



2.12. SALUD

2.12.1. Introducción

Una crisis sanitaria con alcance de pandemia como la que inunda el mundo en este 2020, plantea un importante problema de salud pública de trascendencia colectiva, para cuyo abordaje confluyen múltiples factores e influencias, que, conforme al peso relativo que se les otorgue en el conjunto, tendrán un reflejo inevitable en el resultado final alcanzado.

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia global ante la situación de la enfermedad COVID-19, provocada por el coronavirus SARS-CoV-2, superados los contornos de la emergencia en salud pública de importancia internacional que apreció el anterior 30 de enero, y que, en su consideración, urgía una respuesta urgente y rotunda por todos los países, en el ejercicio de su responsabilidad, implicándose en la triple encomienda de activar y ampliar los mecanismos de respuesta a emergencias; detectar, aislar y tratar sanitariamente a todas las personas contagiadas, rastreando a sus contactos; y comunicar a la población los riesgos existentes y las medidas de protección.

El concepto de “pandemia” es netamente epidemiológico, surge de la desfavorable evolución de una situación de salud pública, por suponer la propagación mundial activa de una enfermedad nueva de forma descontrolada, en más de un continente y con trasmisión comunitaria.

En estos términos cuantitativos podemos intuir que si, en general, no es fácil manejar una pandemia, resulta aún más complejo hacerlo en un mundo globalizado e intercomunicado como el contemporáneo en el que vivimos, cuando se trata de adoptar medidas plurales con eficacia para contribuir a mitigar los efectos de un virus mundial, cuyos principales aspectos (origen, vías y capacidad de propagación, síntomas de contagio, afectación orgánica, tratamiento y, entre otros, secuelas), no son conocidos o se asientan en premisas que carecen del consenso de la llamada comunidad científica, cuyo parecer acorde, en definitiva, debe ser la fuente principal de conocimiento

para orientar y basar, de la forma más objetiva y precisa posible, decisiones de salud pública de alcance colectivo.

Tal vez la indefinición en este pilar tan esencial, haya sido la causa (o, en algunos países, la excusa) que ha distorsionado el correcto cumplimiento de los tres frentes de actuación señalados por la OMS más arriba enumerados y, en todo caso, el de la adecuada comunicación a la población de los riesgos y de las medidas de protección individuales y sociales, en relación con las generales limitativas de derechos adoptadas por los responsables públicos.

La ignorancia o la ausencia de certidumbre en que se traduce a la postre el conocimiento científico incompleto o defectuoso y los avances en los resultados de la investigación y la práctica clínica, han favorecido la discrepancia de voces emanadas desde instituciones varias, desde órganos de gobierno o por colectivos, nacionales e internacionales, respecto a las decisiones adoptadas por los correspondientes responsables públicos, cuyo acierto, eficacia o necesidad han suscitado la inquietud, alimentado el temor o provocado desconfianza en parte de la población y, en los casos de mutación del criterio previo, desembocado en el cuestionamiento del rigor y el fundamento científico de las medidas implantadas, enfrentándonos incluso al riesgo de la resistencia a la observancia de las mismas.

Dentro de este marco general –al que no podemos estar ajenos ni sustraernos, como miembros que somos de una sociedad y de una época–, es lo cierto que desde la declaración del estado de alarma por el Gobierno de la Nación, mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, hasta su alzamiento el 21 de junio de 2020, hemos vivido una coyuntura histórica inédita, asentada sobre un conjunto normativo de disposiciones legales, órdenes, instrucciones, recomendaciones y directrices creado ad hoc y en constante cambio, que todavía subsiste en buena parte al estar viva la crisis sanitaria, en el que el grueso de las medidas han sido decisiones directamente adoptadas por razones epidemiológicas de salud pública o para responder a necesidades sociales perentorias provocadas por alcance de las anteriores.

Es evidente que una crisis sanitaria por pandemia requiere ineludiblemente de respuestas sanitarias y que, por lo que a nuestro país se refiere, todas ellas han precisado la intervención del sistema público de salud, incrementado la

presión asistencial de sus servicios sanitarios y requerido el compromiso y el esfuerzo titánico de sus profesionales, con resultados diversos.

Esta es precisamente la labor que, dentro de un enfoque respetuoso de las percepciones y experiencias conocidas e investigadas a lo largo de estos meses de pandemia, pretende abordar el Defensor del Pueblo Andaluz en este apartado, valorando la respuesta ofrecida u omitida por el sistema sanitario público de Andalucía ante las necesidades y demandas planteadas por los andaluces y andaluzas en el período de crisis sanitaria –en especial, durante el estado de alarma por las especiales condiciones de vida en que ha tenido que desenvolverse–, tal y como ha resultado de las manifestaciones de los segundos y de la información proporcionada por el primero.

