



Erosión en los derechos de los pacientes, por parte de los centros de salud de atención primaria a raíz de la pandemia

EROSION OF THE RIGHTS OF PATIENTS BY PRIMARY CARE HEALTH
CENTERS DUE TO THE PANDEMIC

Patricia Craviotto Valle

Universidad de Sevilla

pcraviotto@us.es 0000-0002-8754-4769

Recibido: 10 de octubre de 2022 | Aceptado: 02 de diciembre de 2022

RESUMEN

La pandemia mundial del coronavirus SARS-CoV-2, ha evidenciado un problema que, a pesar de tener naturaleza administrativa o de gestión, provocó durante y tras la misma, una grave erosión al derecho a la protección de la salud de los pacientes. Las confusas situaciones en las que estos se vieron inmersos durante el confinamiento, han dado paso a una situación post-Covid-19, que, de manera mucho más transparente, ha repercutido en una disminución de derechos sanitarios de las personas que, necesitando atención primaria, han acudido a sus Centros de Salud. Una merma de derechos, que están aún, por resolverse.

ABSTRACT

The global pandemic of the SARS-CoV-2 coronavirus has revealed a problem that, despite having an administrative or management nature, caused during and after it, a serious erosion of the right to protection of the health of patients. The confusing situations in which they were immersed during confinement have given way to a post-Covid-19 situation, which, in a much more transparent way, has had an impact on a decrease in the health rights of people who, needing primary care, have gone to their Health Centers. A loss of rights that is still to be resolved.

PALABRAS CLAVE

Atención médica
Pacientes
Derechos
Centros salud
Gestión

KEYWORDS

Medical care
Patients
Rights
Health centers
Management

Podemos asegurar sin temor a equivocarnos, que el derecho a la protección de la salud es un derecho de primer orden, inalienable, y que se nos muestra independiente de otros derechos, además de ser un derecho absoluto. Debiendo distinguir *a priori*, este, del derecho a la salud, debemos recordar que no deja de ser un derecho singular en nuestro sistema jurídico, dado que no sería posible gozar del derecho a la vivienda o a la alimentación, entre otros, si aquel no fuera indispensable. Es decir, otros derechos de la persona, dependen de que el derecho a la protección de la salud se desarrolle y materialice en el cuidado a los ciudadanos-pacientes, de manera eficiente.

El derecho a la protección de la salud ha sido objeto de pronunciamientos de nuestro Tribunal Constitucional, dado que la propia Constitución Española reconoce a este, no como un derecho fundamental, sino como uno de los principios rectores de la política social y económica. En concreto, el artículo 43 CE¹, no solo reconoce este derecho, sino que señala a los poderes públicos como los competentes para “organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. Continúa añadiendo que estos (los poderes públicos), son quienes deberán fomentar la educación sanitaria, física y el deporte, además de facilitar el adecuado uso del ocio.

A la vista está que a pesar de no ser un derecho fundamental², el ciudadano tiene reconocido como principio rector³ la protección de su salud, siendo el garante de la misma el poder público, lo que nos conduce a afirmar que, por medio de la organización administrativa propia del Estado español, se procura un servicio de atención al ciudadano (paciente en su caso), el cual tiene derecho a la conocida socialmente, como asistencia médica de carácter público.

La asistencia al paciente⁴, máxime cuando esta es asumida por los poderes públicos, debe cumplir con las obligaciones encomendadas para tal fin, con independencia de la organización administrativa definidas en las leyes por las que se rige. En todo caso, el sistema sanitario español se regula a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LS), la cual define como eje del modelo adoptado, que sean las Administraciones de las Comunidades Autónomas las que, con sus dotaciones territoriales, gestionen de manera eficaz estos servicios.

Así las cosas, establece que deberán ser las Áreas de Salud, quienes organicen los Servicios de Salud de su específica Comunidad Autónoma. Áreas, de naturaleza descentrada, distribuidas territorialmente con delimitaciones específicas, con el objeto de que esta descentralización, permita una mejora en la proximidad del servicio al pacien-

1. Según el art. 43 CE: 1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

2. Derechos contenidos entre los artículos 10 a 29 de la CE, ambos incluidos.

3. Principios rectores comprendidos en los artículos 39 a 52 de la CE, ambos inclusive.

4. Según el art. 3 Las definiciones legales, “paciente” se define como “la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

te. Igualmente se otorga a las Corporaciones locales la integración de estas en la asunción de competencias en materia sanitaria, o lo que es lo mismo, procuran proyectar una cercanía aún más local, al ciudadano.

