultados e interpretaciones de las entrevistas se verificaban con los siguientes participantes, buscando específicamente divergencias. Se consideró alcanzada la saturación cuando las entrevistas y grupos focales dejaron de aportar categorías nuevas relevantes para los objetivos del estudio.

Análisis

Las entrevistas fueron grabadas y transcritas de forma literal para ser revisadas por pares y analizadas utilizando un enfoque de análisis de contenido, identificando dimensiones excluyentes y transformadoras. Se realizó una codificación temática agrupando las respuestas obtenidas en diferentes categorías.

Los grupos de discusión permitieron confrontar experiencias individuales con perspectivas colectivas, asegurando una comprensión más profunda de los efectos de la pandemia en la atención sanitaria. Se prestó especial atención a las voces disonantes y a los casos que no se ajustaban al patrón general para su discusión en el equipo investigador y su potencial inclusión como elementos que enriquecen la comprensión del fenómeno.

Resultados y discusión

El impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención sanitaria puso de manifiesto una serie de barreras y elementos/factores facilitadores que influyeron en la calidad y equidad del acceso a los servicios de salud. Tanto los gestores como los profesionales sanitarios identificaron factores excluyentes que dificultaron la atención de los pacientes, así como transformaciones que permitieron mitigar, al menos en parte, la crisis. La comparación entre ambas perspec-

tivas permite analizar cómo se percibieron estas barreras desde distintos niveles del sistema sanitario y cómo afectaron especialmente a los pacientes crónicos. Mientras que los gestores priorizaron la eficiencia y la reestructuración de los servicios, los profesionales enfatizaron las consecuencias directas de estas decisiones en la calidad del cuidado a los pacientes.

Factores exclusores

Los factores exclusores identificados, tanto por gestores como por profesionales sanitarios, revelan los principales obstáculos a los que se enfrentó el sistema sanitario. Entre ellos destacan la brecha digital, la desigualdad rural-urbana y la sobrecarga del sistema. Estas barreras no solo dificultaron la gestión cotidiana de los recursos sanitarios, sino que también impactaron en la equidad de la atención, relegando a los grupos en situación de vulnerabilidad a una posición de todavía mayor riesgo.

Brecha digital: La digitalización de la atención sanitaria no benefició a todos los pacientes por igual. Muchos profesionales sanitarios señalaron que la atención telemática excluyó a ciertos sectores de la población, particularmente a los adultos mayores y a aquellos con menos acceso a la tecnología. Desde la perspectiva de los gestores, si bien se reconoció este problema, se percibió la digitalización como una estrategia necesaria para reducir la carga asistencial. Sin embargo, no se implementaron medidas complementarias para garantizar el acceso equitativo a la atención.

Según la Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) en los hogares de 2022, solo el 35,9% de los mayores de 74 años había utilizado internet en los últimos 3 meses frente al 94,5% de las personas entre 16 y 74 años¹⁴. Según el Informe sobre cronicidad y estrategias de e-salud: La importancia del perfil digital, entre los pacientes crónicos de más de 70 años, solo el 24% solicitaron cita telefónica con su médico, un 4% videollamada, un 2% utilizaron el correo electrónico y un 1% la plataforma web del centro¹⁵. Ambos estudios muestran la dificultad de las personas mayores para el uso de determinados medios y herramientas, lo que se corresponde con la percepción transmitida por los profesionales.

Desigualdad rural-urbana: La falta de recursos y de médicos especialistas en zonas rurales agravó la desigualdad en el acceso a la atención sanitaria. Los profesionales destacaron cómo los pacientes de áreas rurales enfrentaron mayores dificultades para acceder a la atención especializada. Desde la gestión sanitaria se reconoció la falta de equidad geográfica, pero no se establecieron estrategias efectivas para reducir estas disparidades.

Esta desigualdad en el acceso a la atención en el medio rural se describe en otros artículos publicados en España^{16,17} y otras partes del mundo¹⁸, señalando tanto la escasez de profesionales especializados en estas zonas como la problemática derivada de la necesidad de traslados a los centros de referencia, y la existencia de peores comunicaciones¹⁹⁻²¹.

Sobrecarga del sistema: La escasez de personal y la saturación de los hospitales dificultaron la atención adecuada a los pacientes crónicos. Mientras que los gestores enfatizaron la necesidad de reasignar recursos y priorizar atenciones urgentes, los profesionales manifestaron frustración ante la

imposibilidad de brindar una atención de calidad a todos los pacientes.

