

## 1.12.1. Introducción

El Sistema Nacional de Salud conforma una maquinaria de enorme envergadura que no solo se nutre de ingentes recursos de todo tipo (materiales y personales), sino que, en una sociedad globalizada como la contemporánea, también se ve alcanzado por dinámicas de alcance mundial -pandemias mediante-, cuyos escenarios adversos no siempre pueden contrarrestarse con medidas internas, adoptadas dentro de las fronteras de nuestro país ni, por ende, con los más reducidos instrumentos del ámbito territorial autonómico que, a lo sumo, podrían servir de paliativo parcial en algunos casos.

Este ha sido el caso de la crisis de salud pública ocasionada por la pandemia con origen en el virus SARS-CoV2, cuyos desafíos han alcanzado de lleno al sistema sanitario público de Andalucía, en todos sus niveles de ordenación funcional, organización territorial y modalidades de prestación de la atención sanitaria, hasta el punto de condicionarlo sustancialmente y dejar exhaustos sus recursos.

Entre los retos generales que desafían su equilibrio, en el sistema sanitario público de Andalucía venimos acusando la carencia de profesionales sanitarios, que no es ya una amenaza, sino una realidad que obliga a acometer reformas del modelo de organización de las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, optimizando su aprovechamiento y a acometer un diseño adecuado de las políticas de recursos humanos.

Las líneas que siguen se ocupan de resumir todo un año de intensa labor del Defensor del Pueblo Andaluz, al frente de los requerimientos que muchas personas nos han planteado para la salvaguarda de su derecho constitucional a la protección de la salud, que podemos sintetizar en dificultades para hacer efectivo el derecho a obtener alguna de las modalidades de prestación de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, por vulneración de sus garantías de información y de las de tiempo.

Sobre esta idea transversal, expondremos las cuestiones suscitadas en torno a la Salud pública, la Atención primaria y la especializada, los tiempos de respuesta asistencial que generan las listas de espera, los actos médicos que motivan sospecha de mala praxis y la atención sanitaria de urgencias, sin olvidar disfunciones relacionadas con los derechos de las personas usuarias del sistema sanitario público, las referidas a los Centros sanitarios, a la prestación farmacéutica y a la Salud mental, inmersa esta última en propósitos de revisión integral impulsados por la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 y el Programa de Salud Mental de la Consejería de Salud y Familias en Andalucía.

Indiscutiblemente, el protagonismo absoluto lo ostentan en 2021 la Salud pública y, de manera inédita, la Atención primaria, cuyas objeciones han irrumpido con una fuerza hasta ahora desconocida en esta Institución.

En el plano normativo, especial mención merece la nueva prestación regulada por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, desarrollada en Andalucía por el Decreto 236/2021, de 19 de octubre, por el que se crea y regula el Registro de Profesionales Sanitarios Objetores de Conciencia a la prestación de ayuda para morir en Andalucía y la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que recogemos en el apartado alusivo a los derechos de los ciudadanos.

## 1.12.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

### 1.12.2.1. Salud Pública

Desde que el pasado mes de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud decidiese calificar como pandemia, la emergencia de salud pública de preocupación internacional, a causa del virus SARS-COV-2, el sistema sanitario público ha sufrido un envite sin precedentes.

Desde aquellas fechas se nos ha presentado un escenario de incertidumbre y permanente cambio que ha suscitado la petición de intervención de esta Defensoría, en sede de salud pública, en un volumen inédito respecto a nuestras actuaciones en esta materia en años anteriores, manteniéndose la línea emprendida en el año 2020.



No en vano, durante el presente ejercicio el volumen de quejas relativas a esta materia se encuentra en torno al 25 % del total de quejas en salud que tramita esta Defensoría, cuya casuística, muy variada, podemos reconducir a las suscitadas en torno a la Estrategia de vacunación y el Certificado COVID digital de la UE, junto a otras ya conocidas de presencia más minoritaria, como son las de la vacunación antigripal y los programas de cribado.

La **Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España** adoptada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sobre el documento elaborado por el Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, de 2 de diciembre de 2020, fue el punto de partida del proceso de vacunación e inmunización frente a la COVID-19, que comenzó el 27 de diciembre de 2020, con una pauta inicial de dos dosis, posteriormente ampliadas a tres y un desenvolvimiento paulatino que prioriza, por motivos éticos, a determinados grupos o colectivos por sus especiales características.

Se trataba de llevar a la práctica un proceso inédito, contextualizado en una situación crítica y cambiante, que en un territorio como Andalucía, con una población de más de ocho millones de habitantes, implicaba una ingente tarea organizativa, cuya consumación positiva merece resaltarse por el esfuerzo que ha supuesto para los responsables públicos y el personal a cargo de la misma.

Un terreno desconocido como el descrito necesariamente genera temores, recelos y dudas en la ciudadanía, como reflejan las abundantes y variopintas comunicaciones recibidas en esta Institución a lo largo de 2021, que se han traducido en problemas de obtención de información, general o particular, de comunicación con la Administración sanitaria y en la manifestación de discrepancias de toda índole.

Entre las dificultades para acceder a la información han sido frecuentes las manifestaciones de desconocimiento de los canales para obtenerla y las dudas sobre los instrumentos y formas para la asignación de cita.

Del mismo modo, ha resultado compleja la comunicación directa con la Administración sanitaria por desconocimiento de la forma de trasladar consultas específicas y de corregir errores: desfases en las bases de datos, especialmente de los mutualistas; forma de vacunación de las personas dependientes con dificultad de desplazamiento; valoración de alguna situación personal, como el padecimiento de alergias o patologías recogidas en un informe médico, que desaconsejarían la administración de una determinada vacuna; la forma de hacer valer la pertenencia a un grupo prioritario, especialmente personas con patologías de riesgo y/o enfermedades crónicas, algunas incluidas en el Grupo 7 de personas con condiciones de muy alto riesgo y otras que habían quedado inicialmente sin incluir; el modo de proceder de las personas que no recibían el certificado COVID por no tener administradas entonces las dos vacunas, al no ser necesario y no estar la aplicación informática habilitada para ello; o situación de los docentes parcialmente vacunados o que habían quedado sin vacunar por la variación en los criterios de administración de AstraZeneca.

Los aspectos controvertidos han ido desde la discrepancia con los grupos priorizados y el cuestionamiento del tipo de vacuna asignada a cada colectivo, hasta las que ponían en tela de juicio la eficacia de la misma Estrategia de vacunación o alertaban de sus perjuicios.

En este mar de dudas y dificultades, **el Defensor del Pueblo Andaluz ha desplegado una labor de orientación y asesoramiento imprescindible**, si tenemos en cuenta que la propia Estrategia de vacunación ha experimentado hasta diez actualizaciones, la última de las cuales data del 27 de diciembre de 2021.

La necesidad de disponer de mayor claridad en la información y de contar con canales de comunicación fiables, a través de los cuales pudieran resolverse las dudas existentes, nos llevó a plantear ante el Servicio Andaluz de Salud las cuestiones suscitadas, interesándonos por los criterios para la citación de mutualistas, la forma en que cualquier persona usuaria podía conocer su situación en las listas de vacunación o su cita asignada, la determinación del canal o fórmula más apropiada para comunicar incidencias y el medio y circuito por el que se venía contactando con las personas a vacunar, teniendo en cuenta la edad de muchas de las personas incluidas en los primeros grupos de priorización.

En relación con la oportunidad de habilitar medios para la comunicación de dudas e incidencias y su resolución, sugerimos a su Director Gerente la inclusión de nuevos medios de contacto, como pudiera ser

la comunicación con su médico de atención primaria o el interlocutor autorizado que se determinase, un correo electrónico o WhatsApp y la necesidad de culminar la revisión informática para que la expedición de los certificados Covid se pudiese realizar atendiendo a la diversidad de casos.

Tras esta intervención, desde esta Defensoría observábamos cómo en el inicio del verano se había acelerado de forma manifiesta el ritmo de vacunación y la información en la web habilitada a estos efectos: <https://www.andavac.es/>

Ha sido un año en el que hemos percibido la sensación de impotencia o desconcierto que la ciudadanía puede padecer ante las situaciones descritas, perfectamente entendible cuando no encuentra un punto de referencia (presencial, telefónico o telemático), ante el que formular una duda, bien por dificultad en la atención telefónica o en la presencial, o bien porque la cuestión concreta no está entre las preguntas frecuentes o porque no hay posicionamiento al respecto sobre aquella determinada situación o particularidad que se plantea.

Lo cierto es que entrado el mes de diciembre de 2021, en pleno periodo navideño, cabalgábamos de nuevo una sexta ola que, afortunadamente, presenta menor lesividad y que afronta una población mayoritariamente vacunada, pero que vuelve a dejar al descubierto debilidades organizativas del sistema sanitario, ya advertidas, que a todas luces precisa extremar el celo en la calidad, claridad y divulgación de información relevante y de un refuerzo estable de profesionales e instrumentos de organización públicos, diseñado de forma expresa para la atención a los requerimientos de salud de la pandemia, con itinerarios específicos independientes, que eviten la saturación de la actividad ordinaria.

Como avance, valoramos que a través de las plataformas habilitadas por el Servicio Andaluz de Salud puedan notificarse los resultados positivos de test de antígenos y con ello formas más ágiles de comunicación, siendo su contrapartida una atención primaria colapsada y el desasosiego de la población, muchas veces desconocedora de estas herramientas o con escasas competencias digitales, que plantean sus dudas sobre la forma de proceder y que por ello vuelven a engrosar las peticiones ante esta Institución.

El **Certificado COVID digital de la UE** conforma, asimismo, un nutridísimo grupo de planteamientos ante esta Institución, agudizados desde que se adoptaran las **medidas preventivas de salud pública sobre la exigencia del Certificado COVID-19 o prueba diagnóstica** para el acceso a centros sanitarios con internamiento y centros sociosanitarios de carácter residencial, así como para el acceso de las personas usuarias al espacio interior de establecimientos de hostelería, ocio y esparcimiento, por sendas Órdenes de la Consejería de Salud y Familias de 3 y 16 de diciembre de 2021, judicialmente ratificadas: **BOJA número 90 de 7 de diciembre de 2021**; y **BOJA número 93, de 19 de diciembre de 2021**.

