



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 rectificadora 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.