Es significativa la clara progresión cronológica que hemos podido apreciar en los testimonios recibidos de la ciudadanía, ilustrativa del acompasamiento de las preocupaciones personales y colectivas al conocimiento y aceptación de la consolidación de la pandemia y a la evolución en sus vicisitudes.

En consonancia con ello, las inquietudes han transitado desde planteamientos iniciales de índole general, más centrados en conocer los aspectos organizativos sanitarios para la atención y control del virus, muy vinculados al temor por contraer y contagiar la enfermedad; o relacionados con la resolución de dificultades en la gestión de trámites sanitarios no presenciales durante el confinamiento (obtención de citas médicas, partes de baja o renovación de medicación); pasando por la simple exposición de alegatos aislados de variada índole respecto de las medidas preventivas adoptadas (métodos de desinfección de las vías públicas, estudios de seroprevalencia, uso obligatorio de mascarillas o tratamientos de aplicación); hasta llegar a un último bloque de peticiones, más ligado ya a aspectos asistenciales ordinarios, que afloró en una fase de relajación de la alarma social, una vez producido el cese del estado de alarma, en términos similares a los que nos ocupaban antes del contexto de pandemia y que anualmente forman parte de nuestros informes, a los que se sumaron discrepancias relacionadas con las limitaciones de la nueva forma de dispensación de la atención sanitaria dentro del plan para la recuperación de la normalidad, en un contexto no predecible de evolución del virus.

Huelga decir que en un escenario desconocido de la envergadura del descrito, marcado por la proscripción del contacto social, esta Institución ha asumido

el reto de canalizar de la forma más diligente y ágil posible las consultas y peticiones de la ciudadanía, alumbrando sus incertidumbres entre la maraña de una profusa e incesante normativa, estatal y autonómica, de difícil alcance y manejo para el conjunto de la ciudadanía. Y, como habitualmente destacamos, hemos afrontado con especial celo el desempeño de este cometido informativo, conscientes de que se trata de una vertiente que, por variadas razones, suele escapar al alcance de la Administración, pero que tiene un peso esencial que no debe infravalorarse.

Hemos de poner de relieve que, desde una perspectiva sustantiva, el grueso de las cuestiones suscitadas han estado marcadas por directrices uniformes para todo el territorio nacional, emanadas de las competencias asumidas como mando único por el Gobierno de la Nación, durante la vigencia del estado de alarma que, en consecuencia, quedaron oportunamente sustraídas a la decisión unilateral de las comunidades autónomas, a las que se sumaron posteriormente las numerosas medidas preventivas dictadas por la Consejería de Salud y Familias, resaltando la aprobación del Acuerdo de 9 de junio de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma razón del Plan Andaluz de Vigilancia y Prevención de Brotes de COVID-19 y la Orden de 19 de junio de 2000, por la que se han regulado las medidas preventivas de salud pública en la comunidad autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el Coronavirus, una vez superado el citado estado de alarma.

Entrando en el análisis del primer bloque de consultas indicado, debemos dejar constancia de las producidas en torno a la claridad de la información ofrecida por los poderes públicos; sobre dificultades en la gestión administrativa; alusivas a la procedencia de la realización de pruebas diagnósticas; cuestionando el uso obligado de mascarillas; sobre la valoración de la pertenencia a los denominados grupos de riesgo y la competencia para su acreditación.

2.12.2. Claridad de la información ofrecida por los poderes públicos

Efectivamente, en los primeros compases de la confusión inicial de la sobrevenida de la pandemia, fueron diversas las personas que nos trasladaron sus consideraciones acerca de la **calidad y suficiencia de la información** ofrecida por los poderes públicos y por los medios de comunicación en materia

de COVID-19 y, en especial, sobre las vías y formas de contagio, respecto de las medidas de prevención individual e inclusive albergando dudas sobre el estudio de seroprevalencia acordado por el Ministerio de Sanidad (quejas 20/1836, 20/2282 o 20/2712).

En la misma línea, se han suscitado posicionamientos puntuales sobre las medidas de desinfección de las vías públicas y su cumplida información a la población, las adoptadas por algunos municipios de Andalucía (por ejemplo la limpiezas de calles en la queja 20/2078, o el uso de cañones de ozono en la 20/2976) y las observadas en algunos centros públicos (así, en la queja 20/3449, una ciudadana protestaba por la escasez de limpieza y medidas de desinfección en un centro de salud).

Desde esta Defensoría hemos hecho hincapié en la importancia de prestar atención únicamente a la información difundida a través de fuentes oficiales, proporcionando los enlaces a los espacios web habilitados por el Ministerio de Sanidad, la Junta de Andalucía y la Organización Mundial de la Salud, recomendando su consulta periódica a fin de obtener información actualizada y veraz y evitar la propagación de bulos, que no vienen sino a generar incertidumbre e inseguridad. En otros supuestos, hemos instado a realizar la sugerencia de mejora o reclamación a la Administración implicada, como principal responsable para la corrección de las deficiencias observadas.