Se ha descrito que la sobrecarga del sistema sanitario durante la pandemia aumentó la mortalidad intrahospitalaria de pacientes no-COVID, sobre todo con enfermedades agudas como insuficiencia cardiaca, accidentes cardiovasculares y traumatismos²² y afectó de forma severa a la continuidad de los cuidados de pacientes crónicos^{23,24}.

Factores transformadores

Pese a las dificultades, algunos cambios implementados en la atención sanitaria fueron percibidos como positivos por ambos grupos de profesionales. Entre los factores transformadores destacan la digitalización y la colaboración interdisciplinaria. Estas estrategias no solo ayudaron a gestionar la crisis, sino que también sentaron las bases para posibles mejoras estructurales en el sistema de salud.

Digitalización: A pesar de sus limitaciones, la implementación de herramientas digitales permitió optimizar ciertos procesos asistenciales. Para los gestores, la digitalización representó un avance imprescindible para agilizar la gestión sanitaria en un contexto de crisis.

Hay que tener en cuenta que la efectividad de estas intervenciones puede variar según el contexto y la población, y se requiere una implementación cuidadosa y adaptada a las necesidades específicas de cada grupo de pacientes^{25,26}. Es conocido que muchos recursos digitales no están adaptados a las necesidades específicas de la población, lo que limita su efectividad y aceptación²⁷.

Colaboración interdisciplinaria: La necesidad de reorganizar la atención médica fomentó una mayor coordinación entre distintos niveles asistenciales. Desde la perspectiva de los gestores, la colaboración entre diferentes disciplinas facilitó la toma de decisiones en un entorno de alta incertidumbre.

Diversos estudios han demostrado que la integración de equipos interprofesionales facilita el abordaje de situaciones complejas, permitiendo compartir conocimientos y responsabilidades, lo que resulta en decisiones más adaptadas a las necesidades del paciente²⁸. Los sistemas de atención integrados, que coordinan diversos niveles asistenciales y disciplinas, han sido asociados con mejoras en la calidad del cuidado, reducción de costes y mejores resultados clínicos, especialmente en pacientes con necesidades complejas²⁹. Además, la disponibilidad de herramientas que faciliten el intercambio de información estructurada entre miembros del equipo es esencial para optimizar la toma de decisiones³⁰.

Algunos testimonios de factores exclusores y transformadores se identifican en la [tabla 2](#).

Otros factores exclusores señalados en las entrevistas y grupos de discusión fueron la toma de decisiones difíciles ante la imposibilidad de ofrecer atención a todos los pacientes que la necesitaban, el aumento de complicaciones médicas y hospitalizaciones evitables de los pacientes crónicos, por la suspensión y falta de acceso a la atención especializada, y el aumento de estrés y la carga emocional sin unas medidas de apoyo y protección, afectando al bienestar emocional de los profesionales.

Tabla 2 Testimonios de profesionales y gestores agrupados en factores excluyentes y transformadores**Factores excluyentes****Brecha digital**

«Mucha gente mayor nos decía que no podían hacer las consultas porque no sabían cómo usar un móvil o una videollamada. Se quedaron sin seguimiento.» (Médico atención primaria rural)

«La digitalización acelerada en registros médicos y consultas virtuales dejó fuera a quienes no tenían conocimientos tecnológicos o acceso a internet.» (Gestor)

Desigualdad rural-urbana

«En los pueblos pequeños, los pacientes no tenían forma de acceder a especialistas. Los traslados eran un problema y la espera era mucho más larga.» (Enfermera atención primaria rural)

«Las listas de espera aumentaron drásticamente, y en las zonas rurales el problema fue aún peor, con traslados complicados y falta de especialistas locales.» (Gestor)

Sobrecarga del sistema

«No dábamos abasto. Llegábamos a ver el doble de pacientes que lo que normalmente atendemos. Era imposible seguir el ritmo.» (Gestor)

«Los enfermos crónicos no recibieron un buen seguimiento porque los hospitales estaban desbordados y toda la prioridad se enfocó en los casos agudos de COVID.» (Gestor)

Factores transformadores**Digitalización**

«La receta electrónica fue un gran alivio, especialmente para los pacientes crónicos que no tenían que desplazarse para renovar medicamentos.» (Médico hospitalario)

«La digitalización de la historia clínica permitió que la comunicación entre atención primaria y hospitales fuera más rápida, algo clave para gestionar los picos de demanda.» (Gestor)

Colaboración interdisciplinaria

«Nos juntamos médicos de primaria, enfermería y especialistas para hacer planes más eficaces. Fue la única forma de sacar adelante el trabajo.» (Médico hospitalario)

«El trabajo en red entre hospitales y centros de salud permitió una respuesta más rápida y eficiente en el reparto de pacientes según necesidades y recursos disponibles.» (Gestor)

Elaboración propia.

