



organizativos de los centros sanitarios públicos; y la **prestación farmacéutica**, son facetas cuyas incidencias se consignan en los apartados siguientes.

Culmina el análisis un aspecto de salud en el que ponemos especial esfuerzo, por su habitual dificultad y el sufrimiento que causa a personas afectadas y a sus familias, el de la **salud mental**, que ha experimentado un incremento, aunque leve, en 2020, a colación del riesgo de las personas con patologías más importantes en su autopreservación del contagio mediante las medidas de obligada observancia.

Las cuestiones de salud que afectan particularmente a personas menores de edad, las reflejamos en el Informe Anual del Menor, por motivos de economía, del mismo modo que las relacionadas con la igualdad se exponen en el subcapítulo del mismo nombre, a cuyas consultas respectivas remitimos.

En resumen, un nivel global de quejas superior al de años precedentes, que conforman el retrato de un año muy difícil en lo sanitario, tanto para la generalidad de la población como, desde luego, para sus profesionales, y que abordamos de la forma más objetiva posible y, en todo caso, haciendo hincapié en la enorme valoración que hacemos del esfuerzo de todos y, sustancialmente, del sistema sanitario y de su capital personal, en una coyuntura muy crítica.

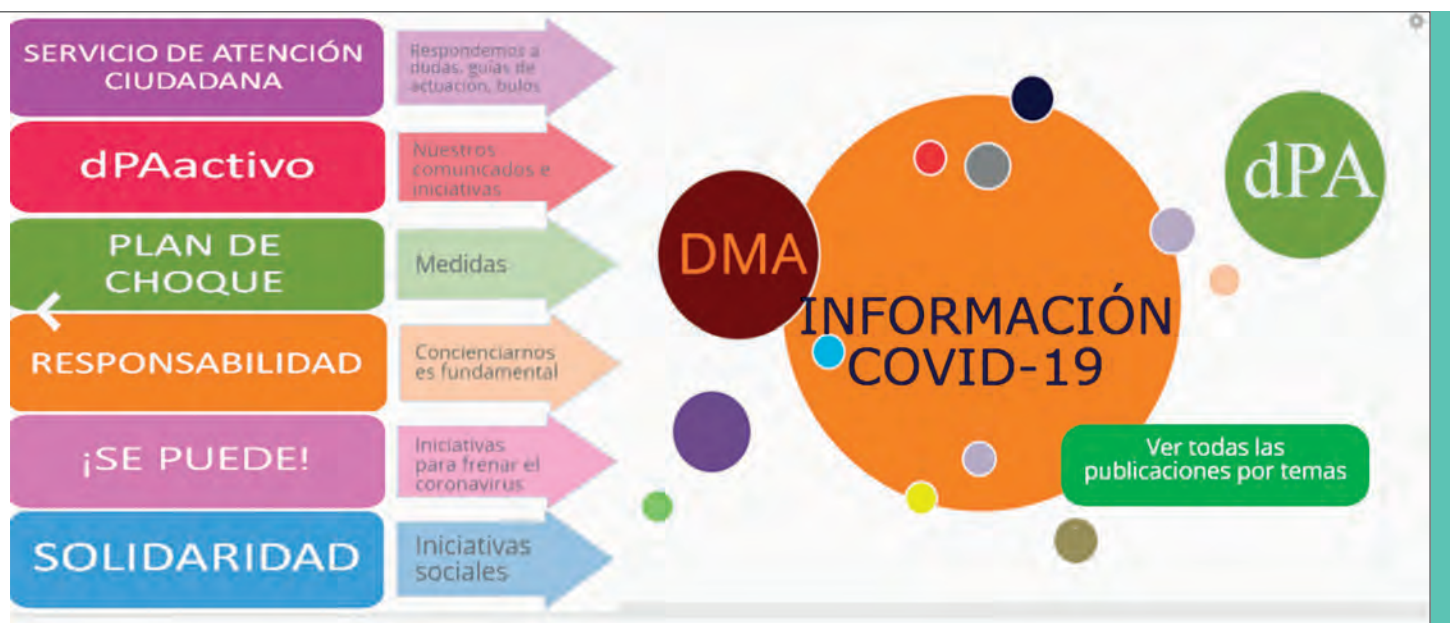
1.11.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.11.2.1. Salud pública

Sin ningún género de duda, la vertiente sanitaria que ha revelado el mayor interés y preocupación de los andaluces y andaluzas en 2020, ha sido la de la salud pública, fundamentalmente en dos de sus aspectos, a saber: el de la epidemiología, por indudable efecto de la pandemia por coronavirus, y en un plano irrelevante, en lo tocante a la promoción y prevención de la salud, que no ha ofrecido incidencias.

La crisis sanitaria abierta con el inicio de la pandemia, desde la perspectiva de esta Institución, se ha visto reflejada en un porcentaje de peticiones ciudadanas en torno a cuestiones directamente relacionadas con esta crítica situación, dando lugar a un fenómeno nunca antes conocido, el de traer a primera línea un ámbito hasta ese momento ajeno al interés particular.

Apreciaciones, opiniones, peticiones de información, manifestación de temores, discrepancias y dificultades generadas por la crisis sanitaria y sus limitaciones y exigencias, han abierto una amalgama de percepciones y situaciones que esta Institución ha ido canalizando a lo largo del año, reflejando su síntesis en el **Informe Especial Derechos de la ciudadanía durante la COVID-19. Primera ola de la pandemia**, emitido el pasado mes de octubre, a cuya consulta debemos remitir para evitar reiteraciones innecesarias.





Desde la consideración de la deficitaria información ofrecida por las diferentes Administraciones competentes, pasando por el cuestionamiento de su veracidad, de las medidas adoptadas para contener el contagio, por insuficientes o por excesivas, la desinfección de espacios públicos, la demanda de colectivos profesionales de contar con equipos de protección para el desempeño de su cometido, la incomprensión de los criterios fijados para la práctica de prueba diagnóstica de contagio, la exigencia del acceso a ellas, la ausencia de seguimiento médico de la enfermedad, el rechazo a la obligatoriedad de uso de la mascarilla, la petición de cierres perimetrales, la de cribados poblacionales masivos, hasta la insuficiencia de equipos de rastreo.

Todas ellas revelando la inseguridad y la zozobra del ser humano, cuando se enfrenta a un contexto peligroso desconocido y su incertidumbre sobre la respuesta protectora que los poderes establecidos e incluso la ciencia, pueden ofrecer para calmar su desasosiego.

Con todo, el impacto más doloroso y desolador llegó de la mano de la irrupción del virus en los centros residenciales de personas mayores, arrojando al final del año un balance funesto que no podremos borrar de la memoria de esta Institución.

Como decimos, no deseamos reproducir cuestiones que han sido abordadas en el Informe Extraordinario. Nos limitamos en este momento a expresar nuestras sinceras condolencias por todas las personas que nos dejaron en 2020 a causa de la pandemia, nuestro pesar por todos aquellos abocados a morir en soledad, nuestro mensaje de esperanza a los que han sobrevivido a la enfermedad y el deseo de unión para superar una tragedia mundial, que nos ha puesto delante de los ojos que es imprescindible el compromiso individual para la supervivencia como sociedad.

En cuanto a la promoción y prevención de la salud a que aludíamos al comienzo de este apartado de salud pública, podemos concluir que no ha suscitado dificultades de entidad alguna, ni en lo que atañe a la vacunación de la gripe ordinaria, ni respecto de la novedosa inmunidad que persigue la administración de la vacuna frente al coronavirus, habida cuenta de que esta última comenzó a administrarse el 27 de diciembre de 2020.

La campaña de vacunación de la gripe, por su parte, solo ha precisado de alguna información puntual ofrecida a personas que planteaban alguna dificultad, bien por desconocimiento de los criterios y previsiones del Plan Estratégico para la campaña de vacunación antigripal en Andalucía 2020-2021, publicado en el BOJA de 14/10/2020 (queja 20/6651); bien por algún simple equívoco en cuanto al derecho que ostentan a su administración las personas desplazadas en nuestra comunidad autónoma (queja 20/6743); o bien por una carencia muy aislada.

Las circunstancias concurrentes este año de crisis sanitaria, han llevado a las diferentes administraciones sanitarias a desplegar una intensa campaña de vacunación de la población frente a la gripe, dirigida a alcanzar al mayor número de personas de la llamada población diana, concentrando para ello la distribución de las dosis disponibles dentro del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, el más complejo y novedoso reto de alcanzar la inmunidad de la población a través de su vacunación frente al coronavirus, iniciado en nuestro país el 27 de diciembre, ha sido diseñado en la Estrategia de vacunación frente a la COVID-19 en España, elaborada por el Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, de 18 de diciembre de 2020.

En la misma, partiendo del principio de voluntariedad en la vacunación, se establecen los criterios de priorización en el acceso a la misma, cuyo primer nivel comenzó con la administración a las personas mayores residentes en Centros sociosanitarios y personal sanitario y sociosanitario.

En Andalucía, el calendario de vacunación y los aspectos a tomar en consideración, se han establecido en la Instrucción de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica 8/2020, de la Consejería de Salud y Familias, mediante el Programa de vacunación COVID-19 en Andalucía.



1.11.2.2. Atención primaria

Dentro de los fenómenos extraordinarios que han caracterizado en 2020 el funcionamiento del servicio sanitario, debemos destacar el deterioro que ha experimentado el nivel de la atención primaria de salud, en la percepción de la ciudadanía.

De las causas generadoras de esta insatisfacción ciudadana, también dimos debida cuenta en el aludido **Informe Extraordinario**, abundando en las razones que sustentaban las manifestaciones sobre problemas en su gestión, en la propia dispensación de la asistencia sanitaria y en el acceso a prestaciones de la cartera de servicios de sus centros de salud.

Lo cierto es que si en ejercicios anteriores poníamos de relieve la importancia que la más estrecha relación de confianza médico-paciente genera en este primer nivel de acceso de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía, por su cercanía y accesibilidad, y destacábamos esta virtud como razón de las escasas objeciones de la ciudadanía frente al mismo, en 2020 tenemos que hablar de un cambio radical en la tendencia precedente.

Y esta afirmación la sustentamos en datos objetivos, los que arroja el balance del notable incremento de quejas ciudadanas sobre el particular, que poca equivalencia guarda actualmente con su discreta presencia en épocas antecedentes a la pandemia.

La nueva forma de gestión de citas médicas, las demoras en el acceso a la fijación de consulta con el facultativo, el hecho de que la regla general sea la consulta telefónica o el retraso en procedimientos diagnósticos propios de este nivel, han supuesto una quiebra en la facilidad del recurso a este servicio y ha generado malestar por una nueva forma de dispensación que cambia las reglas e impone barreras hasta ahora desconocidas.

El futuro de la dispensación de la atención primaria de salud, cuyos rasgos definitorios ha trasmutado la pandemia, es una incógnita en este momento. Resulta incierto aventurar si recuperará su naturaleza, si lo hará en todo o en parte y, desde luego, en qué horizonte temporal, en la medida en que su desenvolvimiento está plenamente condicionado por la crisis sanitaria y ligado a su remisión y a los resultados de la vacunación.

Dentro de las limitaciones derivadas de motivos preventivos de salud pública, sin embargo, no podemos obviar que ante esta Institución han sido coincidentes las manifestaciones de los andaluces y andaluzas en las dificultades que entraña el contacto o el acceso a la atención médica en este nivel, los riesgos que ello comporta, la inadecuación en el uso de los recursos sanitarios a que aboca y, desde luego, la sobrecarga que expresan al propio tiempo los profesionales integrados en los centros sanitarios de atención primaria.