2.12.3. Quejas por la gestión administrativa

En lo que atañe a trámites de **gestión administrativa** dependientes de los centros de salud, como la renovación de medicamentos en la tarjeta sanitaria o la obtención de partes de baja y alta médica en procesos de incapacidad transitoria, recibimos algunas peticiones de habilitación de vías alternativas a la presencial para su consecución (quejas 20/1954, 20/0175, 20/2437 y 20/2516), que aunque no amparadas en la limitación de la libertad de circulación de las personas, adoptada por el artículo 7 del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo (que permitía la asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios), se fundaban en las recomendaciones de las autoridades sanitarias y en el temor personal a la exposición al contacto interpersonal.

Aunque la primera consideración fue solventada de forma general a través de las posibilidades de la cita médica obtenida por vía telefónica, mediante la simple carga de la prescripción en la tarjeta sanitaria por el facultativo, en relación con los partes de baja, confirmación o alta en procesos de incapacidad laboral transitoria, hemos conocido casos en que ha tenido lugar la remisión por correo electrónico al interesado, siendo la práctica general que nos han trasladado los afectados, la de su depósito en el mostrador de atención a la ciudadanía del centro de salud, para su recogida física.

Precisamente, retornando a la receta electrónica, el régimen peculiar de los mutualistas (Muface, en este caso), puso de relieve sus carencias en este ámbito, dado que la falta de implantación de esta modalidad de prescripción por las aseguradoras sanitarias concertadas, obligaba a su desplazamiento para obtener presencialmente la receta médica, dándose la circunstancias de que los comparecientes formaban parte de colectivos de riesgo por razón de su edad y patologías previas (quejas 20/2456 y 20/2818).

Esta Institución carece de competencias de intervención y supervisión en relación con las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, por no incardinarse en el ámbito de la Administración autonómica andaluza. Ello no obstante, en el curso de la vigencia del estado de alarma pudimos conocer los primeros avances en este aspecto y el inicio de pruebas del Servicio Andaluz de Salud en Pozoblanco y Peñarroya, de la [receta electrónica](#) para las mutuas de funcionarios.

2.12.4. Pruebas diagnósticas

En un plano ligado de forma más sustantiva al derecho a la protección de la salud, los primeros planteamientos suscitados ante esta Institución a finales del mes de marzo, de la mano del número creciente de personas infectadas y fallecidas y de la alarma social generada por ello, se tradujeron en el **clamor demandando la realización de pruebas diagnósticas**, ante la sospecha de padecer síntomas compatibles con la contracción del virus y las limitaciones establecidas para ser candidato a ello, por los protocolos de actuación existentes en la materia.

Esta incertidumbre sobre la posibilidad de estar contagiado y su confirmación a través de las pruebas diagnósticas, ha venido marcada por unos cambiantes protocolos del Ministerio de Sanidad en cuanto a la estrategia de detección, vigilancia, control y seguimiento de la COVID19, que se han ido revisando y actualizando en función de la ponderación de un conjunto de condicionantes y de criterios.

Advertíamos en los primeros meses una escasez de test rápidos, de la que se hacían eco los medios de comunicación y que conocíamos en esta Defensoría en virtud de las quejas y consultas recibidas, que perfilaban un escenario preocupante por obstar a la obtención de un correcto dimensionamiento de la tasa de contagios, en el que las pruebas de detección quedaban reservadas para la confirmación de sospecha diagnóstica en personas precisadas de atención sanitaria no demorable por padecer síntomas más importantes, que más tarde pudo ampliarse a determinados colectivos prioritarios por motivos profesionales o en situación vulnerable.

Un punto de inflexión resultó del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud celebrado el 4 de mayo, en el que se aprobó una nueva Estrategia de diagnóstico, que venía a contemplar la realización en las primeras 24 horas, de la prueba denominada PCR u otras técnicas de diagnóstico molecular adecuadas, a los casos sospechosos de infección por el SARS-CoV-2, y que se mantienen con las vigentes indicaciones de realizar las pruebas PCR a toda persona con sospecha de infección, con el fin de detectar precozmente los casos de infección y establecer medidas necesarias para prevenir nuevas infecciones y realizar una correcta vigilancia epidemiológica.