Con independencia de las bondades y/o los déficits de la organización sanitaria, lo cierto es que, ante la necesidad de una asistencia sanitaria, serán en principio los Centros de Atención Primaria, los receptores, que deberán cubrir las necesidades personales, a través de la protección de salud del paciente. Las actuaciones de las AAPP Sanitarias se orientarán según el art. 6.1 de la citada LS, entre otras cuestiones, a promover la salud, garantizar que las acciones sanitarias que se desarrollen se dirijan a la prevención de enfermedades (no solo a su curación), y a garantizar la asistencia sanitaria en todos y cada uno de los casos en los que se pierda la salud.

De lo anterior se deduce que las primeras AAPP que deben atender a los pacientes y/o a los ciudadanos que, sin estar enfermos, pueda evitarse que lleguen a estarlo, serán los citados Centros de Atención Primaria, conocidos socialmente como los Centros de Salud o Centros Ambulatorios.

El virus del Covid-19, ha marcado dos etapas diferentes que pueden demarcarse como la época de pandemia, y la post pandemia. Ninguna de las dos etapas ha sido sencilla, puesto que la primera incluyó los confinamientos masivos de la población⁵, y la segunda trajo una forma de entender la gestión de la protección de la salud, desde una perspectiva mucho menos cercana, dada la separación física entre médico y paciente⁶, que la pandemia trajo consigo. Fallaron las comunicaciones por saturación, y se fijaron procedimientos poco ortodoxos para reclamar o solicitar atención médica que no fuera de urgencia, como lo era, tener fiebre, dolores intensos musculares o muchos tos y dificultad para respirar. La asimilación a los síntomas del Covid-19, obligaban a los enfermos a confinarse, sin que un sanitario pudiera auscultarlo, distinguiendo esta enfermedad de otras comunes como gripes, resfriados, alergias, asma, etc.

Procurar sanar al paciente es una de las máximas de la LS (regulación nacional), a la vez que evitar la enfermedad en las personas sanas, que el caso de la pandemia se traducía en la transmisión o el contagio del virus Covid-19. Sin embargo, serán normas jurídicas autonómicas (regulaciones territoriales), las que regulan cómo se estructura el servicio de salud, diferenciando así, la forma en que unas u otras CCAA protegen la salud de sus ciudadanos.

Los profesionales sanitarios son personas cuyo riesgo de contagio aumentó en época de pandemia por motivos obvios. Sin embargo, es una labor profesional que debía desarrollarse con el fin de curar y de evitar contagios a la población, en igualdad de condiciones. Esto no ha terminado de cumplirse, pues los protocolos de actuación locales, variaban entre municipios cercanos, e incluso entre distritos de una misma ciudad.

5. Con las dificultades sociales, económicas, laborales, culturales y por supuesto sanitarias que provocó la imposibilidad de salir fuera del domicilio.

6. La presencialidad en los Centros de Atención Primaria se imposibilitó, obligando a la población a solicitar citas previas, las cuales, debían solicitarse en todo caso, de manera presencial, por colapsos en las redes de comunicación: teléfonos, correo electrónico, o servicios como Salud Responde en Andalucía, que finalmente derivaban al paciente o a su representante, a solicitar presencialmente su cita médica.

El derecho a la protección de la salud ha sufrido una gran desigualdad entre ciudadanos de un mismo territorio. Ejemplo de ello son los protocolos implantados en algunos Centros de Atención Primaria, los cuales no permitían ofrecer asistencia médica a los menores de edad (especialmente bebés de cero a tres años), si estos acudían con fiebre. De manera automática se les ofrecía a los progenitores o responsables del menor, la alternativa de acudir a un Centro Hospitalario, accediendo al mismo como urgencia sanitaria.

La solución que se ofrecía a los progenitores que exigían reclamar por escrito el déficit de asistencia sanitario por no recibir la asistencia que consideraban adecuada, era, recibir una llamada telefónica durante el mismo día, indicando a los médicos pediatras, los síntomas que los responsables de los menores, observaban en los mismos. Teniendo en cuenta que los menores de tres años, e incluso un poco mayores, no tienen capacidad para expresarse adecuadamente, la solución por vía telefónica, era inútil, provocando desplazamientos a los Centros Hospitalarios, con el consecuente colapso de los mismos. Hasta la fecha, insertos en un momento post pandémico, los Centros de Atención Primaria están prácticamente vacíos, y los Centros Hospitalarios, continúan saturados.

El derecho a la protección de la salud ha quedado erosionado en los pacientes menores de edad, los cuales, dependiendo del Centro al que pertenecían, han podido o no, llevar un seguimiento y control de peso, altura, y alimentación, tan necesario a esas cortas edades. Sin embargo, y de la misma manera que algunos Centros de Atención Primaria no han respondido a las necesidades de protección de salud de sus menores, otros, sí lo han hecho, desbloqueando las urgencias hospitalarias, y ofreciendo un servicio de calidad, como lo pueden hacer los profesionales sanitarios cuyo centro de trabajo son los Centros Hospitalarios.

