

1.11. Salud





1.11. Salud

1.11.1. Introducción	307
1.11.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	308
1.11.2.1. Salud Pública	308
1.11.2.2. Atención primaria	309
1.11.2.3. Atención Especializada	310
1.11.2.4. Atención sanitaria de Urgencias	314
1.11.2.4.1. Urgencias extrahospitalarias	315
1.11.2.4.2. Urgencias hospitalarias	317
1.11.2.5. Tiempos de respuesta asistencial	318
1.11.2.6. Praxis médica	320
1.11.2.7. Derechos de los usuarios	322
1.11.2.8. Centros sanitarios	325
1.11.2.9. Prestación farmacéutica	328
1.11.2.10. Salud mental	329
1.11.3. Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas	331
1.11.3.1. Quejas de oficio	331
1.11.3.2. Colaboración de las Administraciones	331
1.11.3.3. Resoluciones no aceptadas	331



1.11.1. Introducción

El examen del derecho constitucional a la **protección de la salud**, visto desde la perspectiva de las comparecencias ciudadanas ante esta Institución, solemos analizarlo desde **diversos enfoques**, a saber: por niveles asistenciales y modalidades (atención primaria, especializada y de urgencias); aludiendo a problemáticas de calado general, como las que resultan de los tiempos de respuesta asistencial (listas de espera); desde la óptica de los derechos de los usuarios; o, entre otras vertientes, haciéndonos eco de las dificultades que afloran en torno a la prestación farmacéutica, las que se relacionan con cuestiones de salud pública o, sin ánimo de exhaustividad, resultan de otros aspectos singulares.

En la anualidad que en estas líneas afrontamos, más que limitarnos a abundar en aspectos muy concretos, pasando por alto otros en apariencia menos sustanciosos, hemos considerado preferible ofrecer un surtido lo más variado y completo de las variopintas peticiones que se someten a nuestra consideración.

Pretendemos con ello dar una visión plural y fidedigna de las sensibilidades, inquietudes y exigencias de la ciudadanía en cuanto a la obtención de la protección de sus derechos como usuarios del sistema sanitario público, al propio tiempo, actuar como instrumento eficaz de transmisión de las demandas de aquellos por cuyos derechos velamos y, en consecuencia, hacer visibles las mismas de forma objetiva a quienes cuentan con los instrumentos que permitan arbitrar las medidas para su satisfacción.

El sistema sanitario público es un servicio troncal para la sociedad, **la salud es uno de los pilares del bienestar, un derecho social inestimable y los poderes públicos tienen, como todos sabemos, el deber de garantizar sus recursos y prestaciones.**

Cierto es que nuestro sistema sanitario nacional, con sus carencias, ha alcanzado un nivel de desarrollo y garantías más que aceptable que, de cuando en cuando, es destacado en posiciones jerarquizadas resultantes de la comparación de indicadores o índices de competitividad o calidad, analizados desde observatorios, foros, entidades, instituciones o empresas, del ámbito regional europeo o incluso mundial.

El funcionamiento de una maquinaria de esta envergadura consume ingentes recursos de todo tipo y, en una sociedad globalizada, se ve alcanzado por los efectos, a veces desfavorables, de dinámicas de alcance supranacional.

Por lo que al sistema público sanitario andaluz se refiere -que es el que vamos a analizar a continuación-, de las cuestiones reveladas en las páginas que siguen -todas sustentadas sobre la investigación de las quejas tramitadas por el Defensor del Pueblo Andaluz a lo largo de 2019-, extraemos unas someras apreciaciones iniciales.

Por una parte, el **mantenimiento del nivel de peticiones de la ciudadanía**, que incrementado en 2018, ha consolidado su nivel cuantitativo en 2019, con una cifra total superior a las 500 quejas.

