



Parte general

1.1. Bioética y salud mental

1.1.1. Introducción

La importancia de dar a la **salud mental** de las personas una atención adecuada como elemento imprescindible del bienestar individual y colectivo es una realidad que ya nadie ignora, hasta el punto de ser concebida como una **necesidad de alcance transversal**, no limitada únicamente a la respuesta que deba darse desde los recursos del sistema sanitario.

Desde esta concepción global y en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) contemplados en la Agenda 2030, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades requiere tanto acciones del sistema sanitario específicamente dirigidas a la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud mental y el bienestar, como de intervenciones en aquellos otros ámbitos que condicionan negativamente la salud mental y el bienestar de las personas.

El propósito es verdaderamente ambicioso, porque no solo requiere un enfoque sanitario, sino, en un plano más amplio, actuar sobre los factores culturales, medioambientales y de organización social y económica, que por generar desigualdades y entornos de vida hostiles influyen en el deterioro del bienestar y afectan a la salud mental de las personas.

El bienestar o malestar emocional se convierte así en un indicador centinela situado en la antesala del problema de salud mental, que centra su campo de actuación en el plano preventivo y proporciona la alerta para una detección precoz de enfermedad, especialmente importante en el momento vital de infancia y adolescencia, así como para las personas con trayectorias vitales sujetas a factores de vulnerabilidad.

En este momento es especialmente apreciable la contribución que aporta la comunidad educativa, los profesionales de los servicios sociales y las entidades del tercer sector.

La escueta expresión **“salud mental”**, por su parte, oculta bajo su manto todo un mundo infinito y, en cierto modo ignoto, de síntomas, diagnósticos, itinerarios asistenciales, tratamientos, pronósticos, evoluciones, desequilibrios vitales y consecuencias diversas en las aspiraciones personales, en las relaciones familiares y sociales y en las realizaciones académicas y profesionales.

De ahí la relevancia de un abordaje temprano y eficaz, con la intervención de dispositivos y tratamientos adaptados al tipo de trastorno y a sus síntomas y con la intensidad y seguimiento precisos.

La incompreensión que a menudo acompaña a las personas alcanzadas por algún tipo de trastorno en su salud mental hace preciso romper el aislamiento tejido en torno a ellas por un silencio ensordecedor y por miradas recelosas, que parecen culparlas por una fragilidad que causa rechazo en una sociedad competitiva, acostumbrada a encumbrar la fortaleza.

Han sido muchas las víctimas, no ya de la quiebra de su salud mental, sino del estigma asociado a la misma. Pero al fin hay esperanza, el velo del silencio ha caído, suavemente rasgado por voces cada vez más unánimes que comparten la importancia de dar visibilidad a la realidad multiforme de la salud mental, por cuya espiral nadie está libre de deslizarse.

Crear conciencia, naturalizar esta necesidad, conocer su entidad, detectar sus puntos flacos, ahondar en las opciones de respuesta y sentar las bases que permitan caminar hacia un mejor horizonte, ha sido la contribución pretendida por el Defensor del Pueblo Andaluz en 2023, desde el fundamento de que la atención a la salud mental es, ante todo, un derecho y la convicción alcanzada tras 40 años como Institución de garantía de los derechos humanos de que **no podemos asumir como normal lo inaceptable**.



La defensa de los derechos en el ámbito de la salud mental forma parte ineludible de las actuaciones de esta Institución, cuyas principales carencias y demandas recogemos en los sucesivos **informes anuales**, ofreciendo el testimonio personal que nos confían las personas afectadas, la angustia de su familia más cercana y las reivindicaciones de las asociaciones o entidades que dedican su labor a contribuir a su mejora.

Dentro de las intervenciones específicas, han sido diversos los **informes especiales** y singulares efectuados desde hace muchos años. Entre los primeros podemos citar los monográficos sobre la [situación de la salud mental en Andalucía](#), el centrado en la situación de las [personas con problemas de salud mental internadas en centros penitenciarios andaluces](#), el referido a las [personas drogodependientes en prisión](#) y el general sobre las [personas afectadas por drogas y otras adicciones en Andalucía](#).

De forma tangencial a la salud mental, han sido tratados los efectos perniciosos para personas menores procedentes del acoso escolar y del ciberacoso y de su exposición a la violencia de género, así como el chabolismo y la vulnerabilidad de la inmigración, mayor y menor.

Entre los estudios singulares hemos abordado la necesidad de que la **salud mental infantil y juvenil** sea una prioridad en las políticas públicas, así como el análisis de otros factores con influencia en este ámbito, como el que proviene del acceso de menores a material pornográfico en internet, a los juegos de azar y al consumo de alcohol y la incidencia de la pobreza infantil.

La iniciativa del Defensor en 2023 ha consistido en tender la mano a todos aquellos que deben y pueden aportar la imagen más fidedigna, realista y plural de las bases que precisan bienestar emocional y salud mental, dándoles voz a través de tres foros, partiendo de un concepto trascendental aplicado a la salud mental, el de la bioética, entendida como el conjunto de principios y valores que han de inspirar en este ámbito una respuesta acorde con la dignidad del ser humano como sujeto de derechos.

La jornada inicial, titulada [Bioética y Salud mental: raíces comunes en la atención a los mayores, infancia y adolescencia](#), permitió conocer la visión general de la Administración competente en materia de salud y las políticas públicas dirigidas a la salud mental; obtener la opinión de profesionales que desempeñan su labor en este ámbito; y detectar las necesidades específicas de las personas en las etapas del comienzo y término de su vida, precisadas de instrumentos acordes con dichas etapas vitales.

La segunda jornada, bajo el lema [Bioética y salud mental: desafíos comunes en la población vulnerable](#), quiso hacer patente cómo incide la salud mental sobre las personas sometidas a especiales factores de vulnerabilidad social, en particular, las que viven en entornos desfavorecidos, las que pertenecen a determinados grupos sociales (caso de la población gitana y migrante), o las que han acabado recluidas tras los muros de un centro penitenciario.

La tercera jornada, organizada por Save The Children y la Defensoría de la Infancia y Adolescencia en Andalucía, con la colaboración del Ayuntamiento de Sevilla, se centró en la [Salud mental de infancia y adolescencia en Andalucía](#), ahondando en el bienestar emocional, en los factores preventivos y en el papel que deben desempeñar en este aspecto los profesionales de la salud, de la educación, los responsables de políticas públicas y los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

En definitiva, lo trabajado por la Institución en 2023 permite ofrecer algunas conclusiones de conjunto que, partiendo del enfoque y planificación de la Administración sanitaria, se resume en la oportunidad crucial de prevención que puede desarrollarse en la etapa vital de la infancia y adolescencia como momento idóneo en el que asentar unas bases sanas de bienestar emocional e higiene mental; el agujero negro en torno a la salud mental de las personas mayores, cuyos problemas de salud mental son subestimados y deficitariamente tratados; la garantía en derechos sociales que precisan los colectivos más vulnerables, como factor de prevención del trastorno mental secundario a ciertas situaciones de exclusión social; las vivencias de las familias; las reivindicaciones de las entidades del tercer sector; la pesadosa realidad de las conductas autolíticas; y la complejidad del abordaje a la patología dual sin vincular salud mental y adicciones.



1.1.2. El Plan de la Administración Sanitaria: Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A)

Las manifestaciones de los responsables de la Administración sanitaria demuestran que la salud mental ha dejado de ser el eslabón perdido de la salud, aunque tenga ante sí el reto de un largo y abrupto camino.

El posicionamiento de dichos responsables parte de un llano reconocimiento de las deficiencias en la atención sanitaria a la salud mental, incluida la infradotación de profesionales de sus diferentes perfiles y, por ello, la intención consecuente de dar respuesta a sus necesidades, actuales y emergentes, desde un nuevo enfoque de abordaje, sentando los pilares de un cambio de modelo que enfatice la prevención y la detección precoz, reconfigure sus estructuras y dispositivos y actúe de forma transversal.

El instrumento para ello es el anunciado **Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía** (PESMA-A), previsto para una horquilla temporal de cuatro años, 2024-2028, que además afrontará por primera vez el enfoque conjunto, integrado y coordinado de salud mental y adicciones, con recursos integrales para la atención a las personas afectadas por patología dual.

El PESMA-A será la herramienta básica para el desarrollo de las políticas de salud mental en Andalucía, propiciando un cambio de modelo, estrategias y orientación a **la prevención y planificación en detección, intervención temprana, atención a los suicidios y adaptación a los diferentes colectivos, dentro de la debida perspectiva bioética de respeto a derechos, valores y cuidados.**

El reto expresado es alcanzar una buena salud mental, con énfasis en el diagnóstico precoz y la mejora en la atención y los recursos a disposición de las personas con diagnóstico de salud mental.

El Plan se concibe como un instrumento pragmático, adaptable y en evolución, que fijará objetivos a corto, medio y largo plazo y contará con la metodología que permita evaluar los resultados de sus medidas y acciones, corregir las desviaciones y mejorar las decisiones.

Se define igualmente como un plan que persigue dar transversalidad a la salud mental que, como problema complejo de responsabilidad individual y colectiva, precisa el enfoque desde diferentes ángulos y, con ello, la implicación de todas las instituciones, administraciones, especialmente la educativa, y de entidades e interesados.

Antes de exponer las demandas expresadas por colectivos específicos o en relación con aspectos concretos de la salud mental, hemos de señalar que es petición común en todas las reivindicaciones la que se refiere a la mejora de la ratio profesionales (psiquiatras, psicólogos y de otros perfiles); la petición de un modelo de tratamiento biopsicosocial, que permita un tratamiento terapéutico y no solo farmacológico y un menor consumo de psicofármacos; y las demandas de formación específica en salud mental.

1.1.3. La atención al bienestar emocional y a la salud mental de la infancia y adolescencia: promoción, prevención y detección e intervención temprana

Si el descrito es el trascendente cometido que se ha impuesto la Administración sanitaria y la prevención y detección precoz sus instrumentos más destacados, debemos conocer cuáles son los problemas a solventar en el camino emprendido, comenzando por la raíz, es decir, por cómo evitar que la infancia y adolescencia acabe convirtiéndose en una generación de adultos heridos.

Los responsables públicos sostienen que los problemas de salud mental infanto-juvenil constituyen una realidad cuyo incremento cuantitativo se ha constatado, que desborda la capacidad de respuesta del sistema sanitario y hace que no sean idóneos sus actuales instrumentos.



En datos, algunas encuestas indican que nuestro país es el territorio de la UE con mayor prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes de 10 a 19 años; que estos trastornos son más frecuentes en la adolescencia; que presentan más prevalencia en niñas que en niños, y que la pobreza es un factor de riesgo para ello.

Algunos estudios e investigaciones también reflejan que la pandemia ha disparado los ingresos de niños y adolescentes en hospitales psiquiátricos; que España es el país donde más ansiolíticos se consumen (11% de la población); que solamente el 36,6 % de los y las jóvenes en España afirma no haber experimentado ningún problema de salud mental en el último año.

Entre los **factores que pueden contribuir a la aparición de enfermedades mentales** en etapas tempranas, los expertos remiten a contextos familiares problemáticos y en crisis; a la familia nuclear y el modelo de padres-amigos; las redes sociales y presión del grupo (narcisismo, envidia social, quiebra en la comunicación, acoso y ciberacoso); los contenidos digitales; los entornos líquidos en las relaciones; las dificultades para gestionar conflictos; la identidad sexual; la soledad no deseada; el fallecimiento de un familiar; la importancia de la imagen corporal, y el consumo de tabaco o drogas.

El refuerzo del bienestar emocional y de la salud mental de la infancia y adolescencia se planifica en el **proyecto del PESMA-A** mediante **dos claves**, la promoción y la prevención. **Y una respuesta**, la detección e intervención temprana.

Se pretende para ello la **transformación del modelo de atención a la salud mental**, reforzando sus estructuras en la respuesta al grupo etario que va de los 8 a los 40 años, identificado como aquel en el que se concentra el mayor riesgo, prevalencia e incidencia de la patología de salud mental. Y dotado de dispositivos adecuados para el tratamiento, reforzando los destinados a dar respuesta a las fases tempranas.

La prevención precisa de **transversalidad** y en este ámbito el PESMA-A ha previsto la **implicación de la comunidad educativa**, asignando un papel central al trabajo en colegios e institutos, tanto de las enfermeras referentes escolares como de todas las personas y entidades interesadas, con acceso de todos ellos a la necesaria formación.

Entretanto ha tenido lugar la aprobación del **Plan Estratégico de Salud de la Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027**, publicado por [Acuerdo de 7 de noviembre de 2023, del Consejo de Gobierno](#).

Plan entre cuyas líneas de actuación también se contempla la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia y que suponemos deberá conectarse y coordinarse con las medidas que prevea el plan específico de salud mental y adicciones, el PESMA-A, para evitar el riesgo de caer en una redundancia de estrategias y planes desconectados cuyos resultados no trasciendan del papel.

Entre las **principales demandas** de la respuesta del sistema sanitario público a la salud mental de infancia y adolescencia, se citan las siguientes:

El refuerzo de la intervención de los equipos de salud mental comunitarios que permita dar respuesta a un incremento progresivo de demanda que no es de salud mental en sentido propio, sino que proviene de malestares de la vida cotidiana de los menores y sus familias, o de síntomas aislados subclínicos, no patológicos, que se enmarcan en un proceso evolutivo normal o provienen de carencias familiares, que solo necesitan de habilidades de autogestión y no de un diagnóstico ni de un tratamiento, ni merecen derivación.

Profesionales del ámbito comunitario señalan que el incremento de las demandas de atención sanitaria tiene fundamento en la falta de acompañamiento y escucha a los menores desde el mundo adulto y que esta demanda no clínica resta la atención adecuada a la que sí lo es.

En el plano preventivo destacan el papel de las Unidades de Salud Mental Comunitaria en el desarrollo de programas de atención comunitaria, actividades preventivas y de promoción de la salud, de cuidado, de rehabilitación y apoyo a la integración social

Desde los recursos especializados se alerta asimismo de la saturación de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y se pide flexibilizar los protocolos de intervención de sus profesionales.

En lo alusivo al tratamiento, se expresa la conveniencia de transitar hacia un modelo biopsicosocial, que no se limite al tratamiento farmacológico e incluya terapias.



En el casos de infancia y adolescencia, en conclusión se hace patente que el bienestar emocional y la salud mental es una responsabilidad sobre todo colectiva y social.

1.1.4. La atención a la salud mental de las personas mayores: una asignatura pendiente

En relación con las personas mayores el problema es más preocupante, por su vacío, dado que presenta **dificultades en su detección**. La subestimación de síntomas que se achacan a la edad, impiden el posible diagnóstico y tratamiento.

No contamos prácticamente con datos sobre este problema en la Institución, salvo en los casos en que algún vecino, familiar lejano o entidad, alerta in extremis del desvalimiento y riesgo que corre una persona mayor que parece padecer algún trastorno mental y que vive sola, sin recursos, ni capacidad de autocuidado y sin tratamiento sanitario ni apoyo social.

La Administración sanitaria se remite a la existencia de programas no asistenciales, de índole preventiva y de cuidados, que pueden promover la salud en general (también la mental) de las personas mayores: Estrategia de Bioética, Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía, Estrategia de Humanización, o promoción del envejecimiento saludable.

Sin embargo, lo cierto es que **la salud mental de las personas mayores se presenta como la gran olvidada** y que sanitariamente no existe un enfoque particularizado en este tramo vital, que tome en consideración sus características propias, factores de riesgo y necesidades de abordaje de su salud mental. Lo que no deja de ser paradójico y un riesgo, si tenemos en cuenta los porcentajes de personas de este grupo de edad y la mayor incidencia del suicidio consumado dentro del mismo.

En el entorno de los **centros sociosanitarios** tampoco existe un modelo de atención sanitaria que comprenda específicamente la atención a la salud mental de las personas mayores que viven en residencias. De hecho, el sector demanda poder contar con **plazas de psicogeriatría** a disposición de las residencias y la Administración sanitaria reconoce que el enfoque a la salud mental de estas personas debería contar con un proyecto específico, ya que todo el esfuerzo se diluye en la simple atención a la cronicidad.

Debemos recordar que en el ámbito psiquiátrico especializado europeo se considera que la atención a la salud mental de las personas mayores es esencial, en relación con elementos como la atención a las personas cuidadoras, la prevención en salud mental y la cohesión social.

Partiendo de que la **heterogeneidad de las personas mayores** como grupo de edad, supone que sus necesidades de salud están sujetas a abordajes individualizados, ya que no dependen de su edad, sino de la capacidad funcional de cada una, las conclusiones de los expertos son las siguientes:

1. Dentro del peso de los determinantes de la salud, los esfuerzos deben centrarse en la **prevención de los psicológicos y sociales**, que son los más relevantes.
2. En relación con la prevalencia, la **tasa global de enfermedad mental es mayor en la población menor de 60 años** que en la mayor de dicha edad, **con dos excepciones: demencias y trastornos afectivos (depresión, trastornos mentales)**.
3. **Los trastornos mentales son infradiagnosticados, infratratados** y dan lugar a consecuencias más severas, como el suicidio consumado.
4. **Las demencias deben tratarse psiquiátricamente**, no solo como trastorno neurológico, siendo fundamental el **diagnóstico precoz** y la **prevención**.
5. En el **modelo de salud ACP** (atención centrada en las personas), el sistema sanitario ha de ofrecer las herramientas para la toma de decisiones individuales y asunción de la autorresponsabilidad.



6. Es una oportunidad la integración de los **sistemas de salud y de intervención social** y la creación de **espacios sociosanitarios**.
7. **Deben desarrollarse programas específicos de prevención:** del suicidio, del aislamiento/soledad, del duelo, del deterioro cognitivo/demencia y del abuso.
8. En particular, **protocolos de detección del abuso en las personas mayores**.
9. **Formación** de los diferentes perfiles profesionales.
10. **Creación de estructuras asistenciales específicas:** atención a la salud mental de las personas mayores por Atención Primaria y salud mental, a domicilio y en residencias; cuidados intermedios de salud mental a mayores; creación de unidades de hospitalización psicogeriatrica y de unidades de convalecencia y cuidados paliativos dotadas de atención psiquiátrica.
11. **No existe atención psiquiátrica dentro de las propias residencias**, en las que si bien la Atención Primaria cubre los aspectos generales de salud física, es más infrecuente que los Centros de salud mental consideren dentro de sus responsabilidades la atención a los mayores.

1.1.5. La salud mental de los colectivos vulnerables: desafíos comunes

La salud en los colectivos vulnerables por factores de riesgo procedentes de sus circunstancias personales, culturales y sociales, tiene que ver con la respuesta que la sociedad ofrezca a estos colectivos.

La población de los centros penitenciarios, las personas que viven en zonas desfavorecidas, las que pertenecen a culturas no predominantes y la población migrante, requieren una respuesta en salud que va más allá del sistema sanitario, al vincularse a su desigualdad en derechos.

Son precisas por ello **políticas públicas que actúen sobre los factores de riesgo** que condicionan el problema de salud mental, desarrollando las acciones para la **reducción de la desigualdad** en todas sus manifestaciones, como propone la Agenda 2030 a través del ODS 10.

Los factores de riesgo que acechan a la salud mental de las **personas en centros penitenciarios** son plurales, dado que provienen de circunstancias previas a esta reclusión (escaso nivel educativo, precariedad laboral, bajo nivel socioeconómico, experiencia de malos tratos familiares, entorno social, drogodependencia y enfermedad mental), así como del propio entorno de privación de libertad.

La población reclusa, mayoritariamente masculina, presenta **altas tasas de enfermedad mental**, con especial presencia del trastorno mental grave, que superan las tasas presentes en la población general, siendo **más elevadas en el caso de las mujeres en prisión**, cuyos trastornos de salud mental ascienden al 85% y son mayores las conductas suicidas por razones vinculadas a la soledad y la privación de su rol de cuidadoras.

Especialmente vulneradora de derechos es la situación de privación de libertad de las personas condenadas por la comisión de un delito, para las que se acuerda el ingreso en un **hospital psiquiátrico penitenciario**, dentro de un sistema judicial inflexible que, por un lado, carece de los recursos de alta supervisión que precisarían quienes han cometido delitos muy graves y, por otro, en los graves, adopta abusivamente "conformidades" a las que, en realidad, es inducido el condenado y que prácticamente se deciden de espaldas a su comprensión y entendimiento.

Todo ello hace especialmente necesario que las personas que se encuentran en centros penitenciarios puedan acceder a un **tratamiento de salud mental adecuado y especializado**, obstando a ello la inequidad generada por la falta de integración de los servicios de salud penitenciarios, de ámbito primario y de los sanitarios especializados autonómicos.

En base a la ausencia de convenio entre el Ministerio del Interior y la Junta de Andalucía para la dispensación por el Servicio Andaluz de Salud de la atención sanitaria especializada, la reivindicación más rotunda es la de **materializar la transferencia de la sanidad penitenciaria**, facilitando entretanto el acceso por los profesionales sanitarios de los cen-



tros penitenciarios a la información de salud de los internos, a través de la **implantación en los mismos de la base de datos de usuarios que contiene la historia clínica**, y protocolizando prácticas de **colaboración interadministrativa**.

Otros aspectos de interés se concretan en la **mejora de los recursos sociosanitarios para la excarcelación** y, de forma relevante, en el tratamiento a **las adicciones**, dentro y fuera de prisión, debido al elevado porcentaje de personas que en el ámbito penitenciario presentan conductas adictivas y patología dual.

Como corolario de todo ello, destaca el importante papel que en el abordaje de la salud mental desempeña la **colaboración del Tercer Sector** con los centros penitenciarios.

La incidencia de la **salud mental de quienes residen en entornos vulnerables**, requiere no caer en el error de concentrar los esfuerzos y recursos solo en la prestación de servicios de tratamiento sanitario, siendo preciso **trabajar sus circunstancias personales**, reforzando vínculos alternativos, como la intervención planificada que ofrecen los profesionales de los servicios sociales, en coordinación con los dispositivos de salud mental especializados y, en particular, con los de salud mental de los menores.

En la **población gitana** la desigualdad social es un factor de inestabilidad en la salud mental que genera depresiones y trastornos de ansiedad, como estigma que se añade al del racismo; siendo también prevalentes las adicciones.

No obstante, la principal necesidad es realizar estudios que permitan obtener los datos sobre la salud mental en la población gitana, hasta ahora desconocidos.

Finalmente, el examen de la incidencia de problemas de salud mental en la **población migrante** reviste interés si tomamos en consideración su peso en nuestra sociedad: el 17,5% de la población que vive en España ha nacido fuera de nuestras fronteras y dentro de este porcentaje un 14% no ostenta la nacionalidad española.

Los expertos destacan que el **duelo migratorio** es un evento estresante o generador de ansiedad, pero no necesariamente patológico y que la persona migrante suele ser una persona sana, por su propia capacidad de abordar este reto vital, con menores tasas de enfermedad mental en origen, así como de suicidio.

La “psiquiatría transcultural” alude no obstante a **diversos factores acumulativos** que afectan a la salud mental de las personas migrantes, como la aculturación, la menor edad de migración y el mayor tiempo de residencia en el país ajeno (inmigrante exhausto).

Este último factor es especialmente relevante cuando el proceso de adaptación conduce a vivir en condiciones sociales y ambientales desfavorables, como las de las personas que viven en asentamientos, segregadas de la vida en sociedad como mera mano de obra sin igualdad de derechos.

Dentro de las **barreras**, se citan las dificultades de la detección precoz por la demanda más tardía de atención sanitaria y la inadecuación de los sistemas occidentales para abordar el diagnóstico y tratamiento de personas con diferentes percepciones culturales y sociales.

La conclusión es el **refuerzo de las políticas públicas encaminadas a superar las desigualdades**, la intervención de **equipos multidisciplinares**, la implicación de las personas afectadas en la **corresponsabilidad** del tratamiento y la **formación** de los profesionales.

1.1.6. La conducta suicida: una epidemia creciente

Dentro de la salud mental es obligado reparar en el grave problema de salud pública que representa la **conducta suicida**, por la devastación que produce tanto en la vida de quienes atentan contra sí mismos, como en la de sus seres queridos, arrasados bajo el peso del dolor de una ausencia traumática, o atemorizados por la incerteza de un nuevo intento.

Las estadísticas nos dicen que las conductas suicidas van en aumento, alzándose como la **principal causa de muerte no natural en nuestro país**, dentro de cuyo contexto Andalucía presenta una tasa (10,28%) que supera en dos puntos a la media nacional, con un total de 800 personas que perdieron la vida por esta causa en nuestra comunidad en el año 2022.



En el **suicidio consumado** más hombres (78%) que mujeres (22%) pierden la vida de este modo, cuyo principal foco de atención debe ponerse en las **personas mayores de 65 años**, que son las que cuentan con una tasa más elevada, sin perjuicio de que el suicidio suponga la principal causa de muerte adolescente.

En los **intentos de suicidio** atendidos en las urgencias de Andalucía en 2022, concretados en 5042 casos, el porcentaje mayor se perpetra por mujeres (67%), siendo del 8% los intentos procedentes de menores de edad y, dentro de estos, por menores en su etapa adolescente.

Estas cifras justifican la importancia de la prevención, la detección a tiempo del riesgo, la actuación diligente de los servicios de atención sanitaria urgente y el diseño de itinerarios de tratamiento accesibles y coordinados.

Esta Institución fue directamente conocedora del desenlace fatal de un intento autolítico abordado en un servicio de urgencias hospitalario, que nos llevó a cuestionar el peso que en la decisión clínica debe darse a las escalas de valoración predictivas del riesgo de autolisis, poco fiables sin la intervención del más autorizado criterio facultativo especializado que corrija sus resultados, y a reflexionar sobre los problemas que presenta el abordaje de esta situación crucial en los dispositivos sanitarios de urgencias, carentes en su afrontamiento de alternativas eficaces a la decisión de ingreso en la unidad de agudos, que permitan canalizar la situación crítica hacia un circuito eficaz de intervención coordinada, para la instauración de un tratamiento adecuado y a tiempo.

El caso particular de la joven pericida en este contexto, cuyas vivencias expresadas por sus padres nos conmovieron, presentaba los elementos precisos para extrapolar la situación analizada hasta alcanzar conclusiones generales sobre la planificación de conjunto y la mejora de las prácticas.

Con esta finalidad el Defensor del Pueblo Andaluz dirigió a los responsables de la Administración sanitaria una triple recomendación ([queja 19/6988](#)):

La **elaboración de un Plan Andaluz de Prevención del Suicidio**, como instrumento de planificación participada, que permita solventar las carencias, fallas, lagunas e insuficiencias actuales en el enfoque de este problema sanitario y social, tanto respecto de las personas que presentan el riesgo como para la atención de las que sobreviven a una experiencia traumática de esta índole.

Dentro del mismo, ofrecer un **enfoque particularizado a la prevención del suicidio en la población infantil y juvenil**.

Y, finalmente, **garantizar la continuidad asistencial en el tratamiento sanitario** a la salud mental, mediante prácticas de mejora en la coordinación y colaboración entre niveles, recursos y dispositivos, que permitan adoptar la respuesta más adecuada y eficaz a episodios agudos, especialmente en los casos de riesgo autolítico.

Los dos primeros objetivos se recogieron en el [Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026](#), publicado por Acuerdo de toma de conocimiento del Consejo de Gobierno de 27 de junio de 2023.

La puesta en marcha del Programa ha comenzado por la implantación del Código Suicidio, si bien aún no contamos con datos de aplicación, desarrollo, evolución y evaluación de resultados, dada su cercana aprobación.

La **garantía de la continuidad asistencial y el refuerzo de la coordinación y colaboración** en los casos de riesgo autolítico, constituye una meta vinculada a un conjunto más plural de elementos debidamente planificados, como la redefinición del papel de sus recursos y dispositivos, el incremento de la ratio de sus profesionales, la ampliación de perfiles, la reorganización del reparto de roles y funciones entre los mismos, así como la posibilidad de diversificar y singularizar las diferentes tipologías de tratamiento.

Desde la Administración sanitaria se indicaba que esta garantía se estaba aplicando a través de una mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental para incrementar la accesibilidad y la continuidad asistencial, el apoyo de otros actores (movimiento asociativo, Faisem, ayuntamientos, justicia y asuntos sociales), y la incorporación de nuevos profesionales para la coordinación interniveles, como los psicólogos clínicos en Atención Primaria, los Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitarios, los referentes de prevención de la conducta suicida, los refuerzos en atención a la salud mental Infanto-juvenil y las enfermeras referentes de centros educativos.

En la intervención inicial frente al riesgo autolítico parece también importante contar con los medios que pueda aportar la **atención urgente del 061**, dado que los centros coordinadores de este servicio en Andalucía señalan que cada año



atienden las llamadas de miles de personas que alertan de su intención o actuación suicida, concretadas en casi 10.000 en 2022.

Para la actuación eficaz en estos casos el grupo de Salud Mental del 061 de Huelva coordinó a finales de 2022 un **protocolo específico** de actuación ante este tipo de conductas, **que aún estando acabado no ha llegado a implantarse**.

El protocolo se basa en la formación de los trabajadores de este servicio, a fin de un adecuado triaje telefónico o de clasificación de las llamadas de suicidio, la activación de la atención inmediata y el seguimiento de los afectados. Además de prever el desarrollo, conjunto y coordinado con los hospitales, de un código de atención al paciente con conductas suicidas.

1.1.7. La patología dual: hacia un enfoque integral de salud mental y adicciones

Un aspecto que hasta la fecha ha sido especialmente complejo en la respuesta a las personas afectadas, es el del tratamiento de las que padecen una patología dual, esto es, una adicción de cualquier tipo, normalmente con sustancia, además de la patología de salud mental.

El Plan Estratégico proyectado por la Administración sanitaria ha incorporado las adicciones en el enfoque integral de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A), lo que constituye una auténtica novedad, que esperamos sirva para dar una respuesta eficaz a las personas con patología dual que no la encuentran en el modelo de ámbitos estancos y paralelos actual.

La Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Salud y Consumo refiere que el enfoque está centrado en mejorar la calidad y eficiencia en la atención sanitaria a la patología dual, a través de dos instrumentos de coordinación interinstitucional e interprofesional: el acceso de los profesionales de la Red de Adicciones a la Historia de Salud Digital del Servicio Andaluz de Salud y la coordinación con los dispositivos de apoyo de la red pública de salud mental.

No comprende, en cambio, que las funciones asignadas a los facultativos que forman parte de los centros públicos de atención a la drogodependencia, integrados en el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, se extiendan a funciones propias de los médicos del sistema sanitario público, como la prescripción farmacológica, las derivaciones o la solicitud de pruebas complementarias.

1.1.8. La perspectiva de familiares, asociaciones y entidades: reivindicaciones basadas en la experiencia de una labor 24/7

Terminamos recogiendo las reivindicaciones de las familias y entidades del tercer sector, directamente implicadas e interesadas en la salud mental de aquellas personas que padecen un trastorno de salud mental, por la autoridad de una fuente cuya experiencia se basa en una labor, cuidado y dedicación de 24 horas al día los siete días de la semana:

1. El reconocimiento del peso del papel asociativo y con ello la mejora de su financiación y recursos: las entidades son cruciales en la atención a la salud mental, dando un soporte que no puede ser cubierto desde la Administración sanitaria.
2. La mejora en el enfoque específico de la patología dual.
3. La atención a la salud mental de las personas sin hogar, en la que debe potenciarse el trabajo interdisciplinar.



4. La soledad de las familias y la falta de apoyo a las personas que cuidan a seres queridos con problemas de salud mental y, especialmente, las dificultades que encuentran para implicarse en el tratamiento en los casos con objeción de la persona afectada.

1.1.9. Recursos residenciales del sistema sanitario en salud mental o del Sistema de la Dependencia

Para terminar, añadiremos que nos suscita dudas la delimitación del campo de actuación de los recursos residenciales de salud mental del sistema sanitario público, cuyas plazas de media-larga estancia son muy escasas, en relación con los recursos residenciales de personas con problemas de salud mental, integrados en el Sistema de la Dependencia.

Y ello, porque en ocasiones tenemos la impresión de que la alternativa a los segundos cubre un ámbito que debería tener una intervención específica de los de salud mental del sistema sanitario.

2.1.5. Salud y bienestar

2.1.5.1. Introducción

El reflejo de cómo ha quedado garantizado el derecho a la protección de la salud, y cada uno de los derechos reconocidos a pacientes y personas usuarias por el artículo 22 del Estatuto de Autonomía de Andalucía en el ejercicio 2023, en las medidas que para su organización y tutela adoptan los responsables del sistema sanitario público de Andalucía, es la visión que pretenden ofrecer estas líneas, desde la perspectiva al alcance del Defensor del Pueblo Andaluz.

A lo largo de su desarrollo **expondremos** los obstáculos de la **Atención Primaria**; las dificultades generadoras de listas de espera y de dilaciones en los **tiempos de respuesta asistencial**; la especial incidencia que provoca en el sistema la **insuficiencia de especialistas**; la pendencia de convocatoria del concurso para la adjudicación de las **Oficinas de Farmacia**. Asimismo, daremos cuenta de la aceptación por la Administración sanitaria de la resolución del Defensor sobre la mejora del **procedimiento de compensación de gastos electricidad por oxigenoterapia domiciliaria**; hablaremos de algunas políticas sanitarias, como la de las **personas afectadas por la talidomida** y la fragilidad de las personas mayores y con discapacidad frente a los **efectos adversos de las olas de calor**; y culminaremos la exposición con algunos derechos específicos de los andaluces y andaluzas, como el de **acceso a la historia clínica** y a la **prestación de la ayuda para morir**.

Es preciso puntualizar que los variados y numerosos aspectos tratados este año nos han obligado a seleccionar únicamente aquellos asuntos que han presentado una mayor relevancia e interés social en 2023, cuantitativa o cualitativa-mente, relegando algunos otros que no hemos podido incluir y que pretendemos retomar en el ejercicio venidero, tales como cuestiones de salud pública y, dentro de ella, la vacunación; las urgencias y emergencias; el transporte sanitario; la prestación farmacéutica, o la responsabilidad patrimonial.

Puntualizamos, para tener presente toda la información relevante de interés en materia sanitaria, que **en el Informe sobre Infancia y Adolescencia se comprende todo lo que concierne a la salud de las personas menores de edad** y, en particular, a la atención pediátrica. Y aclaramos que, por excepción, el **análisis de la Salud Mental** no se incluye en este capítulo como es usual, compilando su estudio **en el capítulo 1 de este Informe Anual**, dentro de las actuaciones relevantes de 2023, en el que pueden consultarse tanto las demandas formalizadas ante la Institución por la ciudadanía, como las tres Jornadas organizadas por el Defensor del Pueblo Andaluz para analizar las necesidades de grupos específicos de población.



2.1.5.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

2.1.5.2.1. Atención Primaria

Iniciamos el relato con la **Atención Primaria**, que a lo largo de 2023 ha seguido en la tónica de provocar **quejas por su inaccesibilidad**, procedentes de todas las provincias andaluzas, revelando los problemas que enfrentan los andaluces y andaluzas en algunos distritos sanitarios, zonas básicas de salud, o en centros de salud y consultorios concretos.

Los testimonios recogidos conforman una fuente de conocimiento de enorme valor e interés para esta Institución, contribuyendo de forma decisiva a la formación de un criterio objetivo, imprescindible para el adecuado ejercicio de las competencias del Defensor del Pueblo Andaluz, como garante de los derechos y libertades constitucionales y estatutarios.

La mayor parte de las denuncias individuales se han referido a las **dificultades para la obtención de cita** con el médico de familia (presencial o telefónica), a través de cualquiera de los procedimientos establecidos para ello que, además del tradicional de acudir al centro de salud con dicho objeto, son la aplicación o el teléfono de Salud Responde, así como el teléfono del propio centro de salud.

Ocurre que desde hace mucho tiempo la ciudadanía manifiesta que la última vía (el teléfono del centro de salud), es un instrumento inoperativo, dado que nadie responde las llamadas y ni siquiera se oyen sonar los teléfonos en el centro. Mientras que las otras dos formas de demanda de atención sanitaria están restringidas a la asignación de cita médica cuando existe disponibilidad de agenda en los siguientes 15 días. Como quiera que en muchos centros la demanda lo impide, queda únicamente abierta al paciente la alternativa tradicionalista de desplazarse presencialmente a Atención a la Ciudadanía de su centro de salud, donde le asignarán cita médica ordinaria, cita médica no demorable o le derivarán a la consulta de acogida, en su caso, para que el personal de enfermería a su cargo valore si procede la resolución con la prescripción de cuidados de enfermería o, en su defecto, el nivel de prioridad de la asistencia precisada de atención médica y la canalice, bien de forma urgente, bien asignando cita presencial para consulta no demorable.

En definitiva, un verdadero cambio organizativo en las vías de acceso que conocíamos y transitábamos, urgida por la insuficiencia de personal facultativo en relación con la intensidad de la demanda que, conforme apreciamos, no parece contentar ni a personas usuarias ni a personal médico de este nivel. Esto genera mucha confusión e incomodidad a las primeras e incrementa la presión asistencial de los segundos, dado que a la postre todo lo que es competencia del facultativo y no admite cita ordinaria programada por agenda, acaba derivando en la solicitud de atención no demorable o colapsando las urgencias de Atención Primaria, convertidas de facto en una jornada más de “*pasar consulta*”.

Este proceder provoca asimismo una ruptura del vínculo y de la relación médico-paciente, a la que tantas veces hemos apelado como elemento connatural a la atención sanitaria del ámbito primario.

Un efecto añadido, que simplemente citaremos en esta ocasión, al tener previsto su completo análisis en 2024 a la luz de los informes recabados y de la normativa de aplicación, es el que viene planteándose a esta Institución por las personas que han visto frustrado el acceso a la incapacidad transitoria y perjudicados sus derechos, por la imposibilidad de obtener cita de consulta médica para la pertinente valoración del proceso. Reservamos este asunto a la próxima dación de cuenta parlamentaria.

En el germen de los problemas de accesibilidad, como es notorio, se encuentra la **insuficiencia de los especialistas de Atención Primaria, ya médicos de familia ya pediatras**, que no permiten contar con una dotación completa de las plantillas de determinados centros de salud y consultorios y que dejan expuesto cómo los facultativos que prestan servicio en los mismos se ven en la tesitura de “repartirse” los cupos de otros compañeros cuando sobreviene cualquier eventualidad de la vida ordinaria (jubilaciones, incapacidad transitoria de larga duración, vacaciones, permisos o reducciones de jornada).

Mucho se ha continuado hablando en 2023 de esta falta de profesionales sanitarios en el ámbito primario, acuciada por una **previsión de jubilaciones de gran envergadura**, que preocupa seriamente a esta Institución, ante el peligro que representa y las dificultades que observamos en su contención.

Entre las medidas adoptadas por los responsables de la organización de los servicios públicos de salud, dirigidas a paliar el déficit de profesionales de Atención Primaria, hemos venido conociendo las renovaciones de contratos eventuales



del Servicio Andaluz de Salud, con origen en los llamados refuerzos COVID, como complemento de la Oferta Pública de Empleo de estabilización y de las convocatorias de concursos de traslados.

De forma novedosa, el [Acuerdo de 4 de julio de 2023, del Consejo del Gobierno](#), exime del requisito de la nacionalidad, previsto en el artículo 106.1.a) de la Ley 5/2023, de 7 de junio, de la Función Pública de Andalucía, para la realización de nombramientos de carácter temporal del personal médico especialista y personal de enfermería extranjero no comunitario por el Servicio Andaluz de Salud, que se ha reproducido para 2024 por el consecuente [Acuerdo de 5 de diciembre de 2023, del Consejo de Gobierno](#).

Dichos Acuerdos permiten al Servicio Andaluz de Salud nombrar subsidiariamente a personas extranjeras no comunitarias tras haber agotado las posibilidades de contratación de personas que cumplan con el requisito de nacionalidad y condicionado a la inexistencia de profesionales de estas últimas.

En su texto se califica como situación endémica *la escasez de personal médico especialista y de enfermería en determinadas zonas geográficas y especialidades, así como en determinados períodos de crecimiento puntual de la demanda asistencial*, constatando que se prolonga en el tiempo más allá de los períodos vacacionales del personal sanitario.

Como causas se citan el escaso atractivo profesional de determinadas plazas (Medicina de Familia, Pediatría de Atención Primaria o Enfermería, en zonas rurales alejadas geográficamente de las capitales de provincia andaluzas y del resto de los grandes núcleos de población); el mayor número de jubilaciones de profesionales sanitarios acordes a la demografía; y el desajuste en la formación del número suficiente de profesionales sanitarios que asegure el relevo generacional en algunas categorías.

Analizadas dichas causas, entendemos que es inevitable el merecido acceso a la jubilación de los facultativos de primaria y, por tanto, irreversibles sus consecuencias, pero valoramos que sí admiten en cambio medidas reactivas las otras dos razones, cuya cobertura (de las plazas menos demandadas) y ajuste (de los profesionales en formación), dependen de las decisiones organizativas y de potenciación de los recursos humanos competencia de los responsables públicos.

A colación de ello, existe previsión en curso de regulación normativa, mediante el [Proyecto de Decreto por el que se aprueban las bases generales que han de regir el concurso extraordinario para la provisión de puestos de difícil cobertura en los centros e Instituciones Sanitarias del Servicio Andaluz de Salud](#).

El proyecto, que tiene en mente las plazas de Atención Primaria en las zonas rurales, prevé la convocatoria de los puestos de difícil cobertura a través de un concurso extraordinario, con un específico baremo de méritos, que permite obtener plaza fija en dichas vacantes, vinculado a un compromiso de permanencia temporal en el destino obtenido e incentivos profesionales (formación continuada, reconocimiento, desarrollo profesional y mejoras retributivas por complemento de carrera profesional, en los procesos de movilidad voluntaria).

La calificación de puesto de difícil cobertura ya preexistía en la normativa y en los Planes de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud, sujeta a criterios objetivos predefinidos y determinados en las correspondientes Resoluciones de la Dirección General de Profesionales de la Agencia, concentrándose en el entorno rural las Zonas Básicas de Salud que admiten encaje en el concepto.

La novedad ahora es la regulación reglamentaria por Decreto, los beneficios profesionales proyectados y, desde luego, el elemento determinante, el **compromiso temporal de permanencia** en el puesto obtenido en el concurso.

Esta previsión debería ofrecer una respuesta acorde con el derecho a la protección de la salud a zonas como, entre otras, la **Zona Básica de Salud de Estepa**, cuyas alcaldías nos trasladaron las dificultades que atraviesan para poder contar con médicos de familia y pediatras en los centros de salud y consultorios de los municipios que forman parte de la misma.

En la reunión mantenida en octubre de 2023 con representantes consistoriales en la sede de la Institución, expresaron estas deficiencias, que asimismo habían sido trasladadas en numerosas quejas vecinales de forma previa y posterior al encuentro.

La insuficiente atención primaria fue acreditada por los interesados remitiendo una relación completa de la situación de la plantilla facultativa en todos los centros de la Zona Básica, integrada por 1 centro de salud (el de Estepa) y 10 consultorios (Badolatosa, Casariche, Gilena, Herrera, La Roda de Andalucía, Lora de Estepa, Marinaleda, Matarredonda, Pedrera y el consultorio auxiliar Corcoya).



Ponemos término a este apartado, dejando constancia de otras reivindicaciones colectivas, como las expresadas por representantes de la **Marea Blanca en Sevilla**, que comparecieron ante el Defensor del Pueblo Andaluz en febrero de 2023 para manifestar su preocupación por la Atención Primaria de salud en lo atinente a la escasez de sus profesionales y alertados ante el riesgo de que esta carencia propiciara su **progresiva privatización**, como reflejaba la previsión incluida en la Orden de 23 de febrero de 2023, por la que se actualiza y desarrolla el sistema de presupuestación y tarificación de los convenios y conciertos que suscriba el Servicio Andaluz de Salud para la prestación de asistencia en centros sanitarios.

Expresaron los comparecientes la naturaleza especial de la Atención Primaria, destacando la labor del médico de familia en beneficio del sistema sanitario público, el especial vínculo y función que desempeña y la quiebra de todos estos elementos que supondría el recurso a medios privados para la dispensación de este tipo de atención sanitaria.

El Defensor del Pueblo Andaluz comparte plenamente esta consideración que, no en vano, generó una gran contestación en la opinión pública hasta ser reconsiderada por los responsables de la Administración sanitaria, abordándose finalmente su rectificación por [Resolución de 8 de enero de 2024, de la Secretaría General Técnica](#), por la que se acuerda someter a información pública el proyecto de orden por la que se modifica la Orden de 23 de febrero de 2023, por la que se actualiza y desarrolla el sistema de presupuestación y tarificación de los convenios y conciertos que suscriba el Servicio Andaluz de Salud para la prestación de asistencia sanitaria en centros sanitarios.

2.1.5.2.2. Tiempos de respuesta asistencial

La principal preocupación del Defensor del Pueblo Andaluz en la anualidad 2023 ha venido propiciada por la constatación de un **severo incremento** de los testimonios de la ciudadanía sobre los **tiempos de respuesta asistencial** en el segundo nivel de ordenación funcional de la atención sanitaria, esencialmente, en el acceso a la primera consulta de asistencia especializada por derivación desde atención primaria y a intervención quirúrgica.

Incremento que, ya avanzamos, ha revelado un recrudecimiento especial en la provincia de Jaén debido a la falta de profesionales sanitarios de diversas especialidades en la plantilla del complejo hospitalario.

Los datos cuantitativos generales sobre listas de espera pueden consultarse en la web del [Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud](#), que contiene los desglosados por comunidades autónomas; así como se albergan los correspondientes a los diferentes centros sanitarios en Andalucía en la web del sistema sanitario público andaluz, actualizados en ambos casos a fecha de [junio de 2023](#).

Ciñéndonos a los tratados por nuestra parte, es lo cierto que todo análisis de las conocidas como listas de espera sanitarias lo afrontamos a través de un doble filtro, a saber: el conocimiento de su entidad y alcance y el examen de las razones expresadas por los diferentes centros sanitarios.

Incumbe a esta Defensoría, por deber competencial propio, ofrecer una visión fidedigna de ambos elementos, por cuanto ambos, en conjunción, permiten obtener una imagen nítida de la situación concurrente y, eventualmente, contribuir a la búsqueda de alternativas consecuentes con la protección del derecho a la salud constitucional y estatutariamente consagrado.

Como viene siendo habitual, revisaremos las demoras en el acceso a las primeras consultas de especialidad, a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y a las intervenciones quirúrgicas.

En términos meramente cuantitativos, **la entidad de las quejas por demoras en acceder a la primera consulta de especialidad y a una intervención quirúrgica se ha duplicado en 2023, mientras que las que expresan el retraso en la práctica de procedimientos diagnósticos ha cuadruplicado las recibidas en 2022**. Probablemente ha influido en este último dato la posibilidad de prescripción de estas pruebas de que se ha dotado a los facultativos de la Atención Primaria.

En particular, **la lista de espera quirúrgica, ha sido con mucha diferencia, el problema que más preocupación ha generado a lo largo de 2023**, alcanzando cifras que en nada se asemejan a las de ejercicios anteriores, que hasta ahora no habíamos conocido.

La intensidad de la demanda nos ha llevado a revisar los registros del Defensor del Pueblo Andaluz remontándonos a 2015, comprobando que las peticiones en este campo venían experimentando un crecimiento paulatino, pero moderado,



hasta el fin de 2018, que se estabilizaron en 2019, cayeron, por razones obvias, en los ejercicios 2020 y 2021 en el marco de la pandemia, y experimentaron un nuevo aumento algo más acusado en 2019 hasta duplicarse en 2023 de forma inédita.

Las dilaciones apuntadas, además, ciertamente **han concernido a todos los hospitales andaluces** que desarrollan actividad quirúrgica, estando el número de quejas formuladas frente a cada uno en relación de equilibrio respecto de su respectiva envergadura y ámbito de influencia. Es muy significativo que la excepción la constituya el hospital de la ciudad de Jaén, al que aparece vinculado el mayor número de quejas recibidas. Superan incluso las presentadas frente al Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, si tomamos en consideración la población bajo la influencia de este último y su mayor cartera de servicios.

Desde la **perspectiva de la ciudadanía**, los motivos por los que los andaluces y andaluzas inscritos en la correspondiente lista de espera quirúrgica dirigen petición de ayuda a esta Institución se fundan en el **vencimiento del plazo garantizado** por el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Muchos de los afectados nos dicen que la operación tiene indicación de prioridad asistencial preferente; otros precisan que ya han sido sometidos a las pruebas preoperatorias (en algunos casos hasta en tres ocasiones), e incluso en algún caso aguardado cuatro años hasta ser intervenidos.

Todas las personas comparecientes solicitan, claro está, que instemos al centro hospitalario a realizar la intervención, apelando al sufrimiento que padecen, a su inquietud por el agravamiento de la dolencia, a la incapacidad para hacer una vida autónoma entretanto, o al temor por la pérdida de sustento al encontrarse en situación de incapacidad laboral de largo tiempo.

Dependiendo de las gestiones ejercidas por cada una y de su mayor o menor grado de información, interesan conocer las alternativas que pueden poner en práctica para solventar su problema de salud, ya en un centro público, ya en uno privado; orientación sobre cómo ejercer la garantía superado el plazo máximo; denuncian no haber obtenido respuesta a su solicitud de expedición de la autorización para intervenir en un centro privado, prevista en el Decreto 209/2001 (Anexo IV). También su perplejidad y decepción por haber recibido respuesta a una reclamación, en la que se les informaba sobre la opción de solicitar la referida autorización para ser intervenido en el centro privado de su elección, acudiendo para dicha gestión al Servicio de Atención a la Ciudadanía del hospital, personados en el cual se les indica que no existe dicha posibilidad y que, a lo sumo, podrían operarse y reclamar el reintegro parcial de gastos al Servicio Andaluz de Salud, perdiendo la diferencia del coste, o ejercer la libre elección de centro entre los del sistema sanitario público de Andalucía.

Sobre esto último, algunas personas nos explican que no desean cambiar de hospital, temerosas de perder su antigüedad y/o de enfrentarse de nuevo a todo el proceso, alegando además no disponer de criterios que les permitan orientar su elección conforme a las cargas asistenciales de otros centros; otras, rechazan la derivación a un centro concertado que eventualmente se les ofrece por su hospital, por la confianza depositada en este.

No faltan quienes rehúsan seguir el consejo de intervenir e intentar posteriormente el reintegro parcial de gastos, por carecer de recursos económicos para ello, ni quienes, al contrario, tras ardua y dolorosa espera, asumen el coste de la intervención en un centro privado y nos exponen su deseo de resarcirse mediante el ejercicio de la acción pertinente frente a la Administración sanitaria.

¿Y qué responden las **gerencias de los diferentes centros sanitarios**? Pues hemos de decir que en cuanto a las causas del retraso de las cirugías de las distintas especialidades, es común a prácticamente todos los responsables de los hospitales aludir a la elevada presión asistencial que soportan, producto de la inactividad quirúrgica acumulada durante la pandemia, cuyos efectos refieren que no han podido ser todavía superados. Indican que realizan el máximo esfuerzo con los quirófanos disponibles, trabajando más allá de sus posibilidades. Destacan la priorización de los quirófanos para pacientes oncológicos y urgentes, sin que a pesar de ello resulte posible evitar las demoras. Y concluyen que es paulatino el proceso para reducir la bolsa de pacientes generada en espera de intervención quirúrgica, con crecimiento incesante por pacientes demorados en la pandemia y las nuevas indicaciones, de forma que los resultados deberán ser asimismo progresivos.

Del mismo modo, tratándose de **procedimientos concretos**, los informes destacan que la **demora se acentúa por la limitación de recursos de la Unidad competente**, máxime cuando la misma funciona como servicio de referencia y el procedimiento no es susceptible de derivación a centro concertado ([queja 23/3542](#)).



Así ocurre con procedimientos de **Cirugía Oral y Maxilofacial** y, acusadamente, en el campo de la **Neurocirugía**, como nos advierte el Hospital Regional de Málaga y de forma más precisa, con datos objetivos, el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Este último informaba en diciembre de 2023 de que el Servicio de Neurocirugía tiene más de 1000 pacientes en lista de espera quirúrgica, con un total de 540 pacientes fuera de Decreto y una demora media de 246,2 días y máxima de 939 días, sobre un plazo garantizado de 180 días.

Añadía dicho hospital que anualmente realiza prácticamente 2000 intervenciones quirúrgicas de pacientes pediátricos y adultos, repartidas entre 1500 intervenciones programadas y 400 cirugías urgentes, aclarando que dicha actividad ha disminuido respecto de 2022 en un 7,48% por la reducción de quirófanos producida **por la escasez de profesionales de Anestesiología y una plantilla insuficiente**. Tomando especialmente en consideración, como destacaba el centro, que el Servicio de Neurocirugía del hospital es una Unidad de Gestión Clínica Intercentros que da respuesta a toda la provincia de Sevilla (1,9 millones de habitantes), a determinadas patologías vasculares y cerebrales complejas de pacientes de Huelva (533.272 habitantes), y responde ante peticiones de asistencia de complejidad de otras provincias andaluzas.

Los **equipos de intervención de patologías traumatológicas**, en general, también nos trasladan la intensidad de su actividad y las elevadas listas de espera, como los 2747 pacientes que en agosto de 2023 aguardaban una operación en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Por el **Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva** se ponía el acento en que el centro cuenta únicamente con **dos consultas de Urología** para toda la provincia desde hace 30 años y ello a pesar del envejecimiento de la población, para concluir que el esfuerzo de los profesionales no basta, en consecuencia.

Sobre las **medidas organizativas internas** de la lista de espera quirúrgica, las gerencias trasladan su gestión bajo diversos criterios concurrentes: antigüedad de inscripción y criterios clínicos de priorización de casos, ya por las características de las personas usuarias, ya por razones organizativas, sin que lleguemos a dilucidar qué papel juega la indicación de prioridad asistencial preferente, ni cómo se gestionan las intervenciones que no están incluidas entre los procedimientos garantizados.

Del mismo modo, al margen de la mengua de profesionales sanitarios que soportan, nos trasladan la repercusión que suponen las diferentes situaciones laborales de la plantilla, permisos de paternidad y maternidad, bajas por enfermedad o reducciones voluntarias de jornada, entre otras.

Desde la **perspectiva general de las políticas públicas**, las gerencias hospitalarias apuntan a soluciones que escapan a su facultad de decisión, destacando los beneficios alcanzados a través de los conciertos que se activaron tras la pandemia con centros privados en todos los hospitales públicos y el programa extraordinario de autoconcierto que se adoptó durante algunos meses del año 2022, así como la ampliación de jornadas quirúrgicas y autoconciertos.

Un aspecto sobre el que deseamos detenernos es el de la **información sobre las alternativas que desde los centros hospitalarios se proporciona** a las personas que reclaman su intervención, vencido el plazo garantizado, dado que en la misma denotamos diferencias entre centros, que revelan confusión.

Estas opciones se concretan en solicitar el certificado de acreditación de la garantía de respuesta quirúrgica establecido en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, o ejercer su derecho de Libre Elección de hospital.

Por lo que atañe a la primera opción, la del **certificado de acreditación de la garantía de respuesta quirúrgica**, encontramos hospitales en los que no se responde a la solicitud de información sobre cómo solicitar el certificado, o a la petición formal de su expedición ([queja 22/7320](#)).

Otros centros, en los que, previa reclamación, se responde a la persona interesada sobre lo dispuesto en la normativa, esto es, sobre su derecho a solicitar ante la Dirección Gerencia del Hospital el documento acreditativo que constata el incumplimiento del plazo garantizado para la cirugía (Anexo IV) y que le autoriza para acudir al centro privado de su elección, conforme al Decreto 209/2001.

Ninguna de las respuestas a las reclamaciones analizadas refleja verazmente toda la información relevante al no advertir sobre las consecuencias de ejercer dicha solicitud. Y es que la realidad es que no existen centros privados que asuman la intervención quirúrgica de pacientes una vez superada la garantía de plazo, y que los precios fijados en el Decreto 209/2001 (Anexo I) son ostensiblemente inferiores a lo que cuestan las intervenciones quirúrgicas en los centros



privados. Es decir, la garantía no puede ejercerse en los términos en que la regula el Decreto 209/2001 para intervenciones quirúrgicas, ni el Decreto 96/2004 ([queja 23/3540](#) y [queja 23/5902](#))

Así, en algunos casos, es el Servicio de Atención a la Ciudadanía al que acude la persona interesada con la respuesta formal dada a su reclamación, el que le advierte que los gastos derivados de la intervención quirúrgica a satisfacer por la Administración Sanitaria Pública de la Junta de Andalucía serán como máximo los correspondientes a las cuantías que figuran en el Anexo 1 del Decreto 209/2001, con el consiguiente desistimiento por el afectado de su intención, y que para la recuperación parcial del coste facturado por el centro privado deberá asumir el importe íntegro de la intervención y después iniciar la petición de reintegro de gastos hasta dicho límite.

Lo explica de forma expresa el Hospital San Cecilio de Granada, cuando dice que: *es importante señalar a este respecto que desde la fecha de publicación del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre y Órdenes posteriores, así como el Decreto 96/2004, ningún centro privado ha solicitado, en toda Andalucía, la firma del convenio ofertado por el Servicio Andaluz de Salud para la realización de intervenciones quirúrgicas, consultas de especialistas y pruebas diagnósticas, cuando se supera el plazo de respuesta establecido por decreto.*

Por tanto, hasta ahora no ha sido posible ofrecer al ciudadano que solicita el documento Acreditativo de Garantía ningún listado de centros conveniados para hacerlo efectivo.

Cabe apuntar igualmente, la importancia de explicar que las órdenes de desarrollo de tales decretos recogen los precios máximos a facturar por la asistencia prestada en tales procedimientos. De modo que la persona usuaria sea conocedora de que una vez solicitado y tramitado el Documento Acreditativo de la Garantía, y en caso de que desee optar por realizarse el procedimiento en cualquier centro privado que acepte acogerse a los términos estipulados en los mencionados decretos y órdenes posteriores, el coste máximo que será abonado por el Servicio Andaluz de Salud es el que figura para cada procedimiento en el ANEXO I de la Orden de procedimiento de pago, de 18 de marzo de 2005.

Ello limita las opciones a que a la persona afectada se le dé respuesta con los recursos y medios propios de su Hospital o se le ofrezca la realización del procedimiento en los centros concertados con el Servicio Andaluz de Salud para la actividad.

En relación con la segunda de las alternativas, la de ejercer la **libre elección de centro**, apreciamos que para una decisión debidamente informada por parte de la persona afectada es preciso que cuente con los elementos objetivos que le permitan adoptarla, básicamente sobre la carga asistencial de otros hospitales, el iter o actuaciones sanitarias que comporta el cambio, y si se conserva o no la antigüedad de la fecha de inscripción en el Registro. Lo que no siempre ocurre, como muchas personas nos manifiestan, viéndonos en ocasiones obligados a recordar a la Dirección Gerencia del hospital que la omisión por la Gestoría de Personas Usuarias de la información precisa obsta al ejercicio del derecho, dado que es complicado el ejercicio de derechos cuyo alcance y contenido se desconoce. Ello sin perjuicio de que la información puede ser asimismo proporcionada contactando con Salud Responde.

El ejercicio de la libre elección de centro por una persona en lista de espera quirúrgica, usualmente requiere obtener cita médica con el equipo del nuevo centro que realizará la intervención, a fin de que confirme el diagnóstico y la indicación quirúrgica. Ello supone que entretanto el paciente aparece en la lista de espera quirúrgica en situación de transitoriamente no programable por reevaluación clínica, sin que ello se acomode técnicamente al concepto del Decreto 209/2001.

Con todo, lo cierto es que la libre elección de centro del Decreto 128/1997, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, **no parece un instrumento previsto para que la ciudadanía sortee los obstáculos de la listas de espera** en sus respectivos centros de referencia, por lo que esta forma de ejercicio no resulta acorde con su naturaleza y objeto.

La conclusión es la ineludibilidad de la lista de espera por el elevado número de pacientes en relación con los recursos quirúrgicos de los hospitales, la insuficiencia de los instrumentos adoptados para paliarla y, de forma colateral, la sobrecarga de otros ámbitos del sistema, como la proliferación de reclamaciones que han de ser informadas y atendidas.

A la vista de todo ello, esta Institución considera que **es preciso reevaluar de forma completa la accesibilidad al sistema sanitario público de Andalucía en su segundo nivel de ordenación funcional**, el de la Atención Especializada, en su vertiente de tiempos de respuesta asistencial, con la finalidad de sentar sus bases, clarificar el marco en el que ha de desenvolverse su garantía y dar seguridad sustantiva a los instrumentos de los que puede hacerse uso para su efectividad, dentro del respeto a nuestra norma estatutaria y de forma acorde a la actual realidad social.



Para ello, estimamos oportuno que se acometa el **desarrollo legislativo del artículo 22.2 del EAA**, que reconoce a pacientes y personas usuarias del sistema andaluz de salud el derecho a la garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos (g), así como a la información sobre los servicios y prestaciones del sistema y sobre los derechos que les asisten (c). Derechos que, conforme al artículo 38 del Estatuto deben ser desarrollados por leyes del Parlamento que, respetando su contenido esencial estatutario, determinen las prestaciones y servicios vinculados, en su caso, al ejercicio de estos derechos.

No en vano, la mayoría de los derechos referidos a la salud de la ciudadanía andaluza que enumera el artículo 22.2 del EAA de 2007, no se encuentran regulados por ley de nuestro Parlamento, sino por normas de rango reglamentario preexistentes al mismo.

2.1.5.2.3. Atención Especializada

Hemos reservado un análisis diferenciado al problema de la **falta de especialistas** en el nivel de la **Atención Especializada** como una de las causas más influyentes sobre los tiempos de respuesta asistencial. Esta insuficiencia obsta a un acceso más fluido a las primeras consultas de especialidad, incide en la realización de numerosas pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos, y dilata las intervenciones quirúrgicas.

Ocurre con los **anestesiistas**, cuya carestía incide en las pruebas precisadas de sedación (colonoscopias, resonancias, punción ovárica...) y limita la programación de intervenciones quirúrgicas.

Sobre esta realidad, con algún ejemplo expuesto en el apartado precedente, el Gerente del Hospital de Jaén afirmaba: *Como es conocido por la Consejería de Salud, en nuestro hospital existe un déficit de facultativos de Anestesiología con la consiguiente disminución de sesiones quirúrgicas disponibles. Desde el inicio de la pandemia SARS Cov2 (año 2020), el Servicio de Cirugía General ha pasado de 13 quirófanos programados semanales disponibles a solo 4 o 5 durante estos últimos dos años. En este sentido, actualmente las escasas sesiones quirúrgicas programadas disponibles se destinan a intervenciones de pacientes oncológicos hasta en el 95 % de los casos, en detrimento de patologías teóricamente benignas, pero que son muy limitantes y con un alto grado de merma en la calidad de vida de los pacientes.*

Ello explica que el mayor número de quejas por dilaciones en intervenciones quirúrgicas se hayan planteado respecto del Hospital de Jaén, dando lugar a la iniciación de una investigación de oficio ([queja 23/1528](#)), a lo largo de la cual hemos conocido que dicho centro sanitario está necesitado de diversos tipos de especialistas (traumatólogos, neurólogos...), cuyas conclusiones estamos en trance de finalizar.

La especialidad de neurología también apunta a carencias que se evidencian desde hace tiempo y que hace unos años ya expresaba la Gerente del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva. Centro respecto del que iniciamos de oficio una investigación sobre la infradotación de estos especialistas en la provincia de Huelva ([queja 23/7274](#)).

La investigación de oficio tramitada en **Huelva**, se basó en las informaciones aportadas por algunas quejas individuales sobre demora en las consultas de especialidad, reforzadas por las peticiones presentadas por personal del Servicio Andaluz de Salud y la Asociación Onubenses por una Sanidad Pública de Calidad (ONUSAP), manifestando el riesgo añadido de cierre de la Unidad de Ictus del Hospital Juan Ramón Jiménez.

El Director Gerente del Servicio Andaluz de Salud aportó en noviembre de 2023 los datos de pacientes pendientes de primera consulta a junio de 2023, derivados desde Atención Primaria, ascendentes a un total de 7359 personas, siendo la demora media de 242 días y 6446 el número de personas con demora superior a 60 días.

A este dato habría que añadir, a nuestro entender, las citas pendientes de procedencias distintas, esto es, interconsultas y consultas de seguimiento o revisión.

La plantilla presupuestada de personal especialista en Neurología es de 10 facultativos, aunque son 13 los autorizados para dar cobertura a toda la población onubense (medio millón de personas) y atender demandas de consultas externas (primeras citas y de revisión), la hospitalización en planta y la Unidad de Ictus con 24 horas de actividad presencial.

El Gerente del Servicio Andaluz de Salud rememora un primer momento crítico iniciado en mayo de 2021 cuando la plantilla -cubierta pero con un solo neurólogo titular de la plaza-, se mermó por causas diversas: renuncia a contratos



con marcha a otros centros, permisos de maternidad, paternidad y reducciones de jornada por guarda legal o cuidado de mayores.

Estas circunstancias obligaron a priorizar la atención al ictus y la hospitalización, con la consiguiente disminución de las consultas externas y el incremento de la demora.

Finalmente, el Gerente refería la mejora de la situación a través del **acuerdo de colaboración suscrito con los hospitales de Sevilla**, un plan de choque para las consultas y la estabilización de parte de la plantilla alcanzada con la consolidación de la última oferta de empleo público, con once neurólogos y la previsión de completar plantilla con la contratación de dos más en noviembre de 2023.

Refirió, por otra parte, que la escasez de determinados Facultativos Especialistas de Área obedece a un problema social de jubilaciones masivas y a la oferta por centros públicos y privados de otras provincias limítrofes.

Por su parte, la **Asociación Muévete por el Parkinson de Jaén y provincia**, nos expresaba la **inequidad entre provincias** de nuestra comunidad autónoma, afirmando que es desigual y desproporcionado el número de especialistas neurólogos con que cuenta cada una en proporción a su población e incidencia. Lo que en el caso de la provincia de Jaén se traduce en la desatención de las patologías neurológicas, a juicio de dicha asociación, dado que el hospital de su capital solo tiene cuatro neurólogos y son plurales las personas que lamentan no contar con cita en dicha especialidad, especialmente mayores.

Para finalizar, una simple referencia ilustrativa al informe del responsable del Hospital Alto Guadalquivir cuando explicaba las razones de la demora en una cita de **Urología** expuesta por un paciente, señalando la concurrencia de causas de fuerza mayor por encontrarse el hospital desde el mes de enero de 2023 con una reducción del 70% en la plantilla de facultativos del Servicio de Urología pendiente de cubrir, como consecuencia de jubilaciones y traslados de profesionales por la correspondiente oferta de empleo público del Servicio Andaluz de Salud.

2.1.5.2.4. Centros y servicios sanitarios

En lo que atañe a **centros y servicios sanitarios** se ha reiterado la necesidad de **convocatoria del procedimiento para la adjudicación de nuevas oficinas de farmacia**, con fundamento en la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía, desarrollada por el Decreto 36/2018, de 6 de febrero, por el que se regula el procedimiento de adjudicación de nuevas oficinas de farmacia, que entró en vigor el día 13 de febrero de 2018.

El Decreto referido establece una periodicidad mínima de las convocatorias de concurso público para la adjudicación de nuevas oficinas de farmacia de cinco años. Siendo esta la razón por la que ante esta Institución se instó a requerir el cumplimiento de dicha previsión, habida cuenta de que el plazo máximo había vencido el 13 de febrero de 2023.

Desde la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Consumo, se comunicó a esta Institución que, efectivamente, el Decreto 36/2018, de 6 de febrero, dispone que las convocatorias de concurso público para la adjudicación de nuevas oficinas de farmacia se realizarán al menos una vez cada cinco años, si bien razones de practicidad procedimental retrasaban el cumplimiento del plazo.

En particular, se indicaba que: *Se ha considerado necesario adaptar las reglas aplicables a dicho procedimiento a fin de actualizarlas y conseguir una mayor eficiencia en este proceso que redunde en la asistencia farmacéutica a la población, razón por la cual por parte de la Consejera de Salud y Consumo se ha declarado que antes de final de año se publicará la convocatoria del segundo concurso público de adjudicación de nuevas oficinas de farmacia, solo pendiente de la aprobación del Decreto (Ley) de Simplificación Administrativa que prepara la Consejería de Presidencia.*

Y así se concluía que, aun no siendo posible establecer una fecha concreta para la aprobación de dicho Decreto-ley, *todo apunta a que de aquí a comienzos de 2024 el procedimiento de convocatoria debería estar ya iniciado.*

Ello no obstante, al cierre de este Informe conocimos el anuncio de la culminación del aludido Decreto Ley por el que se adoptan medidas de simplificación y racionalización administrativa, que contiene las medidas que permitirán finalmente convocar el concurso público para la adjudicación de nuevas oficinas de farmacia.



2.1.5.2.5. Prestaciones sanitarias

Dentro de las **prestaciones sanitarias**, retomamos el asunto ya avanzado en el Informe Anual de 2022, sobre la **compensación de gastos de electricidad por oxigenoterapia domiciliaria**, que llevó a esta Institución a emitir una resolución en la que recomendamos al Servicio Andaluz de Salud la armonización del procedimiento general para la compensación económica por gastos de consumo de electricidad o agua a personas que necesitan determinados tratamientos domiciliarios, ya a instancia de parte o de oficio. Debe incorporarse en todo caso dentro del mismo el derecho a la información como instrumento imprescindible para ejercer la petición y para franquear el acceso a la compensación en condiciones de igualdad efectiva y equidad; así como la valoración de una actualización de las cuantías contempladas en la Orden de 13 de febrero de 2014, de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, por la que se actualizaron las condiciones económicas aplicables a los servicios de diálisis concertados con el Servicio Andaluz de Salud y las compensaciones a pacientes por determinados tratamientos domiciliarios ([queja 22/2350](#)).

Recordamos que el artículo 4 de la referida Orden establece que «el Servicio Andaluz de Salud abonará a los pacientes sometidos a los tratamientos domiciliarios las cantidades que en el Anexo II se especifican en concepto de compensación económica por los gastos de consumo de electricidad o agua», que por su parte contempla a pacientes en tratamiento de hemodiálisis domiciliaria con máquina, para los que prevé una compensación por consumo de agua y electricidad de 4,77 euros por sesión; a pacientes en tratamiento de diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora, compensados en concepto de consumo eléctrico con 13,26 euros mensuales; y a pacientes en tratamiento de oxigenoterapia domiciliaria con concentrador, para los que la compensación por consumo de electricidad se fija en 15,99 euros mensuales.

Pues bien, la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud **aceptó íntegramente dicha resolución en el ejercicio 2023** y, en consecuencia, indicó compartir la necesidad de elaborar un **procedimiento homogéneo** que recogiera todos los pasos a seguir para el acceso a la ayuda económica regulada en la Orden de 13 de febrero de 2014, de manera que se armonicen los requisitos en todos los centros del Servicio Andaluz de Salud. Con la participación de las unidades implicadas en dicha prestación, tanto a nivel central como de centros, y audiencia de los profesionales que trabajan en contacto directo con el paciente, se nos remitió posteriormente el resultado alcanzado.

Añadía la Administración que el procedimiento desarrollado había sido incluido entre los albergados en la plataforma web *“Procedimientos para la atención ciudadana”*, para su disponibilidad en línea para los profesionales competentes, así como en la web del Servicio Andaluz de Salud a disposición de la ciudadanía ([queja 22/2350](#)).

2.1.5.2.6. Políticas de Salud

En el marco de las **políticas de salud**, podemos destacar dos asuntos de interés: las controversias generadas en torno a la consideración de persona afectada por talidomida y la preocupación por los efectos adversos de las cada vez más frecuentes e intensas olas de calor en las personas mayores, manifestada especialmente respecto de las personas con discapacidad por la Asociación Human Rights Watch.

La primera cuestión surge de la contradicción provocada por la existencia de **personas valoradas como afectadas por talidomida en Andalucía**, a las que sin embargo les deniega dicha condición el Instituto de Salud Carlos III. La controversia ha aflorado al hilo de la publicación del Real Decreto 574/2023, de 4 de julio, por el que se regula el procedimiento de concesión de ayudas a las personas afectadas por la talidomida en España durante el periodo 1950-1985, en el que se determina como requisito para optar a las indemnizaciones, entre otros, el estar inscrito en el Registro Estatal de Enfermedades Raras, gestionado por el Instituto de Salud Carlos II, en virtud del informe de validación positivo emitido por el Comité Científico Técnico de la Talidomida, acreditativo de las lesiones.

Las personas comparecientes que, como decimos, sí habían sido reconocidas en Andalucía, muestran su disconformidad con los dictámenes del Comité Científico Técnico para la evaluación de posibles afectados por embriopatía por talidomida, del Instituto de Salud Carlos III, que valora negativamente tal condición.

Habida cuenta del marco competencial planteado, la investigación desarrollada por esta Institución nos llevó a solicitar pronunciamiento de la Consejería de Salud y Consumo, así como a trasladar la controversia al Defensor del Pueblo Estatal para su gestión con el Instituto de Salud Carlos III.



Por la Viceconsejería de Salud y Consumo se informó de forma prolija, describiendo el procedimiento seguido en el proceso de valoración de reconocimiento de posibles lesiones por talidomida, tanto en el Instituto de Salud Carlos III como en la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

En Andalucía tuvo lugar en 2016, a partir del Decreto 69/2016, de 1 de marzo, por el que se crea y regula el Registro de personas residentes en Andalucía con anomalías congénitas causadas por talidomida, que desarrolló el procedimiento para la evaluación, y en su caso, inclusión de dichas personas en ese Registro.

En el mismo se inscribieron los solicitantes en base a la legislación vigente en esa época (con periodo a reconocer entre nacidos desde 1960 a 1965) y, en los reconocimientos médicos, se aplicaron unos criterios clínicos establecidos por la Agencia de Evaluación de tecnologías sanitarias andaluza en 2016. La valoración se realizó mediante reconocimiento médico y radiografías de las partes afectadas.

A nivel nacional, tras la reunión del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en noviembre de 2017, se crearon grupos de trabajo y una Comisión Científico Técnica de Talidomida (CCTT) en 2018, estableciendo nuevos criterios de inclusión (criterios de Mansour) y la necesidad de valoración por la citada comisión de todos los solicitantes para la inscripción en el Registro Nacional de afectados por la Talidomida (que en la actualidad es el Registro Estatal de Enfermedades Raras).

De este modo, las valoraciones clínicas de la mayoría de los inscritos en el Registro Andaluz se efectuaron con criterios clínicos distintos a los criterios de Mansour de 2018, que aplicó la CCTT a partir de 2019.

La pérdida de oportunidad para optar a las indemnizaciones del Real Decreto 574/2023, de 4 de julio, por el que se regula el procedimiento de concesión de ayudas a las personas afectadas por la talidomida en España durante el periodo 1950-1985, se aborda por el Instituto Carlos III, que *“está poniendo a disposición de los valorados por la CCTT la documentación utilizada a tal fin en la citada comisión, solicitándola a través de la sede electrónica del Instituto de Salud Carlos III, mediante instancia genérica en la dirección web: <https://sede.isciii.gob.es/infoComprobar.jsp?accion=qys>, o bien a través de cualquier otro medio de registro establecido por las disposiciones vigentes”*.

Respecto de la información recabada por nuestra parte del Defensor del Pueblo de las Cortes Generales, desde el mismo se manifestó que dentro de sus competencias, de las que no forma parte instar a la revisión del estudio, valoración y decisión médica adoptada por el Comité Científico Técnico, ni debatir cuestiones estrictamente clínicas como pueden ser las lesiones que produce la talidomida y sus efectos adversos, la citada institución se dirigió al Instituto de Salud Carlos III, sin diferir el resultado de las conclusiones expuestas en las líneas precedentes.

