

LA OTRA PANDEMIA

ENTRE EL ABANDONO Y EL DESMANTELAMIENTO:
EL DERECHO A LA SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA
EN ESPAÑA

ANTES DE ACUDIR
AL CENTRO DE SALUD
PIDA **CITA TELEFÓNICA**

SU MÉDICO O SU
ENFERMERA LE
LLAMARÁN Y LE
ORIENTARÁN EN SU
PROBLEMA

ASI, CUANDO VAYA,
NO ESTARÁ EN
RIESGO NI PONDRÁ
EN RIESGO A OTROS

23 SEPT Centro Salud BUENOS AIRES

CONSULTAS (teléfono y presencial)		
MEDICINA	401	CONSULTA COVID 35
ENFERMERÍA	257	PCR 27
PEDIATRÍA	94	MATRONA 8
DOMICILIOS	16	FISIOTERAPEUTA 13
U. ADMINISTRATIVA	483	ODONTOLOGÍA
PROFESIONALES QUE FALTAN:	9	TRIAGE 436

VENGA A SU H
EVITAR AGLOM

ESTAMOS HACIENDO
TODO LO POSIBLE
POR ATENDEROS
Perdonen las molestias

LAVE LAS MANOS
FRECUENTEMENTE
arlo con agua y jabón o con
solución hidroalcohólica.

EVITE TOCARSE LA
OJOS
TÓSASE AL

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



© AMNISTÍA INTERNACIONAL, FEBRERO DE 2021

SALVO CUANDO SE INDIQUE LO CONTRARIO, EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO ESTÁ PROTEGIDO POR UNA LICENCIA CREATIVE COMMONS (ATRIBUCIÓN, NO COMERCIAL, SIN OBRA DERIVADA, INTERNACIONAL 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Para más información, visita la página *Permisos* de nuestro sitio web: <https://www.amnesty.org/es/about-us/permissions/>

El material atribuido a titulares de derechos de autor distintos de Amnistía Internacional no está sujeto a la licencia Creative Commons.

Publicado por primera vez en 2021
por Amnistía Internacional España.
Calle Fernando VI, 8, 28004 Madrid

es.amnesty.org

Foto de portada:

Vista del Centro de Salud Buenos Aires, en Portazgo. © EFE/
Rubén Sánchez Lesmas.

LA OTRA PANDEMIA

ENTRE EL ABANDONO Y EL

DESMANTELAMIENTO: EL DERECHO

A LA SALUD Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

EN ESPAÑA

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	4
METODOLOGÍA	10
1. ¿POR QUÉ LA ATENCIÓN PRIMARIA?	12
1.1 LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESENCIAL PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD.....	12
1.2. LA IMPORTANTE ADVERTENCIA DE LA OMS, DESATENDIDA.....	14
2. LA ATENCIÓN PRIMARIA ANTES DE LA PANDEMIA	15
2.1. 2009-2018, LA DÉCADA PERDIDA EN INVERSIÓN SANITARIA.....	15
2.2. LA SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y SU IMPACTO EN EL DERECHO A LA SALUD.....	16
2.2.1. Escasez de profesionales sanitarios.....	16
2.2.2. El alto grado de temporalidad en el sector sanitario.....	17
2.2.3. Sobrecarga asistencial.....	18
2.3. INCUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y VULNERACIONES DEL DERECHO A LA SALUD.....	19
3. CRÓNICA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA	21
3.1. RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA Y EL DERECHO A LA SALUD.....	21
3.2. MEDIDAS ADOPTADAS DURANTE LA PANDEMIA EN MATERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	22
3.2.1. Medidas adoptadas durante el estado de alarma.....	22
3.2.2. Medidas de transición hacia el final del estado de alarma.....	24
3.2.3. Medidas adoptadas por el Gobierno después de finalizar el estado de alarma.....	24
3.2.4. Medidas adoptadas por las Comunidades Autónomas.....	25
3.3. FALTA DE TRANSPARENCIA Y NECESIDAD DE ESTABLECER MECANISMOS EFECTIVOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS.....	28
4. IMPACTO DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN	29
4.1. PÉRDIDA DE ACCESO Y DETERIORO DE LA CALIDAD.....	29
4.1.1. De puerta de entrada a dique de contención: El cierre de centros.....	29
4.1.2. Cambio de modelo asistencial: Las llamadas perdidas.....	30
4.1.3. Reducción de la accesibilidad en los centros abiertos.....	33
4.1.4. Listas de espera que se alargan.....	34
4.1.5. Tiempos de consulta que se acortan.....	36
4.1.6. La atención domiciliaria reducida.....	38
4.2. DISCRIMINACIÓN EN EL ACCESO AL DERECHO A LA SALUD.....	41
4.2.1. Las personas mayores.....	42
4.2.2. Personas con enfermedades crónicas.....	45
4.2.3. Las personas inmigrantes.....	48
4.2.4. Personas con enfermedades de salud mental.....	53
4.2.5. Mujeres: La desigualdad que se agrava.....	54
4.3. NECESIDAD DE EVALUACIÓN DEL EXCESO DE FALLECIMIENTOS.....	59
5. IMPACTO EN EL DERECHO A LA SALUD Y EN LA SITUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO	61
5.1. FALTA DE PROTECCIÓN ADECUADA.....	61
5.1.1. Falta de EPI suficientes en la fase aguda de la pandemia.....	61



5.1.2. Falta de acceso a las pruebas de diagnóstico PCR.....	64
5.1.3. Situación actual de protección del personal sanitario.....	65
5.1.4. Ausencia de estadísticas detalladas.....	67
5.1.5. El derecho del personal sanitario a trabajar en condiciones sanas y seguras.....	68
5.2. LA SOBRECARGA ASISTENCIAL Y EL IMPACTO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD.....	69
5.2.1. La sobrecarga asistencial en el sistema de atención primaria.....	69
5.2.2. Ansiedad, estrés y sufrimiento creciente.....	74
5.2.3. Agresiones físicas y verbales al personal sanitario.....	76
5.3. FALTA DE INFORMACIÓN ADECUADA Y PARTICIPACIÓN EFECTIVA.....	77
5.4. EL PELIGRO DEL DESGASTE PROFESIONAL PARA EL SISTEMA DE SALUD.....	79
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	83
1. REFORZAR EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	83
2. MEJORAR LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO.....	84
3. GARANTIZAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE MAYOR VULNERABILIDAD.....	85
4. GARANTIZAR UNA INFORMACIÓN DETALLADA Y TRANSPARENTE.....	85
5. GARANTIZAR MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN EFECTIVA DEL PERSONAL SANITARIO EN EL DISEÑO DE LA GESTIÓN SANITARIA.....	85
6. ADOPTAR MECANISMOS EFECTIVOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS.....	86
7. GARANTIZAR LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LA GESTIÓN SANITARIA.....	86

RESUMEN EJECUTIVO

Este informe analiza el impacto que ha tenido la gestión de la atención primaria durante la pandemia de la COVID-19 en el derecho a la salud de la población —especialmente de las personas en situación de mayor vulnerabilidad— y de los y las profesionales sanitarios en la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y Cataluña. Estas comunidades autónomas han sido elegidas por una serie de razones estratégicas que se detallan en el apartado de metodología.

La pandemia de la COVID-19 ha sometido al Sistema Nacional de Salud (SNS) a una presión sin precedentes en la historia reciente del país. Un incremento de la presión que no se ha visto acompañado de medidas adecuadas orientadas a reforzar la atención primaria y garantizar el derecho a la salud de todas las personas, lo que ha abocado al sistema a una situación cercana al colapso.

El 14 de marzo, el Gobierno adoptó el Real Decreto 463/2020 por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria. Esta norma estableció que todas las autoridades civiles sanitarias de las administraciones públicas quedaban bajo las órdenes directas del ministro de Sanidad, sin perjuicio de que las administraciones públicas autonómicas mantuvieran la gestión de los correspondientes servicios sanitarios.

Al inicio de la pandemia se cerraron centros de salud y consultorios locales. Así, en Cataluña, según información facilitada por el Servei Català de la Salut, desde marzo hasta septiembre el porcentaje de cierre de centros varió del 9 al 0,92%, y en el caso de los consultorios locales del 46 al 24%.¹ En la Comunidad de Madrid, hasta abril se cerró el 7,8% de los centros y el 53,3% de los consultorios, y en octubre el porcentaje de centros de salud cerrados era de un 0,69% y el de los consultorios locales de un 23,06%.² Castilla-La Mancha afirma no haber cerrado ningún centro ni consultorio en este periodo, aunque sí reconoce haber reorganizado servicios y limitado horarios que afectaron a la atención sanitaria.³

El modelo de asistencia sanitaria presencial se transformó en un modelo de atención telefónica con la finalidad de prevenir contagios en los centros de salud. Sin embargo, esta transición se produjo de manera brusca y sin los necesarios adelantos tecnológicos, en un contexto de gran presión asistencial y sin medidas de refuerzo suficientes, tanto en términos de recursos materiales como humanos, que garantizaran el acceso a la atención primaria de las personas. El Foro de Médicos de Atención Primaria alertó de que en España, entre marzo y septiembre, las llamadas se incrementaron en más de un 400% en algunos centros de salud y pidió la mejora de la red de telefonía y la atención de la misma, obsoleta e insuficiente.⁴ En las comunidades autónomas objeto de estudio se adoptaron algunas medidas orientadas a facilitar el acceso al sistema de atención primaria. En Castilla-La Mancha se instauró en septiembre un sistema de call center con 90 profesionales contratados.⁵ En Cataluña, se desarrollaron estrategias de atención telemática, principalmente a través de la aplicación “La Meva Salut”. Amnistía Internacional no ha recibido información de la Comunidad de Madrid a este respecto. Asimismo, las personas sin sintomatología COVID-19 que decidían trasladarse a los centros médicos porque el sistema telefónico estaba al borde del colapso, tampoco recibieron atención sanitaria en las tres comunidades estudiadas, solo la recomendación de volver a sus domicilios y esperar la llamada del personal sanitario, postergándose más su atención. Además, estas medidas de cierre de centros, cambio de modelo asistencial y puesto de triaje en los centros de salud se llevaron a cabo sin dar información adecuada a la población.

1 Información facilitada por el Servei Català de la Salut a Amnistía Internacional.

2 Información facilitada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

3 Ver: <https://www.lavozdeltajo.com/noticia/51101/actualidad--talavera--gerencia-de-atencion-primaria-nunca-autorizo-el-cierre-de-urgencias-del-ambulatorio-de-la-estacion.html>

4 Ver: <http://medicosypacientes.com/articulo/el-foro-de-medicos-de-atencion-primaria-alerta-de-la-situacion-de-los-centros-de-salud-en>

5 Ver: <https://citapreviasescam.es/comienza-a-operar-en-toda-la-region-el-call-center-habilitado-por-el-gobierno-de-castilla-la-mancha-para-agilizar-las-citas-telefonicas-en-atencion-primaria/>

Ante esta situación próxima al colapso asistencial, las comunidades autónomas adoptaron algunas medidas de refuerzo del sistema. La Comunidad de Madrid comunicó en octubre que había contratado a 10.400 profesionales sanitarios, 700 de los cuales en atención primaria,⁶ y anunció un “Plan de mejora integral en atención primaria” con una duración de tres años y con una dotación de 83 millones de euros.⁷ En Cataluña, se anunció un “Plan de fortalecimiento y transformación de la atención primaria” con una inversión inicial de 300 millones y las autoridades sanitarias afirman haber contratado a 4.310 profesionales⁸, entre ellos, 800 gestores COVID cuyo principal cometido era el rastreo de los contactos de personas con sospecha de haber contraído el virus. Por su parte, la consejería de sanidad de Castilla-La Mancha afirmó haber contratado entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre de 2020 a 2.080 profesionales en atención primaria; entre ellos, 477 personal de medicina, 914 de enfermería, y 410 auxiliares de función administrativa.⁹ Sin embargo, organizaciones y personal sanitario de las tres comunidades autónomas califican estas medidas de insuficientes.

Las medidas descritas han sido insuficientes porque no han reforzado de manera adecuada la atención primaria y ni han garantizado el acceso a la atención sanitaria de una población con crecientes necesidades de salud, relativas no únicamente a la COVID-19 sino también a otras patologías. Ante esta escasez de recursos, servicios como la atención domiciliaria se vieron reducidos, afectando a personas que no podían acceder a los centros por su condición física o de salud. Asimismo, los tiempos de las listas de espera en la atención primaria aumentaron. Antes de la pandemia, en Cataluña, el 62% de las personas que solicitaban una cita médica tenían que esperar entre cinco y diez días.¹⁰ En Castilla-La Mancha, la espera era de uno a tres días en 2019.¹¹ La Comunidad de Madrid no ha facilitado cifras oficiales a Amnistía Internacional. Sin embargo, la organización ha recogido testimonios que confirman que las listas de espera se han incrementado en las tres comunidades autónomas más allá de las cifras oficiales, llegando a alcanzar, en algunos casos, dos semanas.

En el marco del progresivo alivio de las medidas de confinamiento social, la Organización Mundial de la Salud (OMS) solicitó a los Estados basar esta decisión en la evaluación del riesgo y en la capacidad asistencial tanto de los hospitales como de los centros de salud.¹² Sin embargo, el “Plan para la transición hacia una nueva normalidad” del Ministerio de Sanidad, principal documento que guio el alivio gradual de las medidas de confinamiento, no incluyó indicadores que permitieran evaluar la capacidad asistencial de la atención primaria en las comunidades autónomas antes de adoptar nuevas medidas de desconfinamiento.

Si bien ningún sistema sanitario podía estar preparado para una pandemia de tal magnitud, el país afrontó la crisis con un sistema de salud muy debilitado por las medidas de austeridad llevadas a cabo en los últimos años. Mientras el Producto Interior Bruto (PIB) subió un 8,6% entre 2009 y 2018, el gasto sanitario público en dinero constante –teniendo en cuenta la inflación– se redujo en un 11,21%.¹³ La atención primaria se vio afectada de manera especial, reduciéndose de media un 13% en esos años. A pesar de que la OMS recomienda destinar el 25% del gasto sanitario a la atención primaria, en España este porcentaje pasó de un 14,3% en 2009 a un 13,9% en 2018. Asimismo, antes de la pandemia, la atención primaria ya

6 Ver: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2020/10/24/comunidad-refuerza-prevencion-covid-19-areas-sanitarias-mayor-incidencia-positivos>

7 Ver: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2020/09/22/comunidad-madrid-equipara-retribuciones-medicos-especialistas-atencion-primaria-summa-112-hospitales>

8 Información facilitada por el Servei Català de Salut a Amnistía Internacional.

9 Información facilitada por la consejería de sanidad de Castilla-La Mancha a Amnistía Internacional.

10 Información facilitada por el Servei Català de la Salut a Amnistía Internacional.

11 Información facilitada por la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha.

12 Organización Mundial de la Salud (OMS). Orientaciones provisionales. Abril de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331970/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-spa.pdf

13 Amnistía Internacional.: “La Década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2008 al 2019”. Disponible en: https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=*&start=6&rows=1&sort=visits%20desc

estaba infradotada de personal, con una ratio de personal médico y de enfermería por 1.000 habitantes de 0,77 y 0,66, respectivamente. Ratios que no han sufrido apenas cambios en los últimos diez años y que, en el caso del personal facultativo de atención primaria, están muy alejadas de las de países como Portugal, con la mejor ratio de Europa (2,6), Irlanda (1,82), Países Bajos (1,61), Austria (1,56) y Francia (1,42).¹⁴

Quienes han sufrido de manera desproporcionada las barreras de acceso a la atención primaria han sido las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas o con enfermedades de salud mental, las personas inmigrantes y también las mujeres.

Las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas o con enfermedades de salud mental tienen más necesidades y, por lo tanto, dependen más del sistema sanitario. Un sistema que, al no contar con suficientes medios y estar centrado en la gestión de la pandemia, no ha integrado de manera adecuada el derecho a la salud y las necesidades especiales de salud de estos grupos en el diseño de la respuesta a la pandemia, provocando una discriminación indirecta en las personas con patologías no COVID-19.

La población que se encuentra en estas categorías representa un porcentaje importante en todo el país. En el caso de Castilla-La Mancha, la población con más de 65 años supone el 19% del total, en la Comunidad de Madrid el 17,9% y en Cataluña el 19,2%.¹⁵ Respecto a tres de las enfermedades crónicas con mayor incidencia en el Estado español, tensión alta, artrosis y diabetes, el porcentaje de población mayor de 15 años que las padece oscila en las tres comunidades autónomas entre un 19 y un 22% para la tensión alta, entre un 15 y un 20% para la artrosis y entre un 7 y un 7,5% para la diabetes.¹⁶ Asimismo, y según los y las profesionales sanitarios, se ha producido un aumento de los problemas de salud mental durante la pandemia.¹⁷

Por su parte, las personas inmigrantes han visto incrementadas las barreras de acceso al sistema sanitario. La legislación estatal, el Real Decreto-Ley 7/2018, no garantiza la plena universalidad en el acceso a la atención sanitaria. En el ámbito autonómico, las tres comunidades estudiadas han adoptado medidas que van desde la legislación de 2016 de universalidad en Castilla-La Mancha, hasta un sistema que garantiza la tarjeta sanitaria durante la pandemia en Cataluña o un acceso al sistema restringido a cuestiones relacionadas con la COVID-19 en la Comunidad de Madrid. Sin embargo, en las tres comunidades autónomas han existido barreras de acceso al sistema sanitario a causa de las importantes lagunas e imprecisiones jurídicas con las que cuenta la norma estatal, siendo su aplicación deficitaria y dispar en el país. Tampoco han existido campañas de información para la población inmigrante de las medidas autonómicas y algunas de estas personas han contado con barreras idiomáticas en la atención sanitaria vía telefónica.

Finalmente, las mujeres, que representan el 75% de las personas cuidadoras, han sufrido de manera especial el impacto de una atención primaria debilitada, pues han asumido una mayor carga de cuidados de las personas enfermas ante la falta de recursos sanitarios accesibles. Asimismo, con un aumento de la violencia de género en el conjunto de España –las llamadas al 016 se han incrementado entre enero y abril en más de un 1.000%, y las consultas on line sobre violencia de género en un 67,3%¹⁸– la atención primaria podría no haber tenido capacidad para identificar a una parte de las mujeres víctimas de violencia de género.

14 Ibíd.

15 Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de estructura de población, 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1451>

16 Encuesta Nacional de Salud 2017. Publicada en 2018 y disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

17 Ver: <https://www.cibersam.es/noticias/el-cibersam-pone-el-foco-en-los-problemas-de-salud-mental-durante-la-pandemia>

18 Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género. Boletín estadístico mensual. Octubre de 2020. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE_Octubre_2020.pdf

Por otra parte, las y los profesionales sanitarios han desempeñado un papel extraordinario en la respuesta a la pandemia. Han arriesgado su salud y su bienestar, a menudo en circunstancias difíciles y con muy poco apoyo, para garantizar el acceso de la población a su derecho a la salud. A fecha de cierre de este informe, y según cifras del Ministerio de Sanidad, más de 123.603 profesionales de la salud se han contagiado del virus¹⁹ y 63 han fallecido como consecuencia de la enfermedad. Sin embargo, la Organización Médica Colegial reportó en diciembre el fallecimiento de 80 facultativos²⁰ y el Sindicato de Enfermería (SATSE) comunicó a Amnistía Internacional, en enero de 2021, el dato de 9 enfermeras fallecidas.²¹ Las mujeres, que constituyen la mayoría de la fuerza laboral del Sistema Nacional de Salud, representan el 78% del personal sanitario contagiado.²² La falta de equipos de protección individual (EPI) situó a España en el mes de abril como el país con más personal sanitario o sociosanitario infectado de Europa.²³

La sobrecarga asistencial, que ha llegado a alcanzar en algunos centros de atención primaria cifras de hasta cien pacientes al día por consulta, junto con una percepción de no poder atender todas las necesidades de salud de la población y no contar con las condiciones idóneas para realizar diagnósticos, ha generado un aumento de problemas de salud mental y un alto grado de desgaste profesional. Las mujeres sanitarias también se han visto especialmente afectadas porque a la sobrecarga asistencial se ha sumado el trabajo de cuidados en el espacio doméstico, lo que conlleva niveles adicionales de estrés y sufrimiento.

Amnistía Internacional considera que el derecho a la salud se ha vulnerado durante la pandemia. Las causas no se encuentran únicamente en una situación coyuntural derivada de la actual emergencia sanitaria, sino en cuestiones estructurales que tienen que ver con un sistema infradotado en términos materiales y humanos, con una inversión alejada de la que tienen otros países europeos. De hecho, la situación descrita en este informe relativa a la Comunidad de Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha podría estar produciéndose en otros territorios en mayor o menor medida.

19 Ministerio de Sanidad. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_306_COVID-19.pdf

20 Ver: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/la-omc-homenajea-a-los-80-medicos-fallecidos-debido-al-coronavirus-covid-19-8800>

21 Información facilitada por el Sindicato de Enfermería (SATSE) a Amnistía Internacional.

22 Ver: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2056_09%20de%20diciembre%20de%202020.pdf

23 Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades: “Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK –ninth update 23”. Abril de 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf>

A la luz de estas consideraciones, Amnistía Internacional formula las siguientes recomendaciones (la lista completa figura al final del informe):

REFORZAR EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA:



Las Comunidades Autónomas deben incrementar de manera progresiva, en los presupuestos de los próximos años, la inversión asignada a la atención primaria al 25% del total del gasto sanitario público, tal y como recomienda la OMS, siendo la inversión tanto en recursos humanos como en infraestructuras y equipamiento. El diseño de los presupuestos debe incluir una evaluación detallada del gasto necesario en atención primaria para garantizar que todas las personas pueden disfrutar del derecho a la salud.



Las Comunidades Autónomas deben reforzar de manera urgente las plantillas de la atención primaria hasta alcanzar la media de ratios de profesionales en la Unión Europea para hacer frente al aumento del volumen de trabajo, durante la pandemia de COVID-19 y con posterioridad a la misma.



El Ministerio de Sanidad debe definir indicadores que aseguren la evaluación de la capacidad asistencial de la atención primaria en las Comunidades Autónomas y recomendar el fortalecimiento de la misma.

MEJORAR LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO:



El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas deben conocer en todo momento si la totalidad del personal sanitario tiene acceso a equipos de protección individual (EPI), qué tipos de EPI faltan y dónde faltan, para permitir un análisis completo de las necesidades. El análisis incluirá una perspectiva de género, por ejemplo en relación al tallaje de los EPI, para asegurar una protección eficaz a las mujeres sanitarias.

GARANTIZAR EL ACCESO A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE MAYOR VULNERABILIDAD:



Las Comunidades Autónomas deben eliminar las barreras de acceso a la atención primaria de los grupos en situación de mayor vulnerabilidad y adoptar medidas concretas para asegurar que las necesidades de salud de las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas o con enfermedades de salud mental están integradas en las estrategias de gestión sanitaria, y que se garantiza su derecho a la salud sin ningún tipo de discriminación, tal y como han recomendado la OMS y diversos mecanismos de protección de derechos humanos de las Naciones Unidas.



El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas deben adoptar reformas legislativas que aseguren el acceso a la atención sanitaria para las personas en situación administrativa irregular y las personas reagrupadas legalmente en España con familiares residentes en el país, sin ningún tipo de discriminación.

GARANTIZAR UNA INFORMACIÓN DETALLADA Y TRANSPARENCIA:



El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas deben publicar de manera constante y actualizada datos relativos a la inversión realizada en atención primaria durante la pandemia, planes de refuerzo y nuevas contrataciones, así como datos de contagios y fallecimientos por COVID-19 entre el personal sanitario, desglosados por sexo, lugar de trabajo, comunidad autónoma y tipo de profesional, entre otras cuestiones.

GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN EFECTIVA DEL PERSONAL SANITARIO:



El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas deben asegurar mecanismos de participación informada y efectiva del personal sanitario en el diseño e implementación de todas las políticas que les afecten, atendiendo a las diferencias de género.

ADOPTAR MECANISMOS EFECTIVOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS:



El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas deben realizar una evaluación exhaustiva, efectiva, transparente e independiente sobre la preparación de las autoridades sanitarias centrales y autonómicas respecto a la pandemia y sus respuestas a esta. Las autoridades deben analizar el impacto de la gestión sanitaria, en especial en el ámbito de la atención primaria y cómo ha afectado al derecho a la salud de las personas. El proceso de evaluación deberá asegurar mecanismos que garanticen la participación efectiva del personal sanitario.

METODOLOGÍA

El presente informe analiza el impacto de la gestión de la atención primaria durante la pandemia en el derecho a la salud de la población, especialmente de las personas en situación de mayor vulnerabilidad, y de los y las profesionales sanitarios.

Amnistía Internacional realizó la investigación entre septiembre y diciembre de 2020, y se centró en Castilla-La Mancha, Cataluña y la Comunidad de Madrid. La elección de estas tres comunidades está basada en tres criterios: el alto grado de desinversión en atención sanitaria, la situación epidemiológica relativa a la pandemia en julio de 2020 y la diversidad de fuerzas políticas representadas en los tres gobiernos autonómicos.

Amnistía Internacional ha entrevistado a un total de 93 actores:



59 profesionales de la salud: de los cuales, 15 son profesionales sanitarios de Cataluña, cuatro de ellos portavoces de organizaciones del sector sanitario –el *Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP)*, la *Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)*, *Rebel·lió Primària* y el sindicato *Metges de Catalunya*–; 17 profesionales de la salud de Castilla-La Mancha, cinco de ellos representantes de organizaciones y colegios profesionales –*Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria (SCAMFYC)*, *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)*, *Colegio Oficial de Médicos de Toledo*, *Colegio Oficial de Enfermería de Albacete* y del *Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real*–, y 6 sanitarios en la Comunidad de Madrid, tres de ellos representantes de *Yo Sí Sanidad Universal* y de la *Asociación Madrileña de Enfermeras*. Asimismo, en octubre se realizaron 21 entrevistas a personal sanitario de Madrid centradas en listas de espera, sobrecarga asistencial, nivel de refuerzos de los centros de salud y situación de los profesionales de la salud. En abril se había hecho una encuesta a 96 profesionales sanitarios para conocer el nivel de percepción de acceso a EPI, cuyos resultados han sido utilizados como base para este informe. Todas las entrevistas fueron individuales, a excepción de una grupal a tres médicas de Cataluña.



30 personas que han solicitado atención sanitaria para ellas y/o sus familiares, personas a las que cuidaban o acompañaban en el proceso de acceder al sistema público de salud a través de la atención primaria. De ellas, doce pertenecían a organizaciones sociales.



4 personas expertas en gestión de atención primaria, gestión sanitaria, economía de la salud y género.

El equipo de investigación revisó las normas del derecho internacional y las recomendaciones de mecanismos internacionales y regionales sobre derecho a la salud y atención primaria, y realizó un análisis documental que incluye la revisión de artículos científicos relativos a la gestión de atención primaria y a la pandemia provocada por la COVID-19, además de bibliografía de fuentes secundarias. Asimismo, se han incluido las respuestas ofrecidas por la Comunidad de Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha a las preguntas planteadas por Amnistía Internacional en relación a los recursos humanos de los sistemas de salud, provisión de material de protección, capacidad de pruebas diagnósticas y cierre de centros.

La organización también se ha reunido con autoridades de Cataluña: el director estratégico de atención primaria del *Departament de Salut*, el director operativo de atención primaria y salud comunitaria del *CatSalut*, la jefa del gabinete del director del *Servei Català de la Salut*, la directora del área de comunicación, innovación y ciudadanía, la jefa del despliegue en el territorio del área de organizaciones y profesionales, la directora asistencial de atención primaria de Barcelona del *Institut Català de la Salut* y el director gerente del *Institut Català de la Salut*, quien además es el secretario de salud pública del *Departament de Salut*.

Amnistía Internacional ha tenido contactos con la directora general de humanización y atención sociosanitaria de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha y con el gabinete de la ministra de Sanidad. Amnistía Internacional ha incluido en el informe la información facilitada por el gabinete de la ministra de Sanidad. Asimismo, solicitó una reunión con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pero a fecha de cierre de este informe no había sido posible obtenerla.

Amnistía Internacional está profundamente agradecida a las personas que han compartido sus testimonios, personas con necesidades de salud y personal sanitario sin los cuales este informe no hubiera sido posible. También agradece su colaboración a las siguientes organizaciones, sindicatos y movimientos sociales: Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS), Associació de Diabetis de Catalunya (ADC), Asociación de Vecinos El Tajo (Toledo), Asociación de Diabetes de Albacete (ADA), Asociación Provincial de Enfermos Reumáticos de Guadalajara (APERG), Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), Federación de Asociaciones de Diabetes de Castilla-La Mancha (FEDICAM), Fórum Català d'Atenció Primària (FoCAP), Fundación 26 Diciembre, Fundación Sin Hogar, Jóvenes Pensionistas, Marea Pensionista, Médicos del Mundo, Metges de Catalunya, Rebel·lió Primària, ROSAE, Santako diu Prou, Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria (SCAMFYC), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC), Yayoflautas, Yo Sí Sanidad Universal.



1. ¿POR QUÉ LA ATENCIÓN PRIMARIA?

Existe un amplio consenso internacional sobre la importancia que tiene la atención primaria en la mejora de la salud de la población.²⁴ En el contexto de una pandemia que está amenazando al sistema sanitario a una escala sin precedentes recientes, es necesario subrayar la importancia de contar con un sistema de atención primaria robusto para el acceso y disfrute del derecho a la salud de la población.



“Si tienes una buena atención primaria, tienes atención a las personas mayores, a personas con enfermedades crónicas y tienes promoción de la salud, contribuyes a que las comunidades no enfermen y el acceso universal a la atención primaria favorece la equidad entre las personas”.