Desde un enfoque más global y analítico, **la necesidad de repensar el modelo de organización**, con la finalidad de que sea capaz de prever y afrontar los retos a que debe adaptarse de la mano de realidades innegables que lo condicionan, como la insuficiencia de profesionales sanitarios y la demografía, en cuya evolución tienen un papel relevante, a los efectos que nos interesan, el envejecimiento de la ciudadanía y la despoblación fuera de las ciudades y, en fin, para transformarlo en un sistema más ágil, moldeable y versátil y, por ende, más eficaz y eficiente.

En el plano asistencial, debe avanzarse en la **implantación de la atención sociosanitaria**, como escalón intermedio entre la atención hospitalaria y la primaria, destinada a determinados perfiles de personas, reforzando especialmente la colaboración y coordinación entre los servicios sanitarios y sociales. Un camino emprendido recientemente en nuestra comunidad y sobre el que aún no podemos pronunciarnos, debido a la cortedad de su recorrido, pero en todo caso precisado de las infraestructuras imprescindibles.

Y, por último pero no menos importante, una premisa: la de persistir en la **valía de la sanidad pública como sistema universal**, con todo lo que esta naturaleza comporta.



1.11.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.11.2.1. Salud Pública

La garantía constitucional del derecho a la protección de la salud tiene una vertiente individual y al propio tiempo una dimensión colectiva o comunitaria, que incluye la protección de la salud ante las amenazas y los riesgos, dentro de la cual reviste especial relevancia el Sistema de Vigilancia e Información.

Entre los plurales focos de los que puede nacer un riesgo para la salud pública (situaciones de catástrofe, epidemias, condiciones higiénicas, ambientales o laborales e incluso situación socioeconómica), el alcance de las fallas en materia de **seguridad alimentaria** protagonizó la actualidad más funesta del año 2019, obligando a activar una alerta sanitaria provocada por un brote infeccioso por listeriosis, que provocó ingresos hospitalarios, fallecimientos e incluso la pérdida de seres en proceso de gestación.

Desde estas páginas en que nos vemos obligados a rememorar el impacto de los acontecimientos de agosto de 2019, reiteramos nuestro más sentido pesar a las víctimas y perjudicados por aquellos.

El momento en el que trascendió al conocimiento público la detección de un brote infeccioso por listeriosis relacionado con el consumo de determinados productos cárnicos, la celeridad con que se produjo la ampliación sucesiva del foco de la infección, la necesidad de priorización de la atención sanitaria a las personas intoxicadas y las reacciones discrepantes de las Administraciones llamadas a asumir competencias y responsabilidades en torno a este grave problema de salud pública -con origen en la producción de alimentos que accedieron contaminados a la comercialización para la ingesta de los consumidores-, fueron el caldo de cultivo de un escenario confuso que incrementó la alarma y contribuyó a la desinformación.

En este contexto asistimos al desarrollo de los acontecimientos, inicialmente difundidos a través de diversos medios de comunicación, accediendo entonces a la información suministrada por las Administraciones implicadas -fundamentalmente la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía-, que referían la iniciación de actuaciones tras percatarse de los primeros indicios, conducentes a detectar el origen de la enfermedad, la declaración de la alerta sanitaria y la adopción de medidas relacionadas con la empresa cárnica en la que se situó el foco de la infección.

Así las cosas, valoramos que la dimensión de la problemática generada a raíz de esta crisis convertía en obligada la intervención de esta Institución, mediante la apertura de un expediente de queja de oficio, destinado a afrontar sus implicaciones desde el análisis sereno, sosegado y objetivo, con toda la información entonces disponible y con la mayor amplitud de miras (**queja 19/4613**).

Las cuestiones en juego se concretan en la adecuación de la gestión del riesgo sanitario, puesta en entredicho en lo que se refiere a la celeridad en la declaración de la alerta y la adopción de las medidas para hacer frente al brote y tratar de aminorar sus consecuencias; en el adecuado ejercicio de sus competencias por parte de las Administraciones implicadas; en la suficiencia de la información proporcionada a los consumidores para garantizar el derecho a conocer una situación directamente vinculada a la protección de su propia salud; y el aspecto preventivo que forma parte de la salud pública, traducido en la autorización para la ampliación de la empresa responsable, o la infrecuencia de la inspección previa de sus instalaciones.