La segunda cuestión anteriormente apuntada se refiere al conocimiento del **estudio elaborado por Human Rights Watch sobre los efectos de las olas de calor en mayores y en personas con discapacidad**, cuyos informes nos fueron presentados por representantes de dicha organización, que asimismo fueron expuestos por su parte ante las diferentes Administraciones concernidas, especialmente la de Salud y Consumo y la de Inclusión Social.

Dicho estudio comprende dos documentos, respectivamente titulados *“[Las personas con discapacidad no tienen el apoyo que necesitan cuando hace mucho calor en España](#)”*, y *“[España: respuesta inadecuada a las olas de calor. Es preciso apoyar a las personas con discapacidad que están en riesgo por el cambio climático](#)”*.

Por el Defensor del Pueblo Andaluz, a su vez, se informó a la asociación del [Acuerdo de 16 de mayo de 2023, del Consejo de Gobierno](#), por el que se toma conocimiento del Plan Andaluz para la Prevención de los Efectos de las Temperaturas Excesivas sobre la Salud 2023, que establece medidas de especial atención a los colectivos más vulnerables y medidas de prevención para las poblaciones de riesgo (personas mayores de 65 años; enfermos crónicos; personas que toman un medicamento que pueda influir en la adaptación del organismo al calor como psicótropos, antidepresivos, hipotensores, anticolinérgicos y diuréticos; niños menores de cuatro años, lactantes y personas incluidas en el Proceso Asistencial Integrado del trastorno mental grave).

Otras manifestaciones de colectivo se nos trasladaron por el **Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Andalucía**, sobre la necesidad de obtener reconocimiento funcional en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, como categoría profesional del Servicio Andaluz de Salud, así como la homogeneización de los criterios de intervención y decisión de la Inspección de Servicios Sanitarios en las diferentes provincias, en materia de intrusismo, delimitando la competencia de estos últimos y las de Consumo; las necesidades expuestas en el manifiesto remitido por la Asociación de Alzheimer de Linares; y las reivindicaciones de la Asociación de Fibromialgia de Jaén.



2.1.5.2.7. Derechos de las personas usuarias

Dentro del elenco de expedientes que encuadramos entre los **derechos de las personas usuarias** en materia de salud, en 2023 se han manifestado cuestiones relacionadas con las demoras en recibir el documento acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria, es decir, la tarjeta sanitaria; necesidades planteadas en torno al respeto a las personas usuarias del sistema sanitario y la confidencialidad y protección de sus datos personales; cuestiones de índole jurídica sobre el acceso a la historia clínica; peticiones sobre obstáculos en el ejercicio de la libre elección; y experiencias referidas al acceso a la prestación de la ayuda para morir.

La **tarjeta sanitaria** es el documento que acredita que su titular ostenta derecho a la atención sanitaria en el sistema sanitario público, y, si bien no estar en posesión de la misma no impide acceder a tal atención ya que la función de identificación de su titular también puede realizarse por el documento nacional de identidad, se hace, en cambio, imprescindible para el acceso a determinados servicios sanitarios, en particular, para la demanda de asistencia sanitaria en otra comunidad autónoma, y para retirar medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia, garantizando la seguridad y la confidencialidad.

Diversas personas nos trasladaron haber procedido a solicitar la tarjeta sanitaria por cualquiera de las causas posibles (obtención inicial o renovación por pérdida, deterioro o sustracción), transcurriendo meses sin que les fuera remitida a su domicilio.

En algunos casos la información obtenida telemáticamente a través de ClicSalud+, indicaba que el documento se encontraba en proceso de fabricación; en otros, la respuesta dada a la reclamación formulada por el correspondiente Área de Gestión Sanitaria (Osuna, en el caso particular), justificaba la demora en los problemas de emisión existentes en la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre, como organismo encargado de la fabricación al que los centros de salud remiten las solicitudes registradas.

Otros solicitantes, por su parte, indicaban haber sido informados de que el problema radicaba en la falta de proveedor para fabricar las tarjetas, o bien manifestaban su desconcierto por no haber recibido ninguna aclaración en el centro de salud.

Tomando en consideración que la cuestión expuesta aparentaba tener un alcance general y la desinformación concurrente en torno al mismo, esta Institución solicitó a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud un informe sobre el alcance de la incidencia constatada desde el sistema sanitario público de Andalucía y sus causas, de cuya respuesta resultó que la dilación obedecía a retrasos en la adjudicación del contrato de suministro.

Explicó la Gerencia que *“la elaboración de la tarjeta sanitaria por parte del Servicio Andaluz de Salud se realiza mediante convocatoria de licitación pública, sujeta a la legislación vigente en materia de contratación administrativa y que diferentes empresas se han sucedido en el tiempo como proveedoras del suministro desde 2007, momento en que dejó de serlo a nivel nacional la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre (FNMT)”*. Añadiendo que la conclusión del contrato adjudicado en 2017 hizo preciso convocar una nueva licitación en abril de 2022, quedando desierto el procedimiento de contratación administrativa por no existir ofertas válidas en el procedimiento. Por lo que en noviembre del mismo año se aprobó un nuevo expediente, adjudicándose en esta ocasión el contrato de suministro, lo que había permitido reanudar la producción en agosto de 2023.

El volumen acumulado de solicitudes, por tanto, se solventaría con el ritmo de producción, hasta normalizar la situación, en la que lo habitual es un plazo de entre 10 y 15 días desde el registro de la solicitud de la tarjeta sanitaria en la Base de datos de Usuarios hasta la recepción de la misma en el domicilio de la persona solicitante ([queja 23/6377](#)).

Por otra parte, han persistido las peticiones de algunos progenitores sobre su necesidad de poder obtener un duplicado o documento similar, de la tarjeta sanitaria de sus hijos menores de edad, a fin de evitar incidencias derivadas de sus relaciones con el otro progenitor en los casos en que no existe convivencia ni relación de afectividad. De esta cuestión, que ya fue objeto de pronunciamiento por el Defensor del Pueblo Andaluz, damos cuenta en el Informe específicamente dedicado a exponer los asuntos referidos a la Infancia y la Adolescencia.

Avanzando en el análisis de derechos, nos referiremos ahora al reconocido a pacientes y personas usuarias del Sistema Andaluz de Salud en el artículo 22.2.e) del Estatuto de Autonomía de Andalucía, consistente en el **respeto a su perso-**



nalidad, dignidad humana e intimidad. En el mismo sentido, el artículo 6.1.b) de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía reconoce el mismo derecho a los ciudadanos, con respecto a los servicios sanitarios públicos en Andalucía.

El buen trato, el trato considerado, digno o, en resumen, sencillamente respetuoso del que son merecedoras todas las personas, reviste una importancia crucial en la relación sanitaria, de manera que todo profesional sanitario que no observe este elemento imprescindible en el contacto con pacientes y personas usuarias, perjudica la relación de confianza que es deseable en este entorno y, por descontado, la “fe” en el criterio enfermero o facultativo.

Ejemplos de trato irrespetuoso se trasladan de cuando en cuando a esta Institución, achacable a personal sanitario, a personal administrativo o a celadores, que únicamente interviene cuando se trata de supuestos debidamente objetivados y no de meras situaciones de conflicto producidas en contextos que merecen todo nuestro rechazo y cuyas circunstancias no pueden dilucidarse. En estos últimos casos, todo lo más, recordamos a las personas peticionarias el derecho a formalizar reclamación que les asiste, a fin de que la Administración sanitaria pueda conocer los hechos acaecidos y, recabada la información oportuna, ofrecer la respuesta que proceda.

Dentro de las situaciones objetivadas anteriormente aludidas, se encuentra el caso planteado por un vecino de Sevilla, que nos trasladaba las expresiones vertidas en el informe de consulta que le entregó su dermatólogo, a cuya consulta había sido derivado desde atención primaria, cuyos términos eran los siguientes: *“Paciente de 67 años que me cuenta una historia que es un eczema seborreico que aparece en cuero cabelludo, en zona de CAE...” “...es un proceso crónico que se puede controlar pero no curar, también intenta venderme una historia de herpes zóster que realmente es una ROSACEA papulosa que responde a tratamiento de fórmula magistral (es clara para rosacea), le recompongo el tratamiento”.*

El interesado se mostraba ofendido por las expresiones contenidas en dicho informe, entendiendo que el tono empleado constituye una clara falta de respeto. Y, efectivamente, gestionada su queja, el especialista reconoció estar fuera de lugar los comentarios contenidos en el informe, aclarando no haber tenido mala intención pero disculpándose y ofreciéndose a la emisión de un informe dentro de la corrección clínica.

Recordamos asimismo, aunque parezca una obviedad, que el respeto en el ámbito sanitario incluye el deber de los profesionales sanitarios de propiciar una relación con las personas usuarias del sistema, especialmente en consulta, que comprenda una comunicación verbal adecuada y una transmisión de la información al paciente que se realice con el contacto visual.

En el plano de la **confidencialidad**, en su vertiente de derecho a la intimidad y a la protección de datos personales, el artículo 22.1.j) del EAA consagra el derecho de pacientes y personas usuarias del Sistema Andaluz de Salud a la confidencialidad de los datos relativos a su salud y sus características genéticas, así como el acceso a su historial clínico. Ello nos llevó a analizar la posible infracción de estos derechos en los justificantes de asistencia sanitaria, al hilo de la reclamación dirigida por una mujer a la que se le había dado como acreditación de su asistencia sanitaria, el documento de cita a consulta de ginecología, lo que suponía tener que dar a conocer a su empresa el tipo de asistencia sanitaria demandada y recibida, a efectos de justificante laboral de su ausencia en horario de trabajo.

Desde la Administración sanitaria se acordó el envío por la Unidad de Atención Ciudadana de una nota de comunicación interior dirigida a todas las Unidades de Gestión Sanitaria implicadas, para que tomaran en consideración la emisión de justificantes de asistencia de manera genérica, respetando la confidencialidad de la Ley Orgánica de Protección de Datos, sin incluir ningún motivo de consulta, limitado a consignar los datos de la persona usuaria, la fecha y hora de la cita y la hora de salida.

Como novedad de interés, se informaba que ya es posible obtener el justificante de haber acudido a consulta a través de la web ClicSalud+, lo que supone un instrumento de utilidad para reducir la carga administrativa en materia sanitaria, siempre que la ciudadanía y los profesionales conozcan esta alternativa ([queja 22/5742](#)).

El **derecho de acceso a la Historia clínica y la confidencialidad de su contenido**, como veíamos más arriba, también se recogen en el artículo 22.1.j) del EAA anteriormente citado. No en vano, la historia clínica y los datos de salud contenidos en la misma están amparados por la confidencialidad, tratándose de una categoría especial de datos personales, con protección cualificada, de conformidad con la normativa reguladora de la protección de datos y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



Esta última Ley define la historia clínica como el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro (artículo 14.1).

La Ley 41/2022 concibe la historia clínica como un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente, siendo esta la razón por la que cualquier acceso a sus datos debe enmarcarse en el ejercicio de las funciones correspondientes o estar comprendido en alguno de los supuestos legalmente permitidos.

En 2023 hemos dilucidado un interesante dilema acerca del derecho de acceso a la historia clínica cuando la petición proviene de familiares de personas fallecidas, en concreto, de un hermano del titular fallecido de dicha historia ([queja 21/8014](#)).

Explicaba el compareciente que había solicitado ante el Servicio Andaluz de Salud poder acceder a la historia clínica de su hermano, más concretamente, conocer el informe de *exitus* del mismo, a fin de saber cuál había sido la causa de su muerte. A cuyo efecto formalizó la solicitud en el formulario específicamente dispuesto para ello, adjuntando los documentos indicados, consistentes en fotocopia del certificado médico de defunción de su hermano y fotocopias de los DNI de fallecido y peticionario.

La petición del interesado no obtuvo respuesta, lo que determinó que presentara reclamación, a la que se respondió por la Administración sanitaria denegando el acceso a la información con fundamento en la falta de legitimación del solicitante, al considerar que solo la ostentan *ex lege* en atención al parentesco y de forma directa, la viuda y los hijos, debiendo las demás personas acreditar documentalmente el derecho a acceder a la misma, que no se satisface por el mero vínculo fraternal, sin que se le indicase, en todo caso, qué documento precisaba para la consecución de su pretensión.

En consecuencia, esta Institución solicitó conocer el motivo que impedía tener por legitimado al interesado, así como qué documentación obstaba a la consecución del derecho ejercido por su parte y para acreditar el derecho a su pretensión.

La respuesta recibida, tras analizar la legislación aplicable, concluye que la misma no impide a un hermano del fallecido el acceso a sus datos sanitarios, pero considera que es preciso que éste acredite que no existen familiares más cercanos que se opongan, eventualmente, a la cesión de datos pretendida, para lo cual debe acompañar la solicitud de cierta documentación, consistente en libro de familia, certificado de fallecimiento y, en su caso, declaración de heredero, en la que conste la legitimación con la que se actúa. Aludía igualmente como documento preceptivo a *“la aportación de la documentación que acredite la no oposición por parte del fallecido al acceso a la Historia Clínica, aportando en estos casos testamento o en su defecto el Certificado de actos de última voluntad”*.