Laura, médica de Barcelona

1.1 LA ATENCIÓN PRIMARIA: ESENCIAL PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO A LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la atención primaria puede satisfacer más del 70% de las necesidades de salud de las personas a lo largo de su vida.²⁵

La atención primaria no representa simplemente otro nivel asistencial. La Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978, se refiere a ella como el núcleo principal del Sistema Nacional de Salud y el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud.²⁶ La Declaración también subraya que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, siendo la atención primaria la clave para alcanzar esa obligación.²⁷

Cuarenta años después, en la Declaración de Astaná, resultado de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, los Estados miembros de las Naciones Unidas, incluida España, reafirmaron que la atención primaria es la piedra angular de un sistema de salud sostenible de cobertura sanitaria universal. Igualmente subrayaron que el fortalecimiento de la atención primaria es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud de las personas, así como su bienestar social.²⁸

24 La Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978; y la Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, octubre de 2018.

25 Ver: <https://www.euro.who.int/en/countries/spain/news/news/2019/5/fast-track-to-strong-primary-health-care>

26 Declaración de Alma-Ata. Disponible en: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

27 *Ibíd.*, párrafo V.

28 Declaración de Astaná. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?ua=1>

A su vez, diversos estudios han destacado que los sistemas de salud basados en una atención primaria fuerte garantizan niveles de salud más altos a la población,²⁹ son más equitativos y eficientes en el uso de recursos, y disminuyen las desigualdades y la mortalidad.³⁰

LOS RASGOS DISTINTIVOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Diversas declaraciones e informes de la OMS junto con reconocidos estudios en atención primaria³¹ han señalado como esenciales los siguientes elementos de la atención primaria:

- > **Longitudinalidad:** Atención sanitaria dispensada a lo largo de la vida por el mismo profesional o equipo de profesionales, creando un vínculo de confianza, conocimiento mutuo y continuidad de cuidados.
- > **Accesibilidad:** Capacidad de la población de poder encontrar asistencia adecuada a sus necesidades de salud en tiempo, forma y coste.
- > **Integralidad:** Atención centrada en la persona y no solo en la enfermedad –tratamiento, rehabilitación, atención paliativa–, combatiendo la fragmentación y realizando tareas de prevención y promoción de la salud.
- > **Polivalencia:** Capacidad de proporcionar servicios para una amplia categoría de problemas de salud, esencial para evitar derivaciones innecesarias a otros niveles asistenciales. Por esta razón, la atención primaria cuenta con equipos de trabajo interdisciplinarios.
- > **Coordinación** con otros recursos del sistema sanitario y sociosanitario que la población requiera.
- > **Orientación a la comunidad:** Adaptación de los servicios sanitarios a las circunstancias y necesidades del territorio, introduciendo para ello una perspectiva de determinantes sociales de la salud en la atención clínica y la gestión sanitaria.

29 James Macinko, Barbara Starfield, y Leiyu Shi.: “The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998”, *Health Services Research* 2003 Jun; 38(3): 831-865. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12822915/>

30 Sanjay Basu, Seth A. Brekowitz et al.: “Association of Primary Care Physician Supply with Population Mortality in the United States, 2005-2015”, *JAMA Internal Medicine* 2019; 179(4): 506-514. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30776056/>

31 Barbara Starfield: “Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services”. *SESPAS report 2012. Gaceta Sanitaria*. 2012; 26(1): 20-26, 2012. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003876>

Por su parte, el Relator Especial sobre el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental subrayó en 2015 la necesidad de fortalecer la atención primaria, advirtiendo a los Estados de que sin una infraestructura sólida de la misma, todos los logros de la ciencia moderna y del ejercicio de la medicina podrían verse comprometidos.³² También alertó de que la priorización de la atención especializada frente a la atención primaria puede generar barreras en el acceso al sistema para las personas con mayores necesidades de salud, provocando que los filtros del sistema no funcionen —por derivarse los casos leves a la atención especializada— y que se produzca un efecto negativo sobre el pleno disfrute del derecho a la salud.³³ Durante la pandemia, el Relator ha reiterado que fortaleciendo la atención primaria, los sistemas sanitarios pueden mejorar su equidad, eficiencia y capacidad de respuesta.³⁴

A nivel estatal, el Marco Estratégico para la Atención Primaria, documento de consenso entre las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, también destacó en 2019 la importancia de la atención primaria e identificó diversos objetivos para la mejora de la misma.³⁵

1.2. LA IMPORTANTE ADVERTENCIA DE LA OMS, DESATENDIDA

La actual crisis sanitaria hace especialmente relevante una advertencia y recomendación que la OMS hizo a los Estados hace ya más de una década. En el informe anual de 2008, dedicado a la atención primaria, advirtió a los Estados de que la naturaleza de los problemas sanitarios estaba cambiando en un sentido poco previsible y a un ritmo totalmente inesperado. Señaló que las consecuencias de la mala gestión de los procesos de urbanización y globalización sumadas al envejecimiento acelerarían la propagación de las enfermedades transmisibles a nivel mundial e incrementarían la carga de trastornos crónicos.³⁶ Igualmente subrayó la necesidad de potenciar el enfoque preventivo de la atención primaria y la salud pública para evitar que los sistemas de salud se vieran desbordados por las enfermedades emergentes, como el síndrome respiratorio agudo grave (SRAS), las pandemias de enfermedades crónicas, el envejecimiento de la población y las repercusiones del cambio climático.³⁷

A su vez, el Relator Especial sobre el derecho a la salud destacó en 2015 que los sistemas de salud deficientes no pudieron responder adecuadamente al contagio del virus del Ébola, y como una de las conclusiones extraídas de esa experiencia y de otras epidemias señaló la importancia de la medicina social. En su informe recomendó que la atención primaria se ocupara debidamente de los determinantes sociales de la salud y del contexto en que surgen las epidemias, y solicitó a los Estados fortalecer la atención primaria.³⁸

El siguiente capítulo muestra cómo España ha desoído durante los últimos años las recomendaciones internacionales de fortalecer la atención primaria y proteger el derecho a la salud de las personas.

32 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Abril de 2015. Doc. ONU A/HRC/29/33, párrafo 68. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/29/33>

33 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Abril de 2015. Doc. ONU A/HRC/29/33, párrafos 70 y 71.

34 Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163 Julio 2020. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/75/163>

35 Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, 2019. Ver también en este sentido Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: “Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España”, 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

36 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: “La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca”. Disponible en: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1

37 *Ibíd.*

38 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Abril de 2015. Doc. ONU A/HRC/29/33, párrafo 56. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/29/33>

2. LA ATENCIÓN PRIMARIA ANTES DE LA PANDEMIA

En España, la última década ha estado marcada por las medidas de austeridad adoptadas en el marco de la crisis económica y financiera. La desinversión en el Sistema Nacional de Salud, lo que ha afectado en mayor medida a la atención primaria, la escasez de profesionales sanitarios y las condiciones en las que han realizado su trabajo han tenido un impacto en el derecho a la salud de las personas cuando más lo necesitaban. Durante los últimos años han sido varios los mecanismos internacionales de protección de derechos humanos que han exigido a España una mayor inversión y protección del derecho a la salud de las personas. Recomendaciones que han sido desoídas por las autoridades sanitarias del Estado.

“*La COVID-19 no ha supuesto la crisis de la atención primaria, la crisis estaba ya. Decadencia es una palabra dura pero igual representa lo que está pasando en la atención primaria*”.

Concha Piqueras. Colegio Oficial de Enfermería de Albacete

2.1. 2009-2018, LA DÉCADA PERDIDA EN INVERSIÓN SANITARIA

Las medidas de austeridad supusieron una fuerte desinversión en el sistema sanitario que no se ha recuperado tras la crisis. Amnistía Internacional denunció en un informe de julio de 2020 que mientras que el Producto Interior Bruto (PIB) se incrementó en un 8,6% entre 2009 y 2018, el gasto sanitario público –en dinero constante– se redujo en un 11,21% y la inversión sanitaria pública per cápita lo hizo en un 10,54%.³⁹ Solo una comunidad autónoma (Islas Baleares) recuperó en 2018 la inversión previa a la crisis, superándola solo en un 1,7%. Asimismo, el porcentaje que representa el gasto sanitario público de España del PIB, un 6,4% –según fechas publicadas en 2018– está muy alejado del porcentaje de inversión que dedican países como Alemania (9,7%), Francia (9,4%), Suecia (9,3%), Dinamarca (8,5%) y Países Bajos (8,2%).⁴⁰

La OMS ha instado a los Estados desde hace años a basar los sistemas de salud en una sólida atención primaria, recomendando que el porcentaje de inversión en ese nivel asistencial sea de un 25% del presupuesto sanitario, evitando la inversión de forma desproporcionada en la atención especializada.⁴¹ Sin embargo, en España, la atención primaria ha sido una de las áreas más perjudicadas de esta desinversión. El presupuesto que se le ha dedicado se ha reducido de media un 13,1% en la última década, y el porcentaje de gasto que representa respecto al gasto sanitario público total ha bajado del 14,3% en 2009 al 13,9% en 2018.

Castilla-La Mancha es la comunidad que más ha desinvertido en sanidad, un 18,25% menos que en 2009. Por su parte, Cataluña ha perdido un 12,37% de inversión y la Comunidad de Madrid un 7,79%. En gasto sanitario público por habitante, Castilla-La Mancha es la que más ha desinvertido también, con un 16,4% menos; la Comunidad de Madrid ha perdido un 11,05% y Cataluña un 13,17%. En atención primaria, Cataluña es la comunidad con más pérdida de inversión, un 24,28%

39 Amnistía Internacional.: “La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018”. Disponible en: https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=*&start=6&rows=1&sort=visits%20desc

40 Ministerio de Sanidad. Ver: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_1.htm

41 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. : “La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca”. Disponible en: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1

menos; Castilla-La Mancha ha desinvertido un 11,26% y la Comunidad de Madrid un 11,76%, siendo esta última la que menos invierte en atención primaria, un 11,48%, y la que más dedica a la atención especializada, un 68,6%. Cataluña y la Comunidad de Madrid son dos de las tres comunidades que más invierten en conciertos con agentes privados, un 24,89 y un 10,7%, respectivamente.⁴²

Además de la desinversión en el sistema público de salud, el Gobierno adoptó medidas como el Real Decreto-Ley 16/2012, que constituyó una regresión en el derecho a la salud de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular y que introdujo medidas que trasladaron determinados costes sanitarios a las personas.⁴³

2.2. LA SITUACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y SU IMPACTO EN EL DERECHO A LA SALUD

“*Los políticos siempre hablan de la importancia de la atención primaria, cuando miras los programas políticos siempre hay una frase destinada a la atención primaria, pero nunca se lleva a la práctica. Estamos muy acostumbrados a eso*”.

Blanca Gispert, médica de Barcelona

2.2.1. ESCASEZ DE PROFESIONALES SANITARIOS

El Relator Especial sobre el derecho a la salud ha subrayado durante los últimos años la importancia de que los Estados cuenten con personal adecuado en los servicios de atención primaria. Sin embargo, él mismo ha concluido recientemente que los Estados no han seguido esa recomendación, provocando escasez de profesionales sanitarios dedicados a la atención primaria, lo que ha generado dificultades durante la pandemia actual.⁴⁴

En España, antes de la pandemia, la atención primaria ya estaba infradotada de personal. La ratio de enfermería por cada 1.000 habitantes en 2018 era de 0,66 y la de personal médico en atención primaria de 0,77, cifras que apenas se han modificado desde 2009. En la comparativa con la Unión Europea, España está por debajo de la media respecto al personal médico de atención primaria, y muy alejada de países como Portugal, el país con mejor ratio (2,6), Irlanda (1,82), Países Bajos (1,61), Austria (1,56) y Francia (1,42).⁴⁵

En relación a las tres comunidades objeto de estudio, la Comunidad de Madrid ha reducido un 0,01 la ratio de personal médico de atención primaria y un 0,02 el de enfermería; en Cataluña se ha aumentado en 0,04 y 0,06, y en Castilla-La Mancha ha subido un 0,01 y 0,03, respectivamente.

42 Amnistía Internacional: “La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2008 al 2019”. Disponible en: https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/doc?q=*&start=6&rows=1&sort=visits%20desc

43 Amnistía Internacional: “La receta equivocada: El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España”. Abril de 2018. Disponible en: <https://www.amnesty.org/download/Documents/EUR4181362018SPANISH.PDF>

44 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163 Julio 2020. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/75/163>

45 Amnistía Internacional: “La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2008 al 2019”.

En relación a los recursos humanos del sistema sanitario, España también ha priorizado la inversión en la atención especializada. Del total de los 138.797 médicos y médicas especialistas que trabajan en el Sistema Nacional de Salud, el 31% está adscrito a atención primaria, y el 55% a atención especializada.⁴⁶ Asimismo, entre 2010 y 2016 los recursos humanos en atención especializada crecieron un 6%, frente a los relativos a la atención primaria, que solo subieron un 1%.⁴⁷

La especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria tiene un déficit de profesionales en 15 comunidades autónomas.⁴⁸ Un informe del Ministerio de Sanidad de 2019 preveía tensiones de reposición a corto plazo, ya que el 27,5% de las y los médicos de familia tiene 60 o más años, y a medio plazo, puesto que el 63,4% tiene 50 o más años.⁴⁹ La tasa de reposición –contratos vía oposición que cubren los que se pierden por jubilación– varió en los años de la crisis entre el 10 y el 50%, es decir, de cada 10 profesionales que se jubilaban se ofertaban entre 1 y 5 plazas. Desde 2016 hasta la fecha, esta tasa ha llegado al 100% anual, pero no incluye la recuperación de todas las plazas que no se han repuesto durante más de diez años.⁵⁰

2.2.2. EL ALTO GRADO DE TEMPORALIDAD EN EL SECTOR SANITARIO

Las políticas de personal en el sistema sanitario se han basado en la precariedad laboral, lo que tiene un impacto en el derecho a la salud.

Según una encuesta de la Organización Médica Colegial realizada antes de la pandemia y publicada en 2020, la tasa de temporalidad en el sistema sanitario público español afecta a más del 36% de las médicas y médicos encuestados. De estos, el 55,4% lleva más de seis años sin conseguir una plaza mediante concurso oposición.⁵¹ La misma encuesta realizada un año antes mostraba que el 27,1% de quienes no disponían de una plaza fija llevaban entre once y veinte años en la misma situación, y un 11,9% llevaba más de veinte años, lo que representa una precariedad cronificada.⁵²

En 2017 solo el 6,9% de los contratos de médicos de familia fueron indefinidos, frente al 9,4% de médicos hospitalarios, y el 70% de esos contratos fueron de menos de un mes.⁵³ En el caso de la enfermería en atención primaria, la temporalidad es del 19%.⁵⁴

46 Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel: “Ministerio de Sanidad. Estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas. España 2018-2030”. Patricia Barber Pérez, Beatriz González López-Valcárcel. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

47 Ibíd.

48 Ibíd.

49 Ibíd.

50 Consalud: “La herencia sanitaria de la tasa de reposición: años sin OPE y 27.800 profesionales menos”, 2017. Disponible en: https://www.consalud.es/profesionales/la-herencia-sanitaria-de-la-tasa-de-reposicion-anos-sin-ope-y-27-800-profesionales-menos_32890_102.html

51 Ver: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_encuesta_situacion_profesion_medica_espana_2019_22_06_2_020.pdf

52 OMC-CESM. Encuesta sobre la situación de la profesión médica en España. 5ª 5.a oleada- 2018. Disponible en: <http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2019/01/InformeAP-Documento-final.pdf>

53 Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel: “Estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas. España 2018-2030”, Ministerio de Sanidad. Estimación de la oferta y demanda de médicos especialistas. España 2018-2030 Patricia Barber Pérez, Beatriz González López-Valcárcel.

54 Ver: <https://enfermeriatv.es/es/temporalidad-y-rotacion-laboral-lacras-del-sistema-sanitario-espanol/>

La precariedad se concentra en el personal médico joven (menores de 40 años), donde solo el 15,2% tenía plaza fija en 2017 en el sistema público.⁵⁵ La precariedad afecta especialmente a las mujeres, menores de 40 años y con nacionalidad extranjera.⁵⁶

El Marco Estratégico para la Atención Primaria establece como objetivo mantener una tasa de temporalidad en atención primaria inferior al 8%.⁵⁷ Sin embargo, la situación real dista mucho del objetivo marcado.

2.2.3. SOBRECARGA ASISTENCIAL

En España, la atención primaria se ha enfrentado durante los últimos años a un nivel muy alto de presión asistencial. Respecto a la dimensión de cupos asignados a cada profesional, el Marco Estratégico para la Atención Primaria⁵⁸ establece el máximo deseable en 1.500 pacientes por profesional sanitario en atención a adultos. Sin embargo, el propio Ministerio de Sanidad reconoció en 2018 que más del 41% de las y los médicos de familia tienen cupos que superan los 1.500 pacientes y que este exceso supone que las agendas de médicos con 40, 50 o incluso más pacientes al día sean demasiado frecuentes en muchos centros.⁵⁹ Asimismo, existen estudios que muestran que antes de la pandemia ya había evidencias de que estos cupos en algunas áreas de salud, sobre todo las urbanas, están sobredimensionados,⁶⁰ lo que impide un adecuado seguimiento de cada paciente y merma la calidad de su atención.

En la Comunidad de Madrid, en 2018 se estiman 34 pacientes diarios de media, aunque este valor no contabiliza las ausencias no cubiertas (un 68% de las bajas laborales superiores a un mes en 2019⁶¹) que se reparten entre el resto de profesionales presentes, por lo que probablemente este número es mayor.⁶² No hay datos oficiales de presión asistencial en Castilla-La Mancha. En Cataluña, el Institut Català de la Salut estima que en 2018 se atendieron casi 21 millones de consultas en medicina de familia y más de 13 millones en enfermería,⁶³ pero no hay datos de media de pacientes al día por consulta. Asociaciones de profesionales catalanes señalan la media entre 35 y 40 pacientes al día por médico.⁶⁴ Por otra parte, es necesario destacar el acuerdo firmado entre el Institut Català de la Salut y el sindicato Metges de Catalunya, que estableció una media de 1.300 tarjetas individuales sanitarias (TIS) por médico y una media de 12 minutos por visita.⁶⁵ Sin embargo, tal y como muestran los testimonios recogidos por Amnistía Internacional, este acuerdo no se está cumpliendo.

55 Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel: “Ministerio de Sanidad. Estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas. España 2018-2030 Patricia Barber Pérez, Beatriz González López-Valcárcel”, Ministerio de Sanidad.

56 Ver: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_encuesta_situacion_profesion_medica_espana_2019_22_06_2020.pdf

57 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

58 *Ibíd.*

59 Ver: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/mas-del-41-de-los-medicos-de-familia-tienen-cupos-excesivos-que-superan-los-1500-pacientes>

60 Luis Palomo L, Juan Gervas J, y Luis Miguel García-Olmos LM. : “La frecuencia de las enfermedades atendidas y su relación con el mantenimiento de la destreza del médico de familia”, *Atención Primaria* 1999; 23: 363-370.

61 Información facilitada por la Consejería de salud Salud de la Comunidad de Madrid a Amnistía Internacional.

62 Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/AtencionPrimariaFicha.aspx?ID=75>

63 Institut Català de la Salut (ICS). Mèmoría 2018. Disponible en: http://ics.gencat.cat/web/.content/01-LICS/memories-de-lics/portada/MEMO2018_ICS_CORPORATIVA.pdf

64 Ver: <https://metgesdecatalunya.cat/sites/default/files/2017-09/Nota%20de%20premsa%20-%2003.04.17.pdf>

65 Ver: <https://metgesdecatalunya.cat/sites/default/files/2018-11/Acord%20sortida%20vaga.pdf>

Ante las condiciones descritas, existe una creciente tendencia de emigración a otros países del personal médico. Según datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en 2019 se expidieron un total de 4.100 certificados de idoneidad para salir a otros países, una cifra que supone un incremento de un 18,7% respecto a 2018 y que es tres veces superior a las cifras de 2011. En los últimos nueve años se han solicitado alrededor de 27.500 certificados de idoneidad.⁶⁶

2.3. INCUMPLIMIENTO DE RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y VULNERACIONES DEL DERECHO A LA SALUD

Amnistía Internacional ya denunció en 2018 que las medidas de austeridad habían deteriorado la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la atención sanitaria en España. Esas medidas tuvieron un impacto particular y desproporcionado en el derecho a la salud de las personas de rentas más bajas y, especialmente, en las personas con enfermedades crónicas, las personas con discapacidad, las personas mayores, las personas inmigrantes y las que reciben tratamiento de salud mental. El impacto regresivo de las medidas de austeridad, combinado con la forma en que estas medidas se aplicaron, constituyó una vulneración del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.⁶⁷

Varios mecanismos internacionales de protección de derechos humanos han mostrado preocupación por las políticas de austeridad y su impacto en el derecho a la salud en España, y han instado al Gobierno a revertir las medidas. Así, en 2018, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (en adelante, el Comité DESC) mostró su preocupación por los efectos regresivos del Real Decreto-Ley 16/2012 en el derecho a la salud. El Comité DESC instó a llevar a cabo una evaluación exhaustiva sobre el impacto de las políticas de austeridad con el fin de adoptar las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios y atención de salud y recomendó recuperar la universalidad en la atención sanitaria para las personas inmigrantes, sin discriminación alguna.⁶⁸

Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño⁶⁹ y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer⁷⁰ mostraron su preocupación por las medidas de austeridad y su impacto en el derecho a la salud, y solicitaron el incremento de pediatras y el acceso a la atención sanitaria de las mujeres migrantes en situación administrativa irregular. Asimismo, el Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos en su reciente visita a España manifestó que existen importantes lagunas en el Sistema Nacional de Salud que afectan a las personas más necesitadas de atención, destacando el hecho de que aún no existe universalidad en la atención sanitaria. Además, también reseñó como preocupante la creciente privatización de algunos elementos de la sanidad pública sin que el Gobierno haya proporcionado una evaluación del impacto en el derecho a la salud de la misma.⁷¹

66 Ver: https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/np_certificados_idoneidad_cgcom_21_01_2020.pdf

67 Amnistía Internacional. : “La receta equivocada: El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España”, 2018. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/eur41/8136/2018/es/>

68 Comité DESC. Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España. E/C.12/ESP/CO/6 . Abril de 2018. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=E/C.12/ESP/CO/6&Lang=Sp

69 Comité de los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España. CRC/C/ESP/CO/5-6. Marzo de 2018. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CRC/C/ESP/CO/5-6&Lang=Sp

70 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España. CEDAW/C/ESP/CO/7-8. Julio de 2015. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CEDAW/C/ESP/CO/7-8%20&Lang=Sp

71 Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. Informe sobre la visita a España. Abril de 2020. Doc. ONU A/HRC/44/40/Add.2 Abril 2020, Párrafos 31-34. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/44/40/Add.2>

Ningún sistema de salud podía estar preparado para una pandemia de esta magnitud. Sin embargo, Amnistía Internacional desea poner de relieve una consideración realizada por el Comité DESC, que ha señalado durante la pandemia que los sistemas sanitarios han quedado debilitados tras décadas de inversión insuficiente y, por consiguiente, no han estado debidamente dotados para responder con eficacia y rapidez a la intensidad de la actual pandemia.⁷² Este es el caso de España, un país que ha afrontado la pandemia con un sistema sanitario debilitado, especialmente la atención primaria, que ya ponía en riesgo el derecho a la salud de las personas con anterioridad a la COVID-19.

72 Comité DESC. Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales. Abril de 2020, párrafo 4. Disponible en: <https://undocs.org/es/E/C.12/2020/1>



3. CRÓNICA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DURANTE LA PANDEMIA

El Sistema Nacional de Salud en general y la atención primaria en particular se han visto sometidos a una gran presión asistencial durante la pandemia. La OMS emitió desde el inicio de la pandemia sucesivas recomendaciones a los Estados sobre la necesidad de apoyar la atención primaria. Sin embargo, la importancia de este nivel asistencial y la necesidad de dotarlo de mayores recursos durante la crisis han estado más presentes en los discursos de las autoridades sanitarias centrales y de las tres comunidades autónomas estudiadas que en el ámbito de las decisiones políticas ajustadas a la realidad.

3.1. RECOMENDACIONES INTERNACIONALES SOBRE LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA Y EL DERECHO A LA SALUD

El 11 de marzo la OMS declara como pandemia el brote de COVID-19.⁷³ Ese mismo mes, la OMS calificó la atención primaria como pilar esencial⁷⁴ para centrar y coordinar la respuesta global a la pandemia.⁷⁵ El organismo advirtió a los Estados de que a medida que aumentara el número de casos de COVID-19, la demanda de servicios de atención primaria aumentaría y los ministerios de Sanidad tendrían que adoptar medidas adecuadas para apoyar la atención primaria, apoyo dirigido no solo a la gestión de los casos de COVID-19, sino también a asegurar la adaptación del sistema sanitario a las necesidades de los grupos vulnerables. Además, advirtió de que sería necesario mantener los servicios de salud esenciales para reducir las muertes prevenibles.⁷⁶

Por su parte, el Relator Especial sobre el derecho a la salud subrayó durante la pandemia que la mortalidad y la morbilidad por la COVID-19 han evidenciado el papel fundamental que desempeñan la salud pública, la atención primaria y la cobertura sanitaria universal, y unos sistemas de salud robustos y bien dotados de recursos.⁷⁷

73 Ver: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

74 OMS: “COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak”. Geneva, 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331561/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

75 OMS: “Role of Primary Care in the COVID-19 response”, 2020. Disponible en: <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14510>

76 *Ibíd.*

77 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163 Julio 2020, párrafo 53.

3.2. MEDIDAS ADOPTADAS DURANTE LA PANDEMIA

EN MATERIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

3.2.1. MEDIDAS ADOPTADAS DURANTE EL ESTADO DE ALARMA

El 14 de marzo, el Gobierno adoptó el Real Decreto 463/2020, por el que se declaró el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria.⁷⁸ Este Real Decreto estableció que todas las autoridades civiles sanitarias de las administraciones públicas quedaban bajo las órdenes directas del ministro de Sanidad. Sin perjuicio de lo anterior, se decretó que las administraciones públicas autonómicas y locales mantuvieran la gestión, dentro de su ámbito de competencia, de los correspondientes servicios sanitarios, asegurando en todo momento su adecuado funcionamiento. El ministro de Sanidad se reservaba el ejercicio de cuantas facultades resultasen necesarias para garantizar la cohesión y la equidad en la prestación de dicho servicio.⁷⁹

En la primera fase del estado de alarma se procedió al cierre de centros de salud, y sobre todo de consultorios locales. En Cataluña, según información facilitada por el Servei Català de la Salut, el porcentaje de centros cerrados varió, desde marzo a septiembre, del 9 al 0,92% y, en el caso de los consultorios locales, del 46 al 24%.⁸⁰ En la Comunidad de Madrid, hasta el mes de abril se había cerrado el 7,8% de los centros y el 53,3% de los consultorios.⁸¹ Castilla-La Mancha afirma no haber cerrado oficialmente ningún centro ni consultorio. Sin embargo, Amnistía Internacional ha recibido información de al menos dos consultorios locales cerrados⁸² y el SESCOAM ha admitido haber reorganizado recursos, por ejemplo, en el centro de salud de Talavera de la Reina,⁸³ lo que afectó a la atención sanitaria de la población. La situación de cierre de centros en las tres comunidades autónomas ha ido mejorando progresivamente.⁸⁴ No obstante, organizaciones sanitarias denuncian la apertura de consultorios locales sin todas las medidas de seguridad.

“*Se han ido abriendo consultorios locales que no cumplen las medidas de seguridad adecuadas –doble circuito, suficientes recursos, etc.– para asegurar la protección de la población y la de los y las profesionales”.*

Cristina Sánchez Quiles, responsable nacional de la Secretaría de Atención Primaria de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM).

78 Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>

79 Ibíd, Artículo 12.

80 Información facilitada por el Servei Català de la Salut a Amnistía Internacional.

81 Información facilitada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid a Amnistía Internacional.

82 Los consultorios locales de Alcaudete y Aldeanueva de Barbarroja permanecen cerrados en diciembre de 2020. Entrevista realizada por Amnistía Internacional en diciembre de 2020.

83 Ver: <https://www.lavozdelatajo.com/noticia/51101/actualidad/-talavera--gerencia-de-atencion-primaria-nunca-autorizo-el-cierre-de-urgencias-del-ambulatorio-de-la-estacion.html>

84 A primeros de octubre, el cierre de los centros de salud y de los consultorios locales se situó entre el 0,69 y el 23,06%, respectivamente, según información facilitada a Amnistía Internacional por el Departament de Salut. En la Comunidad de Madrid, en el mes de julio, no hubo atención presencial en cuatro centros de salud en turno de tarde (1,50% del total) y en seis consultorios locales en turno de tarde (3,68% del total); nueve consultorios locales no tuvieron atención presencial (5,52% del total) y cuatro consultorios locales modificaron su horario habitual (2,45% del total), según información facilitada a Amnistía Internacional por la consejería de sanidad.

El cierre de centros fue motivado por varias razones. En primer lugar, la Comunidad de Madrid y Cataluña decidieron movilizar personal de atención primaria a hospitales de emergencia, como fue el caso del hospital de IFEMA en Madrid ⁸⁵ o del hospital de campaña de la FIRA en Barcelona.⁸⁶ A esta reorganización de recursos se sumó la escasa sustitución de las bajas médicas de corta duración por el creciente número de profesionales sanitarios contagiados. Todo ello hizo que algunos centros, con las plantillas ya mermadas antes de la pandemia, cerraran por falta de personal suficiente para atender la demanda de las personas enfermas.

El cierre de centros fue objeto de críticas por parte de organizaciones sanitarias, como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC),⁸⁷ que advirtió del peligro que suponía para el acceso de las personas a la atención sanitaria. Meritxell Sánchez-Amat, presidenta del Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP), subrayaba:

“Si cierras centros estás matando la atención primaria, la prevención, la atención a los pacientes crónicos y a la patología aguda, la salud mental. El derecho a la salud de las personas queda anulado”.

También las y los profesionales sanitarios entrevistados por Amnistía Internacional manifestaron su rechazo a esta decisión:

“Al principio se reforzó el hospital con personal de primaria. En mi centro pasó, a dos enfermeras, una celadora y un auxiliar los pasaron a plantilla del hospital. ¿Por qué decidir reforzar una atención y desvestir a la otra y no contratar a gente en las dos?”

