

GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA

**Rodrigo
Gutiérrez Fernández**

*Médico. Jefe de Servicio de Programas de Humanización
Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha*

Hace unos meses tuve ocasión de asistir, en el Ateneo de Madrid, a una conferencia de Sergio Minué, médico de Atención Primaria (AP), profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública y autor de uno de los blogs más recomendables y de referencia en la blogosfera sanitaria¹, por sus oportunos y siempre certeros comentarios y análisis sobre distintos aspectos relacionados con la gestión sanitaria en general.

El título de la conferencia en cuestión era bastante sugerente: «**Atención Primaria entre pandemias ¿muta o se extingue?**» y la tesis que compartió con el auditorio y otros miembros de la mesa redonda celebrada a continuación fue bastante clara: La Atención Primaria en España sigue anclada en su reforma (llevada a cabo en los años 80's del pasado siglo a partir del Real Decreto 137/84) evitando cambiar lo más mínimo en sus estructuras, en su funcionamiento y en su falta de soluciones para una sociedad que -obviamente- no tiene nada que ver con la de hace 40 años. «La Atención Primaria -decía- *debe mutar radicalmente y (...) con la mayor celeridad posible (...) La pandemia simplemente precipitó su agonía. De no hacerlo, desaparecerá, bien completamente o bien convirtiéndose en algo insustancial y decorativo.*»

Con una perspectiva y una visión tal vez algo melancólica y romantizada, el Dr. Minué señalaba que desde siempre había habido un permanente intento de la AP por querer parecer lo que no es, (en esencia, el mundo hospitalario), lo que había desnaturalizado su esencia y olvidado su razón de ser.

Citando uno de los libros de la Dra. Iona Heath², uno de los referentes mundiales de la AP, comentaba que los roles esenciales del médico general son dos: ser **intérprete** y **guardián** (*salvaguardando al paciente de interpretar como enfermedad lo que no lo es*) y ser **testigo** (*cuyo valor como tal depende de haber sido testigo de la vida, del sufrimiento y la muerte de muchos otros*). Estas dos funciones esenciales, pero en gran medida intangibles, no medibles ni inventariables ni reemplazables por piezas se habían perdido hace mucho tiempo. Y, como colofón, añadía: «Solo manteniendo su esencia y desprendiéndose de lo accesorio, será posible evitar su extinción.»

En términos generales, el diagnóstico de la situación existente se ha descrito por algunos de los más conspicuos representantes de la AP de nuestro país (como A. Martín Zurro, J. Gérvas, R. Bravo, J. Simó, S. Casado, Raúl Calvo y otros) como el de una progresiva **degradación y desmantelamiento progresivo de la AP**, que ha sido consecuencia de las decisiones políticas adoptadas, fundamentalmente a través de una **financiación insuficiente**, de una **mala gestión de los recursos** y la potenciación de la medicalización. Más recientemente, algunas administraciones y grupos profesionales han aprovechado la forma de afrontar la pandemia para organizar la demanda de una manera bastante arbitraria, lo que se ha traducido en una **menor actividad presencial** y más actividad interpuesta: telefónica, telemedicina, mediante correo electrónico, etc., lo cual ha tenido ya consecuencias nefastas para la población más vulnerable, es decir, más pobre, de

¹ 'El gerente demediado'. Disponible en: <https://gerentemediado.blogspot.com/>

² Heath I. *The Mystery of General Practice*. The John Fry Trust Fellowship. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1995. Disponible en: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/the-mystery-of-general-practice-web-final.pdf>

mayor edad y más necesitada, porque es la menos “digitalizada” (la denominada *brecha digital*³), así como para la atención de los procesos agudos sobrevenidos (cáncer, por ejemplo), cuya visibilidad entorpece, y que tendrán como consecuencia un **aumento de la inequidad**. Recientes informes⁴ del NHS, se refieren también a los problemas que presentan estos procedimientos, con la aparición de una nueva versión digital de la llamada ‘ley de cuidados inversos’ enunciada por Tudor Hart hace más de cincuenta años^{5,6}. Un reciente artículo editorial⁷ de Rafael Bravo en la revista FMC advertía del deterioro de la accesibilidad en AP desde antes de la pandemia de COVID-19, señalando que, aunque es necesario incorporar herramientas de comunicación que permitan la atención clínica a distancia, la atención presencial es y seguirá siendo necesaria e imprescindible para resolver ciertos problemas, al igual que la atención domiciliaria.