Consideramos, en suma, que existen aspectos susceptibles de refuerzo, mejora o innovación en su estructura y funcionamiento, que devuelvan la confianza ciudadana a través de la adecuada prestación de este servicio público en un contexto como el que vivimos y su adaptación eficaz y eficiente a una realidad sanitaria de duración incierta.

Esta aspiración y las posibilidades de normalización son objeto de análisis en la investigación de oficio iniciada por esta Defensoría en el último trimestre de 2020 (**queja 20/6020**), en cuya resolución habremos de tomar en consideración la pluralidad de testimonios recibidos desde los diversos puntos de nuestra geografía.

1.11.2.3. Atención especializada

Nos ocupamos en el presente apartado de la atención especializada, segundo nivel de la ordenación funcional de la asistencia sanitaria, que conforme señala el artículo 54 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, se dispensa por los hospitales y por sus centros de especialidades, garantizando la continuidad de la atención integral al paciente, tras la intervención en el primer nivel de atención primaria, hasta el momento en que pueda reintegrarse en dicho nivel.

Se trata de una atención dispensada por los hospitales y por sus centros de especialidades, mediante una atención ordinaria y programada conviviente con la urgente, en régimen de internamiento, ambulatorio y



domiciliario, que se facilita a la población del ámbito territorial de referencia y que se complementa con funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación, y docencia e investigación.

Una atención que se ha de procurar, una vez superada la atención del primer nivel de asistencia primaria, más cercana y accesible al conjunto de la ciudadanía, si bien ambas profundamente afectadas en este año por el contexto sanitario de pandemia en el que aún seguimos inmersos.

No en vano, el peso de la atención sanitaria ha recaído en los profesionales y en los centros sanitarios que prestan sus servicios para esta asistencia médica, en sus diferentes niveles, en un periodo marcado por fuerte presión asistencial -como se ha venido poniendo de relieve en los informes administrativos emitidos en la sustanciación de las quejas de la presente anualidad-, y que ha convivido con medidas de seguridad y con planes de contingencia que han dificultado su prestación normal.

En circunstancias tan complejas, destacaremos que en 2020 se ha mantenido sin variaciones sustantivas el peso cuantitativo de quejas relacionadas con la atención especializada -tiempos de respuesta asistencial aparte-, lo que, teniendo en cuenta la tendencia inversa detectada por esta Institución en otros campos de la atención sanitaria (como el nivel primario, en el que el incremento ha sido muy notable), así como en otros ámbitos relacionados con los servicios públicos y los recursos sociales, consideramos que es el producto del esfuerzo de todos los agentes afectados por las limitaciones de un año muy difícil. Así lo ha mostrado la ciudadanía, que en beneficio del bien común prioritario ha relegado su interés particular, renunciando a la continuidad de algunas quejas de esta naturaleza planteadas ante esta Institución, en consonancia con la actitud de los profesionales sanitarios, implicados y volcados en la reanudación de la actividad asistencial.

Sentada esta premisa, sobre la que más adelante abundaremos al analizar los tiempos de respuesta asistencial y los derechos de las personas usuarias, nos adentramos en el análisis del verdadero trasfondo que revela la heterogénea casuística expuesta por las personas tributarias de atención sanitaria especializada.

A efectos sistemáticos, las peticiones ciudadanas pueden reconducirse a defectos de información e irregularidades en la gestión, esencialmente en las citas; disconformidad con el diagnóstico y/o con el tratamiento prescrito en que, al margen del acierto en el juicio clínico y de las posibilidades de obtener resultados, subyace un defecto en la comunicación médico-paciente, que genera desconfianza en el segundo y, en consecuencia, insatisfacción; las peculiaridades en el acceso a la derivación a centros sanitarios de referencia; y, en general, la interpretación de los criterios de aplicación para obtener otras demandas de atención sanitaria más particulares y diversas.

Alcanzar una **gestión administrativa más eficaz** es un propósito compartido por gestores, profesionales sanitarios y por el conjunto de la ciudadanía, cuya consecución, tanto en el nivel primario como en el especializado de la atención sanitaria, ha de venir de la mano del correcto uso de las enormes posibilidades que ponen al alcance las nuevas tecnologías, siempre complementadas por un buen funcionamiento de los canales tradicionales de comunicación (telefónico y de organización de circuitos, entre otros), como vías todas ellas imprescindibles de agilidad y seguridad, en el curso de una crisis sanitaria como la que vivimos.

Debemos insistir que la atención especializada, en algunos aspectos, permanece anclada a inercias negativas, cuya corrección solo precisaría de un mero ajuste de gestión y de una mejora en los servicios de información y atención a la ciudadanía, como son las que resultan de la imposibilidad de contacto telefónico con los servicios correspondientes para la obtención de citas o simple facilidad en la comunicación.

A título de ejemplo, aludiremos a la queja formalizada por una vecina de la provincia de Málaga (queja 20/5117), que reclamaba la cita para su marido con análisis de genética, solicitada por neurología desde el 20/09/2019 y nos contaba que en el mes de abril había sido anulada como consecuencia de la COVID. Relataba las incesantes llamadas que había realizado, sin éxito, para conocer la nueva cita y su sorpresa al conocer la misma a través del médico de cabecera mediante consulta al programa informático. En esta ocasión, junto al retraso en la fecha de la cita con el especialista, que no obtuvo hasta diciembre de 2020, subyacía en la queja un déficit de información que podría haberse solventado con una simple consulta telemática por la propia interesada (sin precisar la asistencia al médico de cabecera). A los efectos que



nos interesan, se observa que en este supuesto se han consumido recursos del sistema para un objetivo (conocer la cita) que podría haber resultado mucho más simple y en cualquier caso, se observa un anómalo funcionamiento del sistema de notificación de citas, dado que la interesada solo llegó a conocerla mediando cita con el médico de atención primaria y por el informe administrativo solicitado a nuestra instancia.

En similares términos, el promotor de la [queja 19/6207](#) exponía que la oncóloga había diagnosticado a su padre un necrosamiento de la cabeza del fémur, apreciando igualmente un estado delicado de las caderas y de la espalda y le había recomendado interconsulta preferente con el traumatólogo en el mes de octubre, por cuya demora concurría ante esta Institución.

En este sentido, refería los inútiles intentos de contacto con el hospital al que correspondía asignar la cita, disponiendo de un número de teléfono con cuatro terminaciones, pertenecientes al servicio de traumatología, al que sostenía haber llamado en días sucesivos, sin conseguir siquiera que descolgasen, con lo que permanecía ajeno al estado de la cita de su padre.

“El conocimiento que el paciente obtiene de su proceso médico y del plan terapéutico adoptado para el tratamiento de sus patologías”

El conocimiento hubo de llegarle a través de la respuesta que a esta Institución dirigió el Hospital de Jerez de la Frontera.

Igualmente, en este orden de cuestiones, en la [queja 20/0724](#), el interesado nos refería las dificultades que observaba para gestionar sus citas de revisión periódica con la especialidad de oftalmología por el problema de glaucoma que padece, y nos contaba que anteriormente era el mismo personal del centro el que se encargaba de dar la cita a la salida de la consulta, pero que ahora era el paciente quien debía de solicitarla a través de los mecanismos disponibles y lo complicado que se hacía.

En este sentido, nos dirigíamos al Distrito Sanitario Jerez Costa-Noroeste, responsable del centro de especialidades, al que remitimos Recomendación reflexionando sobre las consultas que son parte del seguimiento de un proceso realizado en centro hospitalario, en que las citas de revisiones se gestionan desde el propio hospital, que también se hace cargo de comunicarlas. En el contexto del derecho a una buena administración, que se recoge en el artículo 31 del Estatuto de Autonomía para Andalucía y artículo 5 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, parece razonable actuar en orden a la simplificación y agilidad de los procedimientos, en este caso, del proceso asistencial del interesado, que conlleva sus revisiones periódicas, abogando por formulas ágiles y que reduzcan las cargas administrativas al ciudadano, como es tener que encargarse de la gestión de su propia cita personalmente.

En esta ocasión, en respuesta a nuestra Recomendación se alegaron diversas razones por las que es difícil atender el planteamiento efectuado por esta Defensoría, basadas en el numeroso volumen de población asignada al área sanitaria y la importancia de liberar de tareas burocráticas al personal facultativo, entre otras y se señalaba la imposibilidad de explorar nuevas vías.

Respecto ello, lamentábamos la pérdida de la oportunidad de buscar formas alternativas, que vayan en la línea de crear una Administración más eficiente y ágil para el personal facultativo y la ciudadanía y llamábamos la atención de la Administración respecto a las posibilidades que brindan las nuevas tecnologías, para que en un contexto de revisiones periódicas, como es la patología oftalmológica de glaucoma padecida por el reclamante, se gestione la cita de forma periódica sin requerir la personación del interesado.

Naturalmente, esta situación expuesta es extrapolable a otros casos de revisiones periódicas y, en caso de ser necesario, a las pruebas diagnósticas complementarias de patologías que precisen de este tipo de seguimiento, y que en muchas ocasiones se convierten en un verdadero peregrinaje para la persona usuaria.



Continuando con la importancia en la búsqueda de soluciones y la percepción que tiene la ciudadanía sobre ello, reflexionamos en materia de atención especializada sobre un tema que ocupa reiteradamente nuestra atención en los informes anuales elaborados desde esta Defensoría y que es el **conocimiento que el paciente obtiene de su proceso médico y del plan terapéutico adoptado para el tratamiento de sus patologías**.

Como avanzábamos, en la disconformidad o insatisfacción con el diagnóstico y/o con el tratamiento prescrito por parte del paciente, subyace habitualmente la insuficiencia de conocimiento de su proceso, que tiene su fuente en defectos de comunicación médico-paciente, junto a otros factores, como la percepción de no mejoría o la sensación de una atención y seguimiento faltos de periodicidad, más acusados en el nivel de la atención especializada.

De esta forma, nos encontramos con un volumen de quejas que nos revelan que la información que recibe el paciente sobre las decisiones a adoptar respecto al tratamiento a llevar a cabo -que de ninguna forma cuestionamos, por un elemental principio de rigor y prudencia-, adolecen de los elementos necesarios para que la persona comprenda cuál es su problema de salud y cuál es el objetivo del tratamiento y en este punto, abogamos por la importancia de tratar a las personas en toda su dimensión y no solamente sus enfermedades, puesto que son cuestiones inseparables.

No en vano, la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, regula en su articulado el derecho a la información en diferentes vertientes, y a los efectos que nos ocupan, el de quedar suficientemente informado del tratamiento médico sugerido.

Las quejas nos revelan, sobre este particular, el desconcierto que padecen los pacientes y sus familiares, no en pocas ocasiones, sobre los pasos a seguir en cuadros de evolución médica sin aparente mejoría, que ocasionan lógicamente temor y malestar.

Para ilustrar esta situación, nos referimos a la **queja 20/5464**, cuya promotora consideraba que no existía un seguimiento correcto en el tratamiento de su padre y, de esta forma, nos comunicaba que aquel había sido intervenido de un hombro en el mes de junio de 2019, cuando le pusieron una prótesis y que desde finales de ese año padecía molestias que habían ido empeorando, acompañado de malestar general, febrícula por las tardes y una analítica sugerente de infección.

Indicaba que tras una semana ingresado en el Hospital de Riotinto en el área de medicina interna, para tratar de averiguar qué le pasaba, parecía que había que descartar una posible infección periprotésica, para lo cual le derivaron al Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva para hacerle una prueba diagnóstica (gammagrafía).

En el informe de la prueba realizada se sugería infección protésica y así lo comunicó el área de medicina interna del Hospital de Riotinto al de Traumatología del mismo hospital, considerando la oportunidad de interconsulta con la especialidad de traumatología para revaloración.