En este cometido nos hemos dirigido a la Consejería de Salud y Familias y al Ayuntamiento de Sevilla, interesando de la primera una exposición detallada de las actuaciones desarrolladas en el ejercicio de las funciones que le competen para la protección de la salud de la población (específicamente las que exige la aplicación del protocolo de actuación ante alerta por toxi-infección alimentaria, y en concreto el de vigilancia y alerta por listeriosis, incluido lo atinente al análisis de las muestras); las medidas preventivas actuadas en relación con la instalación responsable de la infección (inspecciones practicadas, autorizaciones y registros oportunos); y, en último término, el relato del proceso de información a la ciudadanía.

Al Ayuntamiento de Sevilla, por su parte, le demandamos conocer el detalle de las actuaciones desarrolladas en el ejercicio de las funciones que esa Administración tiene encomendadas para la protección de la salud pública en el ámbito municipal, y específicamente las que se refieren al examen de las muestras en el laboratorio, y la inspección preventiva de las instalaciones de la empresa, con explicación



del fundamento normativo para las mismas. Al cierre de este informe, acabamos de recibir respuesta de ambas administraciones.

La **sanidad ambiental** constituye, por su parte, una fuente relevante de preocupación ciudadana, que cada vez más demanda conocer la posible afectación sobre la salud por la exposición a ondas o a sustancias liberadas en el medio ambiente, como ocurre con la vinculación de tumores a la influencia de las ondas de antenas de telecomunicaciones instaladas en edificios (queja 19/3646); o respecto de los riesgos para la salud pública derivados de emisiones a la atmósfera de una industria cementera.

Promovió el segundo de los supuestos una asociación de vecinos de Málaga, expresando su inquietud por las emisiones contaminantes a la atmósfera provenientes de una cementera incineradora y, desde luego, su malestar por haber no haber merecido respuesta la petición dirigida en 2017 a la Delegación Territorial de la Consejería de Salud, de acceso a los estudios sanitarios que pudieren haberse realizado al efecto o, en su defecto, la realización de las mediciones y estudios comparativos correspondientes.

La queja formulada fue admitida al fin único de que por la Administración se resolviera expresamente la petición formalizada y, como quiera que tampoco se produjera ningún pronunciamiento de aquella respecto de la petición de esta Institución, dio lugar a dirigir a la Delegación Territorial la Recomendación de dar respuesta expresa a la Asociación, con fundamento en el derecho de la ciudadanía a una buena Administración y a la obtención de información.

La Recomendación fue aceptada, mostrando la Delegación Territorial un firme compromiso en elaborar el informe y en comunicar su resultado a los peticionarios y a esta Institución, una vez que pudiera elaborar con rigor las valoraciones que debía contener aquel, tras tratar los datos recabados a través de la obtención de la información sanitaria de la zona y de los registros y análisis de las emisiones de la fábrica proporcionados por la Administración ambiental (**queja 18/6633**).

Hemos de reconocer que el compromiso fue cumplido mediante la confección del informe epidemiológico sobre casos de cáncer y de exposición a contaminantes potencialmente carcinógenos en la zona cuestionada, del que se nos dio completo traslado y comunicación de haber sido igualmente enviado a la asociación de vecinos interesada.

1.11.2.2. Atención primaria

Dentro de la ordenación funcional de la asistencia sanitaria en Andalucía, la Ley de Salud de Andalucía 2/1998, configura la Atención Primaria de salud como el primer nivel de acceso ordinario de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía (artículo 52). **Un nivel en el que la relación de confianza médico-paciente alcanza todo su significado** y, desde luego, no solo el primer nivel de acceso al sistema sanitario público, sino también el más cercano y la puerta que, casi siempre, se abre.

Esta es seguramente la razón por la que suscita escasas objeciones en la ciudadanía o, al menos, la que explica que no las genere de forma tan profusa como las que motiva la más distante atención especializada.