Una enfermera de Castilla-La Mancha.

Por otra parte, en marzo, el Ministerio de Sanidad recomendó el cambio de modelo asistencial pasando de la atención presencial a la atención telefónica. Tanto el cierre de centros como el cambio de modelo asistencial se llevó a cabo sin la información y la formación adecuadas tanto para pacientes como para el personal sanitario. Amnistía Internacional desea recordar que el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud ha señalado que las pandemias dejan al descubierto la fragilidad de los sistemas de salud y la inadecuación de los cauces existentes para distribuir la información entre todos los interesados en los idiomas y formatos que se precisarían para posibilitar una participación efectiva en la toma de decisiones o brindar un acceso equitativo a pruebas y tratamientos.⁸⁸

85 Ver: <https://www.comunidad.madrid/comunicado/2020/04/07/millar-profesionales-atencion-primaria-integran-plantilla-hospital-temporal-comunidad-madrid-ifema>

86 Ver: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200328/48131022634/govern-hospital-campana-fira-barcelona-coronavirus.html>

87 Ver: <https://www.semfyec.es/comunicado-posicionamiento-en-relacion-con-el-cierre-de-los-centros-de-salud/>. Ver también: <https://www.lavanguardia.com/vida/20200407/48372153016/salud-ha-cerrado-46-centros-de-atencion-primaria-desde-el-inicio-de-epidemia.html> y https://www.vozpopuli.com/sanidad/medicos-madrilenos-estallan-IFEMA-militares-coronavirus-madrid_0_1340566709.html

88 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163.

3.2.2. MEDIDAS DE TRANSICIÓN HACIA EL FINAL DEL ESTADO DE ALARMA

La OMS dictó el 16 de abril los principios que los Estados deberían cumplir a la hora de aliviar las medidas de confinamiento que habían sido llevadas a cabo durante la fase más aguda de la pandemia.⁸⁹ El organismo internacional destacó que la decisión de levantar estas medidas debía basarse en una evaluación del riesgo y esta valorarse en función de la capacidad asistencial de un país. Subrayó, asimismo, que esta capacidad incluía la atención hospitalaria y la no hospitalaria, la valoración rápida de los y las pacientes en los centros de salud, tratamiento de pacientes de COVID-19, así como otros pacientes con otras patologías y la capacidad de atender una carga añadida de personas enfermas en centros sanitarios u otros lugares.⁹⁰

El “Plan para la transición hacia una nueva normalidad”, principal documento adoptado por el Gobierno con la finalidad de aliviar progresivamente las medidas de confinamiento, no exigió una evaluación de la capacidad asistencial de la atención primaria en las Comunidades Autónomas.⁹¹ El Plan reconocía que la capacidad asistencial, tanto en asistencia primaria como en los hospitales y UCI, era fundamental para la gestión de la pandemia, así como para poder reanudar la asistencia habitual de pacientes con patologías distintas a la COVID-19.⁹² Sin embargo, los indicadores fijados en el Plan, sobre los que las Comunidades Autónomas debían informar al Ministerio de Sanidad para poder aliviar las medidas de confinamiento, priorizaron la atención hospitalaria con una serie de indicadores detallados –ocupación UCI COVID-19/no COVID-19, ocupación de camas de agudos COVID-19/no COVID-19, entre otros– que servían para evaluar la presión asistencial⁹³ y no exigieron información alguna sobre la situación en la que se encontraba la atención primaria en sus territorios, tal y como recomendaba la OMS.

3.2.3. MEDIDAS ADOPTADAS POR EL GOBIERNO DESPUÉS DE FINALIZAR EL ESTADO DE ALARMA

Al finalizar el estado de alarma, cuando las autoridades sanitarias podían haber comenzado la planificación de refuerzo de la atención primaria en previsión de la siguiente ola de la COVID-19, esta no se llevó a cabo de manera adecuada ni eficiente.

En junio, el Gobierno adoptó el Real Decreto-Ley 21/2020 de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.⁹⁴ La norma establecía que las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas debían adoptar planes de contingencia con el fin de garantizar la capacidad de respuesta y contar con planes internos para hacer frente a la gestión de situaciones de emergencia relacionadas con la COVID-19. Esta norma

89 OMS. Consideraciones relativas a los ajustes de las medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales, 16 de abril de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331970/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-spa.pdf

90 *Ibíd.*

91 Ministerio de Sanidad. Plan para la normalidad hacia una nueva transición, 28 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/PlanTransicionNuevaNormalidad.pdf>

92 *Ibíd.*, página 10.

93 Ministerio de Sanidad. Plan para la normalidad hacia una nueva transición, 28 de abril de 2020. Anexo I. Panel de indicadores integral del Plan para la normalidad hacia una nueva transición. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Anexo_I_PANEL_DE_INDICADORES.pdf

94 Real Decreto-Ley 21/2020, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/06/10/pdfs/BOE-A-2020-5895.pdf>

centró la respuesta del sistema sanitario en la COVID-19, sin destacar la necesidad de que la atención primaria fuera reforzada para atender a pacientes con otras patologías.⁹⁵

En junio, el Gobierno estableció la creación del Fondo COVID-19,⁹⁶ un crédito extraordinario de 16.000 millones de euros, configurado como un fondo excepcional de carácter presupuestario, no reembolsable, cuyo objeto es dotar a las Comunidades Autónomas de mayor financiación para hacer frente a la crisis sanitaria. Más de la mitad del fondo va destinado a prestaciones sanitarias. Asimismo, el Ministerio de Sanidad articuló una distribución de 300 millones de euros como fondo finalista a las Comunidades Autónomas para dar respuesta a las acciones más urgentes contra el COVID-19.⁹⁷ El Ministerio de Sanidad afirma que entre las áreas prioritarias se encontraba la atención primaria. Sin embargo, hasta el momento, no está disponible la información sobre qué parte del fondo del Ministerio de Sanidad y el fondo COVID-19 se dedicará a la atención primaria. En el marco de la financiación adicional de la Unión Europea a los países miembro, en concreto a través de la “Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (REACT-EU)”, el Gobierno ha incluido en los Presupuestos Generales del Estado una partida de 1.088 millones de euros para el desarrollo del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria del Sistema Nacional de Salud.⁹⁸

Respecto a la necesidad de reforzar el personal de atención primaria y otros centros sanitarios, el Ministerio de Sanidad promulgó el Real Decreto-Ley 29/2020.⁹⁹ Esta norma permitía la contratación de personal médico sin especialidad y posibilitaba que cada Comunidad Autónoma pudiera reorganizar los recursos humanos, para lo que se abría la opción de que el personal de los centros hospitalarios pasara a prestar servicios en los centros de atención primaria y a la inversa. El Foro de Médicos de Atención Primaria manifestó su oposición a este Real Decreto por menoscabar la calidad del Sistema Nacional de Salud.¹⁰⁰ Asimismo, el Foro de la Profesión Médica manifestó que la norma mermaba la calidad y la seguridad asistencial de los pacientes.¹⁰¹

3.2.4. MEDIDAS ADOPTADAS POR LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud –órgano de coordinación de los servicios de salud autonómicos y el Ministerio de Sanidad– adoptó un importante acuerdo el 16 de julio,¹⁰² donde se disponía una serie de medidas a implementar para garantizar el acceso y la calidad asistencial en la atención primaria. Entre ellas, se recomendaba establecer mecanismos para la adecuada atención y continuidad de cuidados de pacientes con patologías crónicas,

95 *Ibíd.* Artículo 28 y 29.

96 Real Decreto-Ley 22/2020, de 16 de junio, por el que se regula la creación del Fondo COVID-19 y se establecen las reglas relativas a su distribución y libramiento. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-6232>

97 Ver <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4834>

98 Ver <https://www.sepg.pap.hacienda.gob.es/sitios/sepg/es-ES/Presupuestos/PGE/PGE2021/Paginas/PGE2021.aspx>

99 Real Decreto-Ley 29/2020, de 29 de septiembre, de medidas urgentes en materia de teletrabajo en las Administraciones Públicas y de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-11415

100 Ver: https://www.cgcom.es/sites/default/files//u183/comunicado_foro_ap_decreto_contrataciones_01.10.2020.pdf

101 Ver: <http://www.cesm.org/2020/09/30/el-foro-de-la-profesion-medica-muestra-su-indignacion-con-el-real-decreto-ley-29-2020/>

102 Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19. Acordado en Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 16 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/17.07170720140919256.pdf>

priorizando aquellos especialmente vulnerables, con el objeto de minimizar las visitas a los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios no programados. Asimismo, se solicitaba redimensionar las plantillas de la atención primaria para garantizar servicios de calidad, y un plan de sustituciones para cubrir las ausencias de los y las profesionales y, a la vez, evitar el agotamiento de los mismos.¹⁰³

Sin embargo, ese acuerdo no se ha cumplido de manera adecuada en las tres comunidades autónomas estudiadas. En el mes de mayo, la Comunidad de Madrid se comprometió a la renovación de 10.100 contratos de personal sanitario.¹⁰⁴ Pero los principales sindicatos sanitarios de Madrid (AMYTS, CSIT, CC.OO. y UGT) denunciaron en agosto que solo se había cumplido el 71% de las contrataciones anunciadas, y que antes de la pandemia el déficit de plantilla estimado era de un 20-25%.¹⁰⁵ En octubre, la Comunidad de Madrid comunicó haber contratado a 10.400 profesionales sanitarios, 700 de ellos de atención primaria (6,7%).¹⁰⁶ También anunció en septiembre un Plan de mejora integral en atención primaria a tres años que contará con una dotación presupuestaria de 83 millones de euros, y que prevé crear 571 plazas nuevas, 150 de ellas en el año 2020.¹⁰⁷ Sin embargo, la primera reunión para iniciar la redacción del mismo se celebró en diciembre.¹⁰⁸ En el mismo mes de diciembre de 2020, el sindicato Amyst denunció la falta de información con respecto al Plan y el incumplimiento del mismo por la falta de mejoras de la presión asistencial, entre otros aspectos.¹⁰⁹ Amnistía Internacional ha recibido información de las autoridades sanitarias en relación a las líneas generales de las medidas organizativas que contiene el Plan, que incluyen la gestión integral de la demanda, avance en la flexibilización de turnos, desburocratización de la consulta, implantación de la prescripción enfermera y teletrabajo.¹¹⁰

En Cataluña, el director del Institut Català de la Salut informó a Amnistía Internacional de la contratación de 800 gestores COVID en los centros de salud para rastrear los contactos de personas con sospecha de haber contraído el virus.¹¹¹ Asimismo, el gobierno catalán anunció en junio un Plan de fortalecimiento y transformación en la atención primaria,¹¹² que contaría con una inversión inicial de 300 millones de euros -44,6 millones presupuestados para el 2020, 120,46 millones para el 2021 y 133,7 millones para el 2022- y desde marzo a noviembre, las autoridades sanitarias afirman haber contratado a 4.310 profesionales.¹¹³ Amnistía Internacional ha podido conocer a través de las mismas autoridades sanitarias catalanas que no existe un documento que defina en detalle el contenido y alcance del Plan. En su defecto, el formato elegido consta de una presentación con una serie de diapositivas que resumen diversos aspectos. Según portavoces del Servei Català de la Salut la razón para la no redacción de un documento del Plan reside en una metodología más ágil de comunicación de resultados y de una gestión orientada a la acción. Amnistía Internacional considera que el formato elegido no facilita el acceso a la información detallada del contenido del Plan, no promueve la transparencia de la información ni la efectiva rendición de cuentas en relación a los objetivos marcados por el Plan y la evolución del mismo. Asimismo, cabe

103 *Ibíd.*

104 Ver: <https://www.comunidad.madrid/comunicado/2020/05/14/comunidad-madrid-acuerda-sindicatos-mesa-sectorial-sanidad-renovacion-10000-efectivos-contratados-covid-19>

105 Ver: <https://amyts.es/wp-content/uploads/2020/08/nota-prensa-situacion-de-la-AP-18-agosto.pdf>

106 Ver: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2020/10/24/comunidad-refuerza-prevencion-covid-19-areas-sanitarias-mayor-incidencia-positivos>

107 Ver: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2020/09/22/comunidad-madrid-equipara-retribuciones-medicos-especialistas-atencion-primaria-summa-112-hospitales>

108 Ver <https://www.comunidad.madrid/noticias/2019/12/11/arranca-elaboracion-plan-estrategico-atencion-primaria-2020-23-comunidad>

109 Ver <https://amyts.es/la-comunidad-de-madrid-incumple-el-plan-de-ayuso-de-mejora-integral-de-la-atencion-primaria/>. Ver también <https://amyts.es/amyts-interpone-un-recurso-judicial-contra-la-comunidad-de-madrid-por-incumplir-los-acuerdos-de-mejora-de-atencion-primaria/>

110 Información facilitada a Amnistía Internacional por parte del Servicio Madrileño de Salud.

111 Entrevista realizada el 9 de diciembre.

112 Ver: <http://delegacionscatalunya.gencat.cat/ca/actualitat/terres-ebre/nota-premsa/?id=386253>

113 Información facilitada por el Servei Català de Salut a Amnistía Internacional.

señalar que tanto el Parlament de Catalunya¹¹⁴ como algunos sindicatos sanitarios, por ejemplo Metges de Catalunya,¹¹⁵ han considerado que el número de profesionales previstos en el Plan es insuficiente para paliar las necesidades. Respecto a la inversión en el sistema sanitario catalán, el director del Institut Català de la Salut destaca que el sistema es eficiente en relación al nivel de presupuesto destinado y los buenos resultados de salud obtenidos. Añade que la mayoría del presupuesto de atención primaria está dedicado a pagar los salarios del personal y reconoce que tener un presupuesto limitado indica que los salarios son bajos, para lo que utiliza la expresión “pagamos muy mal”. También reconoce que se ha invertido poco en tecnología e infraestructura en los últimos diez años, y que está por ver por cuántos años más seguirá siendo eficiente el sistema con ese nivel de inversión.¹¹⁶

En Castilla-La Mancha, el 2 de junio, el Servicio Sanitario de la Comunidad (SESCAM) afirmaba haber contratado 4.569 profesionales sanitarios.¹¹⁷ La consejería de sanidad declaró haber contratado entre el 1 de marzo y el 30 de septiembre de 2020 a 2.080 profesionales en atención primaria; entre ellos, 477 personal de medicina, 914 de enfermería, y 410 auxiliares de función administrativa. El gobierno autonómico se ha comprometido a crear las plazas necesarias en atención primaria para que ningún profesional tenga un cupo superior a 2.000 pacientes en 2021.¹¹⁸ Sin embargo, los sindicatos de profesionales de atención primaria siguen denunciando en noviembre una situación de sobrecarga y abandono en los centros de salud, que necesita más refuerzos.¹¹⁹

Ante este deterioro de la atención primaria, la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados ha recordado que la misma es un pilar esencial del Sistema Nacional de Salud y ha recomendado reforzarla con urgencia con una inyección de recursos humanos y tecnológicos.¹²⁰ Por su parte, el Defensor del Pueblo ha instado a, entre otras cuestiones, a reforzar la atención primaria “con profesionales, medios técnicos y organizativos” y a terminar con la precariedad y la temporalidad en el trabajo que “son el mayor problema para los trabajadores del Sistema Nacional de Salud”.¹²¹

Durante la pandemia, las autoridades sanitarias centrales y autonómicas han resaltado la dificultad de encontrar personal sanitario disponible al que contratar para reforzar la atención primaria. En este sentido, Amnistía Internacional desea contraponer los testimonios recogidos durante toda la pandemia entre el personal sanitario que trabaja en atención primaria, donde sobresalen las difíciles condiciones en las que han estado trabajando durante los últimos años y que la organización ya denunció en 2018. Condiciones que la pandemia únicamente ha agudizado. Amnistía Internacional ha podido comprobar que, incluso en un contexto de pandemia y de déficit de profesionales, las autoridades no siempre han ofrecido contratos que ofrezcan estabilidad laboral, llegando a ofertar contratos de semanas. Esta política de recursos humanos, como ya se ha destacado, tiene un impacto negativo en la calidad de la atención sanitaria.

114 Ver: https://www.consalud.es/autonomias/cataluna/parlament-insta-verges-mejorar-atencion-primaria-revertir-recortes_85382_102.html

115 Ver: <https://metgesdecatalunya.cat/es/actualidad/noticias/mc-recela-del-nuevo-plan-de-salut-para-reforzar-la-atencion-primaria>

116 *Ibíd.*

117 Ver: <https://sanidad.castillalamancha.es/saladeprensa/notas-de-prensa/el-gobierno-de-castilla-la-mancha-estudia-nuevas-medidas-de>

118 Ver: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/garc%C3%ADa-page-valora-el-esfuerzo-de-los-profesionales-sociales-de-la-salud-y-la-educaci%C3%B3n-durante-la>

119 Ver: <https://www.dclm.es/noticias/107492/los-sindicatos-se-movilizan-en-clm-para-exigir-mejoras-en-atencion-primaria>.

120 Congreso de los Diputados. Dictamen de la Comisión para la reconstrucción social y económica. Julio de 2020. Disponible en: http://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

121 <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/comparecencia-covid-19/>

3.3. FALTA DE TRANSPARENCIA Y NECESIDAD DE ESTABLECER MECANISMOS EFECTIVOS DE RENDICIÓN DE CUENTAS

El Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud ha señalado que para lograr que las respuestas de los sistemas sanitarios sean eficaces en todo momento, incluso en el contexto de una pandemia, es preciso que todas las personas puedan acceder a la información y que se instauren mecanismos útiles de participación y de rendición de cuentas.¹²² El Relator destaca que instaurando unos procedimientos robustos de examen de los derechos humanos puede lograrse que los garantes de derechos rindan cuentas de sus obligaciones en materia de derechos humanos, también en el contexto de la COVID-19.¹²³

En cuanto al acceso a la información, Amnistía Internacional desea hacer constar la falta de transparencia en diversos aspectos relacionados con la pandemia. En este sentido, destaca la falta de información sobre qué porcentaje del Fondo COVID-19 se destinará a la atención primaria, que no se hayan publicado los planes de mejora de la inversión en la atención primaria de Cataluña y la Comunidad de Madrid, y la escasez de estadísticas actualizadas, como se detalla en el capítulo 5, de la información sobre el personal sanitario desglosada en contagiados y fallecidos.

En agosto, un grupo de expertas y expertos en materia de salud exigieron al Gobierno central la realización de una evaluación independiente para identificar debilidades, lecciones aprendidas y preparar el sistema sanitario para nuevas oleadas o futuras pandemias.¹²⁴ Finalmente, el pasado mes de octubre, el Gobierno y las Comunidades Autónomas acordaron la creación de un grupo de trabajo para definir el marco y las bases para realizar una evaluación independiente de la gestión de la pandemia de COVID-19.¹²⁵ A fecha de cierre de este informe, no se ha publicado información detallada sobre el desarrollo del trabajo de este grupo de trabajo.

Amnistía Internacional reconoce la enorme complejidad de gestionar un sistema sanitario y garantizar el acceso y el disfrute del derecho a la salud en el marco de una pandemia como la actual. Sin embargo, recuerda que las autoridades sanitarias tienen obligaciones internacionales en materia de respeto, protección y cumplimiento del derecho a la salud, que permanecen vigentes incluso en tiempos de pandemia. En este sentido, las autoridades sanitarias, tanto a nivel estatal como las de las tres comunidades autónomas estudiadas, han desoído recomendaciones de la OMS y del Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, orientadas a reforzar de manera adecuada la atención primaria para garantizar la asistencia sanitaria a todas las personas.

Tal y como ha recomendado el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, Amnistía Internacional solicita un procedimiento robusto de examen y evaluación de los derechos humanos para lograr que los garantes de derechos rindan cuentas de sus obligaciones en materia de derechos humanos, también en el contexto de la COVID-19.

Los capítulos siguientes describen el gran impacto que ha tenido la gestión de la pandemia en el derecho a la salud de las personas con más necesidades sanitarias y mayor dependencia del sistema de atención primaria, así como en los derechos de los y las profesionales de la salud.

122 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe. Julio de 2020. [Doc. ONU A/75/163](https://undocs.org/es/A/75/163), párrafo 8. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/75/163>

123 *Ibíd.*

124 Ver: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31713-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31713-X/fulltext)

125 Ver: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5069>

4. IMPACTO DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DERECHO A LA SALUD DE LA POBLACIÓN

La gestión de la atención primaria ha tenido como consecuencia importantes barreras en el acceso a la asistencia sanitaria que, además, podrían haber puesto en riesgo la calidad de la atención sanitaria, a pesar del esfuerzo realizado por los y las profesionales del sector. Las personas con más problemas de salud y mayor dependencia del sistema han sido las más afectadas. Asimismo, la merma en la accesibilidad también ha tenido un impacto en pacientes que han recibido atención con retraso, lo que podría haber agravado su estado de salud o pospuesto un diagnóstico.

“Abandono” ha sido una de las palabras que ha resonado con más fuerza en las entrevistas a pacientes realizadas por Amnistía Internacional.

“*Sentimos abandono, ahora se ha acentuado más, pero la atención primaria ya estaba desmantelada*”.

Federico Armenteros, presidente de la Fundación 26 de diciembre, Colectivo de personas mayores LGTBIQ+

4.1. PÉRDIDA DE ACCESO Y DETERIORO DE LA CALIDAD

El Gobierno y las Comunidades Autónomas asumieron en 2019 la necesidad de adoptar medidas para mejorar la accesibilidad en la atención primaria.¹²⁶ La pandemia y la gestión de la misma han agravado la situación y han generado nuevas barreras en el acceso a la asistencia sanitaria.

4.1.1. DE PUERTA DE ENTRADA A DIQUE DE CONTENCIÓN: EL CIERRE DE CENTROS

El cierre de centros motivó que las personas tuvieran que desplazarse a los servicios de urgencias de los hospitales o a otros centros cercanos a su residencia, perdiendo el contacto con su personal sanitario de referencia hasta que los centros volvieron a abrir. Asimismo, el cierre se produjo sin informar de manera adecuada a la población. Federico Armenteros, presidente de la Fundación 26 de Diciembre, explicaba a Amnistía Internacional:

126 Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, 10 de abril de 2019.

“El centro de Lavapiés cerró, pero yo creía que estaba abierto. Y llamaba y llamaba y no me cogían, te salía el contestador con indicaciones por si tenías síntomas de COVID y te decían de llamar a otro número si los tenías. Yo tengo el teléfono personal de algunos médicos, les llamé y me decían que el centro estaba cerrado y yo no entendía nada. No estábamos informados. No se informó a la población. Era una situación alarmante de inseguridad. Nosotros recurrimos a médicos que trabajan para la asociación”.

Asimismo, las asociaciones de pacientes y organizaciones sociales sirvieron de apoyo a la población en los momentos iniciales de desinformación. En palabras de Sandra Canudas, de la Associació de Diabetis de Catalunya (ADC):

“En la primera fase de la pandemia la asociación recibió muchas llamadas de gente que tenían su centro de salud cerrado y que no sabían a quién acudir. Hubo un problema de comunicación, de acceso a la información y de saber exactamente qué hacer o adónde ir. Esta atención tampoco funcionaba telefónicamente ya que las líneas estaban colapsadas. La sensación a nivel asistencial era de ir apagando fuegos sin control e improvisar”.

4.1.2. CAMBIO DE MODELO ASISTENCIAL: LAS LLAMADAS PERDIDAS

Con la llegada de la pandemia, las autoridades sanitarias adoptaron protocolos que modificaron el modelo asistencial. Las consultas presenciales dejaron paso a la atención telefónica para evitar el contagio en los centros de salud de los pacientes con patologías no COVID-19 y de la población de riesgo, como las personas mayores o las pluripatológicas.¹²⁷ Este cambio de modelo se produjo sin contar con los avances tecnológicos necesarios, a pesar de que, en los últimos años, personas expertas y autoridades sanitarias venían abogando por una modernización de la atención sanitaria, en la que se combinara la atención presencial con la no presencial.¹²⁸

Además, este salto a la atención telefónica coincidió con un aumento de la demanda por parte de los pacientes y sin un refuerzo adecuado de los recursos materiales y humanos en los centros de salud. El resultado: líneas telefónicas saturadas, creando una gran barrera de acceso a la atención primaria. El Foro de Médicos de Atención Primaria alertó de que, de marzo a septiembre, las llamadas se multiplicaron más de un 400% en algunos centros de salud y pidió la mejora de la red de telefonía, obsoleta y claramente insuficiente, y recursos para atenderla.¹²⁹

127 Ministerio de Sanidad. Documento técnico: “Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19”. Madrid, 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf

128 Generalitat Catalunya: “Model d’atenció no presencial en el sistema sanitari de catalunya Catalunya 2013-2016”. Barcelona, 2014. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ambits-actuacio/Linies-dactuacio/model_assistencial/MANP2013_2016.pdf Ver también: Trisha Greenhalgh T, Shanti Vijayaraghavan S, Joe Wherton J, et al.: “Virtual online consultations: Advantages and limitations (VOCAL) study”, BMJ Open Opinion 2016;6 y Sara Leticia Dde la Fuente SL, Nerea García N, y María Hernández M, et al.: “La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda de atención primaria”, Medicina de Familia 2018; 44 (7): 458-462. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359318302867>

129 Ver: <http://medicosypacientes.com/articulo/el-foro-de-medicos-de-atencion-primaria-alerta-de-la-situacion-de-los-centros-de-salud-en>

En Castilla-La Mancha, en el mes de julio de 2020 se produjeron dos millones más de llamadas con respecto a julio de 2019.¹³⁰ En septiembre, la Consejería de Sanidad instauró un call center con 90 profesionales contratados.¹³¹ Sin embargo, tanto profesionales sanitarios como pacientes entrevistados por Amnistía Internacional consideraron que esta medida no había sido suficiente porque seguía existiendo un problema de saturación en las llamadas. “Hemos utilizado nuestro móvil personal porque las líneas del centro estaban colapsadas”, destaca una médica de Castilla-La Mancha. La Consejería de Sanidad de esta Comunidad Autónoma afirma “no haber realizado ningún estudio específico que permita objetivar la dificultad en el acceso a la atención”.¹³² Sin embargo, este organismo declara que se ha detectado la dificultad de las personas con discapacidad auditiva en el acceso al sistema vía telefónica, afirmando haber “adoptado medidas para que la telemedicina pueda romper estas limitaciones que tienen las personas sordas, mediante intérpretes que puedan realizar un apoyo a la comunicación entre profesional sanitario y paciente”.¹³³

En Cataluña se desarrollaron estrategias de atención telemática, como la aplicación La Meva Salut,¹³⁴ que han permitido agilizar la atención sanitaria. Sin embargo, este sistema no estaba al alcance de toda la población. Profesionales sanitarios y diversas asociaciones vecinales y de pacientes señalaron a Amnistía Internacional que algunas personas mayores, personas con menos recursos y sin acceso a medios tecnológicos, así como personas inmigrantes sin dominio del idioma, seguían sin tener acceso adecuado por estas vías.

“Hubo sistemas que funcionaron, como la e-consulta o los mensajes a través de la web del servicio catalán de salud. Pero esto generaba una desigualdad por la brecha digital”.

Eva Mayor, médica de Barcelona.

“Tuve que ayudar a varias familias a pedir cita porque no sabían cómo funcionaba la aplicación de salud. También un chico de 35 años nos pidió ayuda. Tenía un ataque de asma y llevaba dos meses sin acceso a medicación y estaba en crisis, le ayudé porque no sabía cómo utilizar la aplicación, y también a personas mayores a las que se les había caducado la medicación”.

María Jesús, de la asociación vecinal Santako diu Prou.

Las autoridades sanitarias catalanas afirman haber realizado diversos estudios de accesibilidad para evaluar la misma y declaran haber adoptado medidas que agilizan la respuesta a las necesidades de salud de las personas. Sin embargo, y si bien es positivo ese análisis, siguen existiendo barreras en el acceso a la atención primaria.

130 Ver: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-compromiso-del-gobierno-de-castilla-la-mancha-con-la-atenci%C3%B3n-primaria-se-refleja-en-m%C3%A1s-personal>

131 Ver: <https://citapreviasescam.es/comienza-a-operar-en-toda-la-region-el-call-center-habilitado-por-el-gobierno-de-castilla-la-mancha-para-agilizar-las-citas-telefonicas-en-atencion-primaria/>

132 Información facilitada por la consejería de sanidad de Castilla-La Mancha a Amnistía Internacional

133 Ibid.

134 Espacio de salud digital La Meva Salut. Disponible en: <https://lamevasalut.gencat.cat/es>

Amnistía Internacional no ha recibido ninguna información de la Comunidad de Madrid respecto a las medidas adoptadas para asegurar la accesibilidad al sistema. Sin embargo, colectivos sanitarios, como Atención Primaria Se Mueve, han pedido que aumente el número de líneas telefónicas en los centros de salud y dotación inmediata de líneas móviles con datos y WhatsApp individual para evitar la saturación del servicio telefónico.¹³⁵ A fecha de cierre de este informe, esta situación próxima a la saturación del sistema continúa en las tres comunidades objeto de estudio.

Las barreras descritas han generado obstáculos en el acceso a una atención sanitaria adecuada, y también sufrimiento a muchas personas.

TAHMINA, 30 AÑOS, RESIDENTE EN BARCELONA

Yo tengo asma grave y el síndrome de Churg-Strauss, y tengo que ir al centro de salud cada dos, tres meses, porque tengo que controlar mi enfermedad. También voy al hospital Clínic y allí controlan mi enfermedad y medicación. Antes de marzo podíamos ir al centro de atención primaria (CAP) para urgencias a cualquier hora y también podía llamar y pedir cita con los médicos. Ahora no. Ahora tienes que pedir cita por teléfono pero como no te cogen, tenemos que ir al CAP aunque estés mala con dolores. Cuando llegamos al CAP te preguntan por qué necesitas ver al médico y te dicen que vuelvas a casa, que el médico te llamará en dos o tres días. Una vez tuve un dolor de pie muy muy fuerte, es un dolor muy raro y no podía caminar, no podía hacer nada. Es un dolor que empieza de repente y es muy intenso, no lo podía aguantar. Normalmente tengo dolor en mi cuerpo por los efectos secundarios de la medicina para el asma. Llamé al CAP pero no me cogían, mi hermano me llevó y me dijeron que me llamarían en dos días. A los tres días mi médica me llamó y me dijo que fuera por la tarde y me pinchó una inyección para evitar el dolor. Ella me trata muy bien, entiende todos los problemas. Es mi médica desde hace siete años.