En todo caso, para verificar si se cumple con esa garantía de los derechos de los pacientes a los que refiere el título de la ponencia, tal vez no estaría de más revisar si se cumplen las características y atributos que se predicán de la Atención Primaria⁸, es decir, **Accesibilidad** (a partir de la necesaria universalidad), **Continuidad** (mediante una relación estable y cotidiana, de confianza), **Longitudinalidad** (manteniendo la relación de forma continuada), **Integralidad** (con una visión global de las personas), **Coordinación** (de todos los episodios asistenciales), y **Participación** (a través de la corresponsabilización y la educación para la salud).

3 La *brecha digital* se refiere a cualquier distribución desigual en el acceso, en el uso, o en el impacto de las tecnologías de la información y la comunicación entre grupos sociales. Estos grupos pueden definirse con base en criterios de género, geográficos o geopolíticos, culturales, o de otro tipo.

4 Paddison Ch, McGill I. *Digital primary care: Improving access for all?* Rapid evidence review February 2022. Nuffield Trust. Disponible en: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2022-02/digital-access-to-general-practice-evidence-review.pdf>

5 Tudor Hart J. *The Inverse Care Law*. The Lancet. February 27, 1971. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(71\)92410-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(71)92410-X/fulltext)

6 Paddison Ch. *Digital and remote primary care: the inverse care law with a 21st century twist?* Nuffield Trust, 04/02/2022. Disponible en: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/digital-and-remote-primary-care-the-inverse-care-law-with-a-21st-century-twist>

7 Bravo R. *Repercusiones de la telemedicina en la práctica asistencial: empezando la casa por el teléfono*. FMC. Vol. 29. Núm. 8. (octubre 2022). Disponible en: <https://www.fmc.es/es-repercusiones-telemedicina-practica-asistencial-empezando-articulo-S1134207222001426>

8 Maiz G. (2019) ¿Por qué es importante la Atención Primaria de Salud? OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud. Disponible en: <https://oseki.eus/wp-content/uploads/2019/06/3.-Por-que-es-importante-la-atencion-primaria-de-salud.pdf>

Obviamente la ciudadanía no es ajena a esta situación y percibe el deterioro y el daño ocurrido en este nivel asistencial: conviene por ello revisar también una palabra que se viene repitiendo desde hace unos años en la jerga gerencial: **sostenibilidad**. Es sabido que este es un término que procede del ámbito de las ciencias medioambientales⁹, y se refiere a la posibilidad de trasladar los recursos naturales en las mejores condiciones a las nuevas generaciones. En cuanto a la sanidad, se refiere obviamente al mantenimiento y viabilidad de unos servicios sanitarios universales y de calidad para la población. En este sentido, hace unos años, el Dr. J.R. Repullo hablando de la viabilidad de las políticas orientadas a la sostenibilidad¹⁰ que buscarían mejorar la «eficiencia asignativa» de los recursos sanitarios, se refería a una sostenibilidad externa (donde los agentes ajenos determinan el gasto) y a una sostenibilidad interna (profesionales, trabajadores y organización), distinguiendo pues, entre la **sostenibilidad económico-financiera** y la **sostenibilidad social**, es decir, el apoyo y respaldo de la ciudadanía a determinadas políticas públicas, que garantizan de este modo su legitimidad y supervivencia política y presupuestaria.

Pero hablemos de los ciudadanos. Como es sabido, entre los trabajos que realiza periódicamente el Centro de investigaciones Sociológicas (CIS), se encuentra la elaboración del barómetro sanitario, una encuesta que desde 2004 explora la valoración de diferentes aspectos del sistema sanitario por parte de la población. Solo dejó de hacerlo durante el parón de los dos años de la pandemia, en 2020 y 2021, recuperando la serie en este mismo año. Pues bien, los datos de la segunda oleada del **Barómetro Sanitario**, (junio de 2022)¹¹, muestran que la situación de la AP sigue siendo muy precaria y se ha deteriorado en relación con la situación previa a la pandemia de COVID (el anterior barómetro sanitario se había realizado en 2019). El 65.7% de las personas (casi dos de cada tres) que piden cita para medicina de familia la consiguen después de 48 h. El tiempo medio de demora de quienes no son atendidos en 24 h. es de 8.8 días (eran 5.8 días en 2019); de ellos el 62.5% tienen una demora superior a 6 días (el 34,7% en 2019).