En el caso de los adultos, la solicitud de asistencia médica, ha dilatado las citas desde el origen de la pandemia, llegando a triplicar los tiempos de espera. Consecuencia de ello, es la automedicación que de manera anónima se produce en gran parte de la población, especialmente cuando los pacientes han necesitado atención no urgente, pero atención en un plazo razonable. El gasto en productos farmacéuticos, es otro factor post Covid-19, que ha de ser atendido por las familias, dadas las circunstancias.

El Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, advirtió un desequilibrio generado durante la pandemia en el derecho a la protección de la salud, motivo por el que se realizó el Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales, Equidad en Salud⁷ y Covid-19, el 29 de octubre de 2020. Sin embargo, y a pesar de las recomendaciones incluidas en este documento, como la revisión continuada y el análisis de la evolución de la información disponible, llegados a 2022, la situación de vulnerabilidad no ha sido de carácter social, sino local o territorial.

Hay, pues, evidencia clara de que los determinantes sociales no sanitarios de la salud están detrás de las enormes diferencias entre grupos poblacionales en la incidencia, gravedad y mortalidad asociada a la Covid-19⁷. Nos parece muy acertado lo que añade se-

7. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

guidamente, cuando advierte que “también hay desigualdades causadas por el propio sistema sanitario, que son menos visibles pero no menos importantes. Los profesionales sanitarios y los gestores deberían conocerlas (González López-Valcácer, 2021, 183-185).

Sin duda, el propio sistema sanitario, está contribuyendo a que las desigualdades en el derecho a la protección de la salud, se incrementen. De hecho, la gestión sanitaria post Covid-19, puede aparentar ser mejor que la anterior, gracias a los avances tecnológicos disponibles en comunicaciones y por la digitalización de datos de salud. Sin embargo, estas nuevas tecnologías solo han conseguido que el tiempo de espera tras la solicitud de cita previa, aumente. En consecuencia, un alto porcentaje de pacientes, han desistido en el intento de recibir asistencia médica en Centros de Atención Primaria, viéndose obligados a automedicarse. Porcentaje por otro lado, que es imposible demostrar, dado que no se analiza el número de personas que desisten por este motivo.

La responsabilidad de estas situaciones no ha nacido aún, y quizá nunca lo hagan, ya que se trata de una prueba diabólica: probar que la falta de asistencia médica por gestión deficitaria, es la causa del nacimiento de enfermedades o del empeoramiento de las mismas, es harto complicado, si no, imposible.

Algo parecido ha ocurrido con las especialidades médicas a las que deben derivarse a los pacientes, desde sus Centros de Atención Primaria. La saturación del sistema sanitario, ya no debería ser de la misma naturaleza que la sufrida en pandemia. Sin embargo, los plazos de atención se alargan, llegando incluso a tener que derivar a los enfermos a centros privados, para no incumplir con los límites temporales especificados por las normas.

En esta pandemia se ha evidenciado con claridad la inaplazable reorientación del sistema hacia la promoción y la protección de la salud que requiere la incorporación de los determinantes sociales y ambientales de la salud dirigidos a lograr una atención integral, por tanto del desarrollo de la salud comunitaria (Carcedo Rocés, 2021, 24).

El carácter prioritario en las citas de especialidad médica, prácticamente han desaparecido. No existe en la actualidad un término medio entre el paciente moribundo, y al que tan solo necesita un tratamiento antibiótico para eliminar un virus no resistente. Quizá, el contra paternalismo del Estado generado a raíz de algunas líneas doctrinales en pro de la igualdad, encaminadas a un positivismo extremo incorrectamente entendido, nos lleva a que diferentes necesidades en salud, sean tratadas con tabla rasa, sin distinguir necesidades y prioridades (no tanto personales como sociales), al ofrecer servicios de salud a velocidad de tarifa plana para todos los pacientes, no distinguiendo así necesidades especiales, que con carácter urgente debieran ser tratadas. Los médicos de atención primaria no realizan hoy día este tipo de distinciones, dejando para los compañeros de las especialidades, esa decisión, que, en nuestra opinión, es clara, sin necesidad de formar parte de los profesionales de la salud.