Otra vez no podía respirar y llamé al CAP pero no me cogieron. Tuve que ir al hospital Clínic y me pusieron medicación. Cuando me cuesta respirar, tengo “silbidos” en la respiración y no puedo dormir, me duele la espalda también y me pongo muy muy nerviosa y no puedo estar esperando horas a que me cojan el teléfono, o ir al CAP y que me digan que no me pueden atender y pasar dos o tres días esperando para visitas telefónicas. No me gusta este tipo de sistema, que no puedo hablar por teléfono y no puedo ir y que me vea mi médica. Yo sé que durante la pandemia es difícil tratar a los pacientes como antes. Sé que ahora es un tiempo que tenemos que tener paciencia y hay que aguantar un poco y entender este sistema, pero a los pacientes que tenemos dolor intenso y no podemos aguantarlo, tienen que vernos antes.

El nuevo modelo asistencial se ha instaurado sin preparación ni herramientas para los profesionales. Según *Sergio Minué*, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria:

“Una de las cosas que recomendaban los profesionales, que ya antes de la pandemia estaban hablando de incorporar el teléfono o el vídeo en las consultas, era el tema de preparar antes la consulta, tanto el médico como el paciente. ¿Qué quiero contar? ¿Cómo lo voy a contar? ¿Quién está preparando las entrevistas? Todo eso no se está haciendo”.

135 Ver: <https://mats-sanidad.com/2020/09/22/nota-de-prensa-ap-se-mueve-madrid-necesita-medidas-de-implantacion-inmediata-en-atencion-primaria/>

Si bien el modelo telefónico puede agilizar la atención si se trata de cuestiones menores de salud, el modelo asistencial telefónico puede generar barreras en la comunicación, dificultándose el diagnóstico y el seguimiento de los problemas de salud.

“Yo tuve el caso de una señora mayor que vino para que le pusiera un inyectable y, cuando entró en la consulta, la vi sumamente delgada. La pesé y no llegaba a los 40 kilos. Había perdido mucho peso en la pandemia. Si a esta mujer no la tengo delante no se me ocurre preguntarle qué le había pasado y empezar a indagar, y ella no venía para consultarme por eso. Hay toda una parte de los procesos diagnósticos y de la diferencia entre lo que la persona siente como necesario y lo que tú puedes identificar simplemente al tenerla delante o por la manera en la que te cuenta lo que le pasa, que se pierde por completo en la atención telefónica. Parece que la atención telefónica ha llegado para quedarse y no hay mucha crítica respecto a los inconvenientes que tiene para dar una asistencia integral”.

Irene, una enfermera de Madrid .

4.1.3. REDUCCIÓN DE LA ACCESIBILIDAD EN LOS CENTROS ABIERTOS

En los centros de salud que permanecieron abiertos, el Ministerio de Sanidad adoptó un protocolo¹³⁶ que incluía un sistema de triaje para atender a las personas que decidían ir presencialmente. A la entrada del centro se situó un puesto de triaje en el que, tras un breve cuestionario sobre sintomatología, se derivaba al paciente a la zona de sospecha COVID-19 o a la zona para el resto de patologías. Sin embargo, las personas sin sintomatología COVID-19 que acudieron no eran atendidas y se les recomendaba volver a sus domicilios y esperar la llamada de su médico/a de familia.

Al finalizar el estado de alarma y aliviarse las medidas de confinamiento, las personas que habían postergado su necesidad de atención sanitaria acudieron a los centros ante la dificultad de conseguir una cita por teléfono, generándose situaciones de colapso en muchos centros.¹³⁷

“Ahora no te cogen el teléfono, y cuando te lo cogen te dan cita telefónica para ocho o diez días y para contarles por teléfono lo que te pasa, no para verte. Como no te lo cogen tienes ir allí al mostrador y hay que hacer cola de una hora, al aire libre, y ahora que llega el invierno, y somos mayores, mi marido tiene 82 años y yo 79, es una vergüenza. Todo esto te hace sentir incómoda, mal, no sabes qué hacer, te sientes indefensa y no puedes decirles nada porque reconoces que el que te coge el teléfono está colapsado. Te sientes mal por ti y por ellos”.

Mujer de 79 años de Castilla-La Mancha.

136 Ministerio de Sanidad. Documento técnico: “Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19”. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf

137 Ver: https://www.telecinco.es/informativos/salud/colapso-centros-atencion-primaria-colas-listas-espera-infinitas_18_3004845262.html. Ver también: <https://asambleadecarabanchel.org/2020/07/22/el-escandalo-de-las-colas-a-la-entrada-de-los-centro-de-salud-de-carabanchel/> y <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20200919/coronavirus-efectos-sanidad-publica-problemas-cita-medica-atencion-primaria-8119247>

El sistema de triaje en los centros de salud continúa activo actualmente.

“El problema es que el centro de salud es un cuello de botella. Hay algunos pacientes que le llaman ‘el castillo’. Atravesar el castillo, hay que decidir qué contar para atravesar el castillo. La gente lo vive mal y genera mucho sufrimiento”.

Una médica de Barcelona.

4.1.4. LISTAS DE ESPERA QUE SE ALARGAN

El Gobierno y las Comunidades Autónomas asumieron en 2019 que las listas de espera en atención primaria contradicen el principio de accesibilidad y longitudinalidad, y marcaron como objetivo a corto plazo garantizar la asistencia sanitaria no urgente en menos de 48 horas.¹³⁸

Las cifras oficiales de Cataluña muestran que el 62% de las personas que solicitan una cita tienen que esperar entre cinco y diez días para ser atendidas.¹³⁹ La Comunidad de Madrid no ha facilitado esa información a Amnistía Internacional. Y Castilla-La Mancha afirma haber tenido una lista de espera en 2019 de uno a tres días y en 2020 de tres a seis días.

En un contexto de pandemia, la creciente presión asistencial sobre el sistema y la falta de recursos humanos suficientes han provocado un incremento de las listas de espera.

“La lista de espera aproximada para visitas programadas me sale a quince días, es verdad que luego hay visitas urgentes e intentamos meter a las personas, pero visita programada, quince días de espera”.

Núria Gispert, médica de Girona.

“Yo tengo una lista de espera de una semana. Mis compañeros que están de vacaciones tienen dos, tres semanas; trabajando mucho, mucho, puedes ponerte en una semana de lista de espera, quedándote más horas en la consulta”.

Médica de Castilla-La Mancha.

“Un paciente te dice: ‘Tengo un problema que me preocupa y no sé si es grave o no, pero no puedo resolverlo yo solo’. Y ahí hay que dar una respuesta, aunque sea un ‘no tienes nada grave’ que dé descanso al malestar de esta persona. Esto se ha dejado de hacer durante la pandemia”.

Sergio Minué, médico experto en atención primaria y atención comunitaria.

Una de las funciones de la atención primaria es activar los diagnósticos de forma precoz para detectar problemas de salud antes de que se agraven. Personal sanitario entrevistado por Amnistía Internacional afirma que el retraso en la atención sanitaria, así como las dificultades para hacer derivaciones al hospital durante la pandemia, han retrasado muchos diagnósticos con el consiguiente riesgo de empeoramiento del estado de la salud de las personas. Asimismo, los retrasos en las derivaciones al hospital han incrementado las consultas en la atención primaria porque los y las pacientes continúan con necesidades de salud que deben ser atendidas.

138 Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 10 de abril de 2019.

139 Información remitida por el Departament de Salut a Amnistía Internacional.

“

“Lo que tenemos que ver no lo estamos viendo. Los crónicos, los estamos empezando a ver pero no de manera clara. Estamos viendo enfermedades que no hemos diagnosticado antes. Gente que tenía dolores y que ahora tiene metástasis. He visto hace poco el caso de una señora con cáncer de estómago y un señor con cáncer de colon. Estamos llegando tarde, estamos diagnosticando tarde. Hay muertes por COVID, pero muertes también por enfermedades que no son el COVID”.

Maria Luz, enfermera de Caldes de Montbui, Barcelona.

Durante el estado de alarma, el acceso a pruebas diagnósticas hospitalarias quedó paralizado. Así, Mar Rodríguez Gimena, médica y experta en género y salud, explica que *“durante la pandemia ha habido retrasos de dos a tres meses en pruebas de cribado mamográfico”.*

Esta espera ha provocado mucha incertidumbre y sufrimiento en las personas con problemas de salud.

MARÍA LUISA, PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN ROSAE DE VALDEPEÑAS

Organización de mujeres afectadas por cáncer de mama, comparte uno de los últimos casos que les llegó en octubre de 2020.

Llamé al médico y me dieron para diez días. Fue casualidad que me llamase mi médico el mismo día por la tarde para otra gestión y se lo comenté, y me dijo que me fuera a urgencias, no del hospital sino del centro de salud, porque se pensaba que era un golondrino y necesitaría antibiótico. Y así lo hice, fui, me vio y me dijo que no era un golondrino. Al día siguiente me llamó el médico y me dijo que fuese al día siguiente a las nueve a la consulta para hacerme una ecografía. Junto con otro médico me hicieron la ecografía, todo esto en atención primaria, y me comentaron que había que estudiarlo. Me mandó hacerme una ecografía en ginecología pero me dieron cita para abril de 2021. Este bulto crecía y me dolía bastante, era muy molesto y decidí irme al ginecólogo de la sanidad privada y allí me detectaron tres bultos, dos en el pecho y otro el de la axila, que es el que yo detecté. Si no hubiese ido al ginecólogo de la privada no sé si para abril estaría aquí porque es un cáncer agresivo.

JUAN, 64 AÑOS, RESIDENTE EN MADRID

Llevo dos semanas con ardores de estómago, mi médico por teléfono me preguntó qué creía yo que podía ser. Yo he tenido ya una gastroduodenal. Me costó que me cogieran el teléfono, tardaron días en llamarme y hoy (20 de

noviembre) me llaman para decirme que me dan para el 1 de febrero, para otras pruebas. Y yo sigo sin estar bien y voy a empezar a sangrar por la úlcera porque hace años sangraba la úlcera y ya no sé qué hacer. Me despierto de madrugada con dolor y no termino de estar bien.

4.1.5. TIEMPOS DE CONSULTA QUE SE ACORTAN

Si la consulta presencial antes de la pandemia ya tenía un tiempo muy limitado, la presión asistencial ha reducido todavía más ese tiempo. El Foro de Atención Primaria ha advertido que las agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad, dedicando un mínimo de 10 minutos por paciente.¹⁴⁰ Personal sanitario explica a Amnistía Internacional el riesgo que comporta disponer de poco tiempo por paciente.

“Cuando un profesional tiene que ver un paciente cada tres minutos, no funciona. Tú entras, cierras, y te has sentado y ya ha pasado un minuto y medio. Intentas que sea una atención de calidad, pero la infraestructura cierra y aceleras y aceleras y no llegas y no te da tiempo. Lo que tienes que hacer es terminar, terminar y terminar y cerrar la consulta”.

Una enfermera de Madrid.

“Tienes entre cuatro y siete minutos por paciente. Esto no pasa en Europa”, “¿Qué menos que atender a los pacientes con más tiempo del que lo hacemos ahora? ¿Qué menos se merece un enfermo?”, “Somos un servicio social. Algunas personas te dicen que tienen problemas y detrás de eso puedes ver que está motivado por frío en sus casas, o por soledad. Pero ahora no hay tiempo de sentarse con un abuelito y su mujer, que también está mal y que le cuida. No puedes hacer todo lo que debes y hay muchas necesidades sociales, muchas, y ahora más. Deberíamos tener más tiempo con los pacientes”.

Médicos y médicas de Castilla-La Mancha.

“El problema es que no estás atendiendo con tiempo. ¿Y si se te pasa una enfermedad grave? Es que, ¿y si esa persona, que es un paciente crónico, se descompensa y se pone mal? ¿Y la gente mayor? Seguro que esto se verá en un futuro en estudios. Es difícil de llevar”.

Blanca Gispert, médica de Barcelona.

140 Foro de Médicos de Atención Primaria. Comunicado por el Día de la Atención Primaria, 2020. Disponible en: <https://www.semfyec.comunicado-del-foro-de-medicos-de-atencion-primaria-por-el-dia-de-la-ap-2020/>

En el caso de los y las pacientes, también refieren a Amnistía Internacional el escaso tiempo de las consultas.

“*Los médicos no te preguntan cómo estás, no te preguntan hace cuánto no te has hecho análisis, es como una oficina de dar pastillas. Esto pasa porque tienen muy poco tiempo, faltan médicos, no dan abasto incluso telefónicamente*”.

Marga, de la Asociación Provincial de Enfermos Reumáticos de Guadalajara (APERG).

EL VÍNCULO ENTRE LOS PROFESIONALES Y LOS PACIENTES: PUENTES QUE SE ROMPEN Y QUE PONEN EN RIESGO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

La pérdida de accesibilidad, el modelo de asistencia sanitaria, los cupos sobredimensionados de pacientes por profesional, la escasez de recursos humanos y la falta de estabilidad laboral del personal sanitario han quebrado en gran medida el vínculo entre las y los profesionales de la atención primaria y los pacientes, pilar esencial de la calidad de la atención sanitaria. Existen estudios que muestran que realizar un seguimiento de la salud y la enfermedad de las personas, es decir desarrollar un vínculo, conocer a los pacientes, sus familias y su comunidad, tiene resultados altamente eficaces, y es una de las razones por las que los sistemas sanitarios basados en la atención primaria son más eficientes y equitativos.¹⁴¹

La comunicación en la relación terapéutica no tiene una réplica sencilla en los canales no presenciales, sobre todo cuando no existe un vínculo previo. Algunos estudios subrayan la necesidad de explorar al paciente para mejorar la relación terapéutica.¹⁴² El contacto está, en la base del sistema de atención primaria. Los y las profesionales sanitarios relataron a Amnistía Internacional la importancia del contacto con sus pacientes.

“El atender por teléfono hace que pierdas ciertas habilidades, tienes incertidumbre de no conocer la verdadera necesidad/problema del paciente. Desde el punto de vista profesional quizá debería preocupar cómo va a influir en nuestras habilidades y cómo retomar la reflexividad ética”, señala María, una médica de Barcelona.

“Hemos perdido el contacto físico, la cercanía, la empatía, la capacidad de detectar no solo las cuestiones en materia de salud, lo biológico, sino lo psicológico y lo social. Ha sido una amputación traumática y ha actuado de forma negativa”, relata un médico de Madrid.

“La longitudinalidad, la relación médico-paciente es básica, da tranquilidad. Si yo veo la cara del paciente ya veo cómo está. Por ejemplo, fui a hacer un control de sintrón a uno de mis pacientes, en julio le vi bien, pero ahora tenía una palidez muy marcada y tenía dificultad para caminar. Le hicimos una analítica y vimos que había una anemia importante. Tú conoces a tus pacientes, pero si va otra persona que no le conoce, no habría tenido la referencia de cómo estaba antes y seguramente no habría valorado la necesidad de hacer una

141 Barbara Starfield: B. “Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services”. SESPAS report 2012. Gaceta Sanitaria 2012; 26: 20-26.

142 Iona Heath: I. The mystery of general practice, London (UK): The Nuffield Provincial Hospital Trust; Londres, 1995. Ian McWhinney: I. “Primary Carecare: Core values in a changing world”, BMJ 1998; 316 (7147): 1807-1809.

analítica. Eso no se valora y esa es la fuerza de la atención primaria”, afirma Maria Luz, enfermera de Caldes de Montbui, Barcelona.

“Es importante ver al paciente porque los fundamentos de la atención se basan en la entrevista clínica, en la confianza, en la empatía. Es fácil que por falta de tiempo vayamos sesgando la consulta. La mayor parte de lo que expresamos lo hacemos por gestos, y por teléfono nos perdemos muchas cosas: lo importante es verle la cara a un paciente en la consulta. Hay que tener consultas en las que alguien se te eche a llorar. Están apareciendo nuevas enfermedades y problemas físicos que se nos pueden escapar si no vemos a las personas. El teléfono está bien para rutina de seguimiento pero, por ejemplo, para las personas mayores la terapia se basa más en la presencia física que en los medicamentos. No podemos tener la tentación de quitarnos de en medio”, explica Francisco Angora, médico de Ciudad Real.

4.1.6. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA REDUCIDA

El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria ya advertía en 2019 que se había producido un cierto abandono de la atención domiciliaria.¹⁴³ Durante la pandemia, esta tendencia se ha agudizado, viéndose afectadas en mayor medida personas encamadas o con dificultades para la movilidad, o pacientes que en otro momento hubiesen sido hospitalizados, pero que optaban por quedarse en casa por miedo a infectarse de COVID-19 en el hospital y por el aislamiento que eso suponía. Esta situación aumentó las necesidades de cuidados de estos pacientes. Sin embargo, hay estudios que muestran que la falta de medios suficientes y la sobrecarga del personal sanitario dificultó su trabajo antes, durante y después del estado de alarma.¹⁴⁴ Pacientes extremadamente vulnerables no tuvieron acceso suficiente a cuidados profesionales, transmitiendo esa carga a las familias, y dentro de ellas principalmente a las mujeres o a personas no sanitarias, también en su mayoría mujeres.

Amnistía Internacional desea poner de relieve los testimonios del personal sanitario que extendían sus ya largas jornadas laborales para poder visitar a más pacientes en sus domicilios.

“*He llegado a ir al centro a las siete de la mañana y he salido a las cuatro o a las cinco de la tarde estirando la jornada para seguir visitando a las personas en sus domicilios”.*

María Luisa, médica de Guadalajara.

143 Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, 10 de abril de 2019.

144 José Ramón Martínez-Riera JR, y Elvira Gras-Nieto: E. “Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma”, Enfermería Clínica 2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862120302990?via%3Dihub>

“Fuimos a visitar pacientes hasta en fin de semana, en nuestro tiempo libre”.

Clara Michaut, médica de Girona.

Los testimonios recogidos por Amnistía Internacional expresan sentimientos de abandono por parte de estas personas y sus cuidadoras, y de frustración por parte de los profesionales sanitarios cuando volvían a los domicilios después del estado de alarma y observaban las consecuencias de la desatención.

“Vuelves a las casas y encuentras las barbaridades que estamos encontrando, desde muertes a úlceras por presión totalmente descontroladas”.

Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente.

MARÍA (NOMBRE FICTICIO), DE CASTILLA-LA MANCHA

Mi madre cumplió 90 años en febrero y estaba bien. Un día empezó a temblar y se cayó. Ahí empezó todo. Avisé al médico de cabecera y la visitó. Nos dijo que estaba bien. Mi madre le dijo que tenía dolor en zona lumbar y el médico le dijo que tenía que andar, pero mi madre no podía andar. Mi madre no mejoraba y en marzo nos dijeron que ya no podíamos ir a consulta. Llamábamos por teléfono y nos decían que le pusiéramos parches para el dolor y pastillas. Pero cada vez iba a peor y como el médico no venía a casa, la derivó al hospital. El médico nos dijo que iban a procurar que no tuviera dolor el tiempo que le quedara y pensamos: “¿Pero ya la dan por muerta?”. Solo venía la enfermera a hacerle las curas una vez a la semana, que nos atendía muy bien, y el resto de los días lo hacíamos mi hermana y yo. Hemos sido sus enfermeras, 24 horas al día. En abril, cuando estaba mucho peor, venían tres veces a la semana, pero el resto del tiempo éramos nosotras quienes la cuidábamos. Seguía sin poder hablar con el médico por teléfono y el enfermero me decía que ya no sabía qué mandarle. Nos mandaban parches para el dolor sin hacer exploraciones ni pruebas. En abril, cuando se acostaba, mi madre lloraba y tenía un dolor y un sufrimiento... En mayo volvió de su baja el médico de mi madre y le pedimos que la visitara, vino dos o tres días después. Repasó lo que tomaba, le quitó mucha de la medicación y le mandó otra. El 22 de mayo la llevamos a urgencias porque estaba como en coma, no se movía. Pasamos allí toda la noche y a las nueve de la noche le dieron el alta. Al día siguiente la volvimos a llevar y estuvo tres semanas ingresada. A la primera semana le quisieron dar el alta, pero yo pregunté: “¿Cómo le vais a dar el alta?”. Tenía una sonda, los riñones no le funcionaban, el corazón infartado, y me dijeron que para lo que había ido ya estaba bien. Vino otra doctora y dijo que tenía que seguir ingresada. El 13 de junio falleció. Fue un sufrimiento contante desde febrero. Desde entonces hasta junio solo tuvo dos visitas del médico en casa. ¿Por qué ahora en la pandemia, cuando más se necesita la atención, estamos así? Un poco más de humanidad es lo único que pido. La gente mayor ha estado sosteniendo a la familia, solo pido que se les haga más caso.

Otra de las tareas que realiza la atención primaria es proporcionar cuidados paliativos domiciliarios a pacientes terminales. Estos cuidados se realizan en colaboración con los servicios especializados en atención paliativa. La pandemia ha supuesto muchas muertes en domicilios, por enfermedades derivadas de la COVID-19 u otras patologías. En ocasiones, los y las pacientes mayores, o sus familiares, optaban por morir en casa. Pero no siempre se pudo ofrecer la atención adecuada para proporcionar una muerte digna a las personas.



“Un compañero tiene varios cánceres, le tenían que haber hecho unas pruebas y no se las hicieron por el confinamiento. Cuando le retomaron las pruebas, ya le hicieron el TAC y tenía metástasis. Desde el hospital no le derivan a paliativos porque no estuvo ingresado, y para pedirlos tuvo que ir a atención primaria. Llamó y no le cogían el teléfono en el centro salud. Y al final contactamos con la trabajadora social y ella conocía el caso y pedimos que el médico le pudiera llamar y hablar con él de su situación, para conseguir la mejor calidad de vida posible el tiempo que viviese. Pero el médico no le ha llamado. Y él tiene mucho dolor. A otra chica transexual que también está muy enferma el hospital le paró los paliativos y ella no tiene dinero, y estamos encima de que nos contesten en el centro de salud. Lo peor es para las personas sin redes familiares, por ejemplo para las personas LGBTQ+, a las que la sociedad las ha discriminado tanto que creen que no tienen derechos”.

Federico, de la Fundación 26 de Diciembre.



Al mismo tiempo, la labor de proporcionar cuidados paliativos domiciliarios se produjo sin los recursos necesarios.

“*A menudo durante la pandemia ha sido la atención primaria la que ha tenido que acompañar y sedar a pacientes terminales. Al principio no teníamos ni medicación suficiente para garantizar una muerte digna a los pacientes. Se solicitó disponer de oxígeno en atención primaria para ofrecérselo a personas mayores pluripatológicas que estaban con bajas saturaciones de oxígeno pero que no querían ingresar en el hospital por miedo a infectarse. Y no nos servían el oxígeno a tiempo*”.

Mar Rodríguez Gimena, médica de Madrid.

OBLIGACIONES DE ESPAÑA EN MATERIA DEL DERECHO A LA SALUD

España ha firmado y ratificado numerosos tratados internacionales por los que está obligada a respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud. Entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y, recientemente, la Carta Social Europea Revisada.

El derecho a la salud exige que haya un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención sanitaria, que éstos sean accesibles para todas las personas, sin discriminación alguna, tanto en el sentido físico como económico (asequibilidad) y de acceso a la información, que sean aceptables para todas las personas, es decir, que respeten la ética médica y que sean culturalmente adecuados y de buena calidad.¹⁴⁵

Entre las medidas que España debe adoptar para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud están la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, así como la lucha contra ellas y la creación de condiciones que aseguren a todas las personas asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad.¹⁴⁶

El derecho a la salud también comprende el acceso a la información, el derecho de solicitar, recibir y difundir información y sugerencias acerca de las cuestiones relacionadas con la salud y los servicios relacionados con la salud.¹⁴⁷

145 Comité DESC de Naciones Unidas. Observación General n° núm. 14.: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. E/C.12/2000/4. Párrafo 12. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451>

146 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 12. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

147 Comité DESC de Naciones Unidas. Observación General n° núm. 14.: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. E/C.12/2000/4, párrafo 12.

La Constitución española protege el derecho a la salud en su artículo 43, que dispone el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Asimismo, la Ley 14/1986 General de Salud regula todas las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, incluido el derecho a la información sobre los servicios sanitarios, y confiere a la atención primaria las características de máxima proximidad y accesibilidad para la ciudadanía.¹⁴⁸ Por su parte, la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias, con la finalidad de que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.¹⁴⁹

4.2. DISCRIMINACIÓN EN EL ACCESO AL DERECHO A LA SALUD

“En marzo todo desaparece excepto la epidemia. Todo lo que no es COVID-19 pasa a un segundo plano: o se ignora o se aparta o se retrasa”.

Rosa Urbanos, experta en economía de la salud

El modelo de gestión en la atención primaria orientado a la pandemia y sin un refuerzo de recursos adecuado ha tenido un mayor impacto en los grupos más vulnerables, como las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas y las personas con enfermedades de salud mental, cuyas necesidades de salud palidecieron ante la urgencia de frenar la infección.

“Lo urgente se come a lo crónico”.

Núria Gispert, médica de Girona.

“Ahora todo es COVID-19. Si antes estábamos muy ocupados sin COVID, ahora dedicamos el 90% a ver COVID-19, pero ¿dónde está el resto?”

Francisco Angora, médico de Ciudad Real.

148 Ver: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

149 Ver: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>

Asimismo, las personas inmigrantes en situación administrativa irregular han visto cómo se han incrementado las barreras de acceso al sistema público de salud durante la pandemia. Finalmente, las mujeres, que forman el grueso de las personas cuidadoras en el ámbito doméstico, han sufrido el impacto de la sobrecarga de cuidados de las personas enfermas, ante una atención primaria saturada que, además, podría no tener la capacidad para identificar a una parte de las mujeres víctimas de violencia de género.

Amnistía Internacional considera que el derecho a la salud y las necesidades especiales de estos grupos no fueron tenidos en cuenta ni integrados adecuadamente en el diseño de la respuesta a la pandemia. Las autoridades no tuvieron como objetivo discriminar de manera directa a estos grupos de población en el acceso a la atención sanitaria; sin embargo, el planteamiento de la gestión sanitaria, orientado principalmente a la gestión de la COVID-19, y la falta de medidas de refuerzo del sistema de atención primaria han derivado en una discriminación indirecta de las personas con patologías no COVID, con más necesidades de salud y mayor dependencia del sistema sanitario.

4.2.1. LAS PERSONAS MAYORES

“*Nos sentimos muy discriminados. Vivimos en una sociedad que no se ocupa de las personas mayores, somos consideradas como trastos que se apartan. No todas las personas mayores saben pedir cita telefónica. Personas que llaman al teléfono y que no se lo cogen, en un mundo tecnológico que se les escapa, sin trato directo con sus médicos, gente que está sola en casa, aislada y deprimida, y se encuentra en una situación desesperada. Lo desconocido para una persona mayor es mucho más impactante que para una persona joven, y el sentirse desatendido no es bueno para la salud. Por suerte o por desgracia, todo el mundo llegará a ser mayor. El Gobierno nos tenía que haber preguntado qué necesitamos, nos tratan como criaturas y ellos como padres, pero tenemos opiniones y muy válidas. Tenían que haber hablado más con sus mayores, con sus abuelos. Por esa discriminación nosotros salimos a la calle a protestar”.*

Amparo y Juan, del movimiento Yayoflautas

Las personas mayores, que representan la mayoría de las visitas a atención primaria, han sufrido de modo especial debido a su necesidad de cuidados y seguimiento. En España hay más de 8,5 millones de personas mayores de 65 años. En Cataluña son el 19,22% del total de la población, en la Comunidad de Madrid el 17,98% y en Castilla-La Mancha el 19,08%.¹⁵⁰ Del total de personas mayores de 65 años, más de dos millones residen solas¹⁵¹ y casi un 40% sufren soledad no deseada.¹⁵² Entre los mayores de 65 años, la media de personas dependientes es de un 28,7%¹⁵³ y el 70% tiene enfermedades crónicas con una media de cuatro dolencias por persona.¹⁵⁴ Por otra parte, las mujeres son más longevas que los hombres. Entre

150 Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de estructura de población, 2020. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1451>

151 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2019. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

152 Javier Lezaun, Javier & Amaya Sarasola, Amaya & Sonia Chamorro, Sonia & Pinazo-Hernandis, Sacramento & Canals, Susanna & Talavera, Cristina. (2018). et al.: “El reto de la soledad en la vejez”, Zerbitzuan. 2018; 66: 61-75. (10.5569/1134-7147.66.05). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328357362_El_reto_de_la_soledad_en_la_vejez

153 Ministerio Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2018, publicado en 2019. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

1999 y 2019, la esperanza de vida de los hombres ha pasado de 75,4 a 80,9 años y la de las mujeres de 82,3 a 86,2 años,¹⁵⁵ lo que implica más demanda de servicios de salud por parte de las mujeres mayores.

Además de la falta de recursos suficientes en la atención primaria, las personas mayores han contado con barreras adicionales, como la dificultad para adaptarse al modelo de atención telefónica –agravándose en ocasiones por dificultades auditivas– o al sistema de citas por internet, por la brecha digital que existe en este sector de la población. En España, casi la mitad de las personas entre 65 y 74 años que utilizan internet cuentan con habilidades digitales bajas,¹⁵⁶ y el 76,6% de las personas mayores de 74 años no utilizan internet de forma frecuente.¹⁵⁷

Por su parte, el Ministerio de Sanidad destacó la vulnerabilidad de las personas mayores durante la pandemia, subrayando la preocupación por la paralización durante el estado de alarma de los trámites de las ayudas a domicilio y las valoraciones relacionadas con las ayudas a la dependencia, así como, en algunos casos, la fragmentación y la desconexión entre los servicios de salud y los sociales y las dificultades para adquirir comida o medicamentos por parte de este sector de la población.¹⁵⁸

“*El manejo integral de los cuidados de las personas mayores, que sobre todo llevaban las enfermeras, se cerró completamente con el COVID. Les dejamos aparte. Les dejamos solos. Con patologías muy serias, solos, que se descompensaban de manera muy rápida. Las cuidadoras nos llamaban continuamente para preguntarnos qué hacían*”.

Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente.

La situación que vivieron Luisa y Dolors, que a continuación contamos, son solo un ejemplo de la angustia y el dolor que han sufrido algunas personas mayores y sus familiares.

154 Ver: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/las-enfermedades-cronicas-motivan-el-80-de-las-consultas-de-atencion-primaria>

155 Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de esperanza de vida. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

156 Ver: [https://www.bbva.com/es/la-brecha-digital-que-desconecta-a-nuestros-mayores-en-la-crisis-del-coronavirus/amp/](https://www.bbva.com/es/la-brecha-digital-que-desconecta-a-nuestros-mayores-en-la-crisis-del-coronavirus/)

157 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares. Octubre de 2019. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/tich_2019.pdf

158 Ministerio de Sanidad: “Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales”. Octubre de 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

LUISA, (NOMBRE FICTICIO), 77 AÑOS, DE CASTILLA-LA MANCHA

Antes no tenía dificultades al ir al médico. Si no me encontraba bien, pedía cita y me veían. Ahora no, ahora no te atienden. Mi marido murió el 24 de marzo de COVID-19 y yo también lo tuve. Yo estuve sin salir de casa. En el tiempo en el que estuve mala en casa, no me llamaron ni un día. Yo le dije al médico que me seguía sin encontrar bien y le conté que me mareé y me caí. Me dijeron que era el estrés por lo que había pasado, lo de mi marido, que había estado sola y mala. En siete meses, desde que mi marido murió, el médico solo me ha visto una vez. En septiembre la enfermera me hizo un chequeo y en los análisis me salió el potasio y el azúcar alto. Y en octubre yo me encontraba mal. Tú llamas al centro pero no te cogen el teléfono, tienes que ir al centro, y ahí te dan para cinco o seis días para que te llamen por teléfono. Hay cosas que no se ven por teléfono. Yo le dije al médico que había perdido 14 kilos sin haber hecho régimen y me dijo que me iba a repetir los análisis. Llamé otra vez y me dieron los resultados de los análisis, me dijo que todo bien, y yo le quería preguntar y él me contestó con prisa que todo bien y me colgó. También tengo arritmias, tomo un medicamento pero para eso no necesito control. Mi hermano es diabético y él tiene tiras y me las pone a veces para controlarme el azúcar. Yo voy saliendo ahora del hoyo. Es muy fuerte lo que me pasó, mi marido se murió, no pude verle, caí mala, lo pasé en mi casa. Y ahora no lo estoy pasando muy bien porque estoy sola. Tengo a mis hijas que vienen, y gracias a una de ellas que vino para que comiera porque yo no quería comer. La queja que yo tengo es que no nos ven. No me siento bien con esa forma de atender, un médico tiene que ver al paciente, ahora no te ven la cara, los brazos, las manos. En esta situación yo querría ver a mi médico para poder explicarle lo que me pasa, porque por teléfono a veces se te olvidan las cosas. Quiero que mi médico me cuide.

DOLORS, RESIDENTE EN UN PUEBLO DE CATALUÑA

Mi madre tiene 87 años, y desde la pandemia siento que está abandonada, no la han visitado más. Supongo que no llegan a todo, nadie tiene la culpa, y hay que ser comprensiva, pero un mínimo. La enfermera le hace el control del sintrón y ya está, pero no la visitan, y mi madre tiene azúcar, hipertensión. La hipertensión y el azúcar nos dicen que lo miremos nosotras. Nos dieron un aparato de presión y azúcar y vamos vigilando, pero yo no soy enfermera. A mi madre las citas se las pedimos nosotras. No se tiene en cuenta que la gente se hace mayor. Llega un momento que si no tienes ayuda no puedes, ellos te obligan a dar un móvil pero mi madre no tiene un móvil. El sistema se tiene que adaptar a la persona, no a lo que se quiere que las personas hagan. Sientes impotencia. En plena crisis de la pandemia, mi hermana y yo decíamos: "Si mamá se pone mala ¿qué hacemos? No vendrá nadie, ni la atenderán".

Las personas mayores institucionalizadas en residencias son probablemente las más damnificadas por la pandemia. La situación sufrida por este colectivo ya ha sido denunciada por Amnistía Internacional en el marco de otra investigación.¹⁵⁹

La OMS ha señalado en numerosas ocasiones la necesidad de poner el foco en las personas mayores y reconocer su derecho a una atención sanitaria digna, por su particular vulnerabilidad.¹⁶⁰ Asimismo, el Comité DESC ha reafirmado la importancia de un enfoque integral de la salud que abarque diversos servicios para garantizar que las personas mayores puedan disfrutar del ejercicio efectivo de su derecho a la salud.¹⁶¹

Durante la pandemia, el secretario general de las Naciones Unidas señaló que la concentración de los recursos sanitarios en la COVID-19 podía marginar a las personas de edad y dificultar su acceso a los servicios sanitarios. También destacó que la escasez de personal en los sistemas sanitarios interrumpía la prestación de atención sanitaria y afectaba directamente a las personas de edad, aumentando su aislamiento, y subrayó que las mujeres resultaban más afectadas, ya que están sobrerrepresentadas en el grupo de población de personas mayores y, además, suelen ejercer de cuidadoras de otras personas mayores, por lo que corrían un riesgo mayor de contraer el virus. Ante esta situación, instó al fortalecimiento de los sistemas de salud.¹⁶² Por su parte, la Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad recomendó a los Estados adoptar y aplicar políticas o estrategias nacionales de salud y planes de acción basados en la evaluación de las necesidades de las personas de edad, realizadas en consulta y asegurando su participación, con el fin de lograr la plena realización del derecho a la salud.¹⁶³

4.2.2. PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS



“Se espera otra ola de efecto de la pandemia que será la del impacto en la desatención a los pacientes crónicos. No podemos saber la magnitud porque eso no ha ocurrido antes”.

Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente

La falta de recursos y el incremento de la sobrecarga asistencial han provocado un deterioro en el seguimiento de los y las pacientes con enfermedades crónicas. Organizaciones médicas, como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, han denunciado que los pacientes crónicos y/o pluripatológicos han estado confinados sin un seguimiento médico estrecho, primero por la vigencia del estado de alarma y después por un sistema orientado principalmente hacia la atención de pacientes COVID, pese a los esfuerzos realizados por el personal de atención primaria.¹⁶⁴

159 Amnistía Internacional: “Abandonadas a su suerte. La desprotección y discriminación de las personas mayores en residencias durante la pandemia COVID-19 en España”. Diciembre de 2020. Disponible en: https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/search?fq=msstored_fld99&fv=*&doc-return=search&advanced=true&mandatoryTerms=&mandatoryPhrase=&optionalTerms=&prohibitedTerms=&fq=mssearch_geographics&fv=&msstored_mltgeographics=&fq=mssearch_materials&fv=&msstored_materials=&fq=mssearch_doctype&fv=*&fq=mssearch_typology&fv=*&dateFrom=&dateTo=&fq=mssearch_fld13&fv=EUR41800020

160 OMS. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud, 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

161 Comité DESC. Observación general 14 y observación general 6.

162 Naciones Unidas: “Informe de políticas: Los efectos de la COVID-19 en las personas de edad”. Mayo de 2020. Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/old_persons_spanish.pdf

163 Experta Independiente sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad: “Impacto de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) en el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad”. Julio de 2020. A/75/205. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/75/205>

164 Ver: <https://www.semfcy.es/prensa/cronica-de-una-muerte-anunciada/>



Las personas con enfermedades crónicas representan el 80% de las consultas de la atención primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios.¹⁶⁵ Respecto a tres de las enfermedades crónicas con mayor incidencia en España —tensión alta, artrosis y diabetes—, en las tres comunidades autónomas estudiadas el porcentaje de población que las padece oscila entre un 19 y un 22% para la tensión alta, entre un 15 y un 20% para la artrosis y entre un 7 y un 7,5% para la diabetes.¹⁶⁶

La atención primaria tiene una función primordial en la prevención y el seguimiento de las enfermedades crónicas.¹⁶⁷ Los y las pacientes acuden a las consultas para revisar la medicación, realizar analíticas, evaluar el control de la enfermedad y obtener los consejos adecuados para el manejo de la enfermedad. La continuidad asistencial es un aspecto crucial en el seguimiento de las y los pacientes, especialmente en las transiciones de pacientes en situación de cronicidad por el sistema sanitario y social.¹⁶⁸

La Plataforma de pacientes realizó una encuesta a personas con enfermedades crónicas en relación al acceso a la atención sanitaria durante la pandemia y destacó los siguientes datos:

-  *Al 69% le cancelaron diversas consultas programadas antes de la crisis por COVID-19, entre las que se encontraban consultas hospitalarias (46,3%), del hospital de día (3,4%) y de atención primaria (19,3%).*
-  *Solo el 25,3% de las personas a las que se les cancelaron tuvieron acceso a dichas consultas una vez finalizado el confinamiento. En el caso del 74,7% restante, el seguimiento fue realizado por teléfono (54,3%), correo electrónico (16,1%) o a través de teleasistencia (2,5%). Únicamente en el 1,8% de los casos algún profesional sanitario se trasladó al domicilio del paciente.*
-  *De todas las personas encuestadas a las que se les aplazó una o varias pruebas diagnósticas, solo en el 2,4% de los casos estas se pudieron realizar finalmente en el centro de atención primaria. En el resto de casos se aplazaron hasta nuevo aviso y ningún profesional sanitario se trasladó al domicilio del paciente para adelantar los resultados de las pruebas diagnósticas.*
-  *Con más de la mitad de las personas encuestadas no se había contactado para realizar un seguimiento de su estado de salud y/o anímico durante el estado de alarma. Las que sí fueron contactadas, principalmente fue por el centro de atención primaria (21,5%), seguido del centro hospitalario (18,2%). El 5% de los participantes manifiestan que recibieron un seguimiento de organizaciones de pacientes.¹⁶⁹*

La Plataforma ha solicitado potenciar y dotar un modelo de atención primaria y comunitaria que dé respuesta a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas.¹⁷⁰

Por su parte, una encuesta realizada por la Associació de Diabetis de Catalunya destacó que más de la mitad de las personas encuestadas con diabetes señalaron como una dificultad el poder acceder a su médico.¹⁷¹

165 Ver: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/las-enfermedades-cronicas-motivan-el-80-de-las-consultas-de-atencion-primaria>

166 Encuesta Nacional de Salud 2017. Publicada en 2018 y disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

167 Ministerio de Sanidad. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Abril de 2019.

168 *Ibid.*

169 Ver: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_covid19_final_web_ok.pdf

170 Ver: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_covid19_final_web_ok.pdf

171 Ver: <https://adc.cat/es/sin-categorizar/como-afecta-la-pandemia-en-las-personas-con-diabetes/>

Otros movimientos de personas con enfermedades crónicas, como Jóvenes Pensionistas, han denunciado el irreparable daño que la situación de la atención sanitaria ha causado en pacientes crónicos y en personas dependientes,¹⁷² y han pedido la restauración de la normalidad en la atención sanitaria.¹⁷³

Por su parte, el Ministerio de Sanidad reconoció a las personas con enfermedades crónicas como grupo en situación de vulnerabilidad, la cual se agravaba según la situación socioeconómica. El Ministerio recomendó establecer mecanismos para la atención específica y segura de pacientes con patologías crónicas y diagnósticos de trastornos de salud mental, así como de pacientes de alta complejidad, tanto de forma presencial como telemática.¹⁷⁴

Asimismo, el Plan de respuesta temprana adoptado en julio por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud destacó la necesidad de que se establecieran mecanismos para la adecuada atención y continuidad de cuidados de pacientes con patologías crónicas y reactivación de las consultas a domicilio.¹⁷⁵

Sin embargo, el refuerzo asistencial no ha sido suficiente para implementar estas recomendaciones. En Cataluña, un miembro de la Consejería de Sanidad reconoció a Amnistía Internacional la “preocupación” por la situación de acceso de las personas con enfermedades crónicas al sistema sanitario.¹⁷⁶ Y un representante del Institut Català de la Salut manifestó que existía un Plan de recuperación de la atención de los pacientes crónicos que consistía en realizar seguimiento telefónico a los y las enfermas.¹⁷⁷ A su vez, la consejería de sanidad de Castilla-La Mancha afirma haber establecido en agosto una unidad de seguimiento telefónico de personas con enfermedades crónicas, destinada a realizar seguimiento de la situación de personas con enfermedad crónica y vulnerables.¹⁷⁸

Amnistía Internacional ha podido comprobar el impacto y el daño que la gestión sanitaria durante la pandemia ha causado en personas con enfermedades crónicas, refiriendo algunas de ellas un empeoramiento de su salud.

172 Jóvenes pensionistas por la defensa del sistema público de pensiones. Nota de prensa: “Atención a enfermos crónicos ya”.

173 Ver: <https://oncolliga.cat/2020/10/19/la-fecec-reclama-restablir-la-normalitat-en-latencio-oncologica-aixi-com-en-els-programes-de-cribratge-del-cancer-i-de-diagnostic-rapid/>

174 Ministerio de Sanidad: “Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales”. Octubre de 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf

175 Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5007>

176 Entrevista realizada en octubre de 2020.

177 Entrevista realizada el 9 de diciembre de 2020.

178 Información facilitada por la consejería de sanidad de Castilla-La Mancha a Amnistía Internacional

MARÍA ÁNGELES, 42 AÑOS, DE MADRID, PORTAVOZ DE JÓVENES PENSIONISTAS

Yo tengo varias enfermedades: endometriosis, fatiga crónica, fibromialgia, síndrome de sensibilidad central, una lesión irreversible por cirugía que me dejó problemas en la columna y la pierna derecha, y no tengo vesícula. A los crónicos nos decían que no acudiéramos al centro y hemos aguantado más de lo que deberíamos. Yo normalmente tengo que acudir a mi centro de salud una vez al mes. Mi centro médico ha sido uno de los más afectados por el COVID y ha habido muchas bajas de médicos. Y hay mucha rotación de médicos. Han estado atendiendo dos médicos de manera presencial y cada vez te atiende uno, y por teléfono, cada vez te lo coge una persona diferente. Los pacientes crónicos queremos que nos atienda nuestro médico habitual. Llegamos en peores condiciones porque no hemos ido al médico antes y tenemos muchas cosas que contar, y si no conocen nuestro historial es eterno, te tiras mucho tiempo contando tu historia y antes no les da tiempo a leer tu historia. Y luego, con la atención telefónica, los síntomas se pueden confundir si no tienes exploración. Las enfermedades crónicas son un tiovivo y vemos a muchos especialistas. El médico de atención primaria es importante porque nos coordina todo y nos regula los tratamientos porque tenemos desajustes grandes por falta de control. Yo he dejado de ir al médico porque me cansa contarle mi historia a una persona distinta cada vez. Cinco minutos y con personas diferentes. Eso no me ayuda. Pero tampoco me ha llamado nadie.

La OMS ha alertado de que durante la pandemia muchas personas que necesitaban tratamiento para el cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes no recibieron los cuidados y las medicinas que precisaban. Consideró como vital que los países encontraran maneras innovadoras de garantizar que los servicios esenciales para las enfermedades crónicas continuaran, aunque al mismo tiempo se estuviera combatiendo la COVID-19,¹⁷⁹ y recientemente, en septiembre de 2020, ha advertido de las trágicas consecuencias para las personas con enfermedades crónicas si no se reconducía la atención.¹⁸⁰

4.2.3. LAS PERSONAS INMIGRANTES

Las personas inmigrantes en situación irregular y las personas reagrupadas legalmente con familiares residentes en España han visto incrementadas sus barreras de acceso al sistema sanitario. Barreras que tienen que ver con una legislación estatal que no garantiza la universalidad, medidas autonómicas insuficientes y limitaciones específicas del nuevo modelo asistencial para quienes no dominan el idioma y tienen que acceder a la atención sanitaria vía telefónica.

179 OMS: “La pandemia de coronavirus interrumpe los tratamientos contra el cáncer y otras enfermedades crónicas”. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/06/1475312>

180 Declaraciones del director general de la OMS, Tedros Adhanom, en septiembre de 2020. Disponible en: <https://news.un.org/en/story/2020/09/1071732>

El Real Decreto-Ley 7/2018¹⁸¹ no restituyó por completo la universalidad del derecho a la salud quebrada por el Real Decreto-Ley 16/2012, cuya adopción fue considerada como una vulneración de derechos por diversos mecanismos internacionales de protección de derechos humanos.¹⁸² El Real Decreto-Ley 7/2018 no incluye específicamente el derecho a la atención sanitaria en todo momento de las personas en situación de mayor vulnerabilidad –mujeres embarazadas, menores de 18 años, víctimas de trata, personas solicitantes de protección internacional y personas que requieran atención de urgencias–, ni tampoco garantiza la atención sanitaria a las personas reagrupadas legalmente con familiares residentes en España. Asimismo, la redacción ambigua de la norma ha dado lugar a interpretaciones restrictivas de la misma por parte de algunas Comunidades Autónomas y algunos centros de salud, que consideran que todas las personas necesitan una antigüedad de tres meses de estancia en España antes de acceder a la atención sanitaria, a pesar de que la norma no exige esa condición.¹⁸³

“*Hemos tenido el caso de un niño nacido en Madrid al que se le pedían seis meses de estancia previa para poderle dar de alta porque le consideran en estancia temporal. Es el absurdo de la exclusión, que va más allá de la norma*”.

Nacho Revuelta, médico en Madrid y miembro de Yo Sí Sanidad Universal.

El Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos incluyó en su reciente informe de la visita a España que el Gobierno había reconocido el problema de la falta de universalidad en el acceso al derecho a la salud.¹⁸⁴ Las autoridades han anunciado un próximo Anteproyecto de Ley con medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS).¹⁸⁵ Amnistía Internacional ha presentado junto con REDER y Yo Sí Sanidad Universal recomendaciones para que la nueva norma garantice la universalidad de la atención sanitaria.¹⁸⁶

181 Ver: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-10752>

182 Comité DESC, Examen de los informes presentados por los Estados Parte en virtud de los artículos 16 y 17 del Pacto, doc. ONU E/C.12/ESP/CO/5, 6 de junio de 2012, párrafo 19 (en adelante, Comité DESC, Observaciones finales, España, 2012); Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de España, doc. ONU CEDAW/C/ESP/CO/7-8, 29 de julio de 2015, párrafos 30 y 31; Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia, Informe de la ECRI sobre España, 5 de diciembre de 2017, párrafo 80. Ver, asimismo, Amnistía Internacional España: “Sin tarjeta, no hay derecho: Impacto en derechos humanos de la reforma sanitaria en Castilla-La Mancha y en la Comunitat Valenciana” (EUR4140015), y Amnistía Internacional España: “El laberinto de la exclusión sanitaria. Vulneraciones del derecho a la salud en las Islas Baleares” (EUR4160013).

183 “España: El nuevo Real Decreto-Ley sobre sanidad, un paso adecuado hacia la universalidad”, julio de 2018. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/espana-el-nuevo-real-decreto-ley-sobre-sanidad-un-paso-adecuado-hacia-la-universalidad/> Amnistía Internacional, Yo Sí Sanidad Universal, Médicos del Mundo y otras organizaciones integradas en la plataforma REDER España: “Cuatro meses después del nuevo decreto sobre sanidad universal se deben abordar sus fallos y ambigüedades”. Noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/espana-cuatro-meses-despues-del-nuevo-decreto-sobre-sanidad-universal-se-deben-abordar-sus-fallos-y/>

184 Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. Informe sobre la visita a España. Abril de 2020. A/HRC/44/40/Add.2, párrafo 33.

185 Ministerio de Sanidad. Nota de prensa: “Sanidad saca a consulta pública el anteproyecto de ley que incorpora la obligación de evaluar el impacto en la salud de la población en todas las políticas públicas”. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5086>

186 Ver: <https://saludporderecho.org/wp-content/uploads/2020/11/Recomendaciones-al-Anteproyecto-de-Ley-REDER-Yo-S%C3%AD-Sanidad-Universal-y-Amnist%C3%ADa-Internacional-003.pdf>

Un contexto como el de la pandemia hace aún más apremiante garantizar el acceso al derecho a la salud de todas las personas sin discriminación. Sin embargo, las medidas adoptadas por las tres comunidades estudiadas han sido insuficientes para garantizar el acceso de la población inmigrante en situación irregular y el de las personas reagrupadas legalmente con familiares residentes en España.

Castilla-La Mancha adoptó la Orden de 09/02/2016¹⁸⁷ que garantiza el acceso a las personas inmigrantes en situación irregular, pero siguen existiendo barreras administrativas y variabilidad en la aplicación de la norma en los diferentes centros de salud que dificultan el acceso a la atención sanitaria.

“*Una cuidadora inmigrante, que trabaja como interna, vino con síntomas. Fui a registrar en el sistema la petición de PCR y vi que no estaba en el sistema. No le pude hacer la PCR.*”

Agustina, médica en Castilla-La Mancha.

En Cataluña, desde el inicio de la pandemia se estableció un sistema on line mediante el cual las personas que cumplieran el requisito de estar empadronadas en un municipio de Cataluña podían solicitar una tarjeta sanitaria individual (TSI) sin necesidad de personarse en el centro de salud.¹⁸⁸

La Comunidad de Madrid no ha adoptado ninguna normativa que desarrolle el Real Decreto-Ley 7/2018, lo que ha provocado gran variabilidad en la interpretación y aplicación de la norma en los diferentes centros de salud. Al inicio de la pandemia, la Comunidad de Madrid adoptó un sistema a través de un código informático (código DAR), que finalizó con el estado de alarma, dejando a las personas inmigrantes en situación administrativa irregular sin acceso a la atención sanitaria. En julio adoptó una instrucción por la cual se creaba un código COVID con el que podían acceder al sistema, pero únicamente en caso de tener síntomas de la COVID-19 o sospechas. Como consecuencia de todo ello, entidades como Médicos del Mundo y Yo Sí Sanidad Universal han denunciado que la exclusión sanitaria se ha incrementado en Madrid.¹⁸⁹

Además, ninguna de las tres comunidades ha llevado a cabo campañas de información adecuadas y suficientes del derecho a la salud de las personas inmigrantes.

“*Con la falta de información de las autoridades, tienen miedo, se están aislando más aún. Muchos sienten que no tienen derechos.*”

Paula, matrona en Madrid.

Los y las profesionales sanitarios entrevistados por Amnistía Internacional señalan a este colectivo como uno de los más excluidos durante la pandemia, dando como resultado la invisibilización de estas personas para el sistema sanitario.

“*En esta pandemia casi no he visto a inmigrantes.*”

Médica de Castilla-La Mancha.

187 Orden de 09/02/2016, de la Consejería de Sanidad, de acceso universal a la atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Disponible en: https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/569290-orden-sanidad-9-feb-2016-ca-castilla-la-mancha-de-acceso-universal-a-la-atencion.html

188 Ver: https://salut.gencat.cat/pls/rca/rcapktsi_COVID.SOLICITAR_TSI_FORM?P_IDIOMA=ESP

189 Ver: https://www.eldiario.es/desalambre/exclusion-sanitaria-migrantes-aumenta-madrid-durante-pandemia-medicos-mundo-detecta-167-casos-marzo_1_6268895.html

“Estamos atendiendo mal, se están quedando atrás inmigrantes, muchos. No están apenas viniendo para nada. El otro día vino una mujer con un problema de acumulación de líquidos por insuficiencia cardíaca, pero vino en un estado muy deteriorado”.

Maria Luz, enfermera de Caldes de Montbui, Barcelona.

“Ahora, al haber disminuido brutalmente la accesibilidad a los centros de salud para todo el mundo, la exclusión sanitaria que ya existía no solo es mucho más dramática sino más invisible”.

Clara, médica de Madrid.

“Brecha digital no solo es tener o no internet o un teléfono. Hablar por teléfono no es fácil. Si tienes un problema de expresión o de nivel cultural o de idioma, la brecha es más brutal. Y eso puede llevar a errores clínicos que tienen como fuente la falta de entendimiento de lo que te está contando el paciente”.

Sergio Minué, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Las personas que han compartido su testimonio con Amnistía Internacional muestran la incertidumbre y la angustia que provoca la exclusión sanitaria.

TEMPORERO EN ALBACETE

Llegué de Mali hace un año. No tengo trabajo, no tengo nada. Mi familia está en Mali, tengo cinco hijos. Uno de mis hijos y mi padre murieron en un campo de minas. He venido a España a trabajar, a mejorar mi vida. Antes del COVID teníamos un sitio donde dormir en una nave abandonada. Estábamos unos 30 o 40. Cuando llegó el COVID nos mandaron a un recinto donde estuvimos unos 400. Luego fuimos a otro centro. Yo tuve COVID. A las personas que dimos positivo nos apartaron y nos controlaron. En septiembre vinieron unas personas y nos dijeron que nos teníamos que ir de allí. Les preguntamos que adónde, porque no teníamos otro sitio. Nos dijeron que sin papeles no teníamos derechos. Al final nos dejaron quedarnos allí un mes más. Pero luego nos echaron y ahora vivimos en descampados, sin nada, ni agua, ni baños. Tenemos comida por los vecinos. Desde que salí, no hemos vuelto a ver médicos. Nadie me ha dicho si me pongo malo qué tengo que hacer. Tengo un amigo que fue al hospital porque estaba malo y no podía dormir del dolor y le echaron porque no tenía papeles. Me siento maltratado y no puedo hacer nada. ¿Y si nos pasa algo? ¿Qué va a pasar? ¿Nos curamos entre nosotros? Mi familia está esperando mi ayuda y esto me quita el sueño, saber que mis hijos me necesitan y que no puedo hacer nada. Todo lo que pedimos es que nos traten bien, que nos ayuden.

GLADYS, MUJER DE ORIGEN PERUANO

Yo soy peruana y llevo más de diez años en España. En 2014 traje a mi madre y a mi hija de manera legal, ellas tienen la tarjeta de residencia. En el centro de salud me dieron un resguardo de la tarjeta de sanidad pero luego me lo quitaron. Me dijeron que mi madre no tenía derecho a la atención sanitaria. No me cabía en la cabeza, es que no hay forma de expresarlo. Mi madre quería volver a Perú porque era mayor y no tenía acceso al médico. Gracias al movimiento Yo Sí Sanidad Universal, un año después, consiguieron que mi madre tuviese acceso a través de un código informático (DAR), pero le daban de alta y de baja cada tres o seis meses. En marzo, mi madre ingresó por COVID-19 y vimos que no estaba registrada en el sistema. Me decían que fuera al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Pero ¿cómo me van a dar una cita en pleno confinamiento? La asistente social del hospital me dijo que firmara un seguro privado para extranjeros y no me dieron ninguna explicación. Nunca me la han dado. Solo Yo Sí me ha ayudado.

A los cuatro días de estar ingresada mi madre, me dijeron que me iban a facturar por día y yo me angustié. “¿Por cuánto saldrá esto? ¿Cómo puede ser que mi madre con 81 años, que ha venido legalmente, no tenga derechos?” Mi marido, al mismo tiempo, estaba en la Unidad de Cuidados Intensivos. Fueron días muy duros. Otra asistente social me dijo que lo único que podía hacer era pagar o irme a mi país. Luego me dijeron que mi madre había entrado bajo un código de transeúnte. Mi madre ha estado toda la pandemia de baja en el sistema, y ahora la han metido porque Yo Sí Sanidad Universal me ha ayudado. Mi madre se siente impotente. Cuando se dice que nuestros mayores están primero, ¿dónde? A diario no se ven esas cosas. La pena es la poca presión que hay para que la sanidad sea para todas las personas. Yo soy una persona luchadora, y sigo y seguiré luchando.

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Alto Comisionado para los Refugiados (ACNUR) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han destacado que la pandemia solo puede controlarse si existe un enfoque inclusivo que proteja los derechos de toda persona a la vida y la salud. Subrayaron que es vital que todas las personas, incluidas todas las migrantes y refugiadas, tengan garantizado el mismo acceso a los servicios de salud y se incluyan efectivamente en las respuestas nacionales a la COVID-19. A su vez, recomiendan a los Estados que su enfoque principal debe ser el de la preservación de la vida, independientemente del estatus de cada persona.¹⁹⁰ Por su parte, el Relator Especial sobre el derecho al más alto nivel de salud también ha reiterado la necesidad de que los Estados hagan efectiva la universalidad de la atención sanitaria.¹⁹¹

190 ACNUDH, OIM, ACNUR y OMS. Comunicado de prensa conjunto: “Los derechos y la salud de las personas refugiadas, migrantes y apátridas deben protegerse en la respuesta al COVID-19”. Disponible en: <https://www.acnur.org/noticias/press/2020/3/5e83b3bf4/los-derechos-y-la-salud-de-las-personas-refugiadas-migrantes-y-apatridas.html>

191 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163, párrafo 15.

4.2.4. PERSONAS CON ENFERMEDADES DE SALUD MENTAL

La pandemia de COVID-19 ha agravado los trastornos mentales y ha incrementado el número de nuevos casos. Según el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), el 65% de la población española manifestó síntomas de ansiedad y cuadros depresivos durante el confinamiento.¹⁹²

Hay estudios que muestran que la propia vivencia de la pandemia, más allá de la infección y la experiencia del confinamiento y demás medidas decretadas, también ha generado problemas de salud mental.¹⁹³ Son personas que sufren síntomas desencadenados por situaciones económicas y sociales, incertidumbre laboral, soledad, familias con sobrecarga de cuidados, estrés asociado a la vivencia del confinamiento o miedos de contagio e incertidumbre.¹⁹⁴

“*Ahora ha habido un aumento de patologías como el malestar emocional, la ansiedad, la depresión en el contexto de una crisis social y económica que ya tenemos encima y, en algunos casos, acrecentado por situaciones de maltrato en el domicilio. Esto ha aumentado después del confinamiento.*”

Eva Mayor, médica en Barcelona.