Sin embargo, la interesada sostenía que, pese a la sugerencia de infección, no tenía cita de trauma, ni pauta sobre la forma de proceder, mostrando una natural preocupación.

Interesados ante la Administración sanitaria, se nos emitía informe administrativo, exponiendo que se le había asignado al paciente una cita en la consulta de patología de miembro superior de ese centro hospitalario para reevaluar el caso y ofrecer la alternativa terapéutica más conveniente.

A resultas de nuestra intervención y de la consecuente respuesta del centro sanitario, la interesada nos dirigió una nueva comunicación para expresarnos su ilusión y buen ánimo tras la consulta de su padre en Traumatología, refiriendo que habían revisado todo el historial de su padre y pruebas realizadas y le habían transmitido que iban a buscar el origen de su malestar y fiebre, con indicación de la técnica de artrocentesis del hombro que le iban a realizar, para sacar muestras, analizarlas, comprobar si había infección y marcar plan terapéutico.

Con todo ello, queremos llamar la atención en la importancia que tiene la información y transparencia en el proceso médico, ya que buena prueba es el presente caso, en el que la explicación ofrecida había calmado la inquietud razonable de la promotora por el malestar de su padre.



Traemos a colación igualmente en este aspecto la [queja 19/0874](#), en la que formulábamos Resolución ante el Hospital Punta de Europa, recomendando el seguimiento del proceso asistencial de la promotora de la queja, a fin de que se concertase una nueva cita con la especialidad de Traumatología y se determinase el plan de actuación terapéutica por el especialista. Igualmente, recomendábamos que se realizase un acto de conciliación con la interesada que le permitiese esclarecer los hechos acaecidos y reanudar el proceso asistencial en un clima de confianza.

En esta queja, la parte interesada exponía el itinerario asistencial que venía atravesando para el tratamiento de sus dolencias que padecía desde que fuera víctima de un accidente de tráfico hacía 15 años y las dolencias que aún padecía.

El centro hospitalario, nos daba cuenta de las actuaciones administrativas llevadas a cabo (acto de conciliación para encontrar una solución a la controversia que por la interesada se venía planteando y se informaba de todas las reclamaciones formuladas, las cuales habían sido contestadas en tiempo y forma), sin entrar en detalles del itinerario asistencial.

Por nuestra parte, ante posturas contrapuestas y carencia de medios técnicos para valorar la opción terapéutica más aconsejable para el tratamiento de las patologías de la compareciente, o determinar las pruebas diagnósticas oportunas, -puesto que es el facultativo quien posee la formación y el criterio para aconsejar de forma objetiva el tratamiento y facilitar la información que el enfermo precise-, apreciábamos el descontento e insatisfacción por parte de la paciente con la atención recibida y poníamos el acento en la necesidad de recuperar la relación profesional médico-paciente y el clima de confianza, que es crucial para una favorable evolución.

Tras nuestra recomendación, en suma, el centro hospitalario nos refería la nueva cita concedida a la paciente y retomaba el seguimiento de su proceso.

La realidad que se nos revela a través de las quejas tramitadas, escenifican problemas de diferente índole en cuanto a la percepción de una correcta atención médica especializada, a veces por la percepción de no encontrar solución a las dolencias padecidas (sin curación de una fístula desde hace dos años, falta de pruebas en proceso asistencial de rodilla, sin diagnóstico tras parálisis facial o, entre otras, sin solución a su problema de columna); y otras por retrasos en la derivación a la unidad especializada (del dolor, de la rodilla, del pie...), o por la demora o dificultad en la recogida de resultados (de pruebas digestivas, de dermatología, e incluso de biopsias).

Afortunadamente, se trata de desencuentros que obtienen una canalización correcta como fruto de la intervención de esta Institución, resultando aliviados propiciando una nueva cita y encuentro médico-paciente, una mera aclaración sobre la demora en la recogida de algún resultado o una explicación sobre la necesidad de realizar una prueba complementaria, lo que nos sitúa en la tesitura de abogar por una clara información al paciente para que sea conocedor de su proceso médico y de las expectativas depositadas en el mismo.

Así lo manifestaba, por ejemplo, la promotora de la [queja 20/5419](#), en relación con la investigación realizada respecto de su consideración de no contar con diagnóstico tras sufrir una parálisis facial, con estas palabras: "Le comunico que estoy siendo atendida en el Hospital Costa del Sol, en la sala de fisioterapia, por una gran profesional. Mi recuperación está en marcha. Gracias a la intervención de este departamento, al servicio del pueblo andaluz".

El acceso a procedimientos terapéuticos propios de la atención especializada por la vía de la derivación, esto es, **la asistencia en centros ajenos al Sistema Sanitario Público de Andalucía**, ha tenido presencia en quejas del presente año, sustanciadas partiendo de su admisibilidad acotada, pero dentro del deber de enfoque al amparo del artículo 43.2 del texto de la Constitución española, como norma suprema, que reconoce el derecho a la salud y su efectividad a través de las medidas, prestaciones y servicios necesarios.

En esta materia, hay diversos preceptos de leyes de ámbito nacional que conviene resaltar, en la medida que consagran el referido derecho. Así el artículo 3.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que garantiza la igualdad efectiva en la prestación de servicios sanitarios; el artículo 1 de la Ley 16/2003



de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que establece como objeto de la Ley el establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de este en la reducción de las desigualdades en salud y el artículo 28 de esta Ley, en el que se establecen las garantías de calidad y servicios de referencia.

Así, en este contexto normativo y en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 26 de noviembre de 2008 se dictó el procedimiento para la efectividad de este derecho, concretamente para la derivación de pacientes para ser atendidos en un centro, servicio o unidad de referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR), definiéndose los mismos como centros que deben dar cobertura a todo el territorio nacional y atender a todos los pacientes en igualdad de condiciones independientemente de su lugar de residencia.

Pues bien, en este marco jurídico, reclamaba nuestra intervención la promotora de la **queja 19/3081**, que nos exponía la malformación congénita llamada microtia unilateral derecha padecida por su hija y de la que había venido siendo tratada en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada, cuyo servicio de otorrinolaringología recomendó su derivación a un centro nacional de referencia en la patología apuntada.

Pues bien, nos contaba la interesada que tras varias negativas y gestiones, se le autorizó únicamente la posibilidad de valoración de su hija en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, como centro nacional de referencia en microtia, debiendo continuar la asistencia en el SSPA, sosteniendo que a resultados de dicha valoración se le recomendó una revisión cada año y medio, hasta que la menor cumpliera la edad de diez años, en la que podría ser intervenida, pero lamentaba que, tras esa valoración, la asistencia y seguimiento en el hospital catalán le había sido denegada, con el argumento de que la intervención puede realizarse en Granada.

En el curso de nuestra investigación indagamos en los motivos de elección del centro Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona por la promotora de la queja, arrojándose de la misma un reconocimiento incuestionado del citado centro hospitalario, avalado por especialistas del sistema sanitario público andaluz y su consideración como centro, servicio o unidad de referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR) para la atención o realización de determinadas patologías, entre las que se encuentra la reconstrucción del pabellón auricular. En este ámbito aparecen únicamente dos centros de referencia, el elegido por la promotora, Hospital Sant Joan de Déu, calificado como tal desde el 26 de diciembre de 2008, para niños y el Hospital Vall D'Hebron desde 21 de diciembre de 2012, ambos pertenecientes a la comunidad autónoma de Cataluña.

Así las cosas, nos parecía razonable la pretensión de la recurrente y formulábamos Recomendación a la Administración sanitaria competente del siguiente tenor: "Que se reconsidere el caso planteado por Dña. (...) y se autorice para su hija la atención médica e intervención quirúrgica en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, como centro nacional de referencia en microtia, en el marco del contexto legal descrito".

En esta ocasión, en respuesta a nuestra Recomendación se vienen a reproducir sucintamente las consideraciones que sirvieron de base a la denegación anterior, justificando que en el Sistema Sanitario Público de Andalucía hay hospitales que incluyen en sus Carteras de Servicios los procedimientos necesarios para la reparación quirúrgica de la malformación que padece la hija de la interesada, de tal modo que siendo el hospital de referencia de la misma el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, se decidió que su seguimiento y posterior tratamiento quirúrgico se realizara en dicho hospital, proponiendo la posible revaloración a un momento ulterior.

Desde esta Institución debemos considerar que la respuesta de la Administración sanitaria no implica la aceptación de la Resolución formulada, y por ende de nuestra recomendación, ya que no valora los argumentos esgrimidos por nuestra parte y, de esta forma, procedimos a dar por concluidas nuestras actuaciones, con la sensación compartida con la promotora de la queja de no haber sido oída en sus necesidades y haber resultado denegado el ejercicio de un derecho, a pesar de que la derivación había sido avalada por los especialistas del hospital público andaluz que trata a su hija.



Otras veces, percibimos que la información sobre la resolución de este tipo de procedimientos no fluye de la forma correcta, como resultaba de la tramitación de la queja 20/2165, que se iniciaba a instancias del interesado para solicitar su derivación al Hospital Marqués de Valdecilla (Santander), para ser sometido a un tratamiento (braquiterapia de alta tasa de rescate), que ante la falta de contestación determinó sufragar a su costa en una clínica privada y pedir el reembolso de los gastos ocasionados.

En esta actuación, informábamos al interesado de la excepcionalidad con la que la norma contempla el reintegro de los gastos por el recurso a medios sanitarios privados, y a la par, constatábamos una posible demora en la transmisión de la información dada al paciente sobre la negativa a la derivación al centro hospitalario pretendido, justificada en la baja de una persona del Servicio de Atención a la ciudadanía del Hospital Universitario Regional de Málaga (encargado de dar la información) y la declaración del estado de alarma, mereciendo por nuestra parte las oportunas consideraciones sobre la importancia de que la respuesta emitida sea comunicada con la mayor inmediatez, por las expectativas que en el acceso a determinado tratamiento o procedimiento depositan las personas afectadas por una patología compleja.

Igualmente, en la tramitación de la queja 20/3472, observábamos un déficit en la información facilitada sobre los motivos de denegación de la derivación a otro centro sanitario, en este caso, al Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid), para una valoración inicial de un posible tratamiento de lesión medular mediante terapia celular, solicitado a través del Hospital Costa del Sol Marbella. Sostenía el reclamante que había recibido una comunicación de la solicitud realizada, limitándose a informarle que había sido rechazada y nos remitía copia de la denegación de la solicitud, en la que se citaba una URL que remitía a los criterios para ser candidato al tratamiento ofrecido. Argüía el interesado, en consecuencia, desconocer los criterios y explicaciones por los que no podía ser valorado, al menos para una primera cita.

En esta ocasión, y tras nuestra intervención, se nos contaba la explicación dada al paciente en relación con la interpretación de imágenes radiológicas, por la que probablemente se había decidido que no es candidato al tratamiento propuesto, al considerarlo como un fenómeno crónico.

Ante ello y siendo diversa la casuística, hemos de redundar nuevamente en la importancia de la escucha e información y explicación a la persona interesada de las razones por las que se producen las decisiones sanitarias y administrativas en temas tan sensibles, reivindicando en cualquier caso que las actuaciones han de ser desarrolladas de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud en el marco legal anteriormente definido.

En otro orden de cosas, de la atención especializada forma parte, asimismo, la **rehabilitación**, que no siempre puede prestarse en el sistema sanitario público, cuando de supuestos muy específicos se trata.