Junto al desconocimiento de los diversos medios para obtener dicho Certificado -acreditativo de la vacunación, de la recuperación de la enfermedad, o de que la persona dispone de resultado negativo en una prueba de infección activa-, las comunicaciones recibidas planteaban dudas sobre su período de validez; aludían a dificultades para su obtención, en ocasiones por desactualización de los datos de la historia clínica, en otros, por tratarse de pacientes recuperados que no pueden acreditar su estado con una prueba diagnóstica de infección activa PCR o equivalente, aun disponiendo de resultado positivo en prueba de antígenos o serológica de anticuerpos; o pedían clarificación de la pauta completa de vacunación en determinados supuestos (personas recuperadas, con una sola dosis, o que han recibido una pauta de vacunación heteróloga).

Fuera de las incidencias técnicas subsanables o de dudas susceptibles de aclaración, en relación con el certificado de recuperación, esta Institución hubo de remitirse al Reglamento (UE) 2021/953 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de junio de 2021, de aplicación efectiva desde el 1 de julio de 2021, que no prevé la acreditación de la superación de la COVID-19 mediante un resultado positivo en prueba rápida de antígenos o en una prueba serológica de anticuerpos.

La carencia del Certificado COVID obsta a desplazamientos fuera de España o al retorno a nuestro país y, como avanzamos, desde diciembre de 2021 y para un período de tiempo delimitado, al acceso al interior de establecimientos de hostelería, ocio y esparcimiento y a centros sanitarios con internamiento y centros sociosanitarios de carácter residencial, en calidad de visitantes o acompañantes.



La implantación de esta última medida ha sido muy polémica entre la opinión pública y, en consecuencia, ha tenido un reflejo inmediato en las comunicaciones dirigidas a esta Defensoría, que, amparadas en el carácter no obligatorio de la vacunación y en la falta de sustento científico de la decisión, la han combatido por entenderla inconstitucional, como vulneradora de derechos fundamentales y como instrumento de coacción que persigue imponer el sometimiento a un acto sanitario mediante la discriminación de las personas que voluntariamente han decidido no someterse al mismo, afectando incluso a las que por razones de salud no pueden ser vacunadas.

Esta Institución, en un ejercicio de prudencia institucional, viene resaltando la importancia del compromiso social y de la responsabilidad individual en la evitación de la propagación de esta enfermedad y así, ha manifestado la legitimidad de luchar contra la transmisión comunitaria descontrolada de la infección con los medios menos severos a nuestro alcance, si, como es el caso de la referida medida cautelar, la decisión se adopta dentro del marco habilitado por nuestro ordenamiento jurídico. Esto es, el sometimiento a ratificación judicial de la necesidad, idoneidad y proporcionalidad de la medida decidida por la Consejería de Salud y Familias.

Cuestión de índole puramente jurídica es la suscitada por el **Protocolo relativo a la protección y prevención de la salud frente al COVID-19 para el desarrollo de los entrenamientos y la organización de actividades y competiciones deportivas oficiales**, aprobado por la Junta Directiva de la Federación Andaluza de Baloncesto el 16/09/2021, en cuya virtud se exige para la práctica federada de dicho deporte la presentación del Certificado COVID o, alternativamente, prueba diagnóstica negativa presentada en las 48 horas previas a cada partido.

Numerosas personas comparecieron ante esta Institución cuestionando la legalidad de las recomendaciones y reglas de este Protocolo, entre otras, la dudosa exigencia del certificado COVID acordada sin que hubiera precedido intervención judicial.

Pero más allá de su contenido, nos pareció que estaba en liza el interrogante sobre la legitimidad y validez misma del Protocolo por su origen y fuente, puesto que no parecía haber sido autorizado por la Dirección General de Promoción del Deporte, Hábitos Saludables y Tejido Deportivo de la Consejería de Educación y Deporte, ni obtenido el visado favorable previo de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

Iniciamos una investigación de oficio (**queja 21/7389**) solicitando a ambas Consejerías, entre otros aspectos, conocer el respaldo normativo y el procedimiento seguido para su autorización, habiendo respondido al cierre del año la de Salud y Familias, para confirmar su desconocimiento y falta de intervención en la aprobación del Protocolo y comunicar la pendencia judicial del asunto, sometido a la consideración del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.

No podemos dejar de hacer alusión en este epígrafe a un asunto recientemente planteado ante esta Institución, relativo a la aparición de una nueva enfermedad, que bajo la denominación de **COVID persistente** parece que puede afectar en torno a un 10 % - 20 % de pacientes que han sufrido dicha infección vírica.

Iniciamos las investigaciones sobre el particular a finales de 2021, a raíz de la comunicación de una entidad del movimiento asociativo dándonos traslado de las gestiones que había emprendido con los responsables de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud que, si bien refería haber recibido un trato cercano y cordial, solicitaba nuestra mediación para la defensa del colectivo de personas afectadas en Andalucía, en sus **derechos de atención sanitaria y continuidad asistencial**.

Reconocía la asociación la existencia en el sistema sanitario público de Andalucía de un Protocolo para la atención a pacientes con COVID persistente, manifestando el deseo de que sea accesible y transparente para el conjunto de la ciudadanía y expresando sus inquietudes sobre los criterios de inclusión diagnóstica para acceder al circuito previsto en el protocolo y acceder al tratamiento sanitario en las que denomina Unidades Post-Covid.

Así, alegaban que de considerar únicamente a aquellas personas que han tenido acceso a una prueba de diagnóstico, estarían excluidas un gran número de personas que se contagiaron en la primera ola de la pandemia sin haber podido contar con confirmación diagnóstica, situando el volumen de afectaciones en torno a un 52 % de personas contagiadas (sin pruebas), en las que el azote del virus se mostró mucho más

cruento por las razones ya conocidas (desconocimiento de la enfermedad, falta de medios personales, materiales, pruebas diagnósticas...). Trasladaban otras preocupaciones como la inequidad que se pueda establecer en el proceso de tratamiento para la COVID persistente, y la posible desigualdad en los medios y recursos disponibles, considerando que existen dos circuitos diferenciados, uno para profesionales sanitarios y otro para el resto de pacientes.

Por nuestra parte, procedíamos a la admisión de la queja a trámite, a fin de acompañar a la entidad en sus reivindicaciones, procurar que el protocolo definitivo permita el acceso en condiciones de equidad a un tratamiento sanitario, sin menoscabo de derechos por la falta de pruebas diagnósticas que se produjo al inicio de la pandemia y exigir la transparencia del mismo.

Previsiblemente, el próximo año podremos dar cuenta en este mismo apartado de los avances que sobre ello se hayan realizado, conociendo que este tipo de actuaciones y sus avances han de ir acompasados a las decisiones que se adopten por el Ministerio de Sanidad y de los resultados que arroje el estudio de investigación encargado al Instituto de Salud Carlos III sobre la enfermedad denominada COVID Persistente, según lo acordado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que prevé un estudio en coordinación con el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación, con el objetivo de garantizar un abordaje a corto y largo plazo.

Por su parte, la **concienciación de la necesidad de reforzar la vigilancia en salud pública**, afirmada por el dictamen de la Comisión Europea para la reconstrucción social y económica publicado en julio de 2020, han dado lugar a la decisión de formular la **Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía: BOJA número 96, de 21 de mayo de 2021**: Acuerdo de 18 de mayo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía.

En idéntica línea, podemos citar el Programa de Vigilancia y Control Integral de Vectores de la Fiebre del Nilo Occidental: **BOJA número 48, de 12 de marzo de 2021**; el Acuerdo de 1 de septiembre de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del informe elaborado por la Consejería de Salud y Familias sobre el brote del Virus del Nilo Occidental y estrategias de actuación: **BOJA número 172, de 4 de septiembre de 2021**; y el Acuerdo de 9 de marzo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del Plan Estratégico Andaluz para el Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos con Incidencia en la Salud: **BOJA número 48, de 12 de marzo de 2021**.

Las restantes vertientes de promoción y prevención de la salud pública no han suscitado dificultades reseñables en lo que concierne a la **vacunación de la gripe ordinaria**, con un nuevo Plan Estratégico 2021-2022: **BOJA número 196, de 11 de octubre de 2021**; y la previsión de activación del Plan de Alta Frecuenciación 2021/2022, con medidas para la posible confluencia invernal entre el coronavirus SARS-CoV2 y el virus de la gripe: **BOJA número 229, de 29 de noviembre de 2021**.

Siguiendo con programas específicos de prevención, puntuales han sido las quejas relativas a los **programas de cribado de cáncer de colon** y de detección precoz del cáncer de mama.

En el primer caso, más que directamente referida al programa de cribado, la comunicación estaba relacionada con el inicio del posterior proceso asistencial, mediante la asignación de cita de colonoscopia tras un resultado positivo de sangre oculta en heces, obtenido a través del programa de cribado y la posterior cita de especialidad.

El Informe de la Consejería de Salud y Familias -que da cuenta de la situación del cribado del cáncer de colon en Andalucía: **BOJA número 22, de 3 de febrero de 2021**, destaca que el cáncer de colon es un tumor que se puede curar en el 90 % de los casos si se detecta en estadios precoces o en forma de lesiones premalignas y, con ello, la importancia de su cribado en la población diana, aclarando que durante el estado de alarma se mantuvieron las pruebas programadas, pero se suspendieron las invitaciones al Programa, habiéndose reiniciado gradualmente en cada distrito según su situación epidemiológica.

El informe de situación revela el moderado porcentaje de aceptación y participación de las personas invitadas al Programa y proyecta realizar estrategias de difusión y concienciación para incrementarlo. Sería deseable, añadimos nosotros, la agilidad en las pruebas complementarias posteriores a resultados positivos



y el acceso a consulta especializada, para rentabilizar adecuadamente los beneficios perseguidos mediante la prevención.

El caso contrario fue el de la mujer que aguardaba cita de mamografía dentro del **Programa de detección precoz del cáncer de mama** para mayores de 50 años, no habiendo sido citada, a la que finalmente su médico de familia optó por derivar a atención especializada en ginecología, para que le fuera realizada la prueba.

Finalmente, por incardinarse dentro de las necesarias medidas de salud pública exigidas por la pandemia, hemos de hacer mención a las más o menos severas **medidas sanitarias y preventivas para la contención de la COVID-19 recaídas en relación con los Centros sociosanitarios**, en particular dentro de las Residencias de mayores, que durante 2021 se han seguido sucediendo en un devenir incesante, con repercusiones en la vida de los residentes y de sus familias, que en no pocas ocasiones nos han requerido información sobre las reglas a que atenerse y expresado su sufrimiento por la dureza de los intervalos de distanciamiento.

### 1.12.2.2. Atención primaria

La vigilancia de la salud pública lo impregna todo desde hace dos años y, dentro de ese todo, sus consecuencias impactan de lleno sobre uno de los más preciados servicios de la sanidad pública andaluza, el de atención primaria.