“*Observamos el deterioro personal, gente con trastornos del sueño, del ánimo, gente que no ve a su familia desde hace tiempo, que no sabe si les podrá ver. El daño por haber perdido a alguien y no haber hecho el duelo no se ha puesto de manifiesto, con todo el peso que tiene. Cuando mis pacientes me cuentan sus no despedidas de su gente es terrible, el no poder hacer despedirse de un ser querido, el que te entreguen unas cenizas sin despedida ni duelo... esto es una obligación social para los dolientes, pero no hay psicólogos que los atiendan. Vamos a pagar esto por mucho tiempo. Necesitamos más psicólogos que acompañen el duelo.*”

María Luisa, médica de Castilla-La Mancha.

Las barreras de accesibilidad y la ruptura del vínculo médico-paciente han puesto en riesgo el acceso de las personas con problemas de salud mental a una atención sanitaria adecuada, pues, por lo general, precisan de una atención particular, con más tiempo, y orientada a las necesidades y contexto de cada persona.

Las mujeres podrían estar viéndose más afectadas por este incremento de los problemas de salud mental y las barreras en el acceso al sistema sanitario. La última Encuesta Nacional de Salud, publicada en 2018, ponía de relieve que las tasas de ansiedad y depresión entre las mujeres son el doble que en los hombres.¹⁹⁵ Así, en la Comunidad de Madrid y en Cataluña las mujeres representan un 70% de la población mayor de 15 años con ansiedad crónica, y un 73,6% en Castilla-La Mancha.¹⁹⁶

192 Ver: <https://www.cibersam.es/noticias/el-cibersam-pone-el-foco-en-los-problemas-de-salud-mental-durante-la-pandemia>

193 Betty Pfefferbaum y Carol S. North: “Mental health and the COVID-19 pandemic”, *The New England Journal of Medicine* 2020; 383(6): 510-512.

194 Julio Torales, Marcelo O’Higgins, João Mauricio Castaldelli-Maia et al: “The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health”, *International Journal of Social Psychology* 2020; 66(4): 317-320.

195 Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2017, publicada en 2018. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175

196 *Ibíd.*

La OMS ha alertado de que la pandemia ha perturbado o paralizado los servicios de salud mental esenciales en el 93% de los países del mundo, en un momento en que aumentaba la demanda de atención de salud mental, lo que ha tenido efectos devastadores sobre el acceso a dichos servicios.¹⁹⁷ Por este motivo, recomendó a los Estados asignar recursos a la atención de la salud mental en el marco de sus planes de respuesta y recuperación, e instó a los países a que controlen los cambios y las perturbaciones que se registren en estos servicios, de tal modo que puedan reaccionar cuando sea necesario.¹⁹⁸

4.2.5. MUJERES: LA DESIGUALDAD QUE SE AGRAVA

La pandemia está teniendo un efecto especialmente perjudicial para las mujeres. En España, según el Fondo Monetario Internacional, las mujeres han resultado ser más vulnerables a los efectos económicos de la pandemia. Alrededor del 29% trabajaban en empleos que se vieron duramente afectados por la crisis de la COVID-19, en comparación con el 21% de los hombres.¹⁹⁹

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha mostrado su preocupación por las desigualdades agravadas y la discriminación que están sufriendo las mujeres en la crisis actual. Durante la pandemia, el Comité destacó que en gran parte de las profesiones más expuestas al virus la mayoría de la fuerza laboral está compuesta por mujeres, incluidas las que trabajan en la atención sanitaria y las cuidadoras. Debido a la carga del cuidado de los menores y familiares enfermos, y con mayores en casa, están expuestas a un mayor riesgo de contraer la COVID-19.²⁰⁰

Las mujeres siguen siendo el pilar de la prestación de cuidados domésticos y de la vigilancia de la salud familiar, y los datos indican que frecuentan más los servicios de atención primaria que los hombres.²⁰¹ Las desigualdades de género en los cuidados y el trabajo doméstico se han hecho aún más evidentes en el contexto de la pandemia, lo que supone un alto riesgo de sobrecarga para las mujeres.²⁰² Al principio del confinamiento, el Fondo Monetario Internacional destacó que en España las mujeres realizaban al menos dos horas más de trabajo doméstico no remunerado que los hombres, y recomendó aumentar el apoyo a las familias y para el cuidado de los niños y promover modalidades de trabajo flexibles para lograr una mayor igualdad de género.²⁰³

En España, más del 75% de quienes prestan cuidados a personas dependientes son mujeres, sobre todo cuidados de atención personal, como alimentación, aseo o vestido, y que requieren un contacto más estrecho con las personas a las que cuidan.²⁰⁴ Asimismo, la mayoría de las mujeres contratadas en el sector de los cuidados son extranjeras,²⁰⁵ añadiéndose otro factor de discriminación.

En el ámbito de los cuidados informales, las mujeres representan el 58% en Castilla-La Mancha, el 55,7% en Cataluña y el 56,7% en la Comunidad de Madrid.²⁰⁶

Hay estudios que muestran que las mujeres perciben un deterioro de su salud como consecuencia de cuidar a otras personas,²⁰⁷ y otros análisis atribuyen al cuidado informal un impacto en la salud tanto física como mental de quienes asumen este rol, que en su mayoría son mujeres.²⁰⁸

Por otra parte, es necesario destacar que los factores de vulnerabilidad de las mujeres se potencian entre sí.²⁰⁹ Por lo que las mujeres migrantes mayores con enfermedades crónicas, con contratos precarios y dificultades económicas han sufrido un mayor impacto.²¹⁰ Estas mujeres han sumado varios de los ejes de desigualdad, han estado particularmente expuestas al riesgo de infección y han sufrido las barreras de acceso a la atención sanitaria.

197 Ver: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

198 Ver: <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>



“La salud de las mujeres cuidadoras se ha visto perjudicada por la pandemia. En el hospital que se preparó en IFEMA vi que más del 60% de las mujeres que llegaban eran cuidadoras inmigrantes que se habían enfermado por falta de materiales de protección para seguir atendiendo a los mayores en sus domicilios. A su vez han sido vectores de transmisión a sus familias, puesto que sus viviendas no siempre permitían realizar el aislamiento”.

Mar Rodríguez Gimena, médica y experta en género y salud.

RELATOS DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE EL IMPACTO DE LA CRISIS EN LAS MUJERES

“Las cuidadoras son mujeres. He visto muchas hijas cuidadoras de personas mayores, han hecho todo lo que han podido por no llevarlos al hospital y ha sido una sobrecarga brutal. Cuidadoras de sus madres que han salido todas adelante. En muchas consultas las mujeres vienen con dolores de cabeza, de manos, y sabes que en algunos casos hay cuestiones no físicas detrás de ese malestar y la pregunta clave es: ‘¿Cuánto tienes hoy para comer?’, y hay mujeres que solo tienen ocho euros para comer. ¿Cómo no le van a doler las manos? Ahora se nota más, porque todo lo social se ha agravado, siempre ha pasado pero ha ido a peor. Las cuidadoras están mal, psicológicamente mal, por una sobrecarga muy grande”, señala una médica de Castilla-La Mancha.

- 199 Fondo Monetario Internacional. Cinco gráficos sobre la economía española y respuesta de España a la COVID-19, por Nicolás Arregui, Lucy Liu y William Oman. Departamento de Europa del FMI. Disponible en: <https://www.imf.org/es/News/Articles/2020/11/12/na111320-five-charts-on-spains-economy-and-response-to-covid-19>
- 200 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Nota con orientaciones: CEDAW y COVID-19.
- 201 Rosa María Urbanos Garrido: “Determinantes de salud y utilización de servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género”, *Presupuesto y Gasto Público* 2011; 64: 117-130. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=38188>
- 202 Ministerio de Sanidad: “Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales”. Octubre de 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf
- 203 Fondo Monetario Internacional. Cinco gráficos sobre la economía española y respuesta de España a la COVID-19, por Nicolás Arregui, Lucy Liu y William Oman. Departamento de Europa del FMI. Disponible en: <https://www.imf.org/es/News/Articles/2020/11/12/na111320-five-charts-on-spains-economy-and-response-to-covid-19>
- 204 Ministerio de Sanidad: “Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales”. Octubre de 2020.
- 205 Ver: https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PS/027art08.pdf
- 206 Encuesta Nacional de Salud 2017. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- 207 Ver: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911111002998>
- 208 María del Río Lozano: “Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud”, 2014. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=58459>
- 209 Olena Hankivsky y Anuj Kapilashrami: “Intersectionality offers a radical rethinking of COVID-19”, *BMJ Opinion* 2020. Disponible en: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/15/intersectionality-offers-a-radical-rethinking-of-covid-19/>
- 210 Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer: “La perspectiva de género, esencial en la respuesta a la COVID-19”. Disponible en: [https://www.inmujer.es/disenovovedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_\(uv\).pdf](https://www.inmujer.es/disenovovedades/IMPACTO_DE_GENERO_DEL_COVID_19_(uv).pdf)



“La responsabilidad de la atención paliativa recayó en las hijas, en las madres y en las cuidadoras, apoyadas por el profesional sanitario. Pero todo este tejido de dolor ha sido increíble porque han estado solas. Y digo ‘solas’ porque son mujeres. Solas ante la muerte, solas ante el cuidado, solas ante la incertidumbre. Hemos dejado en manos de hijas y de cuidadoras un peso asistencial tan grande, que los problemas psicológicos, de ansiedad, de depresión, de desamparo, que han sentido y que siguen sintiendo ahora son espectaculares. Y eso un gobierno no puede permitirlo. Y se ha permitido”, señala Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente.

“Hay una parte de la atención que antes desarrollaba el sistema sanitario o social y que ahora recae en las familias. Y si tenemos en cuenta que las mujeres son las principales responsables de los cuidados en los hogares, pues esa carga, si ha habido morbilidad no atendida con agravamiento de condiciones crónicas o aumento de los niveles de dependencia de los convivientes, lo más probable es que haya recaído en las mujeres”, afirma Rosa Urbanos, experta en economía de la salud.

“Las mujeres con las que contactas vas viendo cómo el cuidado queda a cargo de ellas, y el trabajo que queda más perjudicado es el de la mujer”, explica Paula, matrona en Madrid.

“Veo clarísimo que las mujeres de mi ambulatorio han visto mermado el acceso a la salud. Antes tenían muy fácil contactar conmigo. Ahora el acceso se ha convertido en una odisea. Además, han seguido al cuidado de niños y mayores, son las que tienen los trabajos más precarios y durante el confinamiento obligatorio muchas siguieron trabajando. Ahora estamos viendo, por ejemplo, que en mujeres diabéticas ha habido un empeoramiento en sus controles. También ha habido un aumento de las derivaciones a salud mental. Muchas mujeres de origen sudamericano están viviendo mucha angustia por lo que pasa en sus países”, destaca Carol, médica de Olot, Girona.

Por otra parte, en España, las mujeres han sufrido un incremento de la violencia de género durante la pandemia. Entre enero y abril de 2020, las llamadas al 016 aumentaron más de un 1.000%, y las consultas on line sobre violencia de género un 67,3%.²¹¹

En un contexto de pandemia, sin medios suficientes y con un modelo asistencial telefónico, la atención primaria podría no tener la capacidad suficiente para detectar algunos casos de violencia de género ni para dar respuesta a las mujeres que la sufren, cuando es un nivel asistencial idóneo para la detección y abordaje de los casos de violencia de género.²¹² Personal sanitario alerta de que la merma en la accesibilidad y la proximidad con las pacientes podría estar teniendo un impacto en la detección de mujeres víctimas de violencia de género.

211 Ministerio de Igualdad. Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género. Boletín estadístico mensual. Octubre de 2020. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinMensual/2020/docs/BE_Octubre_2020.pdf

212 Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2007. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>. Ver también: Mireia Sans y Jaume Sellarés: “Detección de la violencia de género en atención primaria”, Revista Española de Medicina Legal 2010; 36(3): 104-109.

“*La violencia de género se ha escondido detrás de la pandemia, ha habido mucha más de la localizada, estoy convencido. La única manera de detectarla es el cara a cara con las personas, es cuando eres capaz de detectar pequeños matices, y eso lo estamos perdiendo con la consulta telefónica*”.

Raúl Calvo, médico de Castilla-La Mancha.

“*Estoy segura de que la detección de la violencia de género se ha ido a pique. La atención primaria es una vía muy buena para detectar la violencia*”.

Blanca Gispert, médica de Barcelona.

“*La violencia de género sabemos que ha aumentado durante la pandemia. Muchas mujeres han tenido que convivir con su agresor porque no había otra posibilidad ni recursos. Me consta que los servicios de atención telefónica han estado bloqueados y sobrecargados. Queda por estudiar qué ha pasado con la morbilidad, es decir, con las enfermedades desarrolladas por las mujeres que sufren violencia durante este confinamiento*”.

Mar Rodríguez Gimena, médica de Madrid y experta en género y salud.

Durante la pandemia, diez órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas,²¹³ el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer²¹⁴ y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos²¹⁵ han instado a los Estados a proteger los derechos de la mujer en sus respuestas a la pandemia de COVID-19.

NO DISCRIMINACIÓN

España, como Estado parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, tiene la obligación de garantizar el acceso a la atención de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlos sin discriminación alguna.²¹⁶ El Comité DESC ha subrayado la prohibición de toda discriminación por motivos como el estado de salud, situación social, sexo, idioma, origen nacional o posición social que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.²¹⁷ Incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros en situación de vulnerabilidad de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales.²¹⁸ La no discriminación es una

213 Ver: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25742&LangID=S>

214 CEDAW: “Call for joint action in the times of the COVID-19 pandemic”, 21 de abril de 2020.

215 Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos: “COVID-19 and women’s human rights: Guidance”. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf

216 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2, y Comité DESC, Observación general núm. 14 sobre el derecho a la salud.

217 Comité DESC. Observación general núm. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”.

218 Ibíd.

*obligación inmediata. Por discriminación se entiende toda distinción, exclusión, restricción o preferencia u otro trato diferente que directa o indirectamente se base en los motivos prohibidos de discriminación y que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio en condiciones de igualdad.*²¹⁹

El Comité DESC ha destacado que la pandemia tiene efectos profundamente negativos en el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, y especialmente en el derecho a la salud de los grupos más vulnerables de la sociedad.²²⁰ Si los Estados no actúan dentro del marco de los derechos humanos, existe un riesgo evidente de que las medidas adoptadas vulneren los derechos económicos, sociales y culturales, y aumenten el sufrimiento de los grupos más marginados. Los Estados Parte tienen la obligación de adoptar medidas para evitar esos efectos o, al menos, mitigarlos.²²¹ Deben adoptar, con carácter urgente, medidas especiales y específicas para proteger y mitigar los efectos de la pandemia en grupos vulnerables como las personas mayores, las personas con discapacidad, los refugiados y las poblaciones afectadas por conflictos, así como las comunidades y los grupos sometidos a discriminación y desventajas estructurales.²²² Por su parte, el Relator Especial sobre el derecho al más alto nivel posible de salud ha destacado en su último informe que, desde un enfoque de la salud basado en los derechos humanos, la desigualdad y la discriminación se reconocen como factores que contribuyen en gran medida a unos resultados sanitarios deficientes. Es imposible brindar una cobertura sanitaria universal o contener una pandemia si se discrimina a diferentes sectores de la sociedad, privándolos de información o servicios.²²³ Como han puesto de manifiesto las respuestas frente a la COVID-19, no es posible tutelar los derechos de las personas a menos que se tengan en cuenta las circunstancias de éstas al diseñar las políticas pertinentes. Este ejercicio debe incluir a quienes se encuentran o están en riesgo de encontrarse en una situación de vulnerabilidad, como las personas sin hogar, las personas enfermas, las personas con menos recursos económicos, las personas mayores, las personas dependientes o con discapacidad y las personas inmigrantes y otros sectores de la población cuyos derechos humanos ya se vulneran de formas diversas.²²⁴

A nivel estatal, La Ley 14/1986 General de Sanidad exige que el acceso y las prestaciones sanitarias se realicen en condiciones de igualdad efectiva, corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los Servicios Sanitarios Públicos.²²⁵ Asimismo, la Ley General de Salud Pública de 2011 subraya que las administraciones públicas, en sus actuaciones de salud pública y acciones sobre la salud colectiva, estarán sujetas al principio de equidad, promoviendo “la disminución de las desigualdades sociales en salud”.²²⁶

219 Comité DESC. Observación general núm. 20: “La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales”. E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009.

220 Comité DESC. Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales. Abril de 2020.

221 *Ibíd.*

222 *Ibíd.*

223 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163.

224 *Ibíd.*, párrafo 66.

225 Ver: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

226 Ley 33/2011, de 4 de octubre de 2011, General de Salud Pública, artículo 3.

4.3. NECESIDAD DE EVALUACIÓN DEL EXCESO DE FALLECIMIENTOS

Según datos del Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo), desde el inicio de la pandemia se han registrado cuatro periodos con exceso de mortalidad respecto a la estimación esperable. Durante el primero de ellos, entre el 10 de marzo y el 9 de mayo, se estima que la sobremortalidad fue de 44.563 personas; durante el segundo, entre el 20 de julio y el 29 de agosto, fue de 4704; durante el tercero, entre el 1 de septiembre y el 25 de diciembre fue de 21524, durante el cuarto, entre el 28 de diciembre y el 8 de febrero de 2021 fue de 10817. Así pues, entre marzo de 2020 y febrero de 2021 el exceso de mortalidad ha sido de 81.608.²²⁷

El 11 de febrero, el Ministerio de Sanidad publicó que 64.217 personas habían fallecido por causas relacionadas con la COVID-19 en España,²²⁸ de las cuales 13.179 en la Comunidad de Madrid, 9.791 en Cataluña y 5.350 en Castilla-La Mancha.²²⁹

Un estudio de la OMS ha señalado que la pandemia está poniendo a prueba todos los sistemas nacionales de salud, lo que repercute en la prestación y utilización de los servicios de salud esenciales, y subraya que es razonable prever que incluso una modesta interrupción de los servicios de salud esenciales podría dar lugar a un aumento de la morbilidad y la mortalidad por causas distintas de la COVID-19 a corto, medio y largo plazo. El organismo recomendó mejorar la vigilancia en tiempo real de los cambios en la prestación y utilización de los servicios y de los establecimientos sanitarios.²³⁰ Por su parte, el director general de la OMS destacó: “La COVID-19 debería enseñar a todos los países que la salud no consiste en elegir entre una cosa u otra. Debemos prepararnos mejor para las emergencias pero también seguir invirtiendo en sistemas de salud que respondan plenamente a las necesidades de las personas a lo largo de toda la vida”.²³¹

Un estudio pionero realizado en el Reino Unido ha advertido de un incremento, a causa de la pandemia, en la mortalidad por distintos cánceres en los próximos cinco años (entre un 7,9 y un 9,6% en el cáncer de mama, entre un 15,3 y un 16,6% en el de colon, entre un 4,8 y un 5,3% en el de pulmón y un 6% en el de esófago).²³² Algunos expertos atribuyen este aumento a las dificultades de diagnóstico y seguimiento adecuados, causadas por la gestión de los servicios sanitarios durante la pandemia.²³³ En España, el Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECOP), formado por 500 especialistas de todo el país, ha advertido que la crisis sanitaria provocada por la COVID-19 lastrará hasta un 5% la supervivencia en cáncer de pulmón, lo que supondría 1.300 muertes adicionales.²³⁴

227 Datos de exceso de mortalidad: MoMo: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Documents/informesMoMo2021/MoMo_Situacion%3bn%20a%209%20de%20febrero_CNE.pdf

228 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_310_COVID-19.pdf

229 *Ibíd.*

230 Ver: <https://www.who.int/es/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic>

231 Ver: <https://www.who.int/es/news/item/31-08-2020-in-who-global-pulse-survey-90-of-countries-report-disruptions-to-essential-health-services-since-covid-19-pandemic>

232 Camille Maringe, James Spicer, Melanie Morris et al: “The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study”, *Lancet Oncology* 2020; 21: 1023-1034. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(20\)30388-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(20)30388-0/fulltext)

233 Editorial: “Safeguarding cancer care in a post-COVID-19 world”, *Lancet Oncology* 2020; 21: 603. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045\(20\)30243-6.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanonc/PIIS1470-2045(20)30243-6.pdf)

234 Ver: <https://www.gecop.org/los-expertos-advierten-de-otra-pandemia-1300-muertes-mas-por-cancer-de-pulmon-a-causa-de-la-covid-19/>

Amnistía Internacional reconoce que es prematuro evaluar el impacto de la gestión de la pandemia en indicadores de salud de otras patologías. Sin embargo, pide a las autoridades sanitarias que un órgano independiente lleve a cabo una investigación sobre los impactos que los cambios en la atención sanitaria puedan estar teniendo en pacientes con patologías no COVID, y que se aborden lo antes posible los cambios que se estimen oportunos para asegurar el acceso y el disfrute del derecho a la salud de todas las personas, especialmente de aquellas con más necesidades de salud.



5. IMPACTO EN EL DERECHO A LA SALUD Y EN LA SITUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Durante la pandemia, las y los profesionales sanitarios de atención primaria no han contado con equipos de protección individual (EPI) suficientes en el ejercicio de su trabajo. La desprotección fue mucho más acusada al principio de la pandemia, pero siguen existiendo aspectos de mejora, como el acceso a las mascarillas FFP2. Asimismo, la sobrecarga asistencial se ha visto incrementada a unos niveles sin precedentes. Esta situación, junto con la sensación de no contar con los medios adecuados para atender todas las necesidades de salud de la población, ni con las condiciones idóneas para realizar diagnósticos, ha provocado niveles crecientes de sufrimiento, malestar y desgaste profesional. Por último, la falta de canales de información adecuados y de mecanismos que garantizaran su participación efectiva en el diseño de la gestión sanitaria ha generado entre el personal sanitario un sentimiento de abandono por parte de las autoridades.

5.1. FALTA DE PROTECCIÓN ADECUADA

España ha sido uno de los países de Europa con mayor número de profesionales sanitarios contagiados por el coronavirus.²³⁵ Desde el inicio de la pandemia hasta el 4 de febrero y según cifras del Ministerio de Sanidad, habían contraído el virus 123.603 profesionales de la salud,²³⁶ de los cuales el 78% eran mujeres,²³⁷ y al menos 63 personas de este sector habían fallecido. Sin embargo, esta última cifra no ha sido actualizada por las autoridades sanitarias. Así, en diciembre, la Organización Médica Colegial reportó 80 fallecimientos de personal facultativo desde el inicio de la pandemia²³⁸ y, ese mismo mes, el Sindicato de Enfermería (SATSE) confirmó la cifra de 9 enfermeras fallecidas.²³⁹

5.1.1. FALTA DE EPI SUFICIENTES EN LA FASE AGUDA DE LA PANDEMIA

El personal sanitario trabajó al inicio de la pandemia sin equipos de protección individual (EPI)²⁴⁰ suficientes, lo que supuso una mayor exposición al virus y mayor riesgo de contagio. A finales de abril, España fue el país de Europa con más contagios en el sector,²⁴¹ llegando al 24,1% del total de positivos en COVID-19 en el país.²⁴²

235 Amnistía Internacional: “Expuesto, acallado y atacado. Deficiencias en la protección del personal sanitario y que realiza labores esenciales durante la pandemia de COVID-19”. Julio de 2020. Disponible en: <https://www.amnesty.org/download/Documents/POL4025722020SPANISH.PDF>

236 Ver: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_306_COVID-19.pdf

237 Ver: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2056_09%20de%20diciembre%20de%202020.pdf

238 Ver: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/la-omc-homenajea-a-los-80-medicos-fallecidos-debido-al-coronavirus-covid-19-8800>

239 Información facilitada por el sindicato SATSE a Amnistía Internacional.

240 Los EPI se componen de todo el equipo y materiales que se aconseja utilizar al personal sanitario para protegerse frente a la COVID-19, incluidos guantes, mascarilla médica (quirúrgica), gafas de protección, pantalla facial, bata, mascarilla autofiltrante y un delantal.

241 Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades: “Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK –ninth update 23”. Abril de 2020. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf>

242 Ver: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>

Los y las profesionales de atención primaria comenzaron a atender a pacientes con neumonías atípicas semanas antes de que la OMS declarase la pandemia el 11 de marzo, y lo hicieron sin ningún tipo de protección. Algunos profesionales de la salud refieren que, en ocasiones, recibieron la recomendación de sus superiores de no utilizar mascarillas para no alarmar a la población. Las autoridades infravaloraron el riesgo y el grado de transmisión comunitaria, poniendo en peligro no solo la salud de las personas, sino que también favorecieron que hubiera un aumento de los contagios, lo que a su vez ponía en peligro la fragilidad del sistema de salud, que depende de su personal para seguir funcionando.

“*No me quejo de que no hubiera EPI en un primer momento porque no había disponibilidad real en el mercado; me quejo de que al principio, cuando veíamos casos que venían de Italia con neumonías, nos decían que no nos pusieramos las mascarillas porque alertaban a la gente. No estaba bien visto por parte de la gerencia. Nuestros jefes no lo veían bien. En este país no hay cultura de la prevención*”.

Una médica de Castilla-La Mancha.

“*Al principio estábamos desamparados. Había la consigna de no dar mascarillas a los administrativos para no alarmar a la población, estábamos muy desamparados*”.

Mari Luz, enfermera de Cataluña.

“*Estuvimos desprotegidos las primeras semanas porque los protocolos decían que no nos pusieramos el EPI cuando los pacientes no venían de ciertas zonas. Ya había casos de transmisión comunitaria y estuvimos visitando pacientes sin las precauciones habituales. Ahí fue cuando un tercio de la plantilla de médicos enfermó*”.

Eva Mayor, médica de Barcelona.

PROCOLOS DE PROTECCIÓN CAMBIANTES E INSUFICIENTES

El 19 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud publicó unas directrices sobre el uso racional de los EPI, incluidas las gafas, las mascarillas, las batas, los guantes y otro equipo de protección biomédica para personas que trabajan en centros de atención sanitaria.²⁴³

Amnistía Internacional pudo comprobar que, durante las primeras semanas de la pandemia, los protocolos de actuación para el personal sanitario del Ministerio de Sanidad,²⁴⁴ que contenían las medidas de protección que

243 OMS: “Uso racional del equipo de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves”. Orientaciones provisionales, 6 de abril de 2020. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331810/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-spa.pdf

244 Ministerio de Sanidad. Protocolos de actuación con respecto a la COVID-19. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm>

tenían que seguir las y los sanitarios, se fueron reformando sucesivamente para rebajar la necesidad de protección. Los protocolos que sustituían a los anteriores iban disminuyendo el detalle de los EPI necesarios que tenían que utilizarse, la gama de protección de los mismos y la normativa de calidad que debían respetar. Esta cuestión fue denunciada por el Sindicato de Enfermería (SATSE),²⁴⁵ entre otras organizaciones, y generó mayor ansiedad entre los y las profesionales.

“Al principio de la pandemia hubo muchos cambios en los protocolos de materiales de protección y esto creó mucha incertidumbre y desconfianza porque nos preguntábamos: ¿Los cambios se hacen según criterios científicos o según la disponibilidad de EPI?”, afirma Carol, médica de Olot, Girona.

Profesionales sanitarios entrevistados por Amnistía Internacional han relatado que no recibieron capacitación adecuada ni suficiente en el uso de los materiales de protección.

“No recibíamos respuesta de la Administración a las demandas de recursos y formación. Quien respondió fue Médicos Sin Fronteras y Médicos del Mundo. El tercer sector es el que ha tenido que responder para que profesionales aprendieran a ponerse un EPI, a limpiarlo, cómo se quita, cómo apañarse con plásticos cuando no se dispone del material adecuado”, afirma Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente.

Una encuesta llevada a cabo por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia mostró que la percepción del nivel de protección por parte de los trabajadores se situó en un 5,4 de media sobre 10 en abril, y en un 4,1 en marzo.²⁴⁶

Ante esta situación de escasez de EPI, el sindicato médico CESM solicitó medidas cautelares al Tribunal Supremo orientadas a mejorar la protección del personal sanitario. Aunque el Tribunal Supremo las denegó, requirió al Ministerio de Sanidad para que *“adopt[ara] todas las medidas a su alcance para conseguir la mejor distribución de los medios de protección al personal sanitario”* y *“que informara quincenalmente ante la propia Sala de las medidas adoptadas”*, todo ello en base al interés público de preservar el derecho fundamental a la integridad física y el derecho a la salud de los profesionales sanitarios, así como de las personas a las que asisten.²⁴⁷

Tal y como han subrayado numerosos organismos internacionales y mecanismos de protección de derechos humanos de las Naciones Unidas, las mujeres constituyen el 70% del personal sanitario mundial, lo que hace que tengan más riesgo de contagiarse por la exposición frecuente a pacientes con una elevada carga viral.²⁴⁸ Profesionales sanitarias alertaron a Amnistía Internacional de que existe poca variedad de tallaje en los EPI disponibles, siendo en general grandes para cuerpos de mujer, cuestión relevante ya que los EPI deben estar ajustados para garantizar la protección.

245 Ver: <https://mundosanitario.satse.es/se-han-rebajado-medidas-de-prevencion-contr-covid-19-para-ocultar-la-incompetente-actuacion-de-las-autoridades/>

246 Ver: https://www.semg.es/images/2020/Coronavirus/nota_prensa_20200513.pdf

247 Tribunal Supremo. Auto del 20 de abril de 2020 (Recurso 91/2020).

248 Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe anual. Julio de 2020. Doc. ONU A/75/163, párrafo 26.

“Al principio, como íbamos literalmente con bolsas de basura, no estábamos para finuras. Luego empezamos a tener EPI muy grandes, que a muchas nos quedaban gigantes”.

Mar Rodríguez Gimena, médica y experta en género y salud.

“El equipo de protección personal debe ser del tamaño adecuado para las mujeres, ya que se ha comprobado que las máscaras y fundas que se han dimensionado utilizando el tamaño ‘predeterminado para el hombre’ dejan a las mujeres más expuestas”.²⁴⁹

ONU Mujeres.