Ahora bien, la perspectiva cambia cuando le aflora alguna carencia que desvirtúa su razón de ser como servicio sanitario al alcance de todos y afecta al núcleo de su esencia. De este modo, el cierre de consultas, la reducción de su oferta de atención horaria, la demora en la asignación de citas o la suspensión de las mismas -en la práctica causadas por carencias de personal facultativo- conviven con demandas alusivas a problemas de organización, a discrepancias con el cambio de médico o, en fin, con las más minoritarias controversias sobre la atención domiciliaria o que se adentran en el espacio subjetivo de los criterios clínicos, como tales reservados a la autonomía profesional.

De entre todas, la principal causa de afectación presente en las quejas ciudadanas durante 2019, ha venido de la mano, como avanzamos, de la insuficiencia de la atención dispensada por la **falta de médicos de atención primaria y pediatras**. A título meramente ilustrativo citaremos las demandas formalizadas por una plataforma vecinal, sobre los problemas para la atención sanitaria en el consultorio de dicha localidad de Sevilla, dependiente del Área de Gestión Sanitaria de Osuna (queja 19/2223), entre los que citan contar con un único médico de familia y no siempre con pediatra, falta de sustitución en caso de ausencia, escasez de



consultas pediátricas, consultas quincenales con la matrona, atención sanitaria limitada a horario matutino, dificultades en el acceso a rehabilitación, y deficiencias en la atención urgente.

La carencia de pediatras en el ámbito de la Atención Primaria, más acusadamente en el rural, ha estado muy presente en esta anualidad: falta en el Centro de Salud de Loja (quejas 19/1694, 19/1759, 19/1761, 19/1762); en Roquetas de Mar (queja 19/3161); Mairena del Aljarafe (queja 19/5784); o en un Centro de Salud de Écija (queja 19/7111); la insuficiencia de su número en un centro de salud en Jaén (queja 19/4159); así como esta misma causa propició que la defensoría recomendara que se valorara el desplazamiento de un pediatra al consultorio de Peñaflor en una determinada franja horaria, para poder realizar la actividad de control del niño sano y vacunación y las consultas programadas (**queja 17/3077**).

El sistema sanitario público, en su conjunto, sufre el azote de la insuficiencia de facultativos, de la que los medios de comunicación se hacen eco asiduamente y cuya falta acusan también las Bolsas de Empleo del Servicio Andaluz de Salud.

Mitigar el alcance del problema acudiendo a remedios alternativos, en ámbitos extramuros de las grandes poblaciones, admite menos margen de maniobra y requiere de una apuesta mayor, que deberá servirse de opciones, planes y enfoques diversos y plurales, adaptados a las necesidades de cada zona.

En este contexto, del mismo modo que en los servicios de salud de Atención Primaria de otras comunidades de España, surgió en Andalucía el concepto de **puestos de difícil cobertura** y el acuerdo adoptado en 2018 entre la Administración sanitaria y los Sindicatos en la Mesa Sectorial de Sanidad, llamado a garantizar la presencia y estabilización de los facultativos en zonas rurales, a través de una serie de medidas incentivadoras (puntuación específica y adicional en la Bolsa Temporal de Empleo, estabilidad en el empleo, ventajas en la movilidad voluntaria, formación o carrera profesional), que se incluirían en el Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud.

De este modo, por Resolución de 14 de noviembre de 2018 de la entonces Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, se establecieron los indicadores que debían tomarse en consideración en lo sucesivo, para que una Zona Básica de Salud y, por ende, los Centros sanitarios comprendidos en la misma, obtengan la consideración de puestos de difícil cobertura de Medicina de Familia de Atención Primaria, con la finalidad de que el desempeño de la profesión sanitaria en los mismos resulte más atractivo y puedan cubrirse sus plazas vacantes.