En el caso al que aludiremos, se trataba de la rehabilitación cerebral que precisaba recibir un joven y que solo se dispensaba en un centro privado, al que pedía derivación su madre, indicando que la autorización estaba favorablemente informada por los especialistas desde septiembre de 2019, sin haber sido resuelta (**queja 20/0230**).

El afectado había recibido tratamiento en el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral en Madrid, pero desde junio de 2019, aguardando la autorización, la familia había asumido el coste de la rehabilitación en un centro especializado de Sevilla, con el consiguiente sacrificio.

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud se procedió a emitir la autorización correspondiente.

1.11.2.4. Atención sanitaria de urgencias

En el presente año, se ha registrado un volumen de quejas relativas a la atención sanitaria urgente, hospitalaria y extrahospitalaria, similar al de años anteriores, en cuanto al número y características, destacando un denominador común en las mismas: su especial trascendencia social, por las circunstancias que llevan a demandar este tipo de asistencia médica y las consecuencias que se derivan de su no obtención a tiempo.



No obstante ello, conviene resaltar, como particularidad de este último año, las quejas registradas y ligadas a las circunstancias excepcionales que vivimos desde que se declarase el estado de alarma, que ha exigido implantar medidas preventivas y de seguridad, obligando a los responsables sanitarios públicos en nuestra comunidad autónoma a realizar una reordenación funcional y organizativa de sus distintos niveles asistenciales, vinculada a la duración de la actual situación, que gira en torno a garantizar el llamado doble circuito COVID/NO COVID, cuyo alcance y posibles inconvenientes son más acusados en el ámbito rural, cuando de atención sanitaria urgente se trata.

Por esta razón, determinamos iniciar una investigación de oficio (queja 20/6019), cuyo objeto es el análisis del alcance que la reorganización de los servicios de urgencias de atención primaria pueda tener en la población afectada por la suspensión de los mismos, conocer la previsión temporal del mantenimiento de la medida y, desde luego, obtener la garantía de su recuperación en los mismos términos precedentes.

La citada investigación ha tomado como modelo sometido a análisis el del Distrito Condado-Campiña de la provincia de Huelva, que da cobertura a sus siete Zonas Básicas de Salud, todas ellas de naturaleza rural, algunos de cuyos representantes Consistoriales nos trasladaron la importancia del servicio de urgencias dispensado en los centros de salud o consultorios fuera del horario matutino para sus respectivas poblaciones y el temor porque deviniera finalmente en una situación irreversible.

La valoración de las consideraciones y de la postura que nos traslade la Administración sanitaria arrojará conclusiones que, al tiempo de este informe, no han podido alcanzar este nivel de maduración.

Abundando en el propio concepto de petición de asistencia sanitaria urgente, cabe decir que suele ir pareja a una situación de extrema necesidad, lo que genera para la persona demandante y su círculo allegado un elevado nivel de exigencia en relación con la resolución de su problema de salud de manera rápida y efectiva, de ahí la trascendencia social aludida anteriormente de este tipo de intervención.





Del tenor de los testimonios obtenidos a través de las quejas tramitadas, se observa que hay ocasiones en que la asistencia urgente demandada y su inmediatez, es percibida de forma subjetiva por el paciente o su círculo estrecho, consistiendo en estos supuestos nuestra intervención en una labor de pedagogía e información sobre qué debe entenderse por asistencia sanitaria urgente, cómo se solicita la misma y la valoración que se produce para la realización de una clasificación inicial de prioridad del caso y la asignación del recurso correspondiente.

En esta labor aclaratoria, insistimos en que la valoración objetiva de la necesidad es apreciada por el facultativo, quien decide las medidas a adoptar y, en el caso de la extrahospitalaria, determina la derivación del paciente en vehículo ambulancia hacia un dispositivo de cuidados críticos y urgencias o a un servicio de urgencias hospitalario. Por ende, sustanciamos aquellas quejas en que, a priori, la situación objetiva de los hechos nos sugiere una atención que, por arrojar dudas o por su desenvolvimiento, requiere de nuestra supervisión.

Mención aparte merece la revisión anunciada del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, que es el instrumento organizativo del Servicio Andaluz de Salud responsable de orientar y marcar las pautas a seguir en la atención a las urgencias y emergencias.

Dicha revisión se publica en la página [web del SAS](#), y venía siendo demandada en diversos aspectos, como el de sus protocolos, por lo que, sin lugar a dudas, consideramos que se trata de una oportunidad para recoger los aspectos de mejora y corrección de incidencias detectadas en estos últimos años, quedando pendientes de su aprobación y consecuente publicación y difusión.

1.11.2.4.1. Urgencias extrahospitalarias

Del bloque de quejas de esta naturaleza, destacamos la [queja 18/0397](#), por la particularidad del caso, ya que a la gravedad del proceso de salud de la paciente se unían unas delicadas circunstancias sociosanitarias.

Iniciábamos las actuaciones a raíz del escrito que nos trasladaba el hijo de la paciente, de 58 años de edad, entonces recién fallecida, quien nos describía un cuadro médico de su madre de muy mala evolución, por el que había precisado en diversas ocasiones asistencia urgente y que finalmente desembocó en su fallecimiento.

En sus comunicaciones, el hijo de la fallecida nos describía un contexto familiar complicado, que llegó a provocar, al parecer, la confusión del médico en sus diversas atenciones urgentes, puesto que inadvertió una patología urgente y de gravedad, por achacar el estado de la paciente a un problema social.

En el curso de las investigaciones solicitamos informe a la Administración sanitaria competente, quien realizó un relato discrepante con los hechos relatados por el promotor de la queja, básicamente por haber sido prestada la atención sanitaria demandada, aunque no detectada la causa subyacente que la justificaba.

Constatamos en su sustanciación, que en el escaso lapso temporal de unos días, que ni siquiera alcanzaron el período de un mes, con al menos cuatro demandas de atención sanitaria urgente al 061 en diferentes fechas y con una clínica de muy desfavorable evolución, no se detectaron signos de alarma que determinaran la necesidad de estudios ampliatorios no demorables, ni el traslado a un centro médico, resultando que el juicio clínico de necesidad de actuación urgente no se produjo hasta una petición de cuarta asistencia urgente, al borde del fallecimiento, que finalmente se produjo.

Así, nos sugerían los hechos acaecidos que el juicio diagnóstico efectuado desde los servicios de urgencias en las tres primeras visitas no resultó acertado y, sin prejuzgar la actuación médica y su adecuación a la *lex artis*, consideramos este caso a luz del principio de humanización en la práctica asistencial y de la necesidad de coordinación sociosanitaria y advertíamos cómo una posible situación sociofamiliar compleja, había interferido de forma relevante con la detección de un problema de salud, condicionando la respuesta sanitaria, carente, a nuestro juicio, de una adecuada planificación entre los servicios sociales y sanitarios, que en definitiva había mermado el poder enfrentar la fase final de la vida y la muerte en una condiciones más dignas.



Fruto de ello, emitíamos una Resolución recomendando al Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada que en los supuestos de reiteración de avisos médicos, el servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital mantenga un alto índice de sospecha, que permita adoptar decisiones facultativas por las que se facilite la detección de la posible presencia de enfermedades de naturaleza muy grave, especialmente en los casos de personas integradas en unidades familiares de convivencia en seguimiento sociosanitario y siempre que se aprecien déficits de cuidados en la atención al paciente.

En respuesta a nuestra Recomendación, nos complacía la respuesta de la Administración, en la que nos informaba de su aceptación e informaba del traslado de la misma a los directores de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria, en cuanto responsables de su aplicación.

1.11.2.4.2. Urgencias hospitalarias

De este segundo bloque de quejas trasladadas por la ciudadanía en cuanto a la asistencia en los diversos hospitales de nuestra comunidad autónoma, merece nuestra atención especial la **queja 19/4327**, referente a la atención en el servicio de urgencias hospitalarias del Hospital Torrecárdenas, de Almería, centro que trajimos a colación en el informe del año pasado con el inicio de actuaciones de oficio en la **queja 19/1731**.

Así, respecto a este mismo centro, en la queja 19/4327 ocupaba nuestra investigación una primera alta de la paciente en el servicio de urgencias, sin diagnóstico orientado ni advertencia del plan de actuación urgente para llevar a cabo, frente a un ingreso en urgencias del centro hospitalario a los seis días con un escenario completamente diferente, diagnosticándose un cáncer terminal e ingreso en cuidados paliativos, lo que previsiblemente no habría influido en el fatal desenlace, pero hubiera permitido la mejora de la atención al paciente que encara los últimos momentos de su vida.

En esta tesitura nos dirigíamos al centro hospitalario para sugerir una revisión de los protocolos de atención en urgencias en el mismo, por derivación de atención primaria y concretamente un análisis del caso planteado, para determinar los elementos diferenciadores que hicieron aconsejable el ingreso en la segunda asistencia urgente y el alta en la primera, a fin de detectar áreas de mejora en la calidad asistencial.

Otras quejas de la atención en urgencias en centros hospitalarios han sido estudiadas desde un punto de vista asistencial y organizativo, como por ejemplo, la **queja 19/0956**, en la que el reclamante interesaba nuestra intervención por la demora en el diagnóstico de la patología padecida y por el traslado, a su juicio, en condiciones de riesgo para su salud, desde el servicio de urgencias del Hospital Virgen de las Nieves al Hospital San Cecilio, aduciendo ser el centro de referencia del interesado, por lo que formulábamos Resolución ante el Hospital Virgen de las Nieves, recomendando la revisión los casos y patologías atendidos por urgencias, susceptibles de sectorización hospitalaria por no requerir continuidad asistencial y, en caso de ser necesario, revisión de los criterios aplicados para los traslados de pacientes que pudiesen verse afectados por las mismas.

1.11.2.5. Tiempos de respuesta asistencial

Nos ocupamos en este apartado de las quejas relativas a los tiempos de respuesta asistencial, que suelen conformar el mayor volumen de quejas de entre las materias de salud investigadas anualmente y que, en cambio, en este particular año se han visto desbancadas por el número de quejas relacionadas con la pandemia ocasionada a causa de la COVID-19.

El momento crítico que desde el pasado año afrontamos como sociedad, efectivamente, ha llevado a un descenso en el número de peticiones dirigidas a esta Institución alusivas a las listas de espera.

Y no es extraño, puesto que la mayor parte de la ciudadanía ha sido consciente de la situación y, como ya decíamos en otro momento de este Informe, se ha comportado en consecuencia.

Vivimos inmersos en una pandemia que se antoja de duración incierta, en la que el peso de la atención sanitaria recae en los profesionales y en los centros sanitarios y debe desenvolverse en un contexto marcado por una fuerte presión asistencial.



Esta realidad ha obligado en determinados momentos a los hospitales y a los centros de especialidades a suspender la respuesta sanitaria no urgente, así como ha limitado la capacidad y agilidad de prestación de sus servicios ordinarios, al tener que convivir con medidas de seguridad y planes de contingencia.

Los tiempos de respuesta asistencial, en definitiva, con sus demoras, actualización de listas, criterios y planes de reducción, se han visto alcanzados de lleno por un año urgido por prioridades impuestas por una tésitura de salud pública generalizada.

En este contexto y ante la preocupación que el asunto nos generaba, desde esta Institución emprendíamos de oficio en el mes de noviembre de 2020 la [queja 20/7758](#), en materia de atención especializada, para interesarnos por el estado de las demoras o suspensiones de las primeras consultas de atención especializada, las intervenciones quirúrgicas, y realización de pruebas diagnósticas, cuyo análisis y valoración realizaremos en el ejercicio 2021.