El despliegue territorial de los recursos de la atención primaria en Andalucía se disemina a través de 1.517 Centros de Salud y Consultorios (**Número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) según comunidad autónoma**), ramificados a lo largo y ancho de toda la geografía andaluza, en las 216 Zonas Básicas de Salud del Mapa, teniendo como destinataria inmediata y directa de la atención sanitaria que ofrece su cartera de servicios, a la totalidad de la población de una Comunidad Autónoma como la andaluza, que supera con mucha holgura los ocho millones de habitantes, lo que dibuja una idea bastante aproximada de la envergadura e importancia de este nivel asistencial.

Por otra parte, el 90 % de los 786 municipios andaluces son rurales, es decir, tienen menos de 5.000 habitantes, lo que explica que del total de los Centros de Atención Primaria, 1.110 sean consultorios, frente a 407 centros de salud. Siempre partiendo de datos globales y sin tomar en consideración el cierre, provisional o definitivo, de algún centro o consultorio producido en el año 2021.

La envergadura de este primer nivel de acceso a la atención sanitaria por la amplitud de sus destinatarios (toda la población en realidad) y su funcionamiento a demanda con accesibilidad inmediata, son las notas más definitorias del papel que desempeña.

Advertíamos en Informes anteriores que si bien la atención primaria se basa más que ninguna otra en la relación de confianza médico-paciente, como relación de larga trayectoria entre ambos y sobre esta mejor intimidad y simplicidad no genera objeciones tan profusas como las que motiva la más distante atención especializada, la situación cambia cuando la primera queda despojada de su más valorada esencia, la de ser un servicio sanitario al alcance de todos.

Precisamente esta nota caracterizadora de la atención primaria es la que se ha resquebrajado en el bienio 2020-2021, desde que el primer estado de alarma cerrara las puertas de sus centros al público, sin que volvieran a abrirse hasta octubre de 2021.

Y así lo hemos acusado en la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz, con un **cambio radical de tendencia en el número de quejas recibidas**, que iniciado en el año 2020 ha alcanzado su auténtico cenit en 2021, invirtiendo la dinámica de la relación cuantitativa entre atención primaria y especializada, hasta el punto de prácticamente llegar a equilibrar la balanza entre ambas de forma hasta ahora desconocida.

De este modo, el cierre de consultas, las dificultades o imposibilidad de contacto telefónico con los servicios de gestión administrativa, las barreras para la obtención de citas, las demoras en su asignación, la atención facultativa no presencial, el incumplimiento de la cita fijada para recibir la llamada de consulta telefónica, las barreras para la renovación de medicación, o la insuficiencia en la atención a enfermos

crónicos, motivan significativamente las quejas, individuales o colectivas de los andaluces y andaluzas en 2021, conviviendo con otras más apegadas al rol añadido atribuido a la atención primaria en la crisis de salud pública, relacionadas con sus protocolos de actuación (pruebas PCR, seguimiento de contactos estrechos, expedición de bajas médicas y obtención de altas).

De entre las protestas relacionadas con el ámbito tradicional de funcionamiento de la atención primaria, es decir, las ajenas a los cometidos COVID, **merecen destacarse las coincidentes en no poder contactar con el Centro de Salud**, no solo por la abundancia con que las hemos recibido, sino por la sensación de abandono sanitario que constatamos en los relatos recibidos, tras cuyas palabras vemos a personas desconcertadas e impotentes, que, siguiendo las recomendaciones recibidas de las autoridades sanitarias, pretenden acceder a una cita por instrumentos que preserven el distanciamiento social (telefónico o digital), encontrándose con que en el Centro de Salud nadie atiende el teléfono (ni siquiera suena en el edificio, constatan), que "Salud NO Responde" y que, a la postre, han de acabar nutriendo las colas de atención presencial en los mostradores de atención al usuario, si quieren llegar a obtener una cita médica o de enfermería para tratar una dolencia, renovar el tratamiento farmacológico, someterse a pruebas diagnósticas de la cartera de servicios de primaria, gestionar la baja o el alta médica, o incluso acceder a derivación en la atención especializada.

Ello supone que la única vía segura de obtención de cita médica en atención primaria, como nos decía una persona de Sevilla, se reduce a *"esperar varias horas presenciales en el ambulatorio correspondiente, ya que ni por la tarde, ni por teléfono, ni a través de la aplicación es posible. Da igual que estés trabajando en horario de mañana, no hay otra opción (...). Y necesitando cita para un especialista, siguiendo el mismo procedimiento de espera interminable en el ambulatorio, hay casos en el que ni siquiera te las dan por no estar activa la agenda"*.

A ello se añade el **caso especial de las personas mayores, con dificultad en el uso de medios telemáticos** por la conocida brecha digital.

El desconocimiento de las vías de gestión no presenciales alcanza a una buena parte de nuestra población que, en relación con el servicio de atención primaria, está acostumbrada a formas de relación personales, máxime cuando, como decíamos al comienzo, es mayor el número de municipios rurales y el de consultorios que el de grandes concentraciones poblacionales y centros de salud.

Esta Institución ofrece a quienes así lo muestran la información sobre la posibilidad de petición de cita, sin necesidad de disponer de certificado digital ni de **cl@ve**, introduciendo los datos de tarjeta sanitaria y de DNI en el siguiente enlace: **[Pedir cita de atención primaria](#)**.

En un círculo vicioso comprensible, las barreras para entablar el contacto generan, a su vez, efectos indeseados perjudiciales para el sistema y para sus beneficiarios, que se manifiestan en la **proliferación de reclamaciones** ante el servicio, la **posible demora en el diagnóstico de patologías tiempo-dependientes** (algún ejemplo significativo puede consultarse en el apartado sobre la atención especializada) **y la saturación de los servicios de urgencias**, inapropiadamente utilizados como forma alternativa de canalizar las necesidades de salud que quienes las padecen estiman como no demorables.

Precisamente sobre los servicios de urgencias entendemos que la mayor carga por alcance la sufren los hospitalarios, sobre todo tras la reorganización de los de atención primaria (SUAP) establecida para garantizar el doble circuito COVID-NO COVID, que conllevó su concentración en puntos concretos y el alejamiento de este servicio de la población bajo su cobertura, como se describe en el apartado reservado al análisis de la atención sanitaria de urgencias, al que nos remitimos.

Pero si las enunciadas son las razones que fundan las protestas de la ciudadanía andaluza, la pregunta clave es cuáles son las causas que las producen y, lo que es más importante aún, cómo pueden solventarse o mitigarse.

**Las causas, interrelacionadas entre sí, parecen concentrarse en varias**, resultando del análisis de las comunicaciones recibidas y del estudio de la situación que esta Defensoría ha venido realizando, las que a continuación citamos.



Por una parte, **las relacionadas con los servicios de información y gestión administrativa**, cuya insuficiencia entorpece el acceso a la atención sanitaria primaria, como demuestran las quejas sobre imposibilidad de contacto telefónico o de resolución por esta vía de dudas, obtención de citas y realización de trámites. Un avance tuvo lugar mediante la puesta en marcha el 30 de diciembre de 2021 del servicio para la obtención de la baja laboral, a través de la App Salud Responde y ClicSalud+, cuyo funcionamiento no habíamos podido valorar al cierre de este Informe.

En segundo lugar, **la insuficiencia de personal sanitario** para absorber la ingente demanda que genera la atención simultánea, tanto de los requerimientos de la actividad ordinaria de los centros de salud, como de la extraordinaria por la COVID.

Denotamos que la respuesta a la crisis de salud pública ha venido poniendo el acento en un aspecto, necesario pero superficial, de delimitación física de espacios (COVID-NO COVID), abandonando a partir de octubre de 2021 el correlativo de reforzar la plantilla ordinaria de los centros de salud y consultorios o, mejor aún, sin haberla desligado -hasta donde permitieran los recursos-, de la sobrecarga de asumir las obligaciones añadidas de los protocolos e intervenciones de la pandemia.

Esta **duplicación de funciones** ha llevado a la sobrecarga del personal sanitario y ha mermado la calidad de la atención que dispensa, al dilatar la obtención de cita para consulta y reducir el tiempo de exploración médica.

Por lo que esta última se refiere, hemos de reproducir la acertada cita del eminente Dr. Gregorio Marañón, de validez universal y atemporal en la práctica médica, al afirmar que *"La mejor herramienta del médico es la silla"*.

Hasta octubre de 2021, esa silla, instrumento del que se vale el profesional sanitario para cimentar la relación de confianza que forma parte del éxito del tratamiento, estuvo vacía. Y, añadimos, cegado el "ojo clínico", la pericia del médico para escuchar, observar, explorar y encauzar con acierto la dolencia del paciente, quebrando la primera regla deontológica del ejercicio de la vocación sanitaria: que esta sea humana.

La vuelta a un sistema mixto que permite optar por la presencialidad, la pervivencia del virus y la respuesta a la actividad ordinaria y la extraordinaria a costa de los habituales recursos personales, ha acabado con la capacidad de resistencia de los profesionales y con la paciencia de la ciudadanía, tras dos años de restricciones de todo tipo.

Expuestas las demandas ciudadanas y sintetizadas las causas que las generan, hemos de concluir en la necesidad de que por los responsables públicos se arbitren las formas más oportunas de solventarlas.

Entendemos las dificultades que entraña una situación crítica como la que atravesamos, si bien a nadie escapa la trascendencia de las disfunciones descritas, cuya aportación ante esta Institución por las personas afectadas, nos permite darlas a conocer con la autoridad y objetividad que nos aporta la coincidencia de los plurales testimonios procedentes de orígenes diversos dentro del territorio andaluz.

Buena parte del problema parece residenciarse en la falta de personal sanitario, que apreciable en general como carencia de nuestro Sistema Nacional de Salud desde hace años, está alcanzando su fase más aguda, especialmente en las zonas rurales con destinos poco atractivos, aun incentivadas sus plazas con las medidas dadas a las zonas de difícil cobertura.

En la atención primaria **es preocupante la falta de pediatras**, traducida en quejas de origen diverso que se han reiterado ante esta Institución en 2021, destacando las deficiencias en La Alpujarra granadina.

En esta situación crítica ha influido un conjunto de causas variopintas, que sobre todo apuntan hacia la falta de proyección a medio-largo plazo en las políticas de planificación sanitaria en materia de recursos humanos.

Instamos a los responsables públicos a ofrecer respuestas que amparen los valores de un sistema sanitario público inestimable.

### 1.12.2.3. Atención especializada

La atención especializada, segundo nivel de la ordenación funcional de la asistencia sanitaria, comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, junto con otras actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que por su naturaleza se aconsejen realizar en este nivel y que convive con la atención de urgencias para aquellas intervenciones que no admiten demora y requieren de una intervención inmediata.