La escasez de EPI y las condiciones en las que se vieron obligados a trabajar los y las profesionales sanitarios muestran una falta de planificación de las autoridades ante posibles riesgos para la salud pública, y suponen una vulneración del derecho a trabajar en condiciones sanas y seguras del personal sanitario.

5.1.2. FALTA DE ACCESO A LAS PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO PCR

A pesar del alto porcentaje de contagios en el sector sanitario, el personal tampoco tuvo acceso a las pruebas de diagnóstico PCR durante las primeras semanas de la pandemia. El documento “Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y sociosanitarios” del Ministerio de Sanidad, del 31 de marzo de 2020, ni siquiera exigía la PCR al personal sanitario que había sido contacto estrecho sin EPI con caso posible, probable o confirmado de COVID-19, aunque recomendaba la cuarentena domiciliaria durante catorce días. Únicamente incluía que “se valoraría” la realización a los siete días de una PCR.

“En los peores momentos, si no tenías fiebre llamabas a salud laboral y te decían que no te hacían la PCR. Acudías a trabajar con otros síntomas, con mucho miedo a contagiar a los demás y a las familias. Llegabas de trabajar después de jornadas extenuantes y te encerrabas en la habitación. Nos hemos sentido como carne de cañón. Tienes que ir a trabajar, pero no importa nada más, no importa tu salud ni la de los tuyos”.

Una médica de Castilla-La Mancha.

En ocasiones, ni siquiera se cumplieron los protocolos.

249 ONU Mujeres: “Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Women”. Abril de 2020. Disponible en: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>



“Miedo pasé cuando supe al cabo de una semana que uno de mis pacientes había dado positivo y yo había estado desprotegida. La gente de salud pública dijo que me mantuviera aislada catorce días, pero mi directora de centro dijo que ya había muchas bajas y que tenía que ir a trabajar con mascarilla y que me tomase la temperatura. La segunda semana del estado de alarma hubo reducción de plantilla casi del 50%. De once, durante seis semanas, nos quedamos cuatro. Hubo gente que empezó con síntomas y se aisló, después empezaron a aislarse por contacto. Luego hubo un momento que la unidad de riesgos laborales dejó de aplicar el protocolo de aislamiento porque si no tendrían que cerrar el centro”

Una médica de Barcelona.

Asimismo, la “Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y sociosanitarios” del Ministerio de Sanidad, del 31 de marzo de 2020, tampoco exigía una PCR negativa a los profesionales sanitarios antes de reincorporarse al puesto de trabajo.²⁵⁰ Esta medida fue contestada por los Consejos Generales de Médicos, Enfermeros, Dentistas, Farmacéuticos y Veterinarios –todo el sector sanitario–, que calificaron el protocolo de “temeridad” para el personal sanitario contagiado, el resto de la plantilla y los pacientes, y exigieron que hasta que los profesionales no tuvieran una PCR negativa no deberían volver al trabajo.²⁵¹ El 8 de abril, el Ministerio de Sanidad reformó el protocolo²⁵² proponiendo el fin del aislamiento del personal sanitario a los siete días de haber finalizado los síntomas, pero sin exigir la reincorporación laboral.

Igualmente, después de que diversos sindicatos lo exigieran, en mayo el Gobierno adoptó el Real Decreto-Ley 19/2020, que consideró como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo las enfermedades padecidas por el personal sanitario durante el estado de alarma.²⁵³

5.1.3. SITUACIÓN ACTUAL DE PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Desde el inicio de la pandemia, las autoridades han ido adquiriendo y distribuyendo un creciente número de EPI. Del 10 de marzo hasta junio de 2020, se entregaron 115 millones de unidades de EPI, principalmente a las Comunidades Autónomas.²⁵⁴ En septiembre, el Ministerio de Sanidad había entregado 270 millones de unidades de protección, entre ellas: 100 millones de mascarillas de varios tipos, 1.228.496 buzos, 90.950.470 de pares de guantes y 6.969.230 kits de test diagnósticos.²⁵⁵ En noviembre, el Ministerio de Sanidad informó de que, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), adjudicó los 11 lotes del Acuerdo Marco para la adquisición del material necesario para hacer frente al COVID-19

250 Ministerio de Sanidad. “Guía de actuación frente a COVID-19 en los profesionales sanitarios y sociosanitarios”, 31 de marzo: “El trabajador se incorporará a su puesto de trabajo transcurridos siete días desde el inicio de síntomas en ausencia de fiebre sin necesidad de toma de antitérmicos en los últimos tres días”.

251 Ver: <https://www.semfyc.es/comunicado-de-adhesion-al-posicionamiento-emitado-por-el-foro-de-la-profesion-medica/> Ver también: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/04/04/5e887d09fdddff238b8b4672.html>

252 Ver: https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/Protocolo_Personal_sanitario_COVID-19%20-8-abril.pdf

253 Ver: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-5315>

254 Comparecencia del ministro de Sanidad en la Comisión para la reconstrucción social y económica y del Congreso de los Diputados. Junio de 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4969>

255 Carta del Ministerio de Sanidad a Amnistía Internacional del 30 de septiembre.

por un importe económico de 2.578.739.505 euros para casi 3.700 millones de unidades de producto.²⁵⁶ Por su parte, Castilla-La Mancha adoptó la Ley 8/2020 por la que se creó la reserva estratégica de productos sanitarios.²⁵⁷ Esta ley establece que para todos los centros sanitarios, sociosanitarios o sociales, independientemente de su titularidad, se establecerá una reserva de al menos 30 días de su consumo anual.²⁵⁸

El acceso a materiales de protección ha ido mejorando progresivamente. Sin embargo, Amnistía Internacional ha recogido testimonios que señalan que todavía hay aspectos clave que merecen atención especial, concretamente en lo que se refiere a las mascarillas FFP2, que son las recomendadas para el personal sanitario.

“*Los EPI los estamos reutilizando. Los sumergimos en agua y lejía cuando nos los quitamos, los dejamos a secar y los volvemos a usar. Mascarillas quirúrgicas tenemos suficientes, pero las mascarillas FFP2, que dan mayor protección y son las que utilizamos cuando vamos a ver a pacientes COVID, están racionadas bajo llave. Eso quiere decir que tenemos pocas y son para la gente que necesita usarlas según el algoritmo de protección, y el resto trabajamos con mascarilla quirúrgica”.*

Clara Benedicto, médica de Madrid.

“*El material de protección sigue siendo escaso. Tenemos una FFP2 por semana, te pones una quirúrgica encima, pero explorar a un paciente con sospecha de COVID con una FFP2 que has usado cuatro días..., pues no estás tranquila”*

Una médica de Castilla-La Mancha.

“*A día de hoy se entrega una FFP2 por semana, por poner un ejemplo de adónde llegan las cosas”.*

Francisco Angora, médico de Castilla-La Mancha.

“*Las FFP2 las solemos esterilizar y les damos tres usos, tres días, veintiuna horas”.*

Carmen Torrente, enfermera de Castilla-La Mancha.

Por otra parte, la pandemia ha puesto de relieve importantes déficits en las infraestructuras de los centros de salud, cuya renovación venía siendo exigida durante los últimos años por los y las profesionales de la atención primaria.

256 Ver <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5150>

257 Ley 8/2020, de 16 de octubre, por la que se crea la reserva estratégica de productos sanitarios en Castilla-La Mancha [2020/8301]. Disponible en: https://docm.castillalamancha.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2020/10/26/pdf/2020_8301.pdf&tipo=rutaDocm

258 Ibid

“*Muchos centros de salud no tienen espacios físicos para diferenciar pacientes respiratorios y no respiratorios y así cumplir las medidas mínimas de prevención de contagio. Hay centros que están en condiciones infrahumanas, por ejemplo el centro de salud del Raval Nord. Visitar COVID en esas condiciones es un disparate. El CAP del Gòtic y el del Passeig Sant Joan también están esperando nueva ubicación*”.

Eva Mayor, médica de Barcelona.

“*Muchos centros de atención primaria han estado cerrados porque no garantizan la seguridad del personal ni de los pacientes y los usuarios. Que haya circuitos limpios y el centro de salud no se convierta en una trampa*”.

Un médico de Madrid.

5.1.4. AUSENCIA DE ESTADÍSTICAS DETALLADAS

En abril, la Orden SND/234/2020, sobre adopción de disposiciones y medidas de contención y remisión de información al Ministerio de Sanidad ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19,²⁵⁹ solo exigía a las Comunidades Autónomas que notificasen el total acumulado de casos confirmados en profesionales sanitarios.

Amnistía Internacional recibió de septiembre a noviembre información sobre el número de contagios y fallecimientos entre el personal sanitario en la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y Cataluña. Sin embargo, esa información hacía referencia a la situación de junio y julio. Por comunidades autónomas, Amnistía Internacional recibió por parte de las autoridades sanitarias autonómicas la siguiente información; Castilla-La Mancha informó que hasta junio se habían contagiado un total de 2.470 profesionales sanitarios (568 de atención primaria) y 13 habían fallecido (8 de atención primaria); Cataluña informó que, hasta el mismo mes, 20.623 profesionales se habían contagiado y 6 habían fallecido. La Comunidad de Madrid informó de que hasta julio se habían contagiado 18.822 profesionales (3.495 en atención primaria) y 21 habían fallecido (8 de atención primaria). Las cifras que reporta el Ministerio de Sanidad sobre los casos de contagio de los profesionales sanitarios por Comunidades Autónomas, sólo contienen información desde el mes de mayo. A fecha de 4 de febrero de 2021, se habrían contagiado desde mayo 5.041 profesionales sanitarios en Castilla-La Mancha, 5.196 en la Comunidad de Madrid y 14.140 en Cataluña, según el Ministerio de Sanidad.²⁶⁰

La actualización del Ministerio de Sanidad, que ofrece datos sobre el personal sanitario, no incluye todos los casos por comunidades autónomas desde el inicio de la pandemia, y solo se desglosa el porcentaje de personal sanitario por tipo de centro: sanitario, no sanitario u otro, pero no permite conocer con mayor detalle la prevalencia de contagios y fallecimientos en la atención primaria. Amnistía Internacional considera que tal desagregación de datos es necesaria para evaluar dónde se ha producido un mayor nivel de desprotección y adoptar medidas correctivas en un futuro.

259 Ver: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/04/17/pdfs/BOE-A-2020-4493.pdf>

260 https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_306_COVID-19.pdf

5.1.5. EL DERECHO DEL PERSONAL SANITARIO A TRABAJAR EN CONDICIONES SANAS Y SEGURAS

“Ningún trabajador es prescindible. Todo trabajador es esencial, sin importar la categoría que los países y las empresas les aplique. Todo trabajador tiene el derecho a ser protegido de la exposición a riesgos en el lugar de trabajo, incluido el coronavirus. [...] Nuestro mensaje de hoy es sencillo, pero decisivo: todo trabajador debe ser protegido, en cualquier circunstancia.”

*Declaración de relatores y relatoras especiales de las Naciones Unidas*²⁶¹

El Comité DESC ha destacado que “el derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente”, recogido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, incluye “medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales” y para unas “condiciones de trabajo higiénicas y seguras”. Los Estados también tienen la obligación de adoptar “medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, y también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. En este sentido, los Estados deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud”.²⁶²

Durante la pandemia, el Comité DESC subrayó que muchos profesionales sanitarios se infectaron como resultado de las deficiencias en la indumentaria y los equipos de protección personal o de la escasez de éstos, y recordó a los Estados que debían facilitar a todos los profesionales sanitarios la indumentaria y los equipos de protección adecuados para evitar el contagio.²⁶³

Del mismo modo, el Comité Europeo de Derechos Sociales recordó que los Estados debían adoptar todas las “medidas posibles para garantizar la existencia de un número suficiente de profesionales de la salud y que sus condiciones de trabajo son saludables y seguras, lo que incluye la provisión del equipo de protección individual necesario”.²⁶⁴

Por su parte, el Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 1981 (núm. 155) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) exige a los Estados miembros formular, poner en práctica y reexaminar periódicamente una política nacional coherente en materia de seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras y de medio ambiente en el trabajo. Entre las obligaciones de las entidades empleadoras, podrían figurar “proporcionar, sin ningún costo para el trabajador, las ropas de protección individual y los equipos de protección adecuados que parezca necesario exigir cuando no se puedan prevenir o limitar los riesgos de otra forma”, y asegurarse de que la organización del trabajo no cause perjuicio a la seguridad y la

261 Ver: <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25892&LangID=S>

262 Comité DESC. Observación general núm. 14 y Observación general núm. 23.

263 Comité DESC. Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales. Abril de 2020.

264 Ver: <https://rm.coe.int/statement-of-interpretation-on-the-right-to-protection-of-health-in-ti/16809e3640>

salud de los trabajadores.²⁶⁵ Igualmente, el Convenio sobre el Personal de Enfermería, 1977 (núm. 149) de la OIT²⁶⁶ también recoge que los Estados deben esforzarse por mejorar las disposiciones legislativas existentes en materia de higiene y seguridad en el trabajo, adaptándolas a las características particulares de las funciones del personal de enfermería y del medio en que se realizan.

A nivel estatal, la Constitución española, el Estatuto de los Trabajadores y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales recogen el derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.²⁶⁷

5.2. LA SOBRECARGA ASISTENCIAL Y EL IMPACTO SOBRE EL DERECHO A LA SALUD

“*Hemos sufrido maltrato por parte de las autoridades. Las primeras semanas nos dejaron desprotegidos.*”

Eva Mayor, médica y portavoz de Rebel·lió Primària

La crisis de la COVID-19 ha incrementado la sobrecarga asistencial a un nivel cercano al colapso, que además de afectar a la atención sanitaria de la población, generó crecientes e insostenibles situaciones de estrés, ansiedad y sufrimiento en los y las profesionales sanitarios. Una sobrecarga asistencial que ya soportaban en los últimos años debido a la falta de una financiación adecuada del sistema de salud.

“*Nos sentimos impotentes y desilusionados con el sistema. A medida que han ido pasando los años, nos hemos cansado cada vez más. Llevamos años soportando esta carga de trabajo.*”

*Un médico de atención primaria a Amnistía Internacional en 2018.*²⁶⁸

5.2.1. LA SOBRECARGA ASISTENCIAL EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA

La carga de trabajo aumentó desde el inicio de la pandemia. Ante la urgencia de una situación que no podía esperar a decisiones de gestión sanitaria que llegaron más tarde, el personal de atención primaria tuvo que reorganizar el trabajo en los centros y crear diferentes circuitos para garantizar la protección de los pacientes.

265 Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 1981 (núm. 155) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C155

266 Convenio sobre el personal de enfermería, 1977 (núm. 149) de la OIT. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C149

267 Artículo 40 de la Constitución española, artículo 19 del Estatuto de los Trabajadores y Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

268 Amnistía Internacional: “La receta equivocada: El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España”. Abril de 2018.

“Las directrices que teníamos desde la gerencia iban con retraso y veíamos que teníamos que autogestionarnos”.

Eva Mayor, de Rebel·lió Primària.

La misma apreciación fue compartida por numerosos profesionales de las tres comunidades autónomas estudiadas. Asimismo, tuvieron que adaptarse a un nuevo modelo de asistencia.

“Al principio podría estar bien la atención telefónica, ahora lo vivo como un martirio. He pasado de tener una consulta de 30-40 pacientes al día a más de 80 consultas telefónicas. Esto es insufrible”.

María del Mar Martínez, médica de Castilla-La Mancha.

En la atención primaria, el incremento de las bajas médicas entre el personal sanitario debido al aumento de los contagios, la falta de refuerzos adecuados para cubrir estas bajas y el alto porcentaje de profesionales con más de 60 años (el 27,5% de la plantilla),²⁶⁹ que no pudo atender a pacientes con COVID-19 por ser personas de riesgo, mermaron las plantillas de los centros de salud, que ya estaban limitadas antes de la pandemia.

La carga de trabajo de las y los profesionales ausentes recayó en los que quedaron en los centros de salud.

“El número de profesionales ya estaba reducido. Empezaron a enfermar, empezaron a irse, porque la plantilla está envejecida y tiene patologías que no les permitían estar en primera línea”.

Enfermera de la Comunidad de Madrid.

“Mantener la asistencia con un tercio del personal ha sido muy difícil, con mucho desgaste para los que están”.

Raúl Calvo, médico de Castilla-La Mancha.

“Hay más trabajo, menos compañeros y más carga. Los políticos han puesto sobre los sanitarios la responsabilidad de que el sistema funcione, y los médicos, que tenemos mucho sentido de la responsabilidad, nos hemos entregado por completo. Estamos colapsados”.

Carol, médica de Olot, Girona.

269 Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel: “Estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas. España 2018-2030”. Ministerio de Sanidad.

El bajo nivel de sustituciones en el caso de bajas médicas o por jubilaciones ya fue señalado por la Organización Médica Colegial antes de la crisis, resaltando que las plantillas no están cubiertas nunca o casi nunca.²⁷⁰

Con el fin del estado de alarma, la atención primaria empezó a caminar hacia el colapso. Se incrementaron las demandas de salud retenidas por el confinamiento, y quienes habían postergado sus consultas por miedo o por no saturar los recursos ahora intentaban de nuevo obtener atención sanitaria. Por otro lado, el personal sanitario también asumió nuevas funciones, como la atención en las residencias de personas mayores o las relacionadas con el seguimiento de la pandemia o con la realización de pruebas PCR para la detección del virus, así como labores de seguimiento de personas sospechosas de infección y sus contactos.²⁷¹

La sobrecarga asistencial se incrementó de manera progresiva durante el periodo de junio a septiembre de 2020. Las autoridades sanitarias recomendaron que el personal sanitario disfrutara de las vacaciones durante esos meses en previsión de un empeoramiento epidemiológico en otoño. Sin embargo, la segunda ola llegó a España en verano, con un porcentaje muy alto de profesionales de vacaciones, cuyas bajas en su gran mayoría no fueron cubiertas, por lo que aumentó aún más la sobrecarga del resto de la plantilla.

“Intentamos meter todo lo que se puede a costa de nuestra piel. La semana pasada tuve en un día 103 pacientes, entre recetas, cuestiones administrativas, y otro día 70”.

Una médica de Castilla-La Mancha.

“En verano hemos funcionado con la mitad o dos tercios del personal porque no se cubren vacaciones”.

Pako Díaz, médico director de un centro de salud en Barcelona.

“Este volumen de consultas no lo habíamos visto en la vida. El tener a 60, 65 pacientes es un nivel de demanda inasumible”.

Blanca Gispert, médica de Barcelona.

“Doblamos turnos, y si eres mujer sin plaza fija y sin hijos, si antes se daba por hecho tu disponibilidad, ahora mucho más”.

Una médica de Barcelona.

270 Organización Médica Colegial. Situación de la atención primaria en España (datos 2016-2017-2018). Disponible en: <http://www.medicospacientes.com/sites/default/files/AP-Espa%C3%B1a-asamblea-APU.pdf>

271 Ministerio de Sanidad. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

“Hemos tenido bajas, reducciones de jornada, y la mayoría no se cubren. Solo se cubrió una baja de hace tiempo y porque ha sido puntual. Ahora se va una compañera de vacaciones y volveremos a sufrir”.

Nelson, médico de Madrid.

Amnistía Internacional contactó en octubre de 2020 con 21 profesionales de la Comunidad de Madrid y denunció que el personal de estos centros de las zonas con más incidencia de la COVID-19 atendían a entre 45 y 100 pacientes al día, y que en la mayoría de los centros las vacaciones y las bajas no se estaban cubriendo.²⁷²

ESTUDIOS DE SOBRECARGA REALIZADOS POR ORGANIZACIONES SANITARIAS

Una encuesta realizada por la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente (AME) a 1.025 enfermeras durante la pandemia reveló que el 94% estaban preocupadas por su bienestar, el 64,7% por su salud física y el 75,8% por su salud mental. El 46,6% de estas enfermeras expresó tener dificultades para conciliar la vida doméstica y laboral durante la pandemia.²⁷³

Un estudio de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC) junto con las 17 Sociedades de Medicina Familiar de cada comunidad autónoma, realizado en agosto de 2020, mostró que se registró un aumento medio del 32% de la actividad asistencial con respecto al mismo periodo de 2018. El estudio también reveló que la situación no era uniforme y que en algunas comunidades autónomas, como la Comunidad de Madrid, la Comunidad Valenciana o Extremadura, la actividad se dobló con respecto a la situación previa a la pandemia.²⁷⁴

El personal sanitario denunció la sobrecarga asistencial y la falta de refuerzos necesarios para seguir atendiendo a las necesidades de salud de la población. Así, el Foro de Médicos de Atención Primaria lamentó la falta de publicación periódica de datos oficiales que hicieran referencia a la “titánica actividad” realizada por los y las profesionales sanitarios de este nivel asistencial, y apremió a las autoridades a aumentar los recursos humanos para dar respuesta al desafío de la contención de la COVID-19 y seguir tratando a los pacientes sin coronavirus.²⁷⁵ Los testimonios recogidos por Amnistía Internacional dan cuenta del gran esfuerzo realizado por el personal sanitario para seguir garantizando el acceso de la población a la atención sanitaria.

272 Ver: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/amnistia-internacional-denuncia-la-degradacion-del-servicio-de-atencion-primaria-en-madrid-ante-la-segunda-ola-de-contagios-de-la-covid-19/>

273 Leticia Bernués, Alda Recas, y Víctor Jiménez: “Las enfermeras y la COVID-19: Un antes y un después en la profesión enfermera”. Asociación Madrileña de Enfermería (AME). Madrid, 2020.

274 Encuesta SemFYC. Última semana de agosto 2020. Disponible en: <https://www.semfyec.es/la-semfyec-junto-con-las-17-sociedades-de-medicina-familiar-de-cada-comunidad-autonoma-reclaman-negociacion-frente-al-real-decreto-de-contratacion-de-profesionales-sin-especialidad/>

275 Ver: https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/comunicado_foro_ap_14_septiembre_2020.pdf

“He trabajado algunos días de ocho de la mañana a once de la noche para evitar listas de espera. Los profesionales nos hemos sacrificado mucho”.

Francisco del Río, médico de Castilla-La Mancha.

“¿Este es el sistema público mejor del mundo? Estoy de vacaciones, mis pacientes no podrán contactar conmigo hasta que vuelva porque no hay sustituto. Mis compañeros están cubriéndome, de seis ahora están cuatro, y asumen las agendas de pacientes del resto”.

María Luisa, médica de Castilla-La Mancha.

A la sobrecarga asistencial se ha sumado el trabajo de burocracia asociado a la pandemia –la gestión de bajas laborales y de certificados para trabajadores especialmente sensibles, entre otras cuestiones–, que abarca gran parte de la jornada laboral de algunos profesionales de la salud, lo que les quita tiempo para la labor asistencial de la población.

“Ahora mismo, del total de mi jornada laboral calculo que el trabajo administrativo consume, tirando por lo bajo, un 75% y solo un 25% es tiempo dedicado a la clínica”.

Una médica de Barcelona.

“El tema de la gestión de las incapacidades temporales (bajas) nos ha desgastado mucho: podía darse el caso de que un paciente con dolor torácico no pudiera contactar conmigo y que, en cambio, me pasara media hora gestionando una baja”.

Carol, médica de Olot, Girona.

“Es excesiva la labor burocrática que hacemos. La burocracia nos ha comido, el 40 o 50% son tareas administrativas, bajas, etc. La burocracia no puede impedir que veamos a nuestros pacientes, pero ahora es un freno para ello. Necesitamos hacer menos burocracia para ver a más pacientes y dedicarnos más a asistencia clínica”.

Pako Díaz, médico director de un centro de salud en Barcelona.

Por su parte, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC) denunció el alto grado de burocratización de las consultas médicas, señalando que era un “*contrasentido que los profesionales médicos tengamos que estar resolviendo procedimientos administrativos en lugar de estar centrados y concentrados en curar y atender a las personas enfermas, que cada día están llegando en mayor volumen a nuestros centros de salud*”.²⁷⁶

276 Ver: <https://www.semfyc.es/comunicado-de-la-sociedad-espanola-de-medicina-familiar-y-comunitaria-contra-la-burocratizacion-de-los-centros-de-salud-en-plena-pandemia-de-covid19/>

5.2.2. ANSIEDAD, ESTRÉS Y SUFRIMIENTO CRECIENTE

“Queda la cicatriz, queda la labilidad emocional y física, la cola de esa sobrecarga... Sabemos que podemos responder con más experiencia pero somos más frágiles.”

Concha Piqueras, presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Albacete

La sobrecarga asistencial, las condiciones en las que trabaja el personal sanitario, junto con una sensación de no abarcar todas las necesidades de salud de los y las pacientes y una percepción del creciente riesgo a cometer errores, han provocado un deterioro de la salud mental de las y los sanitarios.

“Yo estoy en tratamiento psicológico, antes tenía insomnio y ahora me ha empeorado. Estamos peor, sobre todo estamos peor las mujeres. Hay días que no puedo ni ir al baño. Yo dejé de hacer guardias porque era imposible llegar a las tres, que era la hora cuando la empezaba, y he llegado a tener problemas con el coche, no tener tiempo para comer al mediodía. Llegué a hablar con el responsable porque tenía ansiedad y me quitó las guardias.”

Una médica de Castilla-La Mancha.

“La cultura de visitar periódicamente a los pacientes con enfermedades crónicas se ha cortado. Las personas lo entienden y lo asumen, pero al pasar los meses se van inquietando y quieren ser atendidos en directo, pero es imposible verles a todos en el domicilio, y hay que ir a visitar a los que no pueden ir al centro. Ante la gran presión asistencial, las consultas presenciales se resienten a la baja, lo que genera desasosiego en pacientes y profesionales y aumenta el riesgo de cometer errores.”

Francisco Angora, médico de Ciudad Real.

“Es desesperanzador saber que la población sufre y que tú no puedes hacer nada porque las autoridades no te dan los mecanismos y los recursos. Y escuchar día a día a tus compañeros llorar, decir ‘no puedo más’. Es horroroso.”

Alda Recas, presidenta de la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente.

“La realidad es que muchos compañeros se echan a llorar, puedo contabilizar que la mitad han verbalizado en público que han llorado, que han tenido pesadillas con las listas telefónicas, la cantidad de médicos que están dejando la primaria... Si ya había fuga de médicos de Madrid hacia otras comunidades, ahora ni te cuento.”

Nelson, médico de Madrid.

La encuesta realizada por la Asociación Madrileña de Enfermería Independiente (AME) refleja que más del 90% de las enfermeras participantes refieren tener ansiedad y angustia, y más del 85% tienen estrés.²⁷⁷ Por su parte, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) publicó en mayo los resultados de una encuesta donde las palabras más utilizadas fueron: agotamiento, ansiedad, impotencia, cansancio, indignación, confusión, incertidumbre, caos, inseguridad, improvisación, desastre y abandono.²⁷⁸

Profesionales sanitarios destacan que es necesario abordar las causas que se esconden tras el malestar y el deterioro de la salud del personal.

“*Nos ofrecieron atención telefónica con profesionales de psicología. Nuestra desolación durante estos meses no ha tenido que ver exclusivamente con la falta de material de protección, EPI y demás... para trabajar de una forma segura, sino que ha implicado (y aún dura) un abandono de las necesidades como profesionales que quieren trabajar más allá de lo relacionado con la COVID, que atienden a personas individualmente y en su comunidad con sus necesidades, que somos personas (y no números) que no han de cumplir solo los objetivos gerencialistas. El malestar por lo vivido no se puede abordar desde lo individual como si fuéramos un artefacto que es necesario reparar psicológicamente para continuar cumpliendo con el fin”.*

Una médica de Barcelona.

“*Creo que hay psicólogos, un teléfono al que llamar, pero yo lo que quiero es irme a casa cuando acabo la jornada y olvidarme de lo que es trabajar en esas condiciones. ¿Quieres humanizar la atención primaria? ¿Quieres cuidarnos a los profesionales? Pues danos más tiempo con los pacientes y más recursos para hacer mejor nuestro trabajo”.*

Pedro, médico de Madrid.

Las mujeres sanitarias, que constituyen el 58% de las plantillas médicas y el 79% de las de enfermería²⁷⁹ en atención primaria, sufren en mayor medida el deterioro de la salud mental. A la sobrecarga asistencial se añade la presión del trabajo doméstico y de cuidados.

“*Las mujeres sanitarias nos hemos sentido que hemos abandonado a la familia. Yo llegaba tarde, y agobiada por si contagiaba, yo sentía que desatendía a mi familia. Se te junta también la responsabilidad como madre y como hija. Yo me he dado mucho, me he entregado a los pacientes. Tienen más sobrecarga las profesionales mujeres. Las madres, las mujeres con carga familiar, que tienen cuidados de hijos, padres, todo genera más impacto y más estrés y ansiedad”.*

Carol, médica de Olot en Cataluña.

277 Leticia Bernués, Alda Recas, y Víctor Jiménez: “Las enfermeras y la COVID-19: Un antes y un después en la profesión enfermera”. Asociación Madrileña de Enfermería (AME). Madrid, 2020.

278 Ver: https://www.semg.es/images/2020/Coronavirus/nota_prensa_20200513.pdf

279 Ministerio de Sanidad. Consulta SIAP. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/ConsultaSIAP/inicio.do?metodo=cargarPaginaInicio>. Asimismo, el mayor porcentaje de mujeres en el sector sanitario se concentra en el grupo de profesionales de menos de 35 años, y el menor porcentaje en el grupo de 65 y más años. Ministerio de Sanidad. Informe anual 2018

Asimismo, las profesionales entrevistadas por Amnistía Internacional refieren barreras a la hora de solicitar reducción de jornada y temen las consecuencias en su desarrollo profesional.

“Las jornadas parciales o reducidas que muchas veces son por cuidados, son solicitadas en su mayoría por mujeres. Eso quiere decir que tienen un mayor impacto en la carrera profesional y en la jornada laboral, y por tanto en el sueldo y en el prestigio. Pero además también son las principales afectadas cuando estas reducciones de jornada no son sustituidas, porque su agenda aumenta y están penalizadas por esos cuidados”.

Clara, médica de Madrid.