9 Sostenibilidad, <https://es.wikipedia.org/wiki/Sostenibilidad>

10 Repullo Labrador JR, Segura Benedicto A. Salud Pública y Sostenibilidad de los Sistemas Públicos de Salud. Rev Esp Salud Pública 2006; 80: 475-482. Disponible en: <file:///C:/Users/HP%20650%20G2/Downloads/Dialnet-SaludPublicaYSostenibilidadDeLosSistemasPublicosDe-2108830.pdf>

11 Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2022/SegundaOleada/es3369mar_A.pdf

Siguiendo con la encuesta, a la pregunta sobre el **grado de satisfacción o insatisfacción global con el funcionamiento del sistema sanitario público** en España, también en una escala de 1 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho) la media es de 6,29. En el barómetro de 2019 era 6,74, lo que supone un descenso de casi medio punto menos (variaciones de una sola décima ya se consideran muy importantes en este tipo de estudios).

Con respecto a la opinión sobre el **funcionamiento del sistema sanitario público** en conjunto, en 2019 un 72.1% consideraba que funcionaba bastante bien o bien, aunque necesitado de algunos cambios. Este porcentaje ha descendido hasta un 58.5% en junio de 2022, es decir, un 14% menos.

En 2019 el 23.3% de las personas encuestadas opinaba que el sistema sanitario necesitaba cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionasen; este porcentaje se ha incrementado hasta el 25.5% en junio de este año. Y desde un 4.1% que en 2019 consideraba que el sistema sanitario funcionaba mal y necesitaba de cambios profundos, este porcentaje ha aumentado hasta el 15,2% en junio de 2022, con un incremento de 11 puntos porcentuales.

En relación con la **valoración de las consultas en Atención Primaria** (de 1 a 10, siendo 1 totalmente insatisfactorio y 10 totalmente satisfactorio) ha pasado de un 7,29 en 2019 al 6.29 en junio de 2022.

Cuando se pregunta a los ciudadanos si prefieren acudir a una **consulta de Atención Primaria en un centro público o privado**, el porcentaje de personas que optan por los centros públicos era del 69.9% en 2019 y ha descendido hasta un 68.8% en junio de 2022. De manera proporcional, ha aumentado hasta 5 puntos el porcentaje de las personas que optan por las consultas de AP en centros privados desde un 23.8% en 2019 hasta el 28.3% en junio de 2022 (cinco puntos más). Tal vez puede encontrarse aquí alguna de las razones que expliquen el crecimiento de la contratación de pólizas de seguros de salud privados: Según datos de la patronal UNESPA, publicados en este mes de septiembre¹², desde 2011 el número de españoles con una póliza de seguro de salud privado ha aumentado cerca de un 6%, pasando de **8,6 millones a 11,6 millones**. Hasta 2019, el crecimiento había sido progresivo, con una media de incremento del 2,5%. Sin embargo, de 2019 a 2020 se experimentó un aumento de cerca de cinco

puntos, medio millón de personas. La **pandemia** y, lo que en algunos medios se presentó casi como un **colapso en la sanidad pública** ha causado que en 2020 y 2021 se produjeran los mayores aumentos de usuarios de la sanidad privada. En concreto, un 4,8% y un 4,5%, respectivamente.

Las dos últimas oleadas del barómetro sanitario (marzo y junio de 2022) han preguntado especialmente por el **tipo y forma de la asistencia recibida y prestada** en AP durante y a partir de la pandemia: en junio de 2022 el 67.1% de los encuestados manifiestan haber sido atendidos en consulta; el 30.9% han sido atendidos telefónicamente. En domicilio fueron atendidos el 0.7% en junio de 2022; un 0.6% fueron atendidos mediante correo electrónico y el 0.3% a través de videoconsulta.

La **valoración general de la atención recibida en las consultas de Medicina de Familia** ha descendido en los últimos barómetros sanitarios, cuando siempre había obtenido mejor valoración que la atención hospitalaria. Así, en 2019 el 87.2% consideraban que la atención era buena o muy buena, cayendo hasta el 78.8% en junio de 2022. El porcentaje de quienes consideraron que la atención fue regular, mala o muy mala suponía el 12.6% en 2019, habiendo empeorado hasta el 20.9% en junio de 2022.

Por tanto, un aspecto destacable es el de la **atención no presencial** en la era post-COVID y en qué medida esta fórmula resulta satisfactoria o garantiza adecuadamente el derecho de los pacientes a una asistencia sanitaria de calidad. Un 71.6% de las personas encuestadas manifestaron haber tenido una **consulta telefónica** en los últimos meses. Preguntas acerca de la comodidad para el paciente de este tipo de consulta, el 42.8% declararon estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con ello. En cambio, sí consideraron estar de acuerdo o muy de acuerdo en que sí era más cómodo para el médico el 71.9% de las personas encuestadas en junio de 2022.