Una atención especializada, que ya adolecía de algunas disfunciones o puntos débiles según esta Institución lleva años señalando y que se encuentra **inevitablemente afectada por el contexto sanitario que padecemos**, tras casi dos años de convivencia obligada con el virus que causa la COVID 19, de duración y evolución incierta, durante los cuales es de justicia reconocer el gran valor de los profesionales sanitarios para hacer frente a una situación absolutamente extraordinaria.

Afectación a la que contribuyen un cúmulo de factores, internos y externos. Entre los segundos, el colapso que presenta el primer nivel atención asistencial, la atención primaria, concebida como el primer escalón de contacto con la ciudadanía y la atención médica, y que debe garantizar la proximidad y accesibilidad, supone de facto disfunciones en la derivación a tiempo a la atención especializada.

Por otro lado, la propia presión asistencial que venía y viene soportando la atención especializada, ha provocado numerosos ajustes de los circuitos de atención asistencial y de la propia organización administrativa de los servicios. A su vez, ambos factores desplazan la demanda de atención sanitaria, de forma impropia, a los servicios de urgencias, que se ven asolados por demandas de una ciudadanía a la que no pueden dar respuesta, con unos medios pensados para la mera contención momentánea de procesos patológicos no demorables o agudos.

De forma introductoria, y en sede de atención especializada, una buena noticia supuso el **cierre con éxito de las actuaciones abiertas con el Hospital Virgen Macarena de Sevilla, respecto a las consultas de oncología** en ese centro hospitalario ([queja 19/5611](#)).

Las Recomendaciones formuladas a la Dirección Gerencia del Centro sanitario, sobre la adopción de las medidas organizativas oportunas para garantizar una adecuada cobertura sanitaria y evitar las situaciones de larga espera, más acusadas en el periodo estival, mediante la contratación de mayor número de profesionales o manteniendo las continuidades asistenciales informadas y, de otra parte, para que sin más dilación se procediese a la adecuación de los espacios actuales y se garantizase un clima adecuado y confortable para la asistencia de pacientes oncológicos y sus familiares, con la correspondiente dotación presupuestaria, fueron aceptadas de buen grado y en lo sustancial.

Con ello, se nos informaba del detalle de la **dotación de personal** que presenta el servicio de Oncología Médica, concluyendo que está bien dimensionada y se puede considerar óptima, por primera vez en, al menos, los últimos 20 años y con ello, la cobertura sanitaria se puede considerar garantizada, tanto en este periodo de pandemia global como para el futuro periodo estival.

Respecto al **nuevo emplazamiento de Unidad de Día y Consultas externas de Oncología** del Hospital Universitario Virgen Macarena, nos decían que ya se había trabajado con el equipo de arquitectos designado y profesionales de todos los estamentos, sanitarios y no sanitarios, de la Unidad, para cotejar necesidades y posibilidades y que la dotación presupuestaria está asignada, fijando un horizonte temporal de 18 meses.

La atención médica especializada relativa a procesos oncológicos nos hace lamentar en otros casos disfunciones ([queja 21/4754](#), por las demoras en el acceso al tratamiento necesario o desprendidas de la falta de atención en los circuitos canalizadores que comienzan en la atención primaria.

En el caso resaltado a título de ejemplo, la demora expuesta por la reclamante en el inicio de la quimioterapia, como tratamiento en el proceso asistencial de cáncer de mama, tuvo su origen en un error acaecido en la petición de interconsulta a oncología radioterápica, indicando el Centro sanitario su intención de velar por mejorar el circuito de citación interconsultas, aseverando en todo caso que la incidencia no había repercutido en la eficacia del tratamiento, con aval en la pertinente literatura científica.



Nos parece muy ilustrativa del cómo **la falta de atención en los circuitos de atención primaria demora en el acceso a la atención especializada** el caso relatado por el interesado en los siguientes términos:

*"Todo comenzó sobre principios de junio del presente año (2020), cuando empezó a dolerme una pierna en su parte superior, y como cualquier vez intento solicitar cita con mi médico con la única opción de cita telefónica, sin más atención que una charla corta sin reconocimiento físico y una receta de pastillas para el dolor.*

*A los tres días de empezar a tomar dichas pastillas y sin desaparecer el dolor empiezo a padecer otro tipo de malestares generalizados por lo que dejo de tomarlas por miedo a que se agravasen los mismos.*

*Cuando pasan pocos días y como no desaparecía el dolor vuelvo a concertar cita con el médico, siempre telefónica, le comento el malestar padecido y la continuidad del dolor, y me vuelve a recetar otras pastillas para el dolor.*

*Confiado por el buen criterio de mi médico de cabecera, empiezo a tomar la nueva medicación, y vuelve a ocurrirme lo mismo que la vez primera, malestares varios, continuando el dolor de la pierna y ya con una notoria falta de apetito que a fecha de hoy y sin pretenderlo he perdido más de 15 kg.*

*Paralelamente, y como el dolor no cesaba, opto por acudir a un fisioterapeuta con el cual, y una tabla de ejercicios baja notoriamente el dolor, pero sin desaparecer; por lo que nuevamente concierdo cita con el médico, pero esta vez y por la insistencia de mi esposa no permito que sea telefónica y el médico accede y me atiende presencialmente. Supongo que siguiendo un protocolo y por su experiencia, me envía a hacer una radiografía de la parte afectada y nuevo cambio de pastillas para el dolor, sin echarle mucha cuenta a la pérdida de peso y a la falta de apetito.*

*Realizada la radiografía, en la misma aparece una cierta artrosis en la cadera, y en la nueva cita telefónica donde me informa de dicho resultado le vuelvo a insistir sobre la falta de apetito y la pérdida de peso y ya accede hacerme una analítica de sangre.*

*Cuando se reciben los resultados, en otra cita, me informa que ciertos niveles relacionados con los marcadores renales están muy altos y que quiere volver a repetir la analítica para confirmar los mismos.*

*Recibidos los nuevos resultados de la analítica, ya hablamos de primeros de septiembre, han pasado más de tres meses, me deriva para hacer una ecografía para descartar que hígado o páncreas estuviera inflamado. A fecha de hoy esa prueba diagnóstica nunca llegó, y ante la desesperación de lo que me ocurría, y con nuevos síntomas como los vómitos esporádicos que después pasaron a periódicos, decido ingresar de urgencias en hospital privado Virgen de la Bella, de Lepe.*

*En dicho hospital empiezan a practicarle diversas pruebas hasta que en algunas de ellas ya vislumbran evidencias de tumor, y que por su limitación de recursos técnicos nos aconsejan que nos vayamos de urgencia esta vez al Hospital Infanta Elena, cosa que hice inmediatamente el 16 de octubre, estando en la sala de urgencias, sin atención alguna y con un trato vejatorio hasta más de ocho horas hasta que ya me dieron ingreso.*

*He estado hospitalizado, practicándoseme diversas pruebas un total de 18 días, confirmando prueba tras pruebas la evidencia no de un cáncer, sino de dos, y sin estar relacionados uno con el otro, y bastante avanzado y agresivo. Ya con el alta hospitalaria, informe médico con cita incluida para el 16 de noviembre para los resultados definitivos de las biopsias, y decisión del comité médico del Hospital Juan Ramón Jiménez; me presento en dicha cita y ya me relatan la nefasta y rotunda noticia de los dos cánceres.*

*Y finalmente a partir de ese fatídico 16 de noviembre, comienzan los hechos por los que decido interponer la queja por negligencia y desatención".*

Nos acompañaba al relato la relación de los documentos que atestiguaban el histórico de citas, atenciones y pruebas; y refería que tras aquello, y después de 5 meses aún no había comenzado con la quimioterapia para frenar los dos tumores, que ya le habían informado como no curativos.

Así, iniciábamos las actuaciones de investigación sobre los hechos presentados por el interesado, aderezados por la circunstancia añadida que nos comunicaba el promotor de la queja sobre la imposibilidad de realización de una prueba endoscópica que precisaba para comenzar el tratamiento oncológico, ya que la máquina del Hospital en la que debía de realizarse la misma se encontraba averiada, e instaba nuestra mediación para poder realizársela en el otro Hospital de la misma ciudad en el que debía ser atendido por Oncología. A falta de dicha prueba, había visto suspendida la primera sesión de quimioterapia, sin fecha cierta para la realización de la misma y, con ello, el inicio del tratamiento.

Recabados los informes administrativos solicitados al Hospital y al Distrito Sanitario, abordaron los mismos todas las cuestiones planteadas, con confirmación del relato cronológico, de las incidencias y de los estudios a realizar, de gran complejidad, compartiendo esta Defensoría la percepción mantenida por el promotor de la queja, de cómo la crisis sanitaria y el contexto de pandemia, han alterado los circuitos tradicionales de la atención primaria y especializada, quedando en el aire cómo hubiera evolucionado la enfermedad oncológica del paciente de haber sido más precoz la intervención de la atención especializada.

Desconocemos qué influencia positiva pueda suponer en lo sucesivo la Estrategia de Cáncer en Andalucía 2021-2023: **BOJA número 113, de 15 de junio de 2021**.

En otro orden de cuestiones, y en sede de atención especializada, traemos a colación las recurrentes peticiones de la ciudadanía respecto al **acceso a los tratamientos de técnicas de reproducción humana asistida**, poniendo el foco en la información que nos aportó la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud en septiembre de 2021, sobre la revisión de los protocolos del Hospital Virgen del Rocío, con el fin de alcanzar los objetivos y compromisos adquiridos por el Hospital de Valme, que cuenta con mejores tiempos de espera. Todo ello en consonancia con las Recomendaciones emitidas en diversas Resoluciones previas de esta Institución (**queja 19/2821** y **queja 15/2594**).

De otra parte, en materia de accesibilidad a la **técnica de Diagnóstico Genético Preimplantatorio**, la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía confirmaba en mayo de 2021 los tiempos de demora excesivos (en torno a dos años para atender por primera vez a las parejas de Diagnóstico Genético Preimplantatorio).

Con relación a ello, nos trasladaban que a fin de paliar esta situación y procurar una mejora en la accesibilidad ciudadana, se había realizado una reorganización de la asistencia, **autorizando en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada el incremento de cartera de servicios para Test Genético Preimplantatorio**. Consideran que ello permitirá disminuir los tiempos de respuesta y mejorar la calidad de la asistencia, al contar la Comunidad Autónoma con dos unidades de Reproducción Humana Asistida con Programa de Diagnóstico Genético Preimplantatorio, una ya conocida en el Hospital Universitario Virgen del Rocío y la recientemente autorizada, por lo que confiamos que esta puesta en funcionamiento de la Unidad en Granada contribuya de forma positiva a una mejoría en el tiempo de espera.