La identificación de temas de consenso, tensiones y evolución discursiva a lo largo de las sesiones enriqueció la interpretación de los resultados y permitió comprender mejor las dinámicas grupales. No obstante, la evolución de los discursos se apreció mejor en los grupos de discusión con pacientes que en los de profesionales y gestores, que en general transmitieron una experiencia similar. Esto puede deberse a que los gestores que participaron en los grupos pertenecían a los centros sanitarios y no fueron gestores a nivel político

Limitaciones

Este estudio presentó las limitaciones propias de una selección por conveniencia y bola de nieve, que pueden generar un sesgo de selección y, a la vez, aportar menos variabilidad de testimonios y visiones similares. También podría existir un sesgo de recuerdo debido al tiempo transcurrido desde que ocurrió la pandemia hasta la realización de las entrevistas. Además, algunas personas participantes ocupan en la actualidad puestos diferentes a los que desempeñaron durante la pandemia. En algunos casos ha sido difícil la cobertura de testimonios según la provincia. Estas limitaciones se han intentado mitigar mediante la selección, tanto de profesionales como de gestores de los diferentes ámbitos, para conformar una muestra representativa y mediante

la realización de entrevistas semiestructuradas y grupos de discusión, para poner en común experiencias vividas durante la pandemia y poder confrontar diferentes puntos de vista. Esto permite una comprensión más profunda de las situaciones individuales vividas, principal fortaleza de nuestro estudio, así como el análisis exhaustivo de los testimonios y que junto a la reflexividad del grupo investigador y la revisión cruzada de interpretaciones aseguran una adecuada validez interna.

Conclusiones y utilidad

La pandemia reveló no solo las debilidades estructurales del sistema sanitario, sino también oportunidades de mejora para futuras crisis. Es fundamental realizar estudios de evaluación y seguimiento para garantizar que las transformaciones implementadas no generen nuevas desigualdades, particularmente entre los pacientes crónicos, quienes han sido uno de los grupos más afectados por las barreras identificadas. Además, es crucial que los cambios positivos derivados de la pandemia, como la colaboración interdisciplinaria y la optimización de procesos digitales, se consoliden en un modelo sanitario más resiliente, inclusivo y equitativo.

Lo conocido sobre el tema

- La pandemia de COVID-19 afectó significativamente el acceso a la atención sanitaria de los pacientes.
- Los pacientes en situación de vulnerabilidad se enfrentaron a las mayores barreras.
- Los trabajadores sanitarios a menudo, o muy a menudo, se sintieron sobrecargados de trabajo y emocionalmente afectados.

¿Qué aporta este estudio?

- El impacto de la pandemia de COVID-19 en la atención sanitaria puso de manifiesto una serie de barreras como la brecha digital, la desigualdad rural-urbana y la sobrecarga del sistema, y facilitadores como la digitalización y la colaboración interdisciplinaria, que influyeron en la calidad y equidad del acceso a los servicios de salud.
- Tanto los gestores como los profesionales sanitarios identificaron factores excluyentes que dificultaron la atención de los pacientes y transformadores que permitieron mitigar en parte la crisis.
- La comparación de estas perspectivas permite analizar cómo se percibieron estas barreras desde distintos niveles del sistema sanitario y cómo afectaron especialmente a los pacientes crónicos.

Financiación

Financiado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), con el proyecto número PI22/01194 y los fondos FEDER «Una manera de hacer Europa», co-financiado por la Unión Europea. También cuenta con el apoyo del Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios de Aragón (GRISSA) (B09-23R) que forma parte del Departamento de Innovación, Investigación y Universidad del Gobierno de Aragón (España). Los financiadores no tienen ningún papel en el diseño del estudio, la recogida de datos, el análisis o la interpretación de los resultados.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA PI23/436). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previo a su participación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo I. Metodología llevada a cabo mediante historias de vida y grupos de discusión

OBJETIVO:

Profundizar en la experiencia de la atención sanitaria vivida por gestores y profesionales durante la pandemia con el fin de identificar las posibles barreras que sufrieron en el acceso del sistema sanitario, así como las actuaciones de éxito a la hora de garantizar la igualdad en el acceso y uso de la atención sanitaria.

PERIODOS DE RECLUTAMIENTO Y REALIZACIÓN:

Los gestores se reclutaron del 15 de noviembre al 15 de diciembre de 2023 y las entrevistas se realizaron entre el 15 de diciembre de 2023 al 10 de febrero de 2024.