Finalmente, es importante destacar la respuesta a la pregunta acerca de **si el paciente puede explicarse igual que en una consulta presencial**. Más del 60% (64.2% en marzo y 61.4% en junio de 2022) declararon estar en desacuerdo o muy en desacuerdo con esta aseveración.

A la hora de valorar y enjuiciar la situación existente, cabe preguntarse pues, sobre la percepción del alcance de la crisis de la AP, el inveterado y tradicional victimismo profesional de los sanitarios de este nivel primario y la responsabilidad de cada uno de los agentes del Sistema (administración sanitaria, profesionales y pacientes).

12 Los usuarios de seguros médicos aumentaron un 10% tras la pandemia en España. Diario El Mundo, 24/09/2022. Disponible en: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/09/24/632ae51ce4d4d8e4188b45d3.html>

La cosa viene de lejos, casi podría hablarse de una especie de “*Crónica de una muerte anunciada*” por citar la conocida novela de García Márquez: un informe de Amnistía Internacional publicado ya en febrero de 2021 tenía el significativo título de “**La otra pandemia**” y un llamativo subtítulo: “**Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la Atención Primaria en España**” que parece anticipar y augurar una especie de profecía autocumplida con respecto a la situación de la AP¹³.

Es claro que el panorama no invita precisamente a ser optimista. A finales de septiembre de 2022, la plataforma denominada “**Salvemos la Atención Primaria**”, constituida por 115 organizaciones sociales, profesionales y sindicales remitían una carta al Ministerio de Sanidad¹⁴ reclamando una reunión para abordar la problemática de la AP, reclamando una serie de medidas urgentes para poder solucionar la situación crítica en la que se encuentra. Las seis medidas principales, que ya vienen reivindicándose desde hace tiempo, son las siguientes

1. Publicar periódicamente las demoras para la atención sanitaria en Atención Primaria, en medicina de familia, pediatría y enfermería, especificándose para consultas presenciales y telefónicas, así como porcentaje de población que espera más de una semana, y que se haga para cada una de las CCAA, incorporándose a los datos del Sistema de Información de Listas de Espera del Ministerio de Sanidad.
2. Garantizar el cumplimiento de la Acción c.1.3. del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria¹⁵ (MEAPyC) aprobado el 10 de abril de 2019 que establece: ‘Garantizar que las demandas de atención no urgentes se atiendan en menos de 48 horas’, actuación a corto plazo (BOE 26/4/2019).

13 Amnistía Internacional. *La otra pandemia. Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la atención primaria en España*. Disponible en: <https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/recordmedia/1@000032859/object/43966/raw>

14 ‘Salvemos la Atención Primaria’ exige a la ministra de Sanidad medidas urgentes para solucionar la situación crítica que sufre este pilar del SNS. Disponible en: https://sanidad.ccoo.es/noticia:636378--%E2%80%98Salvemos_la_Atencion Primaria%E2%80%99 exige_a_la_ministra_de_Sanidad_medidas_urgentes_para_solucionar_la_situacion_critica_que_sufre_este_pilar_del_SNS&opc_id=bd1f0ed04889b68e7307e5fc17e4f25

15 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

3. Asegurar la atención presencial en aquellos casos en que así sea solicitada por las personas a la hora de pedir cita.
4. Garantizar que en los próximos presupuestos del Ministerio para 2023 se dedique, al menos, un 25% a la Atención Primaria y Comunitaria para reforzar las plantillas de manera que se permita una atención sanitaria de calidad.
5. Mejorar las condiciones laborales de los profesionales de AP, dimensionando las plantillas a la realidad asistencial (médicos, enfermeras, personal administrativo etc.), incentivar la función tutorial (MIR, EIR), definir los roles de cada perfil profesional, visibilizar la labor de las Unidades administrativas, la desburocratización y digitalización de las consultas, así como la incentivación real de los denominados “puestos de difícil cobertura”. Sin olvidar el empoderamiento de la Atención Primaria y medidas eficaces frente a las agresiones crecientes.
6. Aumentar las plazas en las convocatorias de Formación Sanitaria Especializada en aquellas plazas MIR y EIR relacionadas con la Atención Primaria, eliminando las restricciones de acceso a las mismas (plazas sin cubrir, etc.).

Probablemente vamos tarde y no se están garantizando los derechos de los pacientes. Desde la aprobación del citado MEAPyC y de su actualización a través del Plan de Acción de AP y C¹⁶ 2022-2023 el 15 de diciembre de 2021, con reformas a desarrollar entre 2021 y 2023, apenas si se ha avanzado mucho.