En este sentido, cerrábamos con éxito algunas investigaciones relativas a demoras en tratamientos de técnicas de reproducción humana asistida que precisaban de técnica de Diagnóstico Genético Preimplantatorio (**queja 21/1050**).

En este aspecto, entre las **mejoras de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud**, en 2021 tuvo lugar su ampliación mediante Orden Ministerial SND/1215/2021, de 5 de noviembre, por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, para incluir en las técnicas de reproducción humana asistida a algunos colectivos de mujeres, como son las que no tienen pareja, las lesbianas o las personas transexuales que conservan la capacidad de gestar: **BOE número 268, de 9 de noviembre de 2021**.

No podemos concluir este apartado sin hacer mención a la **falta de especialistas** que se nos viene denunciado en estos últimos años, por ejemplo en el Campo de Gibraltar, y la repercusión que ello conlleva en la atención sanitaria, conectando en este punto con el epígrafe que prosigue respecto a los tiempos de respuesta asistencial.



Resulta ilustrativa de ello la sustanciación de la **queja 19/0430**, que hemos tramitado con el **Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Oeste** y en la que la Administración sanitaria admite la **falta de facultativos dispuestos a prestar servicios en esta zona de difícil cobertura**.

No obstante, se ha venido informando sobre la reapertura paulatina de las consultas, y del ingente esfuerzo para incrementar el número de facultativos especialistas de Medicina Física y Rehabilitación, al igual que en otras especialidades.

Igualmente, a través de los medios de comunicación, teníamos conocimiento del compromiso de los hospitales de las dos Áreas de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, Este y Oeste, para abordar iniciativas conjuntas y suscribir lo que han denominado "alianzas estratégicas" con diferentes centros hospitalarios de la provincia y las áreas sanitarias en orden a optimizar las consultas de especialidad y las intervenciones quirúrgicas, lo que nos llevaba a considerar aceptada nuestra Recomendación.

En cualquier caso, manteniendo en la actualidad abiertas quejas de esta índole, en las especialidades de neurología en Hospital Punta de Europa y de Endocrinología en el Hospital de la Línea de la Concepción, tendremos oportunidad de hacer un seguimiento de la situación.

#### 1.12.2.4. Tiempos de respuesta asistencial

Abundamos, a continuación, en los tiempos de respuesta asistencial para la atención especializada, reflexionando sobre algunas cuestiones afloradas en el escenario especial de estos dos años de pandemia, a través de las quejas formalizadas respecto a la demora para la primera consulta de atención especializada (**21/4155**), revisiones de consultas (**21/5303**), pruebas diagnósticas (**21/6760**) y listas de esperas quirúrgicas (**21/1295**, **21/8243**, **21/6251**, **21/5652**, **21/4743**, **21/1601**, **21/0616**), las cuales si bien acostumbran a representar un importante porcentaje en el volumen de las investigaciones en materia de salud en esta Defensoría, han sido superadas en esta anualidad por las protestas surgidas en torno a la atención primaria.

No podemos desgajar este análisis del escenario cambiante causado por la COVID-19, en cuyo momento más álgido se llegó a declarar la **suspensión de los plazos de garantía de respuesta, mediante la Orden de 19 de junio de 2020**, reanudándose tras la aprobación de 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 la salud pública en Andalucía, para la contención de la COVID-19, sin que esta reanudación fuera revocada ni por la posterior Orden de 7 de mayo de 2021, por la que se establecen los niveles de alerta sanitaria y se adoptan medidas temporales y excepcionales por razón de la salud pública en Andalucía, para la contención de la COVID-19, ni por alguna de sus modificaciones.

Con ello, nos encontramos que **durante todo el año 2021 los plazos contenidos en el Decreto de garantías habrían recobrado su vigencia**, conviviendo, no obstante, con medidas de prevención en materia de salud pública, que se han arbitrado a través de planes de contingencia para todas las provincias, mediante diferentes acciones, como ha sido el aplazamiento, cuando ha sido necesario, de las actividades sanitarias programadas no urgentes en los centros sanitarios de atención primaria y hospitalaria.

Así, en este último año, aun cuando formalmente se había recobrado la vigencia de las normas que regulan los plazos de garantía -a saber, Decreto 96/2004 de 9 de marzo, para las primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos y Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, que regula el plazo de garantía de respuesta quirúrgica-, la información dispar que desde los diferentes centros hospitalarios se ofrecía, suscitaba dudas, al referir a veces el mantenimiento de la suspensión de los plazos administrativos, o confirmar otras su reanudación.

**La gestión de las listas de espera, los criterios y el procedimiento de derivación a los conciertos, también nos ha generado más preguntas que respuestas.**

El interrogante sobre la reanudación de los plazos obtuvo respuesta de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, en el seno de la investigación de oficio iniciada sobre el particular (20/7758), aseverando que tras la aprobación de la Orden de 29 de octubre de 2020, antes citada, se había procedido a comunicar a todas las direcciones gerencias de los centros del sistema sanitario público

de Andalucía la **plena vigencia de las garantías de plazo de respuesta**, tanto del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre como del Decreto 96/2004, de 9 de marzo, si bien se matizaba la **convivencia obligada de los procedimientos ordinarios, con los planes de contingencia y los planes de especial actuación sobre las listas de espera**, fruto de la respuesta a necesidades del período de pandemia, consistentes en el auto concierto de procedimientos quirúrgicos o la concertación con centros ajenos al sistema sanitario público, apostillando el respeto escrupuloso de la lista de espera real y, por tanto, por riguroso orden de inscripción.

Así, nos indicaban el objetivo de que no existiese paralización de los plazos, incluyendo a los pacientes en la programación ordinaria, extraordinaria u ofertándoles la realización de su intervención quirúrgica o prueba diagnóstica en un centro privado concertado, por riguroso orden de antigüedad en los registros de demanda y ofrecían datos comparativos de la situación de la lista de espera.

Para esta Institución, esta gestión organizativa no sujeta al marco jurídico ordinario, desencadenada en una etapa de crisis de salud pública, se ha ido nutriendo de informaciones obtenidas de forma parcial y deslavazada, que nos han dificultado hacernos una idea de conjunto.

Una pieza más de este rompecabezas la aportó el acuerdo del Consejo de Gobierno, del pasado 28 de diciembre de 2021, en el que se tomaba conocimiento de las resoluciones del Servicio Andaluz de Salud, por las que se declara la prórroga de los contratos de emergencia de la contratación del servicio de asistencia sanitaria complementaria a usuarios de la sanidad pública andaluza por la sobrecarga de la red derivada de la pandemia, así como de la prórroga del servicio de realización de cribados frente a la Covid-19, consistiendo los contratos de apoyo a la asistencia, los que engloban los destinados a cubrir la asistencia sanitaria complementaria, las intervenciones quirúrgicas y las pruebas diagnósticas en centros concertados con el SAS.

Razones de prudencia, ínsitas en los principios inspiradores de la actuación de esta Institución, aconsejan el mantenimiento y ampliación de las investigaciones emprendidas sobre el particular.

Dentro de un postrero análisis de conjunto, habremos de tomar en consideración las conclusiones alcanzadas por la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su Informe de Fiscalización de la gestión de la lista de espera quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: **BOJA número 213, de 5 de noviembre de 2021**.

Destacamos en sede de tiempos de respuesta, el cierre de la actuación realizada respecto de la intervención de **reconstrucción de mama** que precisaba una andaluza que la aguardaba desde 2018 y que se ha producido finalmente en el mes de marzo de 2021 (**queja 20/1627**).

Aunque sobre estos hechos emitimos un pronunciamiento inicial en el año 2019 (**queja 18/7413**), apoyando la intervención quirúrgica, con una primera aceptación por parte del centro hospitalario, la intervención fue de nuevo demorada, realizándose, como decimos, a finales de 2021, con la aseveración del Centro sanitario de que se venía trabajando con la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS sobre arbitrar fórmulas de conciertos para supuestos de cirugía reconstructiva de mama.

Como quiera que sea, bien mediante la fórmula extraordinaria de derivación a conciertos para intervenciones en lista de espera en este período (entre otras, **queja 19/1261**), o para prueba diagnóstica, o bien, como en la gran mayoría de casos, llevadas a cabo en los mismos centros hospitalarios (**quejas 20/5872, 20/1627, 21/2909, 21/5832, 21/1295, 21/8243, 21/6251, 21/5832, 21/5652, 21/4743, 21/1601, 21/0616, 21/1601**, por citar algunas), insistimos en alabar el esfuerzo que se viene llevando a cabo por los profesionales sanitarios para poder atender la presión asistencial.

También recordamos los sacrificios por la adopción de decisiones complejas, que precisan priorizar intervenciones oncológicas, urgentes y no demorables, con las consiguientes demoras en las restantes (**queja 20/5872**).

### 1.12.2.5. Praxis médica

Bajo este título encuadramos los supuestos en que **las personas interesadas plantean su sospecha de haber sufrido una mala praxis en su atención médica**, y a los que muchas veces subyace una falta de conocimiento



y comprensión sobre las decisiones terapéuticas adoptadas, o bien divergencia con las decisiones médicas, o un déficit de información sobre su proceso concreto y plan terapéutico.

Sin tapujos, encontramos supuestos en los que abiertamente la parte promotora sostiene la existencia de un daño efectivo, que atribuye en relación de causalidad directa a la que considera ha sido una intervención de la Administración sanitaria que no se ha desarrollado de forma correcta y dentro de los límites de la diligencia debida, en cuyo caso recomendamos depurar la correspondiente responsabilidad mediante la iniciación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, limitando nuestra intervención, en caso de precisarlo el interesado, a contribuir a dilucidar si han existido déficits procedimentales o funcionales en la tramitación del referido expediente.

En estas actuaciones, partiendo del principio de prudencia, advertimos a la parte reclamante de la delimitación de nuestras competencias y, fundamentalmente, de nuestra falta de medios para enjuiciar la práctica médica, sin perjuicio de la facultad más al alcance de esta Institución, de profundizar en el esclarecimiento de las dudas que mantienen los pacientes y sus familiares sobre el iter del proceso asistencial o sobre cuestiones relacionadas con su asistencia, en el contexto del derecho a una buena Administración y con la finalidad de contribuir a detectar aspectos organizativos susceptibles de mejoras.