“La reducción de jornada por cuidado de hijos la demandan las compañeras, no los compañeros. Y a las mujeres que han pedido reducciones para el cuidado se las ha estigmatizado. Es decir, están los equipos tan al límite que lo que es un derecho, se ha valorado como una especie de privilegio por parte de quienes no accedían a ese derecho, que mayoritariamente eran los varones. Eso ha sido un retroceso, ahí hemos dado un paso atrás”.

Raúl Calvo, médico de Castilla-La Mancha.

“Como mujeres profesionales, una mujer con hijos si pide un poco de entendimiento para cuadrar horarios y no llegar tan tarde a su casa, ha habido poco apoyo, parece que estás pidiendo un favor y es algo que no sería tan difícil”.

Una matrona de Madrid.

5.2.3. AGRESIONES FÍSICAS Y VERBALES AL PERSONAL SANITARIO

En el contexto de una atención primaria al borde del colapso, el personal sanitario ha sufrido un incremento de agresiones verbales y, en algunos casos, físicas. Según datos del Ministerio del Interior, las agresiones han crecido en 2020. Entre enero y noviembre de 2020 se produjeron 962 agresiones a profesionales sanitarios, un 32% más que durante el mismo periodo en 2019.²⁸⁰ Por Comunidades Autónomas, en Castilla-La Mancha se produjeron 69 agresiones en el periodo referido, un 165,4% más que en 2019, en la Comunidad de Madrid 48 agresiones y un incremento del 41% y en relación a Cataluña, el Ministerio de Interior no dispone de dicha información.²⁸¹ Si bien no existe desagregación de datos por niveles asistenciales, ni por tipo de profesional, algunas organizaciones del sector sanitario afirman que el personal sanitario más afectado por las mismas han sido los y las profesionales de atención primaria y los que trabajan en las urgencias de los hospitales.²⁸²

Profesionales sanitarios explican a Amnistía Internacional el contexto en el que se producen las agresiones.

280 Información facilitada por el Ministerio del Interior a Amnistía Internacional

281 Ibid

282 Ver: https://www.elconfidencial.com/espana/2020-10-04/pandemia-agresiones-sanitarios-aumentan-segunda-ola_2773220/

“*El paciente ya no es libre para ir al centro. No se ha publicitado el cambio de modelo asistencial y la población tiene una visión peyorativa de la atención. Sienten que no tienen la atención que necesitan cuando se requiere una mayor protección, se sienten desprotegidos, pero hacemos lo que podemos con los medios que tenemos. Y a veces también por ser mujeres nos tratan con menos respeto. De cara a la agresión verbal o física es más fácil si somos mujeres, o mejor dicho, esta sociedad cree que es más fácil agredir a una profesional mujer*”.

Susana Arenas, médica de Castilla-La Mancha y miembro de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

5.3. FALTA DE INFORMACIÓN ADECUADA Y PARTICIPACIÓN EFECTIVA

La mayoría de los y las profesionales sanitarios entrevistados por Amnistía Internacional han manifestado no haberse sentido escuchados en el diseño de los protocolos de actuación y en la adopción de medidas de gestión. Consideran que no han existido suficientes ni adecuados espacios de intercambio de información, ni de participación activa, en los que poder proponer cambios o mejoras en los protocolos. Al no existir estos espacios de interlocución, manifiestan haberse sentido meros ejecutores de decisiones y protocolos, y que sus conocimientos derivados de la práctica asistencial han sido infravalorados.

Los y las profesionales sanitarios creen que han existido reuniones de alto nivel con organizaciones y sindicatos, pero no disponen de información detallada del contenido de las mismas. Por otro lado, algunos refieren haber tenido contactos con las gerencias. Si bien reconocen que aspectos menores de las demandas sí han sido tenidos en cuenta, estos encuentros no han provocado cambios en relación a sus demandas principales. Un representante del Institut Català de la Salut afirmó a Amnistía Internacional que hay que separar dos tipos de participación: la formal, a través de órganos electos, como pueden ser las sociedades científicas o los colegios profesionales, y los grupos de opinión, las asociaciones de personal sanitario. Afirma haber tenido reuniones con los dos, pero señala que los contactos con las asociaciones sanitarias se han producido por canales informales porque no están en los órganos formales de participación, y que se produjeron con posterioridad al estado de alarma: *“En el estado de alarma no se habían producido porque había que tomar decisiones”*.²⁸³

En términos de representación, varias profesionales mujeres señalan que, al estar menos representadas en puestos de dirección asistencial, sienten que tienen menos voz en las decisiones.

“*La voz de las enfermeras no se escucha, es que no existe. Pero aporta la mirada del cuidado. Hay muy pocas enfermeras*”.

Concha Piqueras, presidenta del Colegio de Enfermería de Albacete.

283 Entrevista realizada el 9 de diciembre de 2020.

“LOS Y LAS PROFESIONALES SANITARIOS HEMOS PARTICIPADO MUY POCO”

“En las reuniones por Zoom, cada centro es un usuario y quien puede o quiere se conecta y luego hay un usuario que es la dirección asistencial, donde está el director médico, la directora de enfermería, y a veces alguna persona más. Nosotros tenemos el audio cerrado. Es decir, los únicos que pueden hablar son ellos. Y si tenemos que hacer algún comentario o pregunta la hacemos en el chat. Ellos dicen lo que tengan que decir, tarden lo que tarden, que por cierto esto se hace en el horario bisagra del centro, en el momento de cambio de turno entre mañana y tarde, de modo que la gente de la tarde tiene que llegar antes para asistir a la reunión y los de la mañana tienen que cerrar antes la consulta. Ellos seleccionan las preguntas y las que quedan sin responder te dicen que las responderán por correo, y luego algunas se responden y otras no. Más allá de esos correos electrónicos, no conozco que se haya articulado ningún mecanismo de participación”, destaca Clara, médica de Madrid.

“Los profesionales hemos participado muy poco. Nos han metido a la asistencia y por responsabilidad a eso hemos estado. Hemos trabajado como hormigas sin tener posibilidad de expresarnos. En los equipos hay gente con mucha experiencia y no se ha tenido en cuenta. Hemos tenido información de pasillo”, subraya Carol, médica de Olot.

“Seguro que hay canales entre gerencias y coordinaciones de centros médicos, pero no los hemos percibido. Nuestros coordinadores han tenido reuniones, pero no estaba del todo desarrollado el circuito para tener la información”, afirma Ignacio Sánchez, médico de Castilla-La Mancha.

“Tú estás en la implementación, pero los protocolos se han hecho en despachos por personas que no atienden. Pediría que los médicos de base pudiéramos participar en el diseño de protocolos por lo menos dando nuestra opinión. Ha habido reuniones con sociedades científicas, con expertos (la mayoría son hombres, hay poca representación de mujeres), pero los asistenciales deberíamos haber podido asesorar”, afirma Pako Díaz, médico de Barcelona.

“Me he sentido solo. Ni el menor interés en escucharnos. Desde el Colegio de Médicos y el Consejo General de Colegios de Médicos hemos aportado soluciones, no quejas, y a día de hoy seguimos pendientes de que quieran escucharnos. Echamos en falta a nuestra propia gerencia. Conociendo la precariedad de medios al principio de la pandemia, la dirección no se acercó a ayudar o mostrar su apoyo a sus médicos, a sus enfermeras, y preguntarnos: ‘¿Qué necesitáis, cómo os podemos ayudar?’. Así, el sentimiento que se genera es el de abandono, que es lo que hemos sentido”, destaca Francisco del Río, médico de Castilla-La Mancha.

“Había poco espacio para participar, se esperaba de nosotras que actuáramos cual robot”, subraya una médica de Barcelona.

Durante la pandemia, el Comité DESC recordó a los Estados que es esencial consultar a los profesionales sanitarios de primera línea y prestar la debida consideración a sus recomendaciones.²⁸⁴ Por su parte, el Relator Especial sobre el derecho a la salud subrayó que un sistema sanitario no puede funcionar bien si carece de procesos transparentes y participativos que cuenten con la presencia gubernamental y con una amplia representación del sector sanitario y de la opinión pública.²⁸⁵ Asimismo, la OMS adoptó en el mes de marzo unas recomendaciones en relación al bienestar de los profesionales sanitarios. Entre ellas destacaba la de asegurar una comunicación de buena calidad y brindar actualizaciones precisas de la información a todo el personal.²⁸⁶

5.4. EL PELIGRO DEL DESGASTE PROFESIONAL PARA EL SISTEMA DE SALUD

La situación que ha enfrentado el personal sanitario de la atención primaria ha generado un enorme desgaste y un sentimiento creciente de frustración.

“*La atención que estamos dando ahora está muy lejos de lo que creemos que debería ser. Mucha desmotivación, mucho descontento, mucha gente que quiere cambiar de profesión. Mucha gente muy triste. Y mucha sensación de maltrato por parte de las autoridades*”.

Eva Mayor, médica de Barcelona.

“*Yo acabé el MIR hace más de quince años y he podido ver un deterioro progresivo. La primaria que conocí y la que ahora vivo dista mucho de lo que yo quería. Yo no quiero trabajar menos, lo que quiero es más tiempo por paciente y más calidad. Lo que vemos ahora ha provocado un desgaste en los profesionales y pacientes*”.

Una médica de Castilla-La Mancha.

El Foro de Médicos de Atención Primaria llegó a describir las consultas de los centros de salud de algunas comunidades autónomas como “un infierno donde la administración ha dejado solos a los médicos, a los pediatras y al resto de profesionales”, y alertó del riesgo de que este “precario escenario y la gran ansiedad que producen las agendas sobrecargadas, y la necesidad de diagnosticar rápido en esta situación de incertidumbre epidemiológica, desemboque en un aumento de burnout entre los profesionales que trabajan en atención primaria”.²⁸⁷

284 Comité DESC. Declaración sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) y los derechos económicos, sociales y culturales. E/C.12/2020/1, párrafo 13.

285 Relator Especial sobre el derecho al más alto nivel de disfrute de la salud física y mental. A/75/16, párrafo 65.

286 Ver: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-03/smmaps-coronavirus-es-final-17-mar-20.pdf>

287 Ver: https://www.aepap.org/sites/default/files/noticia/archivos-adjuntos/comunicado_foro_ap_14_septiembre_2020.pdf. El síndrome de desgaste profesional o burnout afecta a los profesionales sanitarios debido a su nivel de responsabilidad, las expectativas previas y la exigencia. Las dimensiones reconocidas de este desgaste profesional son el cansancio emocional, la despersonalización y el sentimiento de baja realización personal. Las consecuencias pueden ser el deterioro de su salud mental y física, e incluso el abandono de la profesión.

Existen estudios que afirman que los médicos de familia tienen más desgaste profesional que la mayoría de las especialidades.²⁸⁸ Un informe de la Fundación Galatea expuso que, tras la primera ola, un 42% de los profesionales sanitarios se sintieron más cansados y menos preparados para hacer frente a una segunda ola, y reveló que el impacto que la COVID-19 ha tenido en su salud física y emocional hizo que el 24% se planteara abandonar su trabajo.²⁸⁹

“*Al principio se trabajó muy a gusto porque nos salió la vocación más absoluta, pero luego las carencias, el desgaste y la falta de respuesta política nos ha desgastado mucho*”.

Carolina, médica de Cataluña.

El siguiente testimonio ilustra el descontento y la frustración de los profesionales sanitarios.

CLARA BENEDICTO, MÉDICA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Tengo la sensación de no reconocer la atención primaria que siempre hemos defendido y para la que nos formamos. Lo que hacemos ahora se sostiene a duras penas por el esfuerzo de profesionales, sobre todo a costa de la calidad de la atención a los pacientes, y se sostiene por el vínculo. Si yo puedo llamar a alguien a quien conozco y con quien tengo una relación puedo medio hacer algo. Hablar con alguien que no conozco y discutir temas de salud por teléfono es complicadísimo.

He dejado de creer que las cosas pueden mejorar. Antes tenía la sensación de que podíamos cambiar las cosas, ahora no. Existe una voluntad clara de desatención, de debilitar la atención primaria, y nos sentimos muy impotentes. Estamos achicando agua con un colador. Todos los días dejamos a gente sin llamar porque no podemos. Llegamos antes al trabajo, hacemos horas extras y ha llegado un momento en que ni aun así. Los profesionales de atención primaria, cada uno a su manera y en su contexto, estamos rotos. La atención primaria ya estaba forzando, pero sostenía el trabajo porque tenía algunos alicientes, principalmente la esperanza de mejorar y el vínculo con las personas a las que atendemos. Todo eso se ha roto. Nos hemos sentido muy maltratados y desoídos. El ambiente ahora es de desolación y de enfado y de desesperanza.

Los días que descanso tengo pesadillas con el trabajo. Antes de ir a trabajar tengo ansiedad anticipatoria. Esto les pasa a casi todas mis compañeras.

Tengo la sensación horrible de que en los momentos de mayor estrés dejo de ver personas, de que es trabajo que hay que sacar adelante; alguien me está contando algo y yo estoy deseando que acabe para pasar al siguiente, para poder seguir atendiendo a gente. Me estoy convirtiendo en un tipo de profesional que no quiero ser. He pedido una excedencia. Hasta ese punto he llegado. Muchos lo están pensando.

288 Medscape National Physician Burnout & Depression Report 2020.

289 Fundación Galatea, CoMB, IESE, IEB-UB. Estudio sobre el impacto de la pandemia en la salud de los profesionales sanitarios. Resultados preliminares. Disponible en: https://www.fgalatea.org/es/fitxa_destacat.php?Up=EHJL

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El sistema de atención primaria en España ha sufrido dos pandemias. La primera, la de la COVID-19. La segunda, la gestión llevada a cabo por las autoridades centrales y autonómicas, que ha adolecido de falta de planificación, inversión y transparencia para afrontar la primera.

Si bien ningún sistema sanitario podía estar preparado para una pandemia de tal magnitud, el país afrontó la crisis con un sistema de salud muy debilitado —de manera especial, la atención primaria— por las políticas de austeridad llevadas a cabo en los últimos años. Asimismo, las medidas que se adoptaron durante la pandemia relacionadas con el sistema de atención primaria y la falta de refuerzo en términos de recursos humanos y materiales contribuyeron a situarlo entre el abandono y el desmantelamiento.

Este riesgo de desmantelamiento viene de lejos, aunque ahora se haya profundizado. Durante los últimos años, mientras el Producto Interior Bruto (PIB) subió un 8,6% entre 2009 y 2018, el gasto sanitario público en dinero constante —teniendo en cuenta la inflación— se redujo en un 11,21%. La atención primaria se vio afectada de manera especial, reduciéndose de media un 13% en esos años. A pesar de que la OMS recomienda destinar el 25% del gasto sanitario a la atención primaria, en España este porcentaje pasó de un 14,3% en 2009 a un 13,9% en 2018. España también se sitúa por debajo de la mayoría de los países de nuestro entorno en los ratios de personal médico en atención primaria y de enfermería.

Amnistía Internacional considera que España ha vulnerado el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

En las tres comunidades autónomas objeto de estudio, las medidas de refuerzo de la atención primaria fueron insuficientes para garantizar el acceso a la atención sanitaria de una población con crecientes necesidades de salud, conduciendo a la atención primaria a una situación cercana al colapso asistencial. En resumen, se redujo la accesibilidad de personas con posibles enfermedades a los centros que estaban abiertos, las listas de espera aumentaron, los tiempos de consulta se acortaron y disminuyó la atención domiciliaria, quebrándose el vínculo de confianza y cercanía entre el personal sanitario y los pacientes, a pesar del esfuerzo realizado por los y las profesionales sanitarios.

Al inicio de la pandemia, en las tres comunidades estudiadas —la Comunidad de Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha— se cerraron centros de salud y consultorios locales. Asimismo, el modelo de asistencia presencial se transformó en un modelo de atención telefónica para prevenir contagios en los centros de salud. Sin embargo, esta transición se produjo de manera brusca y sin los necesarios adelantos tecnológicos, en un contexto de gran presión asistencial y sin medidas de refuerzo suficientes, tanto en términos de recursos materiales como humanos. También se instauró un sistema de triaje en los centros de salud, y las personas sin sintomatología COVID-19 que decidían acudir a los centros médicos debido a las barreras de acceso vía telefónica, tampoco recibieron atención sanitaria, solo la recomendación de volver a sus domicilios y esperar la llamada del personal sanitario, postergándose más su atención. Estas medidas se produjeron sin dar información adecuada a la población.

La gestión sanitaria de la pandemia en atención primaria —centrada sobre todo en la COVID-19 y sin refuerzo adecuado del sistema sanitario— provocó una discriminación indirecta en el acceso al derecho a la salud de las personas con patologías no COVID-19 y con necesidades especiales de salud. Así, los grupos que más han sufrido el impacto de estas barreras en el acceso y la calidad de la atención sanitaria, poniéndose en grave riesgo su derecho a la salud, son las personas mayores, pacientes con enfermedades crónicas y pacientes con enfermedades de salud mental, los grupos que más dependen del sistema sanitario. Asimismo, las personas inmigrantes han visto cómo han crecido las dificultades ya existentes de acceso al sistema. En cuanto a las mujeres, que representan un alto porcentaje de las personas cuidadoras, han sufrido de manera especial la quiebra de la atención primaria pues han asumido los cuidados de personas enfermas ante una atención primaria desbordada. Y se ha producido un incremento de la violencia de género durante la pandemia, en un contexto en el

que el sistema de atención primaria podría no tener los medios suficientes para identificar a algunas mujeres víctimas de violencia de género. Las autoridades sanitarias del Gobierno central y de las tres comunidades autónomas estudiadas contravinieron recomendaciones de la OMS y mecanismos internacionales de protección de derechos humanos que instaban a los Estados a fortalecer la atención primaria, con el fin de garantizar el acceso al derecho a la salud de todas las personas, especialmente de los grupos en situación de vulnerabilidad.

Además, el abandono se extendió a la falta de protección del personal sanitario, pues tuvo acceso limitado a equipos de protección individual (EPI) durante la primera fase de la pandemia, lo que llevó a que, en abril, España fuera el país con las cifras de contagio de profesionales de la salud más altas de Europa. A fecha de cierre de este informe, más de 123.000 se han contagiado, de los cuales el 78% son mujeres y, según datos de organizaciones del sector sanitario, han fallecido 80 profesionales médicos y 9 enfermeras. Por otra parte, la sobrecarga asistencial que han soportado las y los sanitarios, junto con la percepción de no contar con suficientes medios para atender las necesidades de salud y realizar diagnósticos en condiciones adecuadas, ha provocado niveles crecientes de frustración y abandono de la profesión, lo que supone un peligro en un sistema ya infradotado de personal. Las mujeres sanitarias en general, y sobre todo las que tienen personas dependientes a su cargo, han sufrido especialmente esa sobrecarga.

Esta situación se dio en un contexto de falta de transparencia por parte de las autoridades sobre algunos aspectos del impacto de la pandemia en el derecho al acceso a la salud. En este sentido, Amnistía Internacional solicitó una reunión con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pero a fecha de cierre de este informe no había sido posible mantenerla. Por último, también hay que resaltar la falta de información sobre qué porcentaje del Fondo COVID-19 dedicará el Ministerio de Sanidad a la atención primaria, que no se hayan publicado los planes de mejora de la inversión en la atención primaria adoptados en Cataluña y la Comunidad de Madrid, y la escasez de estadísticas actualizadas y detalladas sobre los contagios y fallecimientos entre el personal sanitario.

En resumen, la desinversión del sistema sanitario durante los últimos diez años y en concreto de la atención primaria, la falta de inversión adecuada en recursos materiales y humanos durante la pandemia, las consecuentes barreras en el acceso a la atención sanitaria y la escasez de protección del personal sanitario y el impacto de las condiciones del sistema en su salud mental, llevan a Amnistía Internacional a concluir que España ha vulnerado el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

El contexto de la actual campaña de vacunación hace aún más necesario y urgente el incremento de inversión en la atención primaria, para que esta se desarrolle con eficacia y llegue al mayor número de personas en el menor tiempo posible. Asimismo, es urgente revertir la falta de participación del personal sanitario en el diseño de las medidas sanitarias y asegurar que la campaña de vacunación se realiza en consulta con el sector. Una campaña de vacunación efectiva logrará en un futuro aliviar la sobrecarga asistencial que existe en la atención primaria.

RECOMENDACIONES

Amnistía Internacional considera que aún se está a tiempo de revertir esta situación de debilidad del sistema de atención primaria si se adoptan las medidas que refuercen a corto y a largo plazo el nivel asistencial en España. Las Comunidades Autónomas deben incrementar, a corto plazo y de manera urgente, la inversión en recursos humanos y en infraestructuras y equipamientos para garantizar el acceso a la atención primaria de las personas en situación de mayor vulnerabilidad: las personas mayores, las personas con enfermedades crónicas o con enfermedades de salud mental, las personas inmigrantes y, de manera especial, las mujeres, con planes específicos. Asimismo, de manera progresiva, deben aumentar en los presupuestos de los próximos años la inversión asignada a la atención primaria para alcanzar el 25% del total del gasto sanitario público, tal y como recomienda la OMS. Por su parte, el Ministerio de Sanidad debe definir, en consulta con las Comunidades Autónomas, indicadores que permitan evaluar en todo momento la capacidad asistencial de la atención primaria, y en especial previamente a la adopción de medidas de salud pública. Asimismo, debe mostrar un liderazgo mayor a la hora de solicitar a las Comunidades Autónomas el cumplimiento de las recomendaciones de organismos internacionales que instan a los Estados a incrementar su inversión en atención primaria.

Amnistía Internacional recomienda al Ministerio de Sanidad y a los gobiernos autonómicos, en particular a la Comunidad de Madrid, Castilla-La Mancha y Cataluña, la adopción de las siguientes medidas:

1. Reforzar el sistema de atención primaria

A CORTO PLAZO:

A los gobiernos autonómicos:

- > Con carácter general y de manera urgente, reforzar las plantillas de la atención primaria. Alcanzar la media de ratios de profesionales de la Unión Europea y hacer frente al aumento de la carga asistencial sobre el personal sanitario durante la pandemia de COVID-19 y con posterioridad a la misma. Este refuerzo es necesario también para realizar la supervisión y el control de las residencias de personas mayores de modo que su derecho a la salud esté garantizado, así como para la campaña de vacunación.
- > Incrementar la inversión en infraestructuras y recursos materiales en los centros de atención primaria.

Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- > Diseñar indicadores que permitan evaluar en todo momento la capacidad asistencial de la atención primaria, y de manera especial antes de adoptar medidas de salud pública, tal y como se hace en relación a la capacidad asistencial hospitalaria.
- > Establecer un Plan de sustituciones para cubrir las ausencias de profesionales, con el fin de evitar la sobrecarga asistencial del personal sanitario y garantizar el acceso a la atención sanitaria de la población.
- > Adoptar medidas para la desburocratización de las consultas. En concreto, reforzar los equipos de atención primaria con personal administrativo con formación sanitaria.

Al Ministerio de Sanidad:

- > Recomendar el incremento de la inversión en materia de atención primaria a las Comunidades Autónomas.



A MEDIO/LARGO PLAZO:

A los gobiernos autonómicos:

- > Incrementar de manera progresiva la inversión asignada a la atención primaria en los presupuestos anuales, que deberá alcanzar el 25% del total de gasto sanitario, tal y como recomienda la OMS, siendo la inversión tanto en recursos humanos como en infraestructuras y equipamiento. El diseño de los presupuestos debe incluir un análisis detallado del gasto necesario en atención primaria para garantizar que todas las personas puedan disfrutar del derecho a la salud y que la calidad de la atención sanitaria no se vea resentida.
- > Evaluar cuántos profesionales y de qué tipo, sanitario y no sanitario, configuran las actuales plantillas de los centros de salud, con el fin de diseñar un Plan de adecuación para responder a las necesidades de atención de la población basadas en indicadores como envejecimiento y vulnerabilidad social y económica, entre otros.
- > Garantizar que las demandas de atención no urgentes se atiendan en menos de 48 horas, tal y como fija el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria.
- > Aumentar el personal y los recursos destinados a la medicina comunitaria para atender las necesidades sociales y de salud de la población.
- > Impulsar en cada comunidad autónoma un Plan estratégico de atención primaria, con objetivos a corto y medio plazo en provisión de servicios y resultados en salud, que incluyan criterios de calidad para cada servicio, medibles y evaluables.

Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- > Adoptar y poner en marcha un Plan de recuperación por síndrome de burnout o por síndrome de estrés postraumático de los profesionales sanitarios, que integre una perspectiva de género.
- > Poner en marcha un Plan de recursos humanos cuya prioridad sea la estabilidad en el empleo, con una perspectiva de género, y adoptar medidas legislativas que establezcan mecanismos permanentes de cobertura de las vacantes, evitando tener que recurrir a la contratación temporal para cubrir vacantes estructurales. La política de recursos humanos es una cuestión esencial en la gestión sanitaria que tiene, además, un impacto en la calidad de la atención sanitaria.
- > Adoptar medidas legislativas que aseguren un cupo máximo de pacientes por profesional y que garanticen una atención sanitaria adecuada. Evaluar si el objetivo marcado por el Marco Estratégico para la Atención Primaria, que lo sitúa en un cupo máximo de 1.500 personas asignadas en edad adulta y de 1.000 personas en edad pediátrica, es el adecuado, asegurando mecanismos de participación efectiva de los y las profesionales en el diseño de los cupos.

2. Mejorar la protección del personal sanitario

Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- > Proporcionar al personal sanitario equipos de protección individual (EPI) adecuados y suficientes para protegerse durante la pandemia de COVID-19, en particular mascarillas FFP2, así como información sobre el almacenamiento estratégico de los EPI.

- Examinar de manera continuada si la totalidad del personal sanitario tiene acceso a EPI, qué tipos de EPI faltan y dónde faltan, para tener un conocimiento completo de las necesidades. El análisis incluirá una perspectiva de género, por ejemplo en relación al tallaje de los EPI, para asegurar una protección eficaz a las mujeres sanitarias.
- Estudiar todas las opciones disponibles para aumentar las existencias y el reparto de EPI de calidad para el personal sanitario, y fomentar la fabricación nacional mediante la concesión de incentivos y medidas de apoyo a las empresas.

3. Garantizar el acceso a la atención primaria de las personas en situación de mayor vulnerabilidad

A los gobiernos autonómicos:

- Eliminar las barreras de acceso a la atención primaria de los grupos en situación de mayor vulnerabilidad y adoptar medidas concretas para asegurar que las necesidades de salud de las personas mayores, personas con enfermedades crónicas o con enfermedades de salud mental están integradas en las estrategias de gestión sanitaria, y que se garantiza su derecho a la salud sin ningún tipo de discriminación, tal y como han recomendado la OMS y diversos mecanismos de protección de derechos humanos de las Naciones Unidas.
- Adoptar reformas legislativas que aseguren el acceso a la atención sanitaria sin ningún tipo de discriminación en relación a la situación administrativa de las personas que están en el país.

Al Ministerio de Sanidad:

- Adoptar medidas legislativas que garanticen el acceso a la atención sanitaria universal, para todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, incluyendo las que están en situación administrativa irregular y las reagrupadas legalmente con familiares residentes en el país.

4. Garantizar una información detallada y transparente

Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- Publicar de manera constante y actualizada datos relativos a la inversión realizada en atención primaria durante la pandemia, planes de refuerzo y nuevas contrataciones, así como datos de contagios y fallecimientos por COVID-19 entre el personal sanitario, desglosados por sexo, lugar de trabajo, comunidad autónoma y profesión, entre otras cuestiones.

5. Garantizar mecanismos de participación efectiva del personal sanitario en el diseño de la gestión sanitaria

Al Ministerio y los gobiernos autonómicos:

- Asegurar mecanismos de participación informada y efectiva del personal sanitario en el diseño e implementación de todas las políticas que les afecten, atendiendo a las diferencias de género.



6. Adoptar mecanismos efectivos de rendición de cuentas

Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- > Realizar una evaluación exhaustiva, efectiva, transparente e independiente sobre la preparación de las autoridades sanitarias centrales y autonómicas respecto a la pandemia y sus respuestas a esta. Las autoridades deben analizar el impacto de la gestión sanitaria, en especial en el ámbito de la atención primaria y cómo ha afectado al derecho a la salud de las personas. El proceso de evaluación deberá asegurar mecanismos que garanticen la participación efectiva del personal sanitario.
- > En el supuesto de que el resultado de la evaluación desvele que hay motivos para creer que, en el contexto de la pandemia, los organismos públicos no han protegido adecuadamente los derechos humanos, incluidos los derechos del personal sanitario, se deben proporcionar recursos efectivos y accesibles –investigaciones exhaustivas, creíbles, transparentes, independientes e imparciales sobre estas denuncias–, garantizar la rendición de cuentas y asegurar que ninguna inacción a la hora de proteger los derechos humanos se repite en futuras oleadas de la pandemia de COVID-19 o en el brote masivo de cualquier otra enfermedad.

Al Congreso de los Diputados:

- > Exigir el cumplimiento de las medidas contenidas en el dictamen de la Comisión para la *Reconstrucción Social y Económica* en materia de refuerzo de la atención primaria y exigir mecanismos de rendición de cuentas por el impacto de la gestión sanitaria durante la pandemia.

A los parlamentos autonómicos:

- > Exigir el cumplimiento de las medidas contenidas en el dictamen de la Comisión para la *Reconstrucción Social y Económica* del Congreso de los Diputados en materia de refuerzo de la atención primaria y exigir mecanismos de rendición de cuentas por el impacto de la gestión sanitaria durante la pandemia.

7. Garantizar la igualdad de género en la gestión sanitaria

Al Ministerio de Sanidad y los gobiernos autonómicos:

- > Adoptar medidas orientadas a garantizar la igualdad de género en el empleo y la conciliación de la vida laboral y personal para las profesionales de la salud. Asimismo, se adoptarán medidas para asegurar la igualdad de género en todos los espacios de participación y toma de decisiones, con el fin de corregir la actual situación del sistema sanitario, donde la gran mayoría de profesionales son mujeres y sin embargo no están representadas de manera adecuada en los órganos de decisión.



AMNISTÍA
INTERNACIONAL