La calificación de puesto de difícil cobertura, que ostentan en la actualidad un total de 92 Zonas Básicas de Salud (Resolución de 11 de enero de 2019), suscitó alguna discrepancia procedente de alguna Zona excluida que, aunque se trasladó a esta defensoría, no llegó a cuajar en una demanda efectiva.

Por su parte, la Resolución de 20 de mayo de 2019, de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, incorporó al Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Andaluz de Salud los objetivos específicos antedichos y, constatando la necesidad de impulsar medidas que permitan el equilibrio entre la tendencia creciente de jubilaciones y el escaso número de egresados actual que cursan estudios de especialistas en ciencias de la salud, posibilita la **prolongación voluntaria de la permanencia en servicio activo hasta alcanzar los 70 años de edad** al personal licenciado sanitario que reúna la capacidad funcional necesaria.

1.11.2.3. Atención Especializada

La atención especializada, segundo nivel de la ordenación funcional de la asistencia sanitaria, se dispensa por los hospitales y por sus centros de especialidades (artículo 54 de la Ley 2/1998), al que se accede por derivación de los médicos de atención primaria, una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento, del primer nivel. Precisamente por ello, es elevado el escalón que separa la primaria de la especializada, en lo que se refiere a grado de cercanía y facilidad de comunicación y entendimiento.

De entre las quejas planteadas en torno al nutrido universo de este nivel asistencial, nos decantamos, en esta ocasión, por centrar la mirada en aquellas que guardan relación con la necesidad de **mejora en la gestión de sus itinerarios y circuitos**, las que plantean **problemas de acceso derivados de la falta de**



especialistas, así como, en un plano más corto y específico, las que han redundado sobre la adopción de medios para la **mejora del diagnóstico** y tratamiento de la demencia frontotemporal, concluyendo con las registradas al filo de culminar la anualidad, denunciando el penoso **tránsito de los pacientes oncológicos** por las consultas externas de los dos hospitales radicados en la ciudad de Sevilla.

Comenzando por la cuestión apuntada en primer término, la percepción de la ciudadanía acerca de la calidad del servicio dispensado desde la atención especializada, se encuentra en no pocas ocasiones empañada por la **complejidad organizativa** de sus plurales circuitos, cuyo entramado desconocen, sin que a rebajar esta sensación contribuya un mecanismo de comunicación directo e inmediato, que proporcione de forma simple la información.

Información es una palabra a la que recurrimos muy frecuentemente en esta Institución y que aparece destacada en varios apartados de este Informe Anual. Le concedemos importancia como fruto de nuestra experiencia y, desde luego, al amparo de las exigencias que están consolidando los tiempos, cada vez más rendidos al valor de la participación ciudadana y a la transparencia en todo lo que gira alrededor de lo público, que cuanto más es valiosa en el conocimiento particular de aquello que a cada cual concierne respecto de la atención a su salud.

Los defectos en dicho plano subyacen en el fondo de numerosas problemáticas y, a la inversa, su correcta rendición resuelve confusiones y malentendidos. No en vano, tanto la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, como la Ley de Salud de Andalucía 2/1998, de 15 de junio, imponen a los poderes públicos el deber de informar a los usuarios del sistema sanitario público de sus derechos y deberes; y expresamente reconocen el derecho de los ciudadanos a obtener información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso y, desde luego, el contenido de este derecho debe comprender tanto una información general, como la particularizada que en el seno del proceso asistencial proceda facilitar a la persona sometida al mismo.

Como decíamos, una mala calidad de la información incide en la idea de incompreensión de una organización poco ágil, cuyos procedimientos requieren tiempo y actuaciones diversas, idas y venidas, práctica de pruebas, recogida de resultados, nueva consulta, revisiones, diagnóstico, tratamiento... y, todo ello en ocasiones, sin un referente cierto del que obtener aclaraciones o con quien resolver dudas perentorias.

Como nada ilustra más que un ejemplo, por todos acudiremos a la ciudadana que delataba el mal funcionamiento de un Centro de Especialidades andaluz (queja 18/5975), refiriