



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...). Traslataban 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.

...

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

...

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@ave, 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.

...

1.12.2.3. Atención especializada

...

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