Así, es una evidencia que en el abordaje de esta cuestión no podemos abstraernos del contexto en el que la atención especializada se ha venido desarrollando, marcada como está por una suspensión de los plazos administrativos que declaró inicialmente el 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 la COVID-19, hasta su alzamiento el 21 de junio de 2020.

Posteriormente, en cuanto a los plazos administrativos que a esta materia se aplican, por la Orden de 19 de junio de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la comunidad autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), que declaró dejar sin efecto provisional hasta el momento en que se normalizase la situación epidemiológica ocasionada por la COVID-19, las garantías de plazo de respuesta recogidas en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y en el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de atención especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía; a su vez, dejada sin efecto mediante la Orden de 29 de octubre de 2020, por la que se establecen los niveles de alerta sanitaria y se adoptan medidas temporales y excepcionales por razón de salud pública en Andalucía, para la contención de la COVID-19.

Con todo ello, desde el mes de marzo hasta el mes de octubre de 2020 se han suspendido las garantías de los plazos de respuesta fijados en los Decretos señalados anteriormente, sin que conozcamos la implicación y deriva de dicha suspensión en cuanto al manejo de los datos cuantitativos y cualitativos de la situación de las listas de espera, el número de personas que conforman las mismas y el de las que se encuentran fuera de los parámetros temporales de garantía de respuesta fijados normativamente, ni el momento efectivo para el ejercicio de los derechos pertinentes en este lapso de tiempo. Cuestiones todas ellas sobre la que hemos precisado información en la queja de oficio precitada.

En este escenario, hemos de centrar nuestro interés en retratar la situación a la luz de los testimonios recibidos de la ciudadanía, complementados con la información proporcionada a través de los medios de comunicación y, lógicamente, con la obtenida de canales oficiales y de los informes administrativos emitidos en la sustanciación de las quejas.

Por lo que atañe a las cuestiones suscitadas respecto de la [primera consulta para especialista y citas de revisión](#), aunque escasas, hemos recibido peticiones que han motivado nuestra intervención, alusivas a retraso o suspensión de citas, ocasionadas por la acomodación de la actividad de los centros sanitarios a la situación de crisis, como por ejemplo la que nos trasladaba la promotora de la queja 20/2088, que nos relataba que su hija de diez años de edad nació con una enfermedad rara y precisa revisiones periódicas para vigilar el crecimiento del cráneo por la unidad de craneofacial y la unidad de oftalmología, ya que una de las consecuencias del mal crecimiento podía ser presión en el nervio óptico y pérdida de visión.

Así, manifestaba que la cita la tenía prevista en el mes de febrero y que no le había sido asignada, interesando nuestra intervención para que se le facilitase con la mayor celeridad, habida cuenta de las circunstancias y antecedentes.



Solicitado informe al centro hospitalario nos justificaban que, efectivamente, la demora tenía su causa en las exigencias de la crisis sanitaria, aunque nos comunicaban el señalamiento de la cita y, con ello, satisfacían la petición y necesidad de la interesada.

Circunstancias más desfavorables eran las que nos relataba el promotor de la queja 20/3642, quien nos refería ser paciente crónico de cardiología y nos informaba que tenía solicitada visita desde el 26 de junio de 2018, a la cual no había tenido respuesta, manifestándonos que observaba dejación de funciones en su seguimiento y que había consultado dos veces con el Hospital de la Axarquía, con la respuesta de que le llamarían pronto, lo cual no había ocurrido, informándonos en el mes de noviembre de 2020 que había sufrido un infarto.

En relación con las demoras para las citas de revisión, nos gustaría traer a colación las circunstancias que también observamos de demora en las citas de interconsultas, ya que se encuadran en el tipo de consultas no cubiertas por el Decreto de garantía de plazo, en la medida que no pueden considerarse primera cita de especialista procedente de atención primaria. Entendemos que no queda justificada una demora en las mismas que exceda de un tiempo razonable, que la cita se enmarca en el curso de un proceso asistencial, se inserta en el proceso de diagnóstico y en la fijación de alternativa terapéutica aplicable más adecuada y por ello, en la queja 19/4898 y la [queja 19/0438](#), reflexionábamos sobre este aspecto y recomendábamos la ampliación de los medios humanos y materiales necesarios para la satisfacción de las demandas analizadas.

Igualmente, durante el presente año hemos tramitado quejas referentes a demora para la realización de **pruebas diagnósticas** ([quejas 20/4524](#), [queja 20/1403](#), [queja 20/3740](#)) y en sede de espera de **intervención quirúrgica** ([queja 20/5875](#), [queja 20/0661](#), [queja 20/3198](#), [queja 20/1142](#), [queja 20/1367](#)), que o bien se han solventado con la colaboración de la Administración sanitaria, o bien, han culminado con nuestras recomendaciones habituales sobre la efectividad de los derechos consagrados en el plazo de garantía.

A través de los informes de algunos centros sanitarios, hemos podido conocer que la respuesta satisfactoria de la demanda, con la práctica de la intervención demorada, ha sido abordada con medios ajenos al sistema sanitario público, particularmente a través de la programación de Conciertos SAS-Covid. Por ejemplo, así fue indicado en la [queja 20/3073](#).

Por su singularidad, insistiremos en destacar en este informe anual la incertidumbre que nos genera la suspensión de los plazos administrativos y sus efectos en el ejercicio de los derechos reconocidos en los Decretos de garantía, objeto nuclear de la queja de oficio emprendida ya aludida; y, sobre todo, la preocupación franca de esta Institución en la efectiva asistencia sanitaria y la disposición de medios puestos al servicio de dicho fin, para que pueda tener lugar en condiciones razonables, sin sobrecargar hasta la extenuación a los profesionales sanitarios y con el debido equilibrio de la garantía de derechos consagrados. No obstante, como reflejamos en la introducción del subcapítulo, no disponemos de datos suficientes para dimensionar el estado de la cuestión actualmente, ni se encuentran actualizados los publicados en el sistema sanitario público andaluz.

No podemos concluir este epígrafe, sin mención a las demoras habituales y persistentes que se siguen produciendo para algunas cirugías, como son las no incluidas en el Decreto de garantía de plazos, así por ejemplo en la [queja 20/3198](#), se nos informaba por el Hospital Carlos Haya de Málaga en una queja sustanciada por demora para intervención de cirugía ortognática, de la limitación de medios y de la necesidad de atender a diario los casos de mayor gravedad o los que llevan más tiempo en el Registro de Demanda Quirúrgica, lamentando los inconvenientes de la espera y contextualizando la situación en un elevado número de pacientes en situación similar a la del interesado y la necesidad de distribuir los recursos quirúrgicos del hospital, de acuerdo a la urgencia, gravedad y antigüedad de cada caso, puesto que el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional de Málaga es centro de referencia de toda la provincia de Málaga y Melilla.

Similares circunstancias se nos revelaban en la queja 17/2933, en este caso, acusando la promotora de la queja una demora para una operación para cirugía de reasignación de sexo, por un plazo superior a tres años, sin fecha aproximada para la misma y en la que recomendábamos la adopción de medidas organizativas y asistenciales. Medidas en particular para el colectivo afectado, por las circunstancias tan



sensibles que de estos casos se derivan, consistentes en “que específicamente se contemplen actuaciones que conlleven la disminución de la espera para las intervenciones quirúrgicas a realizar a este colectivo (histerectomía, cirugía mamaria, gonadectomía, penectomía, genitoplastia) y su seguimiento postquirúrgico y se evalúe la posibilidad de ampliar la red de centros hospitalarios para la realización de las mismas”.

Del mismo modo, fundamentalmente por la necesidad de estar informada la persona de una fecha cierta para la intervención que aguarda, recomendamos “que se posibilite la consulta del estado de situación en cada momento en la lista de espera a través del dispositivo Salud Responde en aras a la transparencia”.

Nos encontrábamos, en esta ocasión, en respuesta a nuestra Recomendación una respuesta administrativa ciertamente carente de empatía, acerca de las consideraciones emitidas desde esta Institución en cuanto al ejercicio efectivo del derecho a la salud que consagra nuestro ordenamiento jurídico, al considerar injusto el tratamiento de vulneración del derecho a la protección de la salud o del derecho a una buena administración, que pudiera inferirse de la demora que preside la intervención quirúrgica que aguarda la promotora de la queja.

La respuesta esgrimía argumentos de tipo competencial para no poder aceptar en esencia alguna de las cuestiones recomendadas, como el conocimiento de la lista de espera. Concluimos la investigación trasladando al centro competente, la labor importante que le incumbe en la orientación de los recursos humanos, materiales y financieros precisos y en la elevación a las instancias superiores de su necesidad, para la adopción de medidas que permitan hacer efectiva la continuidad de la prestación asistencial en tiempos razonables y velar por los derechos de las personas usuarias. En este sentido, aludimos a las correspondientes memorias de gestión.

Oportunidad de abundar en este tema nos ha brindado la queja de oficio de la lista de espera de obesidad mórbida **queja 18/6003**. Así, hemos analizado la información administrativa requerida, el estado de la cuestión desde la óptica de la ciudadanía y los derroteros hacia los que orientar nuestras propuestas, y alcanzábamos determinadas conclusiones relativas a la existencia de un tiempo de espera próximo a los 800 días para este tipo de cirugías; la constatación de centros en los que la espera se hace más acusada; el consenso del abordaje integral de esta patología, que va necesariamente más allá de la estrictamente quirúrgica; la dificultad que observamos para entender las razones de la disparidad de tiempo de espera entre los diferentes centros y necesidad de ahondar en ello y el esfuerzo necesario de reforzar prácticas transparentes, puesto que la información ofrecida sobre las listas de espera de cirugía bariátrica resulta imprecisa y, más concretamente, la relativa a cada uno de los pacientes no existe, sin que los mismos puedan establecer un horizonte temporal para la intervención que aguardan. Fruto de ello, concluíamos con una Resolución en la que efectuamos una serie de Recomendaciones, cuyo texto íntegro se puede consultar en la página web de esta Defensoría.

1.11.2.6. Praxis médica

Las peticiones que recibimos cuestionando la adecuación de actos médicos, no siempre tienen como trasfondo real una denuncia de negligencia en sentido estricto. Una parte de las mismas encierra en realidad la búsqueda de alternativas terapéuticas, que se traduzcan en una mejora en la merma de la calidad de vida que ocasiona una patología no resuelta de forma satisfactoria; otras, por su parte, verbalizan una sospecha de mala praxis alimentada por un defectuoso conocimiento de las razones adoptadas en su proceso asistencial y por no haber obtenido la recuperación que esperaban; y, finalmente, está el reducido grupo que discrepa abiertamente con las decisiones facultativas, a las que imputa la causación de un daño, bien por demora en la atención o seguimiento del proceso, bien por error diagnóstico o por el acto médico concreto en el que sitúan el desenlace desfavorable o las secuelas. Este último grupo desemboca en ocasiones en el ejercicio del derecho a pedir el reconocimiento de responsabilidad patrimonial.

En el ejercicio 2020 se ha mantenido idéntico el número de quejas con este variado tipo de consideraciones por parte de la ciudadanía, siendo en cambio algo menor el de las que interesan la agilización de expedientes de responsabilidad patrimonial derivada de mala praxis médica.



Conocido es que la mayoría de las actuaciones de esta índole en la que se demanda nuestra intervención, suelen venir enmarcadas en un contexto doloroso, en el que las personas afectadas nos trasladan su desazón y pesar ante el desenvolvimiento de unos hechos por lo general desafortunados, en los que, a priori, debemos advertir nuestra limitación para emitir un pronunciamiento que aprecie la existencia de mala praxis, debido a nuestra carencia de medios para ello. Informamos, en todo caso, sobre las alternativas a disposición de las personas interesadas, siempre que cuenten con elementos acreditativos que permitan apreciar indiciariamente la posible falta de diligencia debida en la actuación de la Administración sanitaria, esto es, sobre la iniciación de un expediente de responsabilidad patrimonial, informando de sus presupuestos legales y fácticos y de la conveniencia de un asesoramiento especializado.