Acorde a ello, los requerimientos de la ciudadanía han ido evolucionado en este sentido, pues si bien en un primer momento se traducían en la denuncia de la ausencia de realización de tests (quejas 20/1920, 20/1825, 20/2212, 20/2600, 20/2647, 20/2653, 20/2749, 20/3195), o en la falta de repetición del mismo tras un primer positivo (por ejemplo en la queja 20/2640, promovida en el mes de abril por un ciudadano), en los meses postreros más inmediatos al cese del estado de alarma, que comportó un incremento en la realización del número de pruebas, se han centrado más en el déficit de atención telefónica en los centros de salud y en los teléfonos oficiales de información dispuestos por la Junta de Andalucía, en la forma de proceder ante la sospecha de haber

estado en contacto con personas infectadas y el consecuente riesgo de padecer COVID19, en la atención y seguimiento de personas con síntomas compatibles con el padecimiento de la enfermedad y, últimamente, en la demora de comunicación de los resultados de las pruebas PCR, tras su realización.

Así, respecto a estas últimas incidencias, citamos, a título de ejemplo, la queja 20/5204, tramitada en el mes de agosto, en la que una ciudadana nos trasladaba que los dos teléfonos dados oficialmente para asistencia y consulta sobre COVID19, en la misma página web de la Junta de Andalucía, están atendidos por contestadores automáticos y no facilitan inicialmente la posibilidad de hablar directamente con una persona, a la que consultar las dudas y preocupaciones sobre la enfermedad, lo que le generaba, según nos trasladaba, una gran inseguridad, además de no ser la práctica seguida en otras comunidades autónomas en las que, conforme refería haber constatado, la atención telefónica la proporcionaban operadores que facilitaban información inmediata.

Igualmente, en la queja 20/5386, tramitada a finales del mes de agosto, se nos daba traslado de la incertidumbre sobre la existencia de unos protocolos específicos en Andalucía para conocer la indicación de realización de PCR. Concretamente comparecía la madre de un joven que había estado en contacto con personas infectadas y presentaba sintomatología compatible con la contracción del virus, al que no le habían realizado la prueba PCR, pese a su atención en el servicio de urgencias.

En última instancia, se nos han trasladado demoras superiores a un plazo de 14 días para conocer los resultados de pruebas realizadas y el desconocimiento sobre la forma y modo en que los resultados han de ser comunicados, que por adentrarse ya en el ámbito de la atención primaria y sus necesidades en esta nueva etapa, hemos abordado a través de una queja de oficio a la que posteriormente aludiremos.

2.12.5. Sobre el uso de las mascarillas

Ha tenido igualmente presencia en un importante número de quejas, **la oportunidad o no del uso obligado de las mascarillas**, ya que la información difundida en este aspecto ha basculado desde la postura oficial

inicial de su innecesariedad, hasta la aprobación de la Orden Ministerial SND/422/2020, de 19 de mayo, por la que se regulan las condiciones para el uso obligatorio de mascarilla durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 (BOE nº 142 de 20/05/20), dictada por el Ministerio de Sanidad, posteriormente el Real Decreto Ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por COVID-19, y, finalmente, en el territorio andaluz, las últimas medidas aprobadas por la Consejería de Salud y Familias mediante la Orden de 14 de julio de 2020, sobre el uso obligatorio de la mascarilla, casi en la práctica totalidad de situaciones, en consonancia con la decisión adoptada por la mayoría de las comunidades autónomas en el territorio nacional.

Las disconformidades con el uso obligatorio de las mascarillas (quejas 20/3229, 20/4663, 20/4665, 20/4476, 20/4739, 20/4879, 20/4940 o 20/4968), han estado referidas a su virtualidad como medida de prevención de contagios, en la falta de publicación de los informes científicos que le sirven de soporte, ahondando en algunos casos en argumentos obstativos de índole jurídica, como los que arguyen la inconstitucionalidad de la medida en sí, por entenderla vulneradora del derecho fundamental a la libertad, en la misma medida que el confinamiento lo sería del derecho a la libertad de circulación, o bien quienes han cuestionado el rango formal de la norma que sienta tal obligación.

No resulta extraño este tipo de posicionamientos que, aunque minoritarios, asumimos como manifestación del derecho de participación en una sociedad plural regida por la libertad de pensamiento y de expresión y un signo acorde con la inseguridad de tiempos tan convulsos y controvertidos, que incluso han puesto de relieve la diversa suerte y destino que han debido correr las medidas preventivas de salud pública precisadas de la garantía de la ratificación judicial, en las diferentes comunidades autónomas, una vez ausente el respaldo legal del estado de alarma.

Desde esta Defensoría, consideramos oportuno encuadrar el dictado de estas normas dentro del marco de competencias consagrado en el texto constitucional, que mandata a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, al haberse adoptado ponderando la primacía del derecho a la protección de la salud pública y así lo hemos informado a quienes nos han trasladado sus objeciones.

Precisamente en relación con esta obligación y las consecuencias económicas que su cumplimiento comporta para todos, nos resulta de interés y digna de seguimiento la actuación iniciada por el Defensor del Pueblo de las Cortes Generales, dirigida a la conveniente **reducción del IVA de mascarillas y geles hidroalcohólicos**, al considerar que se han convertido en bienes de primera necesidad como consecuencia de la pandemia de COVID-19, según manifiesta aquel en el escrito dirigido de oficio a la Secretaría de Estado de Hacienda. Información que se encuentra disponible en el [sitio web](#) de la referida Institución.

2.12.6. Valoración de la pertenencia a los denominados grupos de riesgo y la competencia para su acreditación

Abundando en las cuestiones organizativas para el control de la pandemia y medidas de salud pública, se nos han planteado algunas **quejas por determinados grupos de riesgo**.

Así, hemos atendido algunas peticiones sobre la atención de **pacientes oncológicos** en el contexto de crisis sanitaria y sobre la obligatoriedad u oportunidad de realización de pruebas PCR, aun sin presentar signos ni sospecha de enfermedad COVID19, como por ejemplo las quejas 20/2648 y 20/4400, en la que las personas afectadas nos trasladaban la inquietud de someterse a tratamiento con efectos inmunosupresores, como ocurre con la quimioterapia, sin realización obligada de las pruebas PCR.

En este punto, conocedores de los **protocolos** que hay disponibles en la página web del Servicio Andaluz de Salud elaborados desde el Ministerio de Sanidad, referente a las recomendaciones para el manejo, prevención y control de COVID-19 en los servicios de oncología radioterápica y unidades de diálisis (otro colectivo de riesgo), hemos informado a la ciudadanía, resultando oportuno, incidir en la importancia capital que tiene trasladar al paciente la información sobre la oportunidad o no de realización de las pruebas PCR, como regla general o basada en un criterio facultativo en función de cada caso, dado el contexto de alarma sanitaria que vivimos y la preocupación de la población.

Otro colectivo que nos hacía llegar su queja, durante el periodo de confinamiento ha sido el de **celiacos** (queja 20/2291), a través del movimiento asociativo,

por la dificultad que observaban para la adquisición de productos alimenticios en el estado de restricción de movimientos decretado, derivándose en este supuesto la queja al Defensor estatal, quien había iniciado actuaciones con la Secretaría de Estado de Seguridad para interesarse por este tema.

Destacamos por último, las consultas promovidas en cuanto a **competencias para acreditar la pertenencia a los grupos de riesgo asociados a la COVID19**, en el que se han planteado dudas sobre la competencia de los médicos de atención primaria o de los servicio de prevención y salud de las empresas, remitiendo en este punto a la ciudadanía a los protocolos publicados por el Ministerio de Sanidad.

2.12.7. Atención primaria y especializada

Nos ocupamos a continuación del análisis de las **quejas que se refieren a aspectos asistenciales en sentido estricto**, incrementadas de forma progresiva tras la conformación de la llamada "nueva normalidad" y sus directrices peculiares de organización de la dispensación de la atención sanitaria.

Durante los meses de confinamiento hemos vivido manifestaciones diarias de la ciudadanía, como símbolo de agradecimiento a la labor de los sanitarios y de los profesionales de servicios básicos, que ante esta Institución se han revelado con desinteresados gestos de personas que nos trasladaban su voluntad de desistimiento puntual de algunas acciones emprendidas, en la consideración particular de que ante la difícil situación sanitaria, debían relegar sus intereses y derechos de otra índole, en beneficio del bien común prioritario.

Sin embargo, la salud es nuestro bien más preciado, ya que brinda a la persona la oportunidad de una llevanza de vida completa y partiendo de esta premisa, el cese del estado de alarma y el aparente menor riesgo concurrente, han propiciado el resurgimiento de quejas centradas en la vuelta a una normalidad asistencial, que ponen al servicio sanitario público en la tesitura de afrontar la demora acumulada por estos meses de confinamiento y ante el reto de recuperar el pulso a una asistencia, que ya se antojaba difícil, en un contexto incierto de evolución del virus.

Las quejas más abundantes se estructuran en torno a los dos niveles de organización funcional, la atención primaria y la atención especializada, junto a los cuales merece destacarse la situación de los servicios de urgencia extrahospitalaria y las necesidades específicas en esta crisis sanitaria para la protección de las personas que sufren problemas de salud mental.

En el mes de abril de 2020 se aprobó el Plan funcional para la normalización del trabajo en la actividad asistencial, previsto para retomar la actividad de forma progresiva en el sistema sanitario público de Andalucía, entre cuyas medidas destaca el papel esencial de la **atención primaria** para el seguimiento de la vigilancia epidemiológica de COVID-19, que comporta una reorganización asistencial y de los centros y su cartera de servicios, a través de medidas preventivas de contagios por el doble circuito Covid/No Covid y la generalización de las consultas telefónicas en sustitución de las presenciales, o de otras pensadas para agilizar la respuesta y ganar en eficiencia, como la telemedicina o el acto único.

Los condicionantes de la pandemia han conducido a un funcionamiento de la atención primaria de salud, urgido a desenvolverse en un escenario de dispensación que poca semejanza guarda con el contexto tradicional, quedando con ello huérfano de la seguridad que proporciona el trato directo y el contacto físico y visual y privado de la valiosa información adicional que proporciona esta forma de relación basada en la confianza médico-paciente.

Esta cualidad, la cercanía, que respalda el peso específico del cometido social que cumple este servicio sanitario público, es precisamente la que parece haber quedado afectada por los incipientes criterios de reorganización forzados por la crisis sanitaria, motivando las quejas tanto de los ciudadanos, que denuncian su inaccesibilidad e inoperatividad, como de los propios profesionales sanitarios que, en cambio, hacen público su desgaste ante una nueva modalidad de atención sanitaria no presencial, que han de compaginar con la respuesta a la ingente tarea derivada de los brotes de coronavirus (que, entre otras, incluyen el rastreo, el control domiciliario y la cobertura a centros sociosanitarios y escolares).

Desde la perspectiva de la población, los testimonios apreciados son coincidentes en una casuística reiterada, concentrada en la ausencia de una información suficiente y adecuada; la imposibilidad o dificultades de obtener

cita médica a través de cualquiera de las diferentes vías articuladas para ello (quejas 20/4941, 20/5184, 20/5585, 20/5621, 20/5701); la denegación de atención médica presencial en el centro de salud (quejas 20/3826, 20/4203, 20/4982, 20/5122, 20/5140); la insatisfacción con la consulta telefónica; las dificultades para acceder a la práctica de pruebas ordinarias, o la suspensión de analíticas y de vacunaciones (quejas 20/4211, 20/5667, 20/5179); y, en fin, los criterios ya adelantados al comienzo, para la práctica de la PCR, la excesiva demora en la comunicación de sus resultados, la prolongación de bajas médicas no deseadas a resultas del anterior retraso (queja 20/5623), o la práctica en el control domiciliario de pacientes en cuarentena por confirmación de contagio (queja 20/5748).

Algunas de estas incidencias comporta la paradoja de obligar a las personas a acudir presencialmente a los centros de salud para la realización de estos trámites, sin que puedan en cambio recibir atención sanitaria personal; e incluso favorece que opten por acudir a los servicios de urgencias hospitalarios, incrementando el riesgo y contribuyendo a la saturación de estos últimos.

Si, por otra parte, atendemos a las consideraciones manifestadas públicamente por los profesionales integrados en los centros sanitarios de atención primaria, hemos de remitirnos a la información que recogen los medios de comunicación, en los que usualmente se viene dando noticia de la saturación que dicen afrontar aquellos en su labor diaria, alegando soportar una gran presión por la carga de trabajo y advirtiendo de un riesgo de colapso, que encuentra incluso reconocimiento en las declaraciones públicas del Consejero de Salud y de otros responsables territoriales.

Esta situación y la enorme preocupación que las consecuencias de su perduración en el tiempo, puedan deparar en las estribaciones de la llegada del otoño y la campaña de vacunación frente al virus de la gripe común, han motivado la incoación de oficio de la [queja 20/6020](#), orientada a abordar las actuaciones que permitan conocer, con elementos objetivos, el alcance del fundamento de las demandas de la ciudadanía referidas a las **disfunciones e insuficiencias de la atención primaria de salud** y determinar los aspectos susceptibles de refuerzo, mejora o innovación en su estructura y funcionamiento, para la adecuada prestación de este servicio público en un contexto como el que vivimos y su adaptación eficaz y eficiente a una realidad sanitaria de duración incierta, regida por nuevos parámetros.

Con todo, hemos de decir que las primeras reticencias en torno a la reorganización asistencial de este nuevo modelo, surgieron a colación de la **atención pediátrica** en algunos centros de salud de la provincia de Sevilla (quejas 20/3562, 20/3563, 20/3564, 20/3565, 20/3566, 20/3567, 20/3568, 20/3569, 20/3571, 20/3606), cuyos ecos trascendieron además a los medios de comunicación, determinando la preocupación de los padres y madres que decidiéramos interesarnos de oficio ([queja 20/3559](#)) sobre la entidad de las medidas adoptadas, solicitando a la Consejería de Salud y Familias conocer el número de menores afectados en el Distrito de Sevilla y las acciones emprendidas o previstas para atender la contratación de pediatras, a fin de garantizar las medidas anunciadas de dobles circuitos, asistencia telefónica y teleasistencia.