Igualmente reseñable en el tratamiento de estas quejas es la dificultad presentada, en ocasiones, para objetivar los hechos acaecidos, puesto que las vivencias personales configuran su percepción y encontrándonos con versiones contrapuestas, esta Institución ha de limitar su intervención a servir de canal de comunicación entre la Administración Sanitaria y la parte reclamante y contribuir en alguna medida a mitigar los interrogantes sobre hechos acaecidos tan dolorosos, como ocurre con la pérdida de un ser querido.

En otras ocasiones, el examen de los expedientes ha brindado la oportunidad de entrar a valorar cuestiones organizativas que nos parecían susceptibles de mejorar, a través del dictado de las Resoluciones que se contemplan en nuestra Ley reguladora, como sucedía en la tramitación de la [queja 20/7823](#), cuya promotora aducía que a resultas de una mala praxis su marido había podido perder la visión de un ojo.

Tras un análisis de los hechos acaecidos, hubimos de sugerir al Hospital de Alta Resolución de Écija la oportunidad de revisar el caso clínico del interesado y valorar si hubiera resultado pertinente la derivación a un centro especializado para evaluación del compromiso de riesgo ocular que presentaba el paciente, finalmente operado, por derivación urgente desde un centro privado, en el Hospital Virgen del Rocío. Así como sugeríamos la revisión de los canales de comunicación con los hospitales de referencia de ese centro hospitalario (Hospital de Osuna y Hospital Virgen del Rocío) en las recomendaciones al alta, por las deficiencias que se nos habían expuesto en el iter de la investigación, como había sido la falta de entrega del informe de alta médica en la primera atención urgente de ese centro o la información poco precisa para las curaciones, tras la intervención a la que fue sometido en el Hospital Virgen del Rocío.

Similares resultados nos devolvía la investigación llevada a cabo en la [queja 20/0654](#) con el Distrito Sanitario Metropolitano de Granada y el Hospital Universitario San Cecilio, en la que sugeríamos una revisión del caso de la paciente fallecida y del protocolo de atención en los niveles de atención primaria y urgencias, para determinar aspectos de mejora en la búsqueda del diagnóstico y derivación a la atención especializada, que era aceptada por ambas Administraciones.

Resultaba muy interesante el planteamiento que nos trasladaba el Distrito sobre la posibilidad de que los facultativos de atención primaria analizaran los casos reiterativos o dudosos en sesiones clínicas conjuntas entre los profesionales del centro, a fin de compartir y aunar criterios en orden a la consideración de otros posibles diagnósticos compatibles con la situación del paciente a estudio.

Para finalizar este apartado, es significativo apreciar el **ascenso del número de quejas de esta naturaleza advertido durante el año 2021**, pudiendo obedecer ello al ambiente de presión asistencial que padecemos, puesto que, a la par que se mantiene bajo una fuerte presión a los profesionales sanitarios -que tras dos años, vienen desempeñando su trabajo en condiciones ímprobables-, las personas usuarias trasladan un

sentimiento de desazón e impotencia ante una asistencia saturada, que ha podido derivar en una falta de continuidad asistencial o de seguimiento adecuado de sus patologías.

En otro orden de cuestiones, y referente a los **expedientes de responsabilidad patrimonial** que derivan de este tipo de quejas, resulta de interés la resolución de la **queja 21/3900** que tramitamos a instancias del promotor con el Hospital de San Carlos de San Fernando (Cádiz), para interesarnos por las secuelas que nos indicaba le habían quedado tras el tratamiento de una fractura de codo, diagnosticada de contusión inicialmente y la limitación al movimiento que le había quedado además de dolor al realizar algunos esfuerzos.

Pues bien, en este caso, era la Administración la que nos indicaba la apertura de oficio del expediente de responsabilidad patrimonial para determinar las responsabilidades que hubiese, con lo que dábamos por concluidas nuestras investigaciones.

Recurrente en estos expedientes es la demora en su resolución, y persistente el empeño de esta Defensoría en la dotación de medios y mejora en la gestión que permita alcanzar unos tiempos más razonables en el tiempo de tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial. Sobre ello, queremos destacar el informe que nos ha remitido en este año 2021 la Administración, en respuesta a una Resolución dictada en ejercicio anterior por esta Institución, que incluíamos en el informe anual de 2020, en la que, respecto a los medios personales, se nos manifestaba la decidida **voluntad de disponer de una plantilla adecuada en el Servicio de Aseguramiento y Riesgos**, departamento encargado de la gestión de los procedimientos de responsabilidad patrimonial. Para ello habían iniciado los trámites internos para recoger las modificaciones oportunas en la relación de puestos de trabajo, estando a la espera de obtener las autorizaciones oportunas de la Consejería competente en materia de función pública y su incorporación en el próximo presupuesto de 2022, el cual finalmente no ha sido aprobado.

No obstante ello, en la medida que anunciaban ultimar un **proyecto de Plan de Choque** que esperaban tener para el mes de septiembre de 2021, estaremos atentos a su desenvolvimiento y duración.

### 1.12.2.6. Atención Sanitaria de Urgencias

De forma preliminar y como advertíamos en el informe anual del pasado año 2020, aún seguimos **pendientes de 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.

Desconocemos las razones por las que este propósito no se ha culminado, intuyendo que, junto a las prioridades impuestas por la consabida crisis de salud pública, guarde relación con ello el proceso emprendido mediante el Decreto 193/2021, de 6 de julio, por el que se dispone la asunción por parte del Servicio Andaluz de Salud de los fines y objetivos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias, entre las que se encuentra la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), y su consiguiente disolución: **BOJA número 131, de 9 de julio de 2021**.

Al margen de ello, la anualidad que nos ocupa no ha presentado sobresaltos relacionados con la **atención de urgencias hospitalarias**, cuyos servicios, como todos conocemos, vienen afrontando una sobrecarga ostensible, bajo el peso de las condiciones severas de la pandemia, de la saturación consiguiente a demandas resultantes de la insuficiencia de respuesta del nivel de atención primaria y, del mismo modo, paliando en mayor o menor medida los efectos de la supresión, en principio temporal, de los servicios de urgencias de atención primaria.

Precisamente, la **reorganización de los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP)**, en el ámbito de numerosos municipios andaluces que contaban con esta modalidad de atención continuada, y las protestas frente a la misma, fue relatada en el Informe Anual del año 2020, si bien nos referimos a ella nuevamente para dar cuenta de la evolución del planteamiento inicial.

Como ya reflejamos, alertaron de la misma y lamentaron sus consecuencias, representantes vecinales y consistoriales de numerosas localidades, ejerciendo una reivindicación más consistente los de los municipios



onubenses de Escacena del Campo, Paterna del Campo y San Bartolomé de la Torre, dada su ubicación geográfica netamente rural.

La investigación de oficio que con ocasión de esta alteración iniciamos se centró en examinar los condicionantes y previsiones de la reorganización en el Distrito Sanitario Condado-Campiña, cuyos vecinos temían que desembocara de facto en una definitiva supresión de la atención continuada de urgencias.

Advertíamos desde el inicio de las actuaciones que dichas medidas se enmarcaban en el modelo adoptado en Andalucía y en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, de reorganización de urgencias, a través del modelo de doble circuito Covid- No Covid fundamentalmente, y que se contextualizaba en el entorno de crisis de salud pública por pandemia, y que, por ello, en buena lógica, era previsible que la situación que les inquietaba no perdurara al margen de aquella.

Realizadas las oportunas investigaciones y con la colaboración en el esclarecimiento de los hechos de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud se nos ofrecían explicaciones sobre la necesaria adaptación de los servicios a las circunstancias cambiantes ocasionadas por la COVID-19, a través de los planes de contingencias, y se profundizaba en que la organización adoptada en las poblaciones objeto de la queja, permitía conjugar el uso eficiente de los recursos con una atención adecuada, suficiente y no discriminatoria, canalizada a través del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias y del Plan Operativo pertinente.

Así, en el caso de las localidades aludidas, la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud explicaba los criterios para la organización de las urgencias a una distancia de entre 15 y 17 kilómetros (de San Bartolomé de la Torre a Gibraleón, de un lado y de Escacena y Paterna del Campo a La Palma del Condado, de otro), considerando que esta asistencia quedaba asegurada sin discriminación frente a otras localidades del entorno, con un tiempo de desplazamiento dentro de los límites habituales para otros núcleos de población.

Ilustraba el informe administrativo con una tabla en la que desglosaba los recursos sanitarios disponibles en el Plan Operativo de Urgencias del Distrito Sanitario Condado-Campiña, resaltando los equipos móviles y servicios de urgencias de atención primaria cerrados temporalmente, en beneficio de la correlativa apertura de dichos recursos en ubicaciones que permitieran garantizar el doble circuito de pacientes COVID-19 y NO COVID-19.

Afirmaba que esta reorganización era temporal, condicionada a las exigencias de la pandemia, aun cuando nos parecía que parte del contenido de la respuesta obtenida de esa Dirección Gerencia, basculaba en algunos momentos hacia la valoración de otros criterios comparativos que pudieran motivar la necesidad o no del servicio de urgencias en los puntos aludidos, de forma estructural y, por ello, al margen de la crisis de salud pública, lo que, por prudencia, y ante la imposibilidad de asegurar una fecha de reapertura, aconsejó el mantenimiento de la investigación hasta prácticamente finales del año 2021, para aguardar el desenvolvimiento final de la misma una vez decaídas las medidas de reorganización de atención sanitaria más drásticas, como la de dispensación no presencial de la del nivel primario, que tuvo lugar en octubre de 2021.

Efectivamente, en esta última fecha se reanudó en sus mismos términos el Servicio de Urgencias de Atención Primaria reorganizado por la crisis de salud pública en el Distrito Sanitario objeto de la investigación de oficio, en correspondencia plena con el fundamento coyuntural que justificó su suspensión y a pesar de que en cierto modo la respuesta administrativa hubiese cuestionado su necesidad ([queja 20/6019](#)).

### 1.12.2.7. Derechos de las personas usuarias

Entre la diversa casuística de quejas encuadrables en este apartado, estimamos oportuno destacar, por su singularidad o recurrencia en el tiempo, las relacionadas con el derecho a la información, la historia clínica y la libre elección.

Junto a ellas, es obligado traer a colación las más puntuales pero trascendentes, que demandaban el impulso de desarrollo normativo de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

En lo tocante al **derecho a la información**, el presente año ha presentado particularidades derivadas de las medidas y protocolos impuestos para el control de la pandemia y en este sentido se han planteado

objeciones relativas a las restricciones de acompañamiento a las mujeres embarazadas en sus citas periódicas y pruebas ecográficas de seguimiento del período gestacional.