Como decimos, la información comprensible y completa es el único punto de partida válido para adoptar la mejor decisión y para que las relaciones médico-paciente se desarrollen en un escenario de confianza y de entendimiento, que minimice los conflictos estériles abonados por el confusionismo.

Dicha información debe proporcionarse de forma exquisita por la Administración sanitaria y por sus facultativos a lo largo de todo el proceso asistencial o de tratamiento. De poco sirven consentimientos informados formales, que no vayan acompañados de una cumplida explicación a la persona que se somete a una intervención o acto médico, no sólo porque tiene derecho a decidir, sino porque para hacerlo hay que entender y solo entendiendo se cuenta con la libertad de asumir y con la garantía de la misma.

Partiendo de este convencimiento, las quejas que tramitamos en este campo suelen conducir a obtener una explicación de lo sucedido y relatado por las personas interesadas, para incrementar su nivel de información al respecto, o bien para detectar otros aspectos conexos que pueden implicar aspectos susceptibles de supervisión y propuesta de mejora desde esta Defensoría.

Precisamente, la oportunidad de propuesta de mejora se planteó al hilo de la denuncia formulada por la interesada de la **queja 19/0254**, que sostenía la impericia o mala praxis observada en el tratamiento de su familiar tras una intervención de fémur a la edad de 95 años, sin ninguna complicación médica ni postquirúrgica, y en la que, sin embargo, había sufrido la aparición de una úlcera por presión en talón que, salvo curación definitiva, le iba a impedir apoyar en el suelo y andar, con los consiguientes cambios derivado de ello para sus actividades diarias y potenciales efectos adversos.

En la sustanciación de la queja, la Administración informante manifestó la voluntad de implementar áreas de mejoras para las que se habían programado determinadas actuaciones y en un informe complementario nos describían algunas de las mejoras puestas en práctica, pareciéndonos que las mismas debían ser acompañadas de una revisión del manejo de los pacientes inmersos en el circuito programado y de los que se encuentran en el circuito habitual y en las diferentes fases del proceso asistencial; por lo que emitíamos Recomendación relativa a la conveniencia de llevar a cabo una revisión del cumplimiento de los estándares de actuación que se encuentran definidos en la Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión, así como de las tareas habituales del personal de enfermería para personas hospitalizadas, en el nuevo circuito programado y en el circuito habitual, y en base a ello, evaluar la dotación de medios personales y materiales para dar cumplimiento a la misma, así como mantener la evaluación periódica de la misma, según la intención manifestada por el centro hospitalario en su informe administrativo.

Es satisfactorio informar de la aceptación de la misma por parte del Hospital Regional de Málaga, quien nos daba cuenta de las medidas adoptadas.

Por su parte, los casos de sospecha de mala praxis sustentada en un conocimiento insuficiente de las decisiones adoptadas en el proceso asistencial, en el error diagnóstico o incluso en un cuestionamiento de la influencia de los tiempos de respuesta en la agravación del resultado, requieren sin lugar a dudas un incremento del nivel de información, que es el objetivo principal de nuestra investigación.

Para ilustrar las situaciones más relevantes, concretaremos que se trata de supuestos de carencia, error de diagnóstico o diagnóstico tardío, como el de quien denunciaba no haberse detectado un tumor en diversos centros sanitarios, falleciendo el afectado (queja 20/0649); el caso de una metástasis no detectada con resultado de muerte (queja 20/0654); o del aducido error de diagnóstico en cáncer de mama (queja 20/8643).



Tampoco han faltado denuncias de demoras negligentes, como la que aludía a las consecuencias del retraso en el diagnóstico del cáncer de su padre (queja 19/0491); o, anticipándose, alertaban de la posible producción de daños por el retraso de la Administración sanitaria en aplicar los ciclos de quimioterapia (queja 20/7209), o en realizar las pruebas e iniciar el tratamiento de cáncer de próstata (queja 20/7354).

Las respuestas que en todos los casos obtenemos de los responsables de los centros sanitarios, hay que destacar que son muy completas, colmando con ello todos los posibles interrogantes planteados y, sobre todo, abordadas con la delicadeza de tomar en consideración los sentimientos en juego. Los informes médicos ponen especial interés en explicar que muchas situaciones desafortunadas no son causadas por errores profesionales, sino que son casos de evolución atípica en el contexto particular de la situación de cada paciente; en algún caso de demora, reseñan las razones por las que no habrá consecuencia desfavorable en la evolución clínica de la persona interesada; o directamente, revisan la posibilidad de ofrecer una respuesta favorable.

Traemos a colación la información contenida en la respuesta a una queja en la que un ciudadano denunciaba la supuesta mala praxis en la atención a su mujer fallecida (queja 20/1477), en la que el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla señalaba que a la luz de lo investigado, estimaban oportuno la reevaluación de los actuales procedimientos de continuidad asistencial, mediante la puesta en marcha de una nueva Subdirección de Continuidad Asistencial "que mejore las interconexiones clínicas dentro y fuera del hospital con el fin de hacer más fluida la relación entre atención primaria y atención hospitalaria". Y convenía en el refuerzo de algunos elementos de los actuales circuitos, al ser "sensibles ante la necesidad de seguir trabajando en la humanización de la asistencia, especialmente en procesos oncológicos".

Referente a los expedientes de responsabilidad patrimonial que anunciábamos iban conexos a este tipo de quejas, se sigue observando el incumplimiento de resolución en el plazo legal fijado de seis meses, sin que en esta Institución cejemos en la aspiración de que una mejora en la gestión y en los recursos permita reconducir a límites más razonables el tiempo de tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial, pues poniendo en valor los esfuerzos realizados, se nos revela que el incremento de medios sigue resultando de todo punto necesario, como analizábamos en la Resolución de la **queja 19/5808**, en la que la emitíamos Resolución recomendando evaluar las medidas organizativas adoptadas y de ampliar los medios materiales y personales necesarios para la resolución expresa en plazo de este tipo de expedientes.

1.11.2.7. Derechos de los usuarios

Entre los diferentes derechos reconocidos a las personas en el sistema sanitario público andaluz, consideramos de interés comenzar aludiendo a una cuestión general, cual es la de los **modos que permiten acceder al ejercicio de los mismos**, es decir, los instrumentos formales para garantizar de forma ágil y eficiente dicho ejercicio y en la necesidad de su difusión a través de los canales oportunos, para la puesta al alcance de la ciudadanía a través de conocimiento y consecuente posibilidad de uso.

Reviste mucha importancia la oportunidad que brindan estas nuevas formas de relación con la Administración, aún más útiles cuanto mejor sean conocidas y necesarias en una etapa de peligro de contagio vírico.

Especialmente, sobre los trámites que se encuentran disponibles para la ciudadanía de forma telemática y su forma de acceso, se han generado diversas actuaciones en la presente anualidad (queja 20/0952, queja 20/4202, queja 20/5630 y queja 20/1226), en las que hemos tenido la oportunidad de solicitar información a la Administración sanitaria.

Así, en el caso de la queja 20/4202, el promotor nos trasladaba las dificultades para realizar el trámite de solicitud de una **segunda opinión médica** por registro electrónico en el SAS, aun cuando en la página web se indicaba la posibilidad de su obtención a través de certificado digital. Planteando la conveniencia de la gestión telemática en un momento de serios brotes de coronavirus.



Pues bien, en la sustanciación de esta queja, la respuesta administrativa manifestó compartir el interés de esta Institución en ofrecer a las personas que utilizan los servicios del Servicio Andaluz de Salud, información de todos aquellos trámites susceptibles de realizarse de forma electrónica.

Y en esta línea, informaba que desde el año 2002 se cuenta con servicios en línea dirigidos a facilitar las gestiones y la consulta de información clínica, disponibles en el portal ClicSalud.

A esos efectos, clasificaban algunos trámites que pueden realizarse mediante autenticación con certificado digital, DNle o Cl@ve, tales como:

- Consulta de citas hospitalarias y pruebas diagnósticas (la especialidad médica, tipo de prueba e incluso la ubicación física contienen referencias a información de salud), así como acceder al histórico de citas.
- Consulta de lista de espera quirúrgica, a través de la cual las personas pendientes de una intervención sujeta a plazo de garantía de respuesta, pueden consultar su inscripción en el registro de demanda quirúrgica.
- Consulta de la historia clínica: Datos básicos de salud, Medicación, Informes clínicos, Pruebas analíticas, Pruebas de imagen, Vacunas e Incapacidad temporal.
- Elección de centro y profesional, que permite elegir un profesional de medicina de familia y centro de atención primaria.
- Desplazamiento temporal, que permite elegir, por causa de un desplazamiento temporal a otro municipio, un profesional de medicina de familia y centro de atención primaria distinto al habitual.
- Cambio de datos de contacto, que permite actualizar la dirección postal y el/los teléfonos.

Añadía el informe otros trámites disponibles únicamente mediante identificación con datos personales, puesto que no facilitan información de salud, tales como:

- Renovar tarjeta sanitaria.
- Pedir cita de atención primaria, con medicina de familia, enfermería y pediatría.
- Consultar citas de atención primaria pendientes, incluyendo programadas en general.

Y por último, aludía a una serie de trámites no disponibles electrónicamente, entre los que se ubica el referido por el promotor de la queja, a saber, la segunda opinión médica, o por ejemplo el acceso completo a la historia médica. Más concretamente, nos justificaban que la solicitud de segunda opinión médica no está disponible mediante tramitación electrónica, por ser un derecho que recoge unas condiciones para su ejercicio muy específicas, siendo oportuno que la persona ejerciente del mismo sea debidamente asesorada. Igualmente, por la limitación que existe para realizar este tipo de trámites electrónicos por persona distinta de la afectada, es decir, por otra persona en representación suya, ya que en el Servicio Andaluz de Salud no es posible acreditar la representación legal o voluntaria de otra persona que utiliza medios de autenticación externos (@firma o Cl@ve), que no contemplan estas situaciones.

Por nuestra parte, observamos que estos trámites son, en muchas ocasiones y en gran medida, desconocidos o defectuosamente conocidos por la ciudadanía, sobre todo aquellos disponibles mediante autenticación con certificado digital, DNle o cl@ve, y en el presente año, en el que se han producido dificultades severas para la atención presencial y se han venido sucediendo aplazamientos de citas de especialidades a causa de la pandemia, se ha informado a muchas personas sobre los mismos, por lo que resultaría muy conveniente su mayor difusión y poner al alcance de la ciudadanía el conocimiento y uso de estas nuevas formas de relación con la Administración, puesto que lo que no se conoce no es útil.

Ahora bien, más allá de los aspectos relativos al modo de ejercitar estos derechos, centramos ahora nuestro interés en las reivindicaciones de **efectividad de los mismos desde un punto de vista sustantivo**.

Aludiendo a cuestiones ya tratadas en epígrafes precedentes, cabría citar el derecho de los pacientes a **recibir una adecuada información** del proceso médico y plan terapéutico fijado, en términos claros y comprensibles, puesto que se plantean algunas quejas, no muy numerosas afortunadamente, relacionadas con carencias de este tipo, en las que debemos poner el foco en la necesidad de proporcionar una atención sanitaria de



calidad, dentro de la cual se comprende el deber de dedicar al paciente una atención personalizada que permita establecer y consolidar la relación de confianza deseable entre médico-paciente-familia.