La atención sanitaria dirigida a la población infantil en el nivel primario, por lo demás, mantiene las conocidas denuncias sobre la **falta de pediatras en centros de salud** y consultorios (quejas 20/3888 y 20/4373), que en este momento de crisis sanitaria se funda en la reorganización de circuitos aludida; a las que se une el supuesto puntual de la suspensión de consultas de niño sano, investigado en la queja 20/3923, sustanciada ante el Distrito Metropolitano de Granada, que nos informó de la reanudación de las consultas presenciales en esa Unidad Asistencial y del previo contacto telefónico médico-paciente para la autogestión de las citas.

En cuanto a la **atención especializada**, hemos de tomar en consideración que ha sido el nivel más afectado por el estado de alarma, ya que en virtud del mismo se produjo la suspensión de los plazos de garantía de respuesta, que, a la fecha, se mantienen sin efecto de forma provisional, hasta el momento en que se normalice la situación epidemiológica ocasionada por la COVID19, de conformidad con la Orden de 19 de junio de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la comunidad autónoma de Andalucía.

La vuelta a la actividad sujeta a condicionantes en que se desenvuelve la vida de la ciudadanía, se trasluce en la reanudación de las ya habituales quejas en torno a la demora en realización de **pruebas diagnósticas, primeras consultas e intervenciones quirúrgicas**, que se encuentran actualmente sin la cobertura de la garantía de plazo prevista en los respectivos Decretos que las regulan.

Conocemos la voluntad de canalizar la demanda, anunciada en el Plan funcional para la normalización de la actividad y aseverada con ocasión de la tramitación de diferentes quejas, (como la queja 20/2088, en la que el Hospital Regional de Málaga nos informaba de la voluntad de ir retomando la normalidad en atención de especialidades e intervención quirúrgica; o la queja 20/4492, en la que el Hospital Puerta del Mar nos daba cuenta de la programación de una intervención quirúrgica retrasada para fechas próximas, incluso aunque se trataba de un código no incluido en el Decreto 209/2001 y Órdenes de actualización posteriores).

No podemos ignorar ni las dificultades concurrentes en esta época ni subestimar la voluntad de los centros hospitalarios y de sus profesionales, pero tampoco oculta esta Institución su preocupación constructiva por hacer visible la importancia de que las listas de espera frenen su incremento en un contexto probable de nueva ola de contagios.

2.12.8. Asistencia sanitaria urgente

Avanzando en el elenco de asuntos que han tenido presencia particular en esta pandemia, traemos a colación en este momento una cuestión asimismo suscitada por las medidas de reordenación. Específicamente, las limitaciones y carencias derivadas para la población rural, por la **reorganización de la asistencia sanitaria urgente**, como medida preventiva de contagios a través del ya citado doble circuito.

Con fundamento en la valoración de los servicios de atención sanitaria continuada y de urgencias, fruto de las quejas planteadas por los regidores de algunos municipios y en la experiencia conocida en esta Defensoría de que el recurso a los mismos se torna imprescindible en situaciones perentorias de mayor o menor entidad para la salud, que requieren una asistencia no demorable, determinamos iniciar de oficio la [queja 20/6019](#).

En esta investigación partimos de considerar que la atención extrahospitalaria urgente que dispensan los Servicios de Urgencias de Atención Primaria ostenta un peso específico en el medio rural, debido a que la falta de otro tipo de Centros sanitarios a que acudir para demandar esta modalidad de atención, convierten

este recurso de atención continuada y urgente, no solo en el instrumento más idóneo para canalizar las demandas no demorables de la población, sino, a su vez, en el medio que contribuye a mitigar el uso indiscriminado de las urgencias hospitalarias y, con ello, a la eficacia en el uso de los dispositivos sanitarios públicos.

Nos planteamos con ello que, a pesar de las limitaciones de la crisis sanitaria y dentro de sus premisas generales, pueda valorarse la aplicación de modulaciones territoriales en función de la incidencia del virus y de la evolución de la tasa de contagios de cada Distrito de Atención Primaria, en conjunción con otros factores relevantes (de volumen de población, de edad media, de ubicación geográfica, etc.) y, en todo caso, conocer el horizonte temporal auspiciado para retomar la actividad ordinaria de los mentados servicios de urgencias.

2.12.9. Personas con trastorno de salud mental

Por último, no podemos dejar de incluir en este informe extraordinario a un colectivo que preocupa de forma singular a esta Defensoría, como es el de las **personas con trastornos de salud mental**, por cuanto en este tiempo peculiar hemos tenido noticia de un incremento o agravación de episodios en el contexto de confinamiento que hemos vivido.

Conocida es la inusualidad de que este tipo de quejas sean promovidas por las personas que en primera persona experimentan cualquiera de las patologías con incidencia en la salud mental, siendo lo habitual que las preocupaciones e inquietudes se nos hagan llegar por las personas de su círculo más estrecho, familiar o comunitario, y en ocasiones, por terceros que de forma directa o indirecta, se sienten afectados por la situación que comunican.