A la vista de lo actuado, esta Institución analizó las dos principales cuestiones planteadas en el expediente, consistentes en deslindar quiénes son los familiares de una persona fallecida que, por derecho propio, ostentan legitimación para acceder a la historia clínica de aquélla y si dentro de dichos lazos parentales están incluidos los hermanos. Y, por otra parte, cómo se acredita la legitimación para el ejercicio del derecho y, por ende, cuál es la documentación preceptiva a presentar con la solicitud.

Que el hermano del fallecido ostenta legitimación para acceder a la historia clínica de este y que, además, este derecho es autónomo, derivando de su solo grado de parentesco, y que no está condicionado ni subordinado a la voluntad u oposición eventual de cónyuge, ascendientes y descendientes del fallecido, se reconoce sin dudas en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo de la Audiencia Nacional de 3 febrero 2023.

Recomendamos por ello a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, en un enfoque general, que procediera a armonizar el derecho de acceso a la historia clínica de personas fallecidas por parte de familiares con legitimación de grado legal bastante, dentro del sistema sanitario público de Andalucía, dirigiendo a todos los centros sanitarios las instrucciones que posibiliten unificar criterios de información y actuación conformes con la legislación, la doctrina y la jurisprudencia, así como la valoración sobre la oportunidad de modificar el formulario establecido para solicitar el derecho de acceso a la historia clínica de forma que se detallen las diferentes circunstancias en base a las cuales se puede solicitar legítimamente el acceso a la historia clínica de personas fallecidas y la documentación necesaria en cada caso.

Al margen de este debate de alcance general, viene siendo usual que la ciudadanía nos exponga asuntos relacionados con dificultades en el **acceso a su propia historia clínica**, obteniendo documentos e informes integrados en ella, normalmente por dilaciones en la entrega de los mismos por la Administración sanitaria, ocurriendo en ocasiones que en



este retraso influye un inadecuado ejercicio del derecho a través de una solicitud no presentada en el modelo normalizado establecido para ello, lo que dificulta su debido encuadramiento y la canalización diligente de la petición. En estos supuestos desplegamos una labor de adecuada información a las personas interesadas.

Por otra parte, tenemos la impresión de que ha aumentado el número de solicitudes dirigidas a la Administración sanitaria para obtener **información sobre los accesos producidos en la historia clínica por parte del personal del sistema sanitario público**.

La Administración sanitaria nos viene explicando que de acuerdo con la Ley, se encuentra regulado en Andalucía el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso, con las correspondientes medidas de control y seguridad en la custodia y conservación de las mismas. Lo que, correlativamente, supone poner a disposición de la ciudadanía la solicitud de acceso de profesionales a la historia de salud, que permite a sus titulares conocer la fecha y hora en la que se ha accedido a su historia, qué actuación se ha realizado, desde qué centro se ha accedido y la categoría profesional de la persona que ha accedido a los datos de salud, sin que puedan ofrecerse los datos personales (nombre y apellidos) de esta última.

Las peticiones son derivadas para informe a la Subdirección de Tecnologías de la Información (S.T.I.) del Servicio Andaluz de Salud, versando las intervenciones de esta Institución sobre demoras en la respuesta, que normalmente dan lugar a la atención inmediata de la misma por la Administración sanitaria ([queja 22/8443](#)) o, en otro caso, llevan a recordar el deber de observancia de los plazos y a recomendar la adopción de los medios que así lo garanticen ([queja 22/3749](#)).

Normativamente por el Ministerio de Sanidad se dictó el Real Decreto 572/2023, de 4 de julio, por el que se modifica el [Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre](#), por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

La **libre elección de médico y de centro sanitario** es un derecho de larga data que, como comprendido dentro de la legislación básica estatal, se consagra dentro del elenco de los que garantiza el vigente Estatuto de Autonomía de Andalucía (artículo 22.2.b), es enumerado entre los que relaciona la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y desarrollado reglamentariamente por el Decreto 60/1999, de 9 de marzo, por el que se regula la libre elección de médico general y pediatra en la comunidad autónoma de Andalucía y el Decreto 128/1997, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el sistema sanitario público de Andalucía.

En el ámbito de la Atención Primaria no es insólito que con cierta regularidad se traslade al Defensor del Pueblo Andaluz la contrariedad de aquella persona a la que se comunica haber quedado adscrita al cupo de un facultativo o facultativa de familia distinto, de forma no consentida.

Al margen de la natural resistencia al cambio, innata en la mayoría de las personas, funda habitualmente esta objeción la voluntad del paciente de seguir vinculado a un concreto médico de familia y al amparo de la relación de confianza que en el tiempo ha llegado a cimentar con el mismo. Una interesada nos explicaba sus razones para querer permanecer adscrita a su médica de forma muy clarificadora, apelando a la confianza que define la relación médico-paciente, ya que tras diversas experiencias negativas previas su facultativa conocía su historia clínica y hacía un correcto seguimiento de su evolución, siendo así que anteriormente había transitado por consultas varias de médicos de atención primaria, sin que ninguno acertase a diagnosticar la patología que delataban los síntomas que relataba y padecía.

Las razones que ofrece la Administración sanitaria para justificar los cambios no solo presentan lógica, sino que son legítimas, dado que arguye que la mejora de la accesibilidad de los centros de salud precisa de la cobertura o incremento de la plantilla y, a su vez, ello supone la redistribución aleatoria de las personas usuarias entre los facultativos para equilibrar los cupos.

Precisamente por ello las personas que reclaman son instadas por la Administración a darle una oportunidad al nuevo profesional, permaneciendo con el mismo por el período de tiempo suficiente que permita valorar la relación y atención que le presta, con buenos resultados en numerosas ocasiones.

No obstante, aunque se les informa de la alternativa de solicitar un nuevo cambio de médico transcurridos tres meses, la realidad es que se les advierte que en dicho momento podrán optar por el facultativo anterior únicamente si su cupo lo permite, tomando en consideración diversos parámetros (máximo de personas usuarias adscritas, frecuentación, o porcentaje de pacientes de determinados grupos etarios).



Sobre este planteamiento, si bien esta Institución ha venido sosteniendo que el respeto del derecho precisa que de estas redistribuciones aleatorias queden excluidas las personas adscritas a un facultativo por el ejercicio expreso previo de la libre elección ([queja 22/2497](#)), tampoco ocultaremos que tratándose de medidas dirigidas a reforzar las plantillas de profesionales sanitarios y del deber de la Administración de reorganizar para la mejora del servicio, lo conveniente es un enfoque flexible que tomando en consideración el contexto de las necesidades objetivas y colectivas del sistema sanitario, postule un **ejercicio de los derechos individuales, solidario e impregnado de conciencia social**.

Finalmente nos referiremos a un derecho de nuevo cuño en el ámbito sanitario español, el de la **prestación de la ayuda para morir**, en aplicación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la **eutanasia**.

La complejidad e innovación de esta prestación, sin precedentes en nuestro país, hizo que la Ley Orgánica previera la elaboración de un [Manual de buenas prácticas en eutanasia](#) por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, dirigido a asegurar la igualdad y calidad asistencial de la misma, así como un [Protocolo de actuación para la valoración de la situación de incapacidad de hecho](#) por el médico responsable.

Aunque ambos documentos indican que las recomendaciones contenidas en los mismos serán revisadas anualmente, en la publicación web de ninguno de ellos aparece cumplimentado el cuadro destinado a dejar constancia del control de revisiones y modificaciones, por lo que entendemos que pervive inalterada su versión original.

En Andalucía, el desarrollo de la ley tuvo lugar mediante el Decreto 236/2021, de 19 de octubre, por el que se crea y regula el Registro de Profesionales Sanitarios Objeto 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; por Orden de 10 y 12 de noviembre del mismo año se procedió al nombramiento de los miembros de la Comisión; y por Orden de 22 de noviembre se aprobó su reglamento de régimen interno.

Queda pendiente la consumación del proyecto de reforma del Decreto 236/2021, acometido en noviembre de 2022, cuya finalidad es *“revisar y modificar algunas de sus previsiones a fin de introducir mejoras que garanticen una mayor claridad y seguridad jurídica en la regulación”* del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir; contemplar la Secretaría de la Comisión y sus funciones; y reformar el Decreto 59/2012, de 18 de mayo, por el que se regula el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía, para posibilitar la constancia de la voluntad de acogerse a la prestación de ayuda para morir.

En lo que toca a las competencias estatutarias de esta Institución, desde la vigencia de la Ley Orgánica 3/2021 no contamos con presencia relevante de peticiones relacionadas con la eutanasia, lo cual es entendible si tomamos en consideración que se trata de una prestación minoritaria y que, al margen del procedimiento, la decisión de fondo es de índole técnica especializada.

En 2023 la casuística quedó ceñida al caso de una persona que nos exponía padecer obstáculos para el acceso a esta prestación dentro del colectivo asistencial de MUFACE y que trasladaba que la Delegación Territorial correspondiente de la Consejería de Salud y Consumo a la que se había dirigido, le había informado que, sin perjuicio de las gestiones que competían a la interesada ante su Mutualidad, procedía a comunicar el incidente al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, por tratarse de una problemática común al resto de mutualistas.

Dicha Consejería atendió la petición de informe de esta Institución, indicando que la interesada ni siquiera había podido iniciar el procedimiento y que la Comisión de Garantía y Evaluación conocía las dificultades que expresaba la interesada para acceder a la tramitación de la solicitud de ayuda para morir a través de la entidad privada de adscripción libremente elegida por ella, concertada por MUFACE para la prestación de la asistencia sanitaria y todas las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

En el ejercicio de su función en la detección de problemas en el cumplimiento de la ley, la Comisión elevó a la Viceconsejería la situación de asegurados a sistemas de previsión distintos al sistema de aseguramiento público, habiéndose planteado concertar la prestación con MUFACE, siendo preciso para ello la firma de un convenio estatal, por lo que se comunicó a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social y Pensiones. No obstante, la Directora General de MUFACE manifestó la imposibilidad de adoptar la solución propuesta.

Finalmente, la interesada optó por la dispensación de la atención sanitaria en el sistema sanitario público, a fin de poder ejercer el derecho a la prestación, a la vista de la imposibilidad de hacerlo en la Mutualidad de su colectivo.



El interés en el seguimiento de la adecuada implantación de la eutanasia y en su evolución en su aún corto recorrido temporal, fue manifestado ante esta Institución por la Asociación por el Derecho a Morir Dignamente de Andalucía, con la que mantuvimos una reunión en el mes de junio de 2023, en la que nos trasladaron el informe elaborado por la misma en el período temporal de junio de 2021 a junio de 2022, con datos sobre los resultados por CCAA, los problemas detectados en el análisis de casos, las aportaciones del Manual de Buenas Prácticas, la solicitud de información a las CCAA y una lectura crítica del Informe del Ministerio de Sanidad de 2021, que era el único disponible en ese momento, completado ahora con el [Informe de Evaluación Anual 2022](#), publicado en diciembre de 2023.

En nuestra comunidad autónoma, en marzo de 2023 se publicó la Memoria de la Comisión de Garantía y Evaluación de la eutanasia de Andalucía, que compendia todo el período de vigencia de la prestación en nuestro territorio desde noviembre de 2021 hasta el 31 de diciembre de 2022, estando en este momento pendiente la elaboración de los datos de evaluación de 2023, que previsiblemente se publicarán dentro del primer trimestre de 2024.

La asociación aludida manifestó sus consideraciones acerca de las mejoras precisas en la puesta en práctica de la prestación de la ayuda para morir en la comunidad autónoma de Andalucía y respecto de la Declaración de Voluntad Vital anticipada, que podemos compendiar de forma sintética en las dificultades para encontrar Médico/a Responsable o Consultor; la necesidad de que el procedimiento observe los plazos previstos en la normativa, sobre todo en el inicio de la solicitud; abundar en la información y formación del personal sanitario; y mejorar el acceso al registro de la Declaración de Voluntad Vital Anticipada.

Por su interés, debemos citar la Sentencia 94/2023, de 12 de septiembre de 2023, dictada por el Pleno del Tribunal Constitucional, resolviendo la constitucionalidad de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

2.1.5.3. Actuaciones de oficio

- ▶ [Queja 23/1528](#), para investigar sobre las listas de espera quirúrgicas en los hospitales de Jaén y las medidas para garantizar la asistencia de la ciudadanía.
- ▶ [Queja 23/7274](#), para investigar sobre la falta de especialistas en Neurología en la provincia de Huelva.
- ▶ [Queja 23/8467](#), para investigar acerca de los disturbios en la convivencia por una vecina con signos de trastorno de salud mental.
- ▶ [Queja 23/8468](#), para investigar la situación de un vecino con Trastorno Límite de la Personalidad, con necesidad de tratamiento continuado.