Por cuestiones de eficacia, no reproduciremos aquí los derechos de las personas usuarias a **obtener una asistencia médica en plazo razonable**, ya en el fijado en los Decretos de garantía, ya en uno acorde con una respuesta sanitaria a tiempo, que analizamos en el apartado dedicado a los tiempos de respuesta asistencial y que se encuadran en el contexto al derecho a una buena Administración.

Nos detenemos en cambio en las quejas relativas al derecho de acceso a la **historia clínica**, por ser representativas en cuanto a su volumen anualmente. En la sustanciación de las mismas se nos han venido planteando cuestiones de diferente índole: acceso incompleto a la historia clínica o denegación de acceso (quejas 20/2782, 20/2314, 20/7896, 20/0952, 20/6918); posible ejercicio del derecho de petición de la historia de forma telemática (queja 20/5630); o rectificación de datos de la misma (queja 20/3331).

Destacamos el informe administrativo de la queja 20/5630, relativa al ejercicio del derecho de acceso a la historia clínica de forma telemática, en la que nos informaban que cuando se dispone de certificado digital o DNI electrónico, para efectuar la presentación electrónica de la solicitud del derecho de acceso a la historia de salud -al igual que en otras solicitudes dirigidas a la Administración de la Junta de Andalucía-, se podía realizar a través del portal de la Junta de Andalucía, en la presentación electrónica general del apartado de "Servicios y Trámites", aun cuando a posteriori, matizaban y explicaban la conveniencia de hacerlo personalmente en los centros clínicos afectados, lo que ciertamente ha supuesto una dificultad en este periodo de barreras en la atención presencial a causa de la pandemia.

En otros casos, las dificultades padecidas para el acceso a la historia clínica se han justificado en errores administrativos, como el de la Administración en la tramitación de la **queja 20/2314**, que pudo por esta vía subsanarse para que finalmente el reclamante accediera a su historia completa, puesto que denunciaba la ausencia de datos relativos a una asistencia recibida entre los años 2003-2004.

Finalmente, tras nuestra intervención y advertidos los errores de filiación, se pudo culminar el acceso a la petición de historia clínica realizada desde el 12 de diciembre de 2019.

Otro bloque de quejas usuales son las relativas a la demora o contestaciones estandarizadas en **respuesta a las reclamaciones y sugerencias interpuestas por las personas usuarias**, circunscribiéndose por lo general nuestra intervención en este aspecto a romper el silencio administrativo e instar la respuesta de la Administración sanitaria.

La tramitación de estas quejas va dirigida a impulsar la resolución expresa y sin más dilaciones de la reclamación, instando su atención en el plazo previsto y dando respuesta coherente al planteamiento de las partes, aunque sin entrar en el fondo de la cuestión planteada. No obstante, hay determinadas situaciones en que tras la respuesta se han emprendido actuaciones de investigación con relación al fondo del asunto, si la cuestión central lo ha requerido, fundamentalmente tras la persistencia del problema en torno al efectivo derecho a una asistencia sanitaria en los términos que consagra nuestro ordenamiento jurídico.

Igualmente, hay ocasiones, en que sin menoscabar el derecho que tiene la persona usuaria a obtener la debida respuesta de la Administración, aprovechamos el contacto para informar sobre aspectos de la misma, como por ejemplo, nos sucedía en la tramitación de la queja 20/6646, en la que la promotora nos refería una reclamación interpuesta por la negativa a vacunar a sus dos hijos nacidos los años 2004 y 2007 frente al meningococo ACWY y le informábamos de las variaciones en el calendario de vacunas y de las franjas de edades y años en que las mismas se iban a realizar, pareciéndonos que la información ofrecida por la Administración sanitaria, posiblemente había sido insuficiente, lo que motivó la interposición de la reclamación, lo que nos conecta nuevamente con el derecho a la información.

Es importante no perder de vista que las reclamaciones son el reflejo de una insatisfacción con la atención sanitaria, de tal modo que las dificultades en la segunda incrementan las primeras.



Así ocurrió en el expediente cuyo interesado refería haber presentado diversas reclamaciones ante el sistema sanitario público, que no habían sido respondidas y cuyo trasfondo era obtener solución a su problema de salud ([queja 20/7742](#)).

También la **libre elección de médico**, en algunas ocasiones, sirve para canalizar la insatisfacción de la persona con el tratamiento o con la atención dada al proceso asistencial en un centro sanitario o por un facultativo concreto, con la intención de poder encontrar un profesional que mejore el enfoque en el problema del paciente, o, sencillamente, con el que consiga una mayor sintonía.

1.11.2.8. Centros sanitarios

En relación con los centros sanitarios, únicamente merece destacarse la queja tramitada sobre aspectos organizativos de los mismos ([queja 19/2042](#)), cuya promotora denunciaba ante esta Institución la situación sufrida durante el ingreso de su hijo en el Hospital de Jerez, relatándonos el acceso descontrolado de familiares y conocidos en número indefinido y horario no controlado y refería el problema que percibía en cuanto al uso de los televisores fuera de horarios razonables, lo que impedía el descanso físico y psíquico de los pacientes ingresados, describiendo como intolerable el ambiente en el que permanecían ingresados los pacientes y acompañantes.

Con ello, centrábamos nuestra atención en el derecho al descanso digno de los pacientes durante el ingreso hospitalario y la necesidad de asegurar el respeto a normas de seguridad y convivencia que son necesarias para el descanso de los pacientes ingresados e igualmente necesarias respecto al trato de los profesionales sanitarios, para propiciar una correcta relación entre ambos.

En el informe administrativo requerido, desde el centro hospitalario se nos informaba de la existencia de un plan de visitas perfectamente estructurado, advirtiendo esta Defensoría algunas lagunas en sus disposiciones, concretamente en aspectos aludidos por la interesada, como son los horarios de utilización de los televisores, puesto que nos había relatado que permanecían encendidos desde primera hora de la mañana hasta altas horas de la madrugada, lo que por razones obvias, impide la conciliación del sueño, que es uno de los aspectos a cuidar en el proceso de recuperación de las personas convalecientes y con ello, advertíamos de la necesidad de fijar, entre las normas de funcionamiento del centro hospitalario, medidas que permitiesen las horas de sueño sin interrupciones.

Así, conocíamos la Guía de usuarios del Hospital de Motril de Granada donde se regulan estos aspectos y proyectos recientes para mejorar las condiciones durante la estancia hospitalaria de los pacientes, como el anunciado por la Dirección Gerencia de los hospitales Puerta del Mar de Cádiz y San Carlos de San Fernando, en el año 2018.

Igualmente, en cuanto al aseguramiento de las restantes normas de convivencia, aludíamos a la necesidad de compromiso por el conjunto de personas usuarias del sistema sanitario público y de la posibilidad de prever medidas de aseguramiento de las mismas como se realiza, por ejemplo, en el plan de acompañamiento y visita para el Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Con todo lo analizado, formulábamos Resolución en la que emitíamos Recomendación al centro hospitalario para una revisión de la guía de usuario del centro hospitalario, estableciendo horarios en el uso de los televisores y con ello permitir el descanso de los pacientes, y revisar las medidas y los agentes implicados en el seguimiento de las mismas, cuya aceptación nos ha sido informada.

Respecto de las infraestructuras de centros hospitalarios, en el curso de diversos expedientes referidos a demoras en intervenciones quirúrgicas, el Hospital Universitario Virgen del Rocío informó de la rehabilitación por obras del Área Quirúrgica de la Quinta Planta del Hospital de Traumatología y la consiguiente reordenación de la actividad habitual de cirugías. Por nuestra parte, a la fecha de emisión del presente informe, aun cuando en la [queja 19/0766](#), el informe administrativo de fecha 31 de agosto de 2020 indicaba que tras la reforma se esperaba aumentar un 20 % la oferta de quirófanos para la realización de cirugía mayor compleja, no hemos apreciado impacto positivo en el estado de las quejas que mantenemos abiertas sobre cirugías pendientes.



Así, constatamos que a pesar de haber dirigido diferentes recomendaciones instando la práctica de intervenciones quirúrgicas demoradas ([queja 19/1261](#), [queja 19/0766](#)), las mismas no han sido llevadas a cabo.

Como corolario, citamos la expectación sobre la puesta en funcionamiento y reapertura de las instalaciones del que fuera antiguo Hospital Militar, aprobada por el Consejo de Gobierno, tras la declaración de emergencia, para la contratación de la redacción del proyecto, la dirección facultativa de las obras y la ejecución de las mismas, que arrancaron el mes de agosto, en el contexto de situación sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-2 y las repercusiones que de su puesta en marcha se puedan derivar. Su inauguración, está prevista para febrero de 2021, inicialmente y mientras persista la crisis sanitaria, como hospital de emergencia frente a la COVID-19.

1.11.2.9. Prestación farmacéutica

En el año 2020 hemos apreciado un descenso de las quejas alusivas a la prestación farmacéutica, que en lo que atañe a la dificultad en el acceso a fármacos por problemas de suministro, se han reducido a la mitad; descendido ligeramente las que se producen en torno a los supuestos de exención en la aportación o copago en la financiación de dicha prestación; y presentado de forma puntual las que giran en torno a la financiación de fármacos, normalmente en supuestos de tratamiento de enfermedades raras.

Dentro del primer grupo únicamente se ha planteado el desabastecimiento puntual y posteriormente resuelto de un fármaco muy específico de dispensación por la farmacia hospitalaria de un centro concreto, Lacrisert ([queja 20/3179](#)), por inexistencia de unidades.

El grueso de las quejas ha surgido acerca del tipo de aportación farmacéutica, los criterios tenidos en cuenta para el acceso a esta prestación y los supuestos de exención. Casos que tratamos ejerciendo una labor de aclaración e información a las personas reclamantes, que, en el supuesto de discrepancia, incluye el asesoramiento sobre la forma en que pueden regularizar su situación a través de las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de Seguridad Social, como órganos competentes.

En este sentido, cabe destacar las novedades introducidas por la Ley 11/2020, de 31 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021, que modifica el texto refundido de la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, introduciendo modificaciones que afectan a la prestación sanitaria pública, en concreto, ampliando la exención farmacéutica a nuevos colectivos que, en lo que proceda, analizaremos en la próxima anualidad.

Finalmente, en cuanto a la autorización y financiación pública de medicamentos que, como decimos, suele producirse de forma aislada y concretada a enfermedades menos comunes, podemos referir tres supuestos.

El trasladado por los padres del niño afectado por una enfermedad ultra rara ([queja 20/2977](#)), Síndrome de Allan Herndon Dudley, cuyo control precisa de una medicación extranjera (Teatrois), que desde el primer año de vida le había sido dispensada de forma gratuita, comunicándole que debía empezar a sufragar su coste.

Interesados ante el Hospital Virgen del Rocío, nos indicaban que el medicamento en cuestión había sido retirado del mercado y en su lugar había pasado a comercializarse una nueva forma farmacéutica, cuyas condiciones de financiación y dispensación eran diferentes, conforme a lo prescrito por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y de las gestiones que se habían llevado a cabo por la Unidad de Farmacia Pediátrica.

Pues bien, sostenían que desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios referían la necesidad de cursar una nueva solicitud para valorar la posibilidad de un cambio en las condiciones de dispensación o, alternativamente, que el medicamento dispusiese de precio reducido, justificado por la elevada carga económica que tendrían que asumir las familias con la nueva especialidad. Iniciados los trámites por el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla, puesto que el paciente no se encontraba hospitalizado, se concluyó con la continuidad del régimen de dispensación gratuito.