Supuestamente nos encontramos en la segunda fase de implementación del MEAPyC y los proyectos autonómicos del Plan de Acción de AP y C, que están sin elaborar en la mayoría de las CCAA. Se han llevado a cabo en Aragón, Baleares, Madrid, Navarra y Valencia y están sin confeccionar en Andalucía, Asturias, Cataluña, Castilla y León, Euzkadi, Galicia y Murcia entre otras.

En este mismo orden de cosas, el Gobierno ha autorizado en el Consejo de Ministros (20-9-2022) la distribución de 172.4 millones de euros entre las CCAA para el desarrollo del Plan de AP y C 2022-2023, una cantidad que ha sido tachada de “irrisoria” por la Plataforma “Salvemos la Atención

16 Ministerio de Sanidad. *Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 15 de diciembre de 2021*. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion Primaria.pdf

Primaria”¹⁷. En este sentido, se ha recordado que de los 1.089 millones de euros presupuestados para MEAPyC en 2021, y no ejecutados, se ha pasado a 176 millones en 2022, una cuantía claramente insuficiente y muy lejos de ese 25% del total destinado a sanidad que se viene reclamando como imprescindible para abordar las mejoras necesarias en este nivel asistencial básico que siempre había sido considerado como pilar fundamental vertebrador del SNS.

¿Podrán seguir garantizándose así los derechos de los pacientes en Atención Primaria? Son muchos los interrogantes en estos oscuros tiempos de incertidumbre.

En todo caso, y en relación con ello, parece razonable tener en cuenta las oportunas recomendaciones del Informe del **Comité de Bioética de España**¹⁸ sobre “**Aspectos bioéticos de la telemedicina en el contexto de la relación clínica**”, adoptado en junio de 2022:

1. La telemedicina debe regirse, cuando menos, por los mismos principios bioéticos que la Medicina tradicional.

2. Se debe entender la telemedicina, y en especial la teleconsulta, como complementaria y nunca sustituta absoluta de la consulta presencial. El elemento humano es sustancial en la relación clínica.

3. El uso de la telemedicina se debe promover en aquellas situaciones que supongan una oportunidad para mejorar la asistencia y el cuidado de la salud de las personas, facilitándoles el acceso, disminuyendo la desigualdad, mejorando los trámites burocráticos, facilitando la continuidad, el seguimiento, las respuestas a dudas o comunicación de resultados y la televigilancia domiciliaria en pacientes con patologías crónicas.

4. La telemedicina debe contar con un plan de evaluación que permita la realización de ajustes en función de los resultados y las consecuencias de las diferentes modalidades. Es importante establecer alertas ante desviaciones que puedan generar desigualdades en la atención a la salud.

5. Hay que realizar estudios de calidad acerca de las repercusiones de la telemedicina en las distintas patologías y en las diferentes poblaciones.

6. Hay que promover la formación de los profesionales en el uso de la telemedicina, y establecer estrategias de prevención del “acostumbramiento” a la consulta no presencial que pueda limitar el compromiso profesional.

7. La modalidad de consulta no presencial nunca puede ser una herramienta con la finalidad de rentabilizar la jornada laboral y disminuir la contratación de profesionales.

8. Hay que potenciar la formación de los ciudadanos en habilidades de manejo y hacerla accesible a las poblaciones más vulnerables o desasistidas.

9. Se debe dotar a la telemedicina del soporte normativo y legal que garantice su buen uso y de los mecanismos para preservar la seguridad, la confidencialidad y la protección de datos.

10. Es obligado promover un análisis social, ético y jurídico riguroso sobre la repercusión de la telemedicina en la atención sociosanitaria, en el que participarán todos los actores de la red social incluyendo a la ciudadanía, los profesionales y las instituciones. Este análisis debe tratar, entre otros aspectos, la seguridad clínica, la protección de datos, la prevención de ataques cibernéticos en el sector de la salud, la brecha digital y las preferencias del paciente.

17 Ver noticia en: <https://isanidad.com/226287/plataforma-salvemos-atencion-primaria-ve-cantidad-irrisoria/>

18 Comité de Bioética de España. *Informe sobre Aspectos bioéticos de la telemedicina en el contexto de la relación clínica*. 13 de junio de 2022. Disponible en: file:///C:/Users/rgutierrez/Desktop/BIO%C3%89TICA/CBE/CBE_Informe%20sobre%20aspectos%20bioeticos%20de%20la%20telemedicina%20en%20el%20contexto%20de%20la%20relacion%20clinica.pdf