En esta línea, hemos recibido quejas de familiares o vecinos que han acudido, en este periodo de alarma, para trasladar su preocupación, por las demoras en las citas en las Unidades de Salud Mental (queja 20/2552) y de forma principal por la deambulación descontrolada de sus allegados o vecinos afectados por este tipo de patologías, comunicando las dificultades en el seguimiento del tratamiento, que de por sí suele ser un objetivo arduo y manifestándonos su inquietud por el riesgo a contagiar y/o ser contagiados.

Por ello, nos pareció oportuno interesar del Servicio Andaluz de Salud, en la sustanciación de la queja 20/2407, que nos informase si se habían pautado, en el contexto de emergencia sanitaria, instrucciones para este tipo de situaciones, fundamentalmente con el fin de prevenir y evitar mayores contagios, en el caso de personas afectadas por estas patologías que se encuentran faltas de control y seguimiento.

Mediante la emisión del oportuno informe se nos daba cuenta de que todas las unidades directivas de los centros sanitarios públicos habían realizado su específico Plan de Contingencia, adecuado a sus características infraestructurales, organizativas y de población.

Concretamente, en el caso de las UGC de Salud Mental, sostenían que se había garantizado, en todo momento, la asistencia sanitaria priorizada a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) y se habían mantenido, pese a no poderlo hacer, en la mayoría de casos presencialmente, todos los mecanismos de abordaje conjunto y transmisión de información dentro de las UGC, así como los de carácter intersectorial, servicios sociales, justicia y otros.

Más concretamente, se nos ofrecía información del plan de contingencia de la UGC por la que nos interesábamos, y se informaba de lo aconsejable de que cada facultativo tuviera un registro actualizado de pacientes graves, preferentemente con TMG, para actuar de forma proactiva y prioritaria y de forma conjunta con enfermería y trabajo social, y la necesidad de identificar entre estos pacientes de alto riesgo a aquellos especialmente vulnerables, para establecer medidas preventivas tendentes a evitar descompensaciones psicopatológicas e ingresos en las unidades hospitalarias.

Asimismo, indicaban que las medidas preventivas y de garantía de salud pública de los establecimientos dependientes de otras instituciones, como por ejemplo los casos de albergues municipales, son competencia de los Servicios de Salud Pública de los Ayuntamientos, que las aplica sin discriminar que se trate de una persona con un problema de salud mental o carente del mismo.

En el curso de otras quejas tramitadas por este motivo en el contexto de la pandemia (quejas 20/3058, 20/3174, 20/1138, 20/1052), a través de los informes obtenidos de las Unidades implicadas, hemos podido corroborar la sujeción a estas indicaciones, en los casos que las personas concernidas y sus

familiares mantenían un seguimiento, así por ejemplo, en el curso de la queja 20/3058 se nos informaba de los contactos mantenidas con la familia y en la queja 20/1138 del seguimiento en la atención.

Lo cierto es que, incluso valorando el dictado de instrucciones y la voluntad de atención médica presencial al colectivo indicado, no podemos dejar de incidir en la insuficiencia de recursos ya advertida en otras ocasiones por esta Defensoría, para la atención de esta problemática y su vinculación con los procedimientos administrativos demorados de reconocimiento de la situación de dependencia y de asignación de recursos apropiados, que en el contexto de alarma sanitaria se han visto agudizados. Por nuestra parte, hemos orientado a la familia para seguir manteniendo el contacto con las USMC y los servicios sociales y apelado a la Administración sobre la necesaria coordinación de actuaciones entre los Servicios Sociales y Sanitarios para atender este tipo de patologías.

Sin duda, la pandemia que padecemos ha realizado, entre otros, un envite al sistema público de salud, uno de los pilares del Estado de Bienestar y es de justicia mencionar en este apartado la encomiable labor de todas y cada una de las personas que trabajan en el sistema sanitario: personal médico, de enfermería, auxiliares, administrativos, personal de limpieza o de seguridad, que con su dedicación han soportado y soportan una fuerte presión asistencial ya conocida y que requiere ahora, de forma ineludible e inaplazable, un planteamiento y compromiso que permita a nuestra sociedad mantener sus derechos, forjando un sistema sanitario y social sostenible.

Del tenor de nuestras quejas extraemos, igualmente, que la mayoría de la ciudadanía ha dado muestras de un comportamiento responsable y comprometido en el plano sanitario. En el momento en que nos encontramos, confiamos en que obtenga asentamiento la conciencia de que frenar los contagios depende, antes que nada, de un esfuerzo personal, en el que la principal decisión es renunciar, voluntariamente y en el buen uso de nuestra libertad, a una forma de vida que de forma transitoria no podemos desarrollar sin ponernos en riesgo propio y ajeno. Un alto en el camino que nos hará más fuertes y reforzará nuestros valores como sociedad.