En similares términos cabe citar la preocupación de un hombre afectado por una enfermedad rara hereditaria, Síndrome de Andrade, tratado con un medicamento prescrito por los especialistas, que había sido sustituido por otro diferente ([queja 20/1180](#)). En cualquier caso, finalmente le fue nuevamente autorizado.

Finalmente, hemos conocido a finales de 2020 la decisión de finalización del modelo de subasta como procedimiento de selección de los medicamentos financiados por el sistema sanitario público andaluz. En lo sucesivo, por tanto, regirá el modelo vigente en el resto del Sistema Nacional de Salud, conforme a la legislación estatal.

1.11.2.10. Salud mental

La atención a las personas que padecen problemas de salud mental y, más específicamente, la suficiencia, calidad y adecuación de los recursos disponibles para su tratamiento y, al propio tiempo, el apoyo a sus allegados en los casos más complejos, es un asunto que preocupa francamente a esta Institución y por ello es obligada nuestra rendición de cuentas en el Informe Anual, como compromiso ineludible que permita hacer visible las consideraciones expuestas por las personas afectadas.

En el año 2020 hemos registrado un leve incremento de las quejas que versan sobre este particular, fundamentalmente derivado de peticiones muy abiertas en las que, como denominador común, las familias de personas con patología de salud mental, solicitan información y ayuda en relación con la situación de un hermano (queja 20/3174, queja 20/3473 y queja 20/8322), la de una madre (queja 20/3243), o la de un hijo o descendiente (queja 20/7077 o queja 20/8291), inquiriendo de la Administración pública una respuesta en forma de recurso adecuado para la estabilización o mejoría del afectado y en ocasiones, al propio tiempo, para poner término a situaciones de violencia y agresividad en el seno de la convivencia familiar, que alcanzan incluso a los menores que forman parte de dicha unidad.

La dificultad, sin embargo, viene siendo la misma desde hace años, a saber: la infradotación de recursos para la atención de las personas con trastornos de salud mental y la indefinición de la respuesta que haya de darse a las mismas, en la medida en que desde que entrase en vigor la Ley 39/2006 de la Dependencia, son difusos los límites entre recursos sanitarios y sociales y en la forma de acceso a los mismos, tampoco apreciamos una intervención conjunta, coordinada y complementaria de ambos y el tratamiento sanitario parece haber sido sustituido por el ingreso en un recurso residencial del Sistema de la Dependencia, sin que en este último tengan cabida, por su parte, las personas que padecen patología dual.

Lo cierto es que la sensación de desconcierto e impotencia en la búsqueda de ayuda y recursos para la atención de los problemas de salud mental es trasladada en muchas de las quejas que tramitamos, y a efectos ilustrativos, citaremos la comunicación que nos remitían unos abuelos sobre la situación de su nieto (queja 20/6436), refiriéndonos literalmente:

“Somos ... y ... de 78 y 73 años de edad respectivamente, mayores, enfermos y cansados. Somos abuelos de ... un chico de 28 años enfermo mental desde los 16. Llevamos doce años luchando para poder curar a nuestro nieto. Ha pasado por un centro de menores, por un centro penitenciario y numerosos ingresos en salud mental. Actualmente malvive en un coche, en una calle de nuestro pueblo, ... Tiene causas pendientes en los juzgados 2,3,5 y 7 que sepamos. Su enfermedad lo hace cada día más violento, hasta el punto que tememos por nuestras vidas. Tiene orden de alejamiento de sus padres y hermano y de nuestra casa, orden que se salta en numerosas ocasiones, le detienen y a las dos horas le ponen en libertad. Sabemos que nos van a decir que es un tema médico, pero desde el Servicio Andaluz de Salud nos dicen que ellos no pueden hacer nada, como mucho y después de rogarles mucho escribir un informe a los juzgados, informes que hasta ahora no han servido para nada. Algo está fallando en la sociedad si un enfermo mental peligroso está tirado en la calle y sus abuelos encerrados con llave en su casa muertos de miedo. ¿De quién es la responsabilidad?, no lo sabemos, pero vamos a lamentarnos todos el día que termine asesinando a alguien que se cruce en su camino por el simple hecho de mirarlo, como la paliza que propinó hace unos días a un señor mayor de nuestro pueblo.



Simplemente rogamos que le internen en un centro psiquiátrico el tiempo necesario para que tome conciencia de enfermedad o su cuerpo se acostumbre a la medicación, simplemente queremos morirnos sabiendo que tiene un techo y comida aunque no goce de libertad. De todas formas la libertad la perdió cuando la enfermedad entró en su mente...”.

Las personas que nos trasladan su enorme preocupación por el familiar cuya salud mental se resiente, piden el ingreso involuntario en los momentos de agudización violenta de la enfermedad, un ingreso residencial en un centro de salud mental que posibilite su estabilización o, sencillamente, una mejora de la atención psiquiátrica ambulatoria, por entenderla insuficiente.

En particular, la petición de internamiento involuntario fue más recurrente durante el primer estado de alarma, debido a la preocupación de las familias por el peligro de la descompensación de personas que se ponían a sí mismas en riesgo al no respetar el confinamiento. En esta tesitura particular, hemos de decir que la Administración sanitaria nos trasladó las medidas preventivas adoptadas durante la crisis sanitaria, como la actuación coordinada entre las Unidades de Gestión Clínica y las Unidades Municipales de Emergencias Sociales para la localización y abordaje conjunto de pacientes que lo precisaran ([queja 20/2407](#)); y, de forma general, la elaboración de su específico Plan de Contingencia por todas las unidades directivas de los centros sanitarios públicos que, en el caso de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental, se dirigió a garantizar la asistencia sanitaria priorizada a las personas con Trastorno Mental Grave, manteniendo los mecanismos de abordaje presencial e intersectorial, con atención preferencial y proactiva por su equipo referente, de las personas incluidas en el Proceso asistencial integrado trastorno mental grave.

Por su parte, el ingreso en un recurso residencial ha quedado hoy reconducido a dispositivos específicos, como los de media-larga estancia de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, Faisem, complementados con los específicos de tratamiento clínico de salud mental. Esta necesidad fue planteada por un padre que refería los múltiples ingresos de su hija en la Unidad de Gestión Clínica del Área Sur de Granada y la necesidad de poder ser atendida en un algún centro de media-larga estancia, con personas en su misma situación, refiriéndonos su situación laboral y la necesidad de su esposa de abandonar el trabajo para poder atenderla ([queja 20/6229](#)).

Iniciadas actuaciones nos dirigimos a la Administración, que nos informó que la interesada había obtenido plaza en el dispositivo residencial de Faisem en Motril (Granada), dispensándole atención sanitaria el Hospital de Día de Salud Mental.

Sobre esta situación de asignación y suficiencia de plazas, vinculadas en su mayoría con la asignación de un recurso previa valoración de la dependencia, hemos tenido durante la presente anualidad ocasión de profundizar en la [queja 17/4113](#), que iniciábamos a instancia de parte, para analizar la reducción progresiva de plazas del programa de atención domiciliaria de Faisem, que, conforme exponía la promotora de la [queja](#), no se justifica por el desarrollo de la Ley de la Dependencia, en detrimento de la atención de las personas afectadas por problemas de salud mental destinatarias de este servicio.

Pues bien, en el curso de las investigaciones solicitamos la colaboración formal para la emisión de un informe administrativo sobre estos extremos a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y a Faisem.

En el informe administrativo recibido de la segunda, se explicaba que la atención en el domicilio de las personas con Trastorno Mental Grave en Andalucía, ha sido desde los primeros años de creación de Faisem una modalidad que daba respuesta a las necesidades de estas personas con buenos niveles de autonomía personal, permitiendo que se beneficiaran de supervisión y apoyo de determinadas necesidades, sin tener que ocupar una plaza en centro residencial. Aclaraba el informe que tras la promulgación de la Ley de la Dependencia -que incorpora dicha modalidad de atención para personas dependientes en general y para aquellas cuya dependencia es consecuencia de padecer un Trastorno Mental Grave la referida prestación de atención en domicilio se canaliza a través de los Servicios Sociales Comunitarios, con la correlativa y progresiva disminución de esta modalidad de oferta asistencial que, de este modo, sobrevivía únicamente para quienes ya venían siendo beneficiarios de la misma.



Por su parte, la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía informaba de la imposibilidad de concretar el número de personas con trastorno mental que tiene reconocido en la actualidad el servicio de ayuda a domicilio, su grado de dependencia y el nivel de intensidad asignado, puesto que el sistema de información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia no permite desglosar de entre las personas beneficiarias del servicio de ayuda a domicilio, las que lo son por situación de dependencia reconocida en virtud de su trastorno mental.

Partíamos para el análisis del asunto del amparo normativo del derecho de la atención domiciliaria en favor del colectivo de personas con enfermedad mental, que encuentra acomodo en el artículo 20, único del Capítulo III de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, bajo el título "De la salud mental", la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que se refiere en sus artículos 12.2.h y 13.2.g a la atención a la salud mental y, en el ámbito de la comunidad autónoma, la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación de los servicios de Salud Mental.

Igualmente, nos hacíamos eco del proceso asistencial integrado para personas con enfermedad mental del año 2006, publicado en la página web de la Consejería de Salud y Familias, que incluye entre las medidas asistenciales la atención domiciliaria.

Por su parte, la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, supuso un momento importante en la atención a personas en situación de dependencia, elevándola a la categoría de derecho y contemplando dentro de los recursos de su Catálogo el servicio de ayuda a domicilio.

Pues bien, en esta equiparación de ambas modalidades de atención -la sanitaria, como derecho consagrado y la de carácter social, también como derecho subjetivo-, la duda planteada es la de que la segunda hubiera acarreado una merma en la primera, sustituyendo de facto a la misma. Advertencia que hacía el promotor de la queja, al referir que la Ley de la Dependencia había justificado la reducción de plazas del programa de ayuda a domicilio de Faisem.

Este extremo es constatado por el informe administrativo, del que igualmente resulta la imposibilidad de conocer cuantitativamente las personas con trastorno mental que cuentan con el recurso de ayuda a domicilio como personas en situación de dependencia, sin que sea susceptible de cuantificación el derecho a la atención a domicilio que se consagra en la normativa sectorial sanitaria.

Por otra parte, advertíamos dificultades para priorizar el acceso al recurso para personas con trastorno mental grave, entre otras razones por encontrarse vinculada la atención a la dependencia mayoritariamente a la organización de los servicios sociales y no al área de Salud, debiendo sumar, a su vez, la demora que preside la resolución de los procedimientos de reconocimiento de la situación de dependencia y derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como el Programa Individual de Atención, que excede con creces del tiempo legalmente establecido, como se ha expuesto en el apartado correspondiente de este mismo Informe.

Por todo ello, y basándonos en la evidencia de la necesidad de atender al colectivo y la oportunidad del tratamiento a través de los programas de ayuda a domicilio, decidíamos formular dos recomendaciones:

El mantenimiento la oferta asistencial del programa de atención domiciliaria de Faisem, valorando la oportunidad de su incremento en coordinación con las UGC que deberán informar y valorar la continuidad asistencial que se viene prestando por el programa del servicio de ayuda a domicilio que gestiona la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía para el colectivo de personas con enfermedad mental, en tanto no se ultimen los protocolos previstos en el III Plan Integral de Salud Mental, por el riesgo de exclusión de la atención en el sistema de dependencia.

Y la articulación y coordinación de las medidas necesarias entre los sistemas de información de las Administraciones implicadas, para un conocimiento transparente del número de personas con problemas de salud mental que acceden al SAAD de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia, con un identificativo en los sistemas de información, a fin de valorar el porcentaje de personas que teniendo aconsejada la misma como medida terapéutica acceden al mismo.