Los profesionales fueron reclutados del 15 de enero al 11 de junio del 2024 y las entrevistas se realizaron entre el 20 de febrero al 11 de junio de 2024.

HISTORIAS DE VIDA Y GRUPOS DE DISCUSIÓN

Historias de vida

Pretenden comprender las situaciones individuales vividas. Se parte de un guion orientativo para que los participantes puedan hablar sobre sus experiencias personales durante la pandemia y después de la misma (valoración sobre el acceso, la atención, los recursos disponibles, el sistema sanitario)

Se inicia pidiendo que indiquen cuál fue su puesto/cargo durante la pandemia y preguntar cómo fue su experiencia, su día a día o un día cualquiera en el trabajo con el fin de tener un punto de partida para poder estructurar el discurso de manera cronológica. Posteriormente se realizan las preguntas necesarias para comprender en profundidad su experiencia dentro del sistema de salud.

Se abordan las dificultades en el acceso, tanto a AP como a las especialidades hospitalarias, la atención en urgencias o los ingresos hospitalarios y si además ha habido desigualdades dependiendo de grupos o circunstancias. Se pregunta acerca de la atención prestada y su valoración al respecto, así como las diferencias en diferentes grupos de población o la percepción de los pacientes. También se indaga sobre el uso de recursos, las dificultades para la solicitud de pruebas o derivación de los pacientes y su posible impacto.

También se recaban las opiniones tras la experiencia vivida sobre la afectación del tiempo de pandemia, cómo se afrontaron las dificultades, si hay algo positivo después de todo, qué aspectos habría que tener en cuenta ante posibles situaciones similares o si considera que la experiencia vivida ha sido similar en todos los profesionales.

Se finaliza pidiendo una valoración general al sistema sanitario durante y tras la pandemia.

Grupos de discusión comunicativos

Pretenden identificar los efectos que la pandemia ha tenido en la atención sanitaria, especialmente en los pacien-

tes con factores de riesgo cardiovascular. Parte de un guion orientativo para que los participantes puedan reflejar las necesidades vividas en los diferentes niveles, cómo ha sido su abordaje y cómo ha evolucionado la atención.

En el grupo de discusión se trabajan diferentes bloques: el acceso y utilización del sistema sanitario, si su funcionamiento se ha mantenido igual y si ha sido en todos los niveles, las diferencias y cambios surgidos y cómo se han percibido en los pacientes, así como si estos han podido sufrir diferencias. Valorar los recursos para los pacientes durante la pandemia en cuanto a pruebas, atención telefónica o tratamientos y por último valorar el sistema sanitario tanto antes, como durante y después de la pandemia y qué aspectos se podrían destacar como positivos y cuáles se podrían cambiar en posibles escenarios similares.