En todos los casos hemos considerado inviable apreciar irregularidad en la adopción de dichas prácticas cautelares y transitorias de protección sanitaria, en el marco de la pandemia, si bien poniendo el foco en la necesidad de la claridad de la información y transparencia de protocolos que sustentan estas medidas, como lo hacíamos al intervenir en la **queja 21/6656**, en la que emplazábamos a la Administración a dar respuesta fundada a las reiteradas reclamaciones interpuestas por la promotora de la queja sobre el particular.

El **derecho a una información asistencial y sanitaria clara y comprensible**, se nos revela como uno de los derechos elementales para el buen curso del proceso asistencial y del contexto que lo rodea y fundamentalmente para que fructifique la relación de confianza mutua que es deseable entre médico, paciente, y por extensión, familiares.

Sobre dicho derecho, en el presente ejercicio interveníamos ante el desconcierto y descontento mostrado por el interesado sobre su proceso asistencial, plan y tratamiento, tras la intervención de un cáncer de próstata, sugiriendo una revisión de la evolución del caso y la necesidad de clarificarle el plan terapéutico y el criterio facultativo en torno a la adopción del mismo.

Desde el Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería, centro de referencia del paciente, se nos informaba de la decisión de que su seguimiento se abordara por un solo Centro (Málaga o Almería), para potenciar y garantizar la realización de una información fluida **queja 20/1929**.

La **historia clínica** representa una cuestión recurrente en casi todas las anualidades, por aspectos como el ejercicio del derecho de acceso (**queja 21/2560**) o cuestiones de rectificación de datos.

Despertó nuestro interés en esta ocasión la circunstancia comunicada de altas médicas sin acompañamiento del informe médico (**queja 20/7823**). En uno de los supuestos los hechos se habían producido tras una atención urgente en el centro de salud de Carmona, en el que el interesado había sido atendido de urgencia tras un accidente laboral, y dado de alta sin informe médico ni registro informático de la asistencia. Tras la investigación llevada a cabo, y ante posturas contrapuestas de las partes, valorábamos de forma positiva la disposición del Distrito de Atención Primaria Sevilla Norte para subsanar la incidencia detectada, y en consonancia les emplazábamos a la necesidad de recordar a todo el personal la importancia y necesidad de dar cumplimiento al procedimiento general de atenciones de urgencia y cerciorarse de que, en sus diferentes formas, siempre concluya con un registro del episodio y entrega al interesado del correspondiente informe médico.

En cuanto al **derecho a la elección de médico** en el ámbito de la atención primaria plantea protestas coincidentes en los supuestos en que la Administración realiza un cambio de adscripción por razones de reorganización.

Así ocurrió respecto de una familia, cuyos hijos menores de edad resultaron adscritos al pediatra de un centro de salud distinto del de sus padres, privándoles al tiempo del profesional que previamente habían elegido. Situación que a nuestra instancia fue rectificada por el Distrito Sanitario Metropolitano de Granada, reunificando con ello en el mismo centro la atención sanitaria del nivel primario de la familia (**queja 21/5117**).

Igualmente, el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, las dificultades para obtener la **expedición de la tarjeta sanitaria** solicitada y la ausencia de información sobre la correcta asignación de centro de salud, nos llevó a intervenir para la efectividad del derecho de la interesada, obteniendo el reconocimiento y subsanación de su petición por la Administración (**queja 21/6997**).

Hemos reservado para el final la mención a una trascendente regulación normativa que pone término a un histórico debate de tintes no solo jurídicos, sino éticos e incluso culturales, decantándose por su consagración como prestación del sistema sanitario público.

Nos referimos a la **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia**, cuya aplicación práctica precisaba de la creación en cada Comunidad Autónoma de un concreto órgano administrativo,



llamado Comisión de Garantía y Evaluación, al que se atribuyen funciones decisivas y decisorias en el desenvolvimiento del derecho.

En Andalucía, este desarrollo nos fue demandado por algunos comparecientes, como interesados generales, pero también en algún caso por alguna persona que aguardaba ejercer el derecho.

La norma cristalizó en el Decreto 236/2021, de 19 de octubre, por el que se crea y regula el Registro de Profesionales Sanitarios Objetores de Conciencia a la prestación de ayuda para morir en Andalucía y la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Andalucía: **BOJA Extraordinario número 86, de 20 de octubre de 2021**, tras el cual se procedió al nombramiento de sus miembros.

Comienza con ello la andadura de este derecho complejo, cuyos contornos reales están por delimitar en la práctica, contando en todo caso como apoyo inicial con el Manual de buenas prácticas en eutanasia, aprobado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

### 1.12.2.8. Centros Sanitarios

Durante el año analizado en este Informe conocíamos decisiones organizativas de la Administración sanitaria relativas a diversos centros y servicios de salud de nuestra comunidad que, en virtud de las quejas recibidas sobre el particular provocaban nuestra intervención, en la medida en que pudiera verse afectada la atención sanitaria por las referidas iniciativas.

En esta tesitura, la de su cierre, se encontró el **Centro de Infecciones de Trasmisión Sexual (Centro-ITS) en Sevilla**, que discrepada por un buen número de personas usuarias ante esta Institución, nos llevó a recabar la información oportuna ante la Viceconsejería de Salud y Familias, que puntualmente expuso las razones que hacían oportuno orientar la situación actual, modulando y ordenando todo el circuito y flujo de pacientes en la tramitación de derivaciones, y en prescripción farmacéutica por receta, en consonancia con la reorganización adoptada en el resto de comunidades autónomas.

La Administración destaca la importancia de la historia única de salud del paciente en el abordaje de la atención sanitaria, puesto que el correcto registro de los datos asegura la trazabilidad y seguimiento del proceso. Igualmente subraya la necesidad de ordenar los circuitos asistenciales de cada persona usuaria para garantizar una detección precoz de la infección de transmisión sexual. En coherencia, se afirma que el nuevo circuito responde a las garantías citadas, apostillando que en este tránsito a la nueva organización se mantendrá la continuidad asistencial a la ciudadanía hasta iniciar el engranaje de las ITS en Atención Primaria, con una previsión de evaluación a los 9 meses de puesta en funcionamiento.

Asimismo, nos hacían partícipes de los encuentros que se habían realizado en el mes de abril con el movimiento asociativo por parte de la Consejería de Salud y Familias, a través de la Viceconsejería; la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica; la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS y la Delegación Territorial de Salud y Familias en Sevilla, abordando la situación del Centro e informando de todos los detalles del proceso integrado de atención a las ITS.

Por otro lado, demandó nuestra intervención el **cierre del área de maternidad del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga**, que respondía inicialmente a la necesidad de acondicionar espacios para atender la crisis sanitaria producida por la COVID-19 en la ciudad de Málaga. Conforme nos indicaba la Gerencia del centro hospitalario y la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, había sido finalmente valorada como una oportunidad de gestión y reorganización de los servicios, que sin afectar a la plantilla de profesionales ni incidir en la calidad de la asistencia, permitiera una nueva forma de organización y atención a la mujer embarazada en la ciudad de Málaga.

Apoyaba el argumento la dotación de las instalaciones de las que dispone el Hospital Materno Infantil de Málaga, con un equipo de Cirugía Pediátrica y una Unidad de Cuidados Intensivos, y el acondicionamiento de las plantas y habitaciones reformadas para hospitalización, así como un hospital de Día para manejo ambulatorio de patología del embarazo, aportando datos de los que concluían que la unificación de las maternidades de ambos centros supone una apuesta por la mejora continua y la unificación de criterios y cuidados para las mujeres embarazadas de Málaga.

Así las cosas, en ambos supuestos, desde esta Institución, y partiendo de la premisa de la capacidad de autoorganización de sus recursos por las Administraciones Públicas, entendíamos que no cabía apreciar irregularidad legitimadora de un pronunciamiento, pareciendo razonable esperar a la puesta en marcha del nuevo circuito y evaluación del mismo por la Administración Pública, según declaración de sus intenciones, en el caso del ITS de Sevilla, y respecto al Hospital Virgen de la Victoria, alcanzábamos similares conclusiones, siempre quedando a disposición de las personas usuarias para cualquier disfunción posterior en su proceso asistencial y que deba ser investigado.

Han reclamado también nuestra intervención familiares y personas afectadas por trastorno de conducta alimentaria, con relación a la implantación de las **unidades de trastorno de conducta alimentaria en Granada y Málaga**, en el entendimiento que su puesta en marcha precisaba de una mayor agilidad. Interesados por estos hechos ante la Administración sanitaria, se nos informaba de la disposición para mantener una reunión con el movimiento asociativo a fin de resolver las cuestiones que les preocupaban.

Por nuestra parte, conocíamos, a través la memoria que acompaña el Presupuesto de la Junta de Andalucía para el año 2021, la estimación de un aumento de profesionales para el Plan de Mejora de la Atención a Menores, y cuyas líneas de actuación se introducían como prioritarios, entre otros, los programas de trastornos de la conducta alimentaria. Éramos igualmente conocedores de las inversiones previstas para la provincia de Málaga en 2021, con la finalidad de adecuación de la Unidad de Trastorno de Conducta Alimentaria (**BOJA número 40 de 2 de marzo de 2021**) y de las inversiones acometidas en la Unidad de Granada (**BOJA número 53 de 19 de marzo de 2021**); luego nos parecía que de forma progresiva se iban asumiendo los compromisos alcanzados.

Igualmente, la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía nos informó sobre los avances y estado del proyectado **Plan de Infraestructuras Sanitarias en Andalucía 2020/2030**, anunciado en Consejo de Gobierno en el año 2019, como una herramienta de planificación necesaria.

Pues bien, nos indicaban que inicialmente se constituyeron los grupos de trabajo provinciales encargados de proponer una planificación de las infraestructuras sanitarias de sus provincias para la detección de necesidades y su priorización, quedando dicho propósito trastocado por la pandemia al haber afectado a la planificación y ejecución de las infraestructuras, por haber tenido que afrontar, de forma extraordinaria, las inversiones que dieran respuesta a la emergencia de salud pública.

Sobre el particular, nos adjuntaban el informe de la Consejería de Salud y Familias sobre la realización de inversiones en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud durante el año 2020, con detalle de la actividad inversora realizada (**BOJA número 53 de 19 de marzo de 2021**), concretando la fuente de financiación.

En suma, nos explicaban que las inversiones ejecutadas a causa de la crisis de salud pública, han supuesto una desactualización de las propuestas provinciales llamadas a conformar el mencionado Plan de Infraestructuras Sanitarias, por lo que se venía trabajando en su remodelación definitiva, mostrando esta Institución el deseo de su conocimiento en cuanto el proyecto esté ultimado.

