

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