Ejemplo de ello, está ocurriendo en la actualidad en la especialidad de oftalmología. El paciente acude a su médico de familia con el fin de que le diagnostiquen la enfermedad de cataratas, previamente observada por su óptico, dado que el cambio de lentes se considera inútil e inapropiado para la mejora en esta pérdida de visión constante y en aumento, estipulando el médico de atención primaria, que en todo caso la valoración

debe ser realizada por el especialista sanitario en la materia. No se distingue que la persona sea joven, o que la visión sea su herramienta imprescindible para trabajar (como ocurre con los profesores e investigadores), sino que, se remite directamente sin ningún tipo de observación siquiera visual, a un especialista que determinará la posibilidad de cirugía, con independencia de su situación personal, laboral, etc. La baja médica de profesores e investigadores en estas circunstancias concretas, es la única vía que les queda, caso de no poder disfrutar de otras alternativas, como ocurre cuando se tienen posibilidades económicas para optar por servicios sanitarios privados.

En esta línea, y tomando como ejemplo de referencia a los pacientes con diabetes tipo 2, se constata que la desatención en los centros de atención primaria, impidió en 2020 el control del 32% de los pacientes (Cuevas Fernández, Gutiérrez Galeote, García Marrero, Iglesias Girón y Cabrera de León, 2022, 308). Añaden que quienes dejaron de acudir al centro de salud en 2020, llevaron un peor control, y que el paciente acaba realizando su autocuidado, empoderando al mismo. Ese empoderamiento, el cual podría enfocarse con perspectiva positiva, no lo es, dado que genera una necesidad de automedicación, que lógicamente no es de recibo.

La desconexión producida por la falta de Comunicación entre centros y Administraciones, provoca una merma de derechos, que en última instancia afecta a la salud de las personas. Nos encontramos ante una responsabilidad patrimonial –del Estado o de las AAPP competentes–, la cual, tarde o temprano, habrá de responder en cada caso.

Así las cosas, indicamos las siguientes conclusiones:

- La gestión de los Centros de Atención Primaria en la actualidad, no está siendo adecuada, a pesar de las sinergias originadas a raíz de la pandemia Covid-19, entre la ciudadanía, las nuevas formas de relación y comunicación (NNTT), y las Administraciones públicas, entre las que se encuentran los centros de salud.
- La vía telefónica prácticamente ha desaparecido, lo que obliga al ciudadano a desplazarse físicamente para gestiones que pueden realizarse de manera mucho más efectiva, por teléfono, mail, o apps sanitarias.
- Las solicitudes de cita previa para la atención médica han disminuido exponencialmente, no por la efectividad del sistema sanitario, sino, porque las agendas que distribuyen las citas, parten de unos tiempos mínimos de espera, intolerables, e inoperables. Por ello, las urgencias hospitalarias se ven desbordadas, mientras que los pasillos de los Centros de Atención Primaria, quedan desiertos.
- El exceso de tiempos de espera que ha de sufrir el paciente, provoca que éste, sus progenitores o sus representantes legales, opten por la automedicación, la cual va aumentando progresivamente, siendo síntoma (entre otras cuestiones), de la ineficiente gestión operada.
- El gasto de las familias en mediación se ha incrementado, a pesar de que el poder adquisitivo de los ciudadanos en general, ha decrecido.

BIBLIOGRAFÍA (CITADA Y RECOMENDADA)

- BOMBILLAR SÁENZ, F.M./PÉREZ MIRAS, A.: "El derecho a la protección de la salud desde perspectiva multinivel y de derecho comparado", en *Revista Europea de Derechos Fundamentales*, primer semestre, 2015, págs. 299-331.
- CARCEDOR ROCES, M.L.: "La sanidad pública postcovid entre el estrés y la revitalización. El desafío de mantener la capacidad de respuesta y la confianza de la ciudadanía", en *Temas para el debate*, núm. 318, 2021, pág. 24.
- CUEVAS FERNÁNDEZ, F.J, GUTIÉRREZ GALEOTE, J.C, GARCÍA MARRERO, M.R., IGLESIAS GIRÓN, M.J y CABRERA DE LEÓN, A.: "Impacto de la alteración de la continuidad asistencial en los pacientes con diabetes tipo 2 durante la pandemia de COVID-19", en *Semergen: revista española de medicina de familia*, nº 5, 2022, pág. 308.
- DE LA CUEVA ALEU, I.: "El derecho constitucional a la protección de la salud: jurisprudencia constitucional", en *Cuadernos de Derecho judicial*, Núm. 5, 2005, págs. 13-80.
- ESCOBAR ROCA, G.: "El derecho a la protección de la salud", en *Derechos sociales y tutela antidiscriminatoria*, ESCOBAR ROCA (dir.), Thomson-Aranzadi, Cizur Menor, 2012, págs. 1073-1178.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCACER, B.: "Las desigualdades de la COVID-19 como reto en la gestión sanitaria", en *Elsevier Public Health Emergency Collection*, Julio-Agosto 2021, págs. 183 a 185.