Bibliografía

- World Health Organization. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. WHO. 2020:1–32.
- Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, Raz KM, El Burai Felix S, et al. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States, January 22-May 30, 2020. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69:759–65.
- Coma E, Mora N, Méndez L, Benítez M, Hermosilla E, Fàbregas M, et al. Primary care in the time of COVID-19: Monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC Fam Pract*. 2020;21:1–9.
- Carretero Anibarro E, Franch-Nadal J, Díez Espino J, Mediavilla Bravo JJ. El paciente con diabetes mellitus tipo 2 durante la pandemia de covid-19. *Diabetes Práctica*. 2021;12 Suppl Extr 3:1–22.
- Yap J, Anbalakan K, Tay WT, Ting D, Cheung CY, Sabanayagam C, et al. Impact of type 2 diabetes and microvascular complications on mortality and cardiovascular outcomes in a multiethnic Asian population. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2021;9:1–11.
- Banse E, Petit G, Cool G, Durbecq J, Hennequin I, Khazaal Y, et al. Psychological Impact of COVID-19 on Health Workers During the Second Year of the Pandemic in Latin America: Cross-Sectional Survey Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;13:1–10.
- Izdebski Z, Kozakiewicz A, Białorudzki M, Dec-Pietrowska J, Mazur J. Occupational Burnout in Healthcare Workers, Stress and Other Symptoms of Work Overload during the COVID-19 Pandemic in Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20.
- Sullivan D, Sullivan V, Weatherspoon D, Frazer C. Comparison of Nurse Burnout, Before and During the COVID-19 Pandemic. *Nurs Clin North Am*. 2022;57:79–99.
- Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med Clin (Barc)*. 2021;157:130–40.
- Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, Jung AS, Tan M, Wu S, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* [Internet]. 2021;27:964–80.
- Gómez A, Puigvert L, Flecha R. Critical Communicative Methodology: Informing Real Social Transformation Through Research. *Qual Inq* [Internet]. 2011;17:235–45, <http://dx.doi.org/10.1177/1077800410397802>.
- Merodio G, Ramis-Salas M, Valero D, Aubert A. How Much Is One Life Worth? The Right to Equity Healthcare for Improving Older Patients' Health Infected by COVID-19. *Sustainability* [Internet]. 2020;12:6848.
- Romea AC, Valero D, Elboj C, Melgar P. Mental Health and Access to Information in Times of COVID-19: The Role of Social Work. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19:4483.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares Año 2022. 2022;2022:1–15. Disponible en: <https://www.ine.es/prensa/tich-2022.pdf>
- Cronicidad y estrategias de e-Salud: La importancia del perfil digital. Plataforma de organización de pacientes [Internet]. 2024. Disponible en: https://plataformadepacientes.org/sites/default/files/cronicidad_estrategias_e-salud.pdf.
- Pérez-Fernández L, Escandell-Rico FM, Ruiz-Cantero MT. Vías y lugares de atención primaria durante la pandemia en una zona rural de Alicante. *Gac Sanit* [Internet]. 2023;37:102294. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911123000080>.
- Sanz E, Tolosana JOS. Local perception of access to health services in rural areas. The case of the Navarrese Pyrenees. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2021;44:185–9. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/82685/66209>.
- Smith KB, Humphreys JS, Wilson MGA. Addressing the health disadvantage of rural populations: How does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Aust J Rural Health* [Internet]. 2008;16:56–66, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1584.2008.00953.x>.
- Strasser R. Rural health around the world: challenges and solutions*. *Fam Pract* [Internet]. 2003;20:457–63, <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmg422>.
- Franco CM, Lima JG, Giovannella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021;37:e00310520. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000702001&tlng=pt.
- Leimbigher B, Li EPH, Rush KL, Seaton CL. Social, political, commercial, and corporate determinants of rural health equity in Canada: an integrated framework. *Can J Public Heal* [Internet]. 2022;113:749–54, <http://dx.doi.org/10.17269/s41997-022-00630-y>.
- Boyer L, Pauly V, Brousse Y, Orleans V, Tran B, Yon DK, et al. The impact of hospital saturation on non-COVID-19 hospital mortality during the pandemic in France: a national population-based cohort study. *BMC Public Health* [Internet]. 2024;24:1798, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-024-19282-3>.
- Dehghani Tafti A, Fatehpanah A, Salmani I, Bahrami MA, Tavangar H, Fallahzadeh H, et al. COVID-19 pandemic has disrupted the continuity of care for chronic patients: evidence from a cross-sectional retrospective study in a developing country. *BMC Prim Care* [Internet]. 2023;24:137, <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-023-02086-6>.
- Kendzierska T, Zhu DT, Gershon AS, Edwards JD, Peixoto C, Robillard R, et al. The Effects of the Health System Response to the COVID-19 Pandemic on Chronic Disease Management: A Narrative Review. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2021;14:575–84. Disponible en: <https://www.dovepress.com/the-effects-of-the-health-system-response-to-the-covid-19-pandemic-on-peer-reviewed-article-RMHP>
- Ambrosi E, Mezzalana E, Canzan F, Leardini C, Vita G, Marini G, et al. Effectiveness of digital health interventions for chronic conditions management in European primary care settings: Systematic review and meta-analysis. *Int J Med Inform* [Internet]. 2025;196:105820. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1386505625000371>.

26. Shaw J, Abejirinde IOO, Agarwal P, Shahid S, Martin D. Digital health and equitable access to care. *PLoS Digit Heal* [Internet]. 2024;3:e0000573, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pdig.0000573>.
27. Whitehead L, Talevski J, Fatehi F, Beauchamp A. Barriers to and Facilitators of Digital Health Among Culturally and Linguistically Diverse Populations: Qualitative Systematic Review. *J Med Internet Res* [Internet]. 2023;25:e42719. Disponible en: <https://www.jmir.org/2023/1/e42719>.
28. Berger S, Krug K, Goetz K. Encountering uncertainty and complexity in decision-making: an observational study of clinical reasoning among medical and interprofessional groups of health care students. *J Interprof Care* [Internet]. 2023;37:262–71, <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2022.2061928>.
29. Enthoven AC. Integrated delivery systems: the cure for fragmentation. *Am J Manag Care* [Internet]. 2009;15 Suppl 10:S284–90. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20088632>.
30. Bouchez T, Cagnon C, Hamouche G, Majdoub M, Charlet J, Schuers M. Interprofessional clinical decision-making process in health: A scoping review. *J Adv Nurs* [Internet]. 2024;80:884–907. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37705486>.