En análisis valorativo se encuentra, sin embargo, la reivindicación de cumplimiento del compromiso de **dotar a La Alpujarra granadina de un Hospital de Alta Resolución (HAR), que se ubicará en Órgiva**.

La oportunidad no parece cuestionada por la Administración sanitaria, pero lo cierto es que el proyecto se viene postergando en el tiempo desde hace años y que se le buscan alternativas interinas.

Así lo informó la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud en el segundo semestre de 2021, indicando que la ejecución de las obras para la construcción del HAR no ha podido ser afrontada por falta de cobertura presupuestaria y que los terrenos cedidos para la construcción del centro aún no disponen de las condiciones urbanísticas idóneas, al no estar definitivamente aprobado el Plan Especial redactado para tal fin. Concluyendo que el Área de Gestión Sanitaria se plantea un nuevo modelo de Centro para Órgiva, consistente en un centro de salud ampliado con diez consultas de especialidades. Alternativa en fase de estudio e igualmente condicionada a la disposición de los terrenos adecuados por parte del Ayuntamiento citado.

Concluimos con una reseña de calado referida a la gestión directa de la asistencia sanitaria pública, iniciada por el anteriormente mencionado Decreto 193/2021, de 6 de julio, por el que se dispone la **asunción por parte del Servicio Andaluz de Salud de los fines y objetivos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias**, esto es, la disolución y extinción de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) y de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias Costa del Sol, Hospital de Poniente de Almería, Hospital Alto Guadalquivir y Hospital Bajo Guadalquivir: **BOJA número 131, de 9 de julio de 2021**.

Lo que habrá de dar lugar, igualmente, a la aprobación de un **nuevo Mapa de Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía**.

### 1.12.2.9. Prestación farmacéutica

La prestación farmacéutica presenta un elenco de preocupaciones muy específicas, que en 2021 se ha mantenido en proporción similar a años anteriores, que se desenvuelven en torno a las discrepancias con el porcentaje de copago aplicado, y la petición de eliminación del copago en el caso de las personas integrantes de los colectivos de mutualistas.

## “Exención en la aportación a la prestación farmacéutica ambulatoria para determinados colectivos”

Tratándose de la **disconformidad con el grupo de aportación**, la reclamación ha de ser sustanciada ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social, de donde más allá de realizar una labor informativa del procedimiento a seguir y sobre los órganos responsables ante los que canalizar la petición, no cabe a esta Institución otra actuación que la de derivar el conocimiento del asunto al Defensor del Pueblo de las Cortes Generales, en su caso, por razón de la competencia. Se trata, por lo general, de meras discrepancias subsanables a través de la actualización de los datos fiscales.

Idéntica derivación por competencia procede en relación con la petición de **equiparación entre los pensionistas del régimen general de la Seguridad Social y los colectivos de mutualistas de los regímenes especiales (Mugeju, Muface o Isfas)**, en lo atinente al copago farmacéutico, cuyo análisis ha sugerido el Defensor del Pueblo estatal en numerosas ocasiones, aún reconociendo que el marco jurídico vigente ampara la diferenciación de su régimen específico, sin vulnerar la igualdad.

En cambio, han dejado de tener presencia las solicitudes de **exención en la aportación a la prestación farmacéutica ambulatoria para determinados colectivos** tras la ampliación de los supuestos de exención 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, cuya aplicación despertaba nuestro interés.



En otro orden de cuestiones, puntuales han sido las quejas sobre la autorización y financiación pública de medicamentos, que han girado sobre criterios de prescripción de anticoagulantes orales de nueva generación y prescripción de genéricos.

En el primer aspecto, algunos pacientes exponen su voluntad de ser tratados con medicamentos anticoagulantes orales de acción directa, habida cuenta de que en el contexto de pandemia se recurrió de forma más laxa a la prescripción de tipo de fármacos, no precisados de control, para evitar que los pacientes acudieran a los centros de salud, retornando ahora el rigor que se mantiene para su visado y financiación a los casos contemplados.

Desde la Administración sanitaria se nos viene informando sobre las competencias que ostenta el Sistema Nacional de Salud en cuanto a la financiación o no de los medicamentos y sobre la posibilidad de su financiación cuando concurren las indicaciones terapéuticas, en el caso que nos ocupa de los anticoagulantes orales, remitiéndonos a la información que sobre ello mantiene el Ministerio. Lo que nos lleva a aceptar la necesidad de hacer un uso eficiente de los recursos, siempre que se salvaguarden los derechos de las personas usuarias, aún preguntándonos en qué medida sería más eficiente la generalización de uso de estos medicamentos y si existen inequidades territoriales en las instrucciones internas sobre su prescripción.

Igualmente intercedíamos en la petición de un padre preocupado por el cambio de tratamiento de su hija, que padece una enfermedad rara, al haberle sido cambiada la prescripción de un medicamento concreto a otro genérico ([queja 21/2534](#)).

Sostenía que desde el laboratorio responsable se les había informado de la posibilidad de igualar el precio para que su hija pudiese seguir con el tratamiento habitual, tras todo lo cual la Administración nos informaba la aceptación de la petición acordando que la interesada siguiera con su tratamiento habitual.

### 1.12.2.10. Salud mental

Cerramos el círculo con mención a la atención sanitaria en Salud mental, pero, en esta anualidad, lo haremos con unas apreciaciones muy someras, no por desmerecimiento a su importancia, ni por la ausencia de reivindicaciones en torno a la misma, sino por la presencia que pretendemos otorgarle en las actuaciones de la Defensoría a lo largo del año 2022.

Ello no obstante, es contenido obligado del Informe Anual de una Institución a la que piden amparo muchas personas dar cuenta de las apreciaciones y necesidades manifestadas por las mismas.

En este sentido, a la luz de las manifestaciones realizadas por las personas comparecientes, compendiamos las deficiencias en las siguientes:

El control eficaz en la evolución de la patología y la adherencia al tratamiento se ven lastrados por el distanciamiento entre citas con el especialista que hace el seguimiento, debido a la **ínfima dotación de profesionales sanitarios** en este ámbito.

Parece especialmente escaso el número de psicólogos clínicos, que dificulta que las personas tributarias de psicoterapia individual puedan acceder a terapia en esta modalidad, o completar con ella el tratamiento farmacológico.

La **asignación de un recurso** de internamiento, residencial o de tratamiento, en sus diversas tipologías, que beneficie a las personas que padecen determinadas patologías de salud mental y sirva de merecido respiro a sus familias, es una demanda insistente de familias desbordadas por situaciones de hostilidad en el seno del hogar.

Encuentran dificultades de resolución más compleja las necesidades de las personas con **patología dual** y de sus familias, para que las primeras puedan beneficiarse de un tratamiento fructífero, así como el lento proceso para que les sea concretada alguna modalidad de recurso, del sistema de salud o del catálogo de la dependencia. Muchos padres nos alertan desesperados de la situación de agresividad y temor que viven en sus domicilios cada día y durante años, o nos trasladan su angustia e impotencia por la suerte de hijos a los que sus adicciones y problemas de salud mental han arrastrado a los peligros de las calles.



En este último sentido, en el año 2019 esta Institución inició una investigación de oficio sobre el papel que desempeña dentro del modelo de atención a la salud mental la **hospitalización de media-larga estancia**, así como evaluar de forma somera la adecuación de los recursos actuales a las necesidades que detectábamos en nuestra labor diaria (**queja 19/3718**).

Dicha investigación culminó con la **Recomendación** que en el año 2021 dirigimos a la Administración sanitaria, en la que, entre otros aspectos, se incluía la petición de protocolización de los recursos existentes para la atención a la patología dual y la integración de la información, habida cuenta de la incorporación a la estructura de la Consejería de Salud de las competencias en materia de adicciones.

La respuesta recibida sobre el particular desde la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios alude, por lo que ahora nos interesa, a la decisión de “pilotar una Comunidad de carácter sociosanitario con personas con problemas de salud mental y adicciones”.

Dicho proyecto piloto innovador, al parecer, se implantará en el municipio de Utrera, aunque por el momento le resta salvar obstáculos adicionales de índole urbanística que penden del Ayuntamiento de dicha localidad y que serán abordados por el Área de Mediación de esta Institución, a petición de una entidad de salud mental.

Por otra parte, la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios informó de la puesta en marcha de un **Plan de Choque para la mejora de la salud mental en el sistema sanitario público de Andalucía**, en cuya adopción se habrían tenido en cuenta muchas de las consideraciones consignadas en la resolución de esta Institución.

El contenido completo de la respuesta, recibida casi al término del año 2021, será objeto de análisis en el ejercicio 2022, en conjunción con otros elementos de trabajo, incluidos aspectos fundados en testimonios de calado sobre la prevención del suicidio y la mejora de la atención a las personas afectadas por la consumación del de un ser querido.

Entre los proyectos de impulso se ha elaborado la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026**, cuyo documento, no obstante, no hemos podido conocer; así como en Andalucía, el Programa de Salud Mental de la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios.

Constando a esta Institución que la Salud mental no cuenta en el sistema sanitario público con un peso equiparable al dedicado a tratar otras patologías físicas, incluso de inferior prevalencia, **hemos decidido iniciar un proceso de análisis, reflexión y propuestas sobre la calidad de la salud mental en el sistema sanitario público de Andalucía**.

Partimos de las conclusiones que hasta el momento se manifiestan como inequívocas, sobre la insuficiencia de profesionales de Salud Mental, que tiene reflejo en la escasa intensidad del tratamiento que nos traslada la ciudadanía, unida a la liviandad del peso que a esta especialidad y a sus recursos se otorga en el sistema sanitario público, en parte por la minusvaloración de patologías que no cuentan con una objetivación tan patente como las que los procedimientos diagnósticos ofrecen de las físicas.

Estas apreciaciones encuentran respaldo en las actuaciones que esta Institución desarrolla al hilo de otras colaterales, como en 2021 fue la intervención del Área de Mediación sobre el cierre temporal de la Unidad de Salud Mental de Andújar (Jaén).

Debemos terminar resaltando la figura de los profesionales de la Salud Mental (enfermería, trabajadores sociales, psicología clínica y psiquiatría), merecedores de todo nuestro respeto y admiración al haber sido fieles a sus pacientes durante toda la pandemia, dispensándoles un trato presencial nunca interrumpido, así como valoramos la tenacidad en el desempeño de su vocación, inaccesibles al desaliento de integrar una especialidad muchas veces subestimada por el sistema y por la propia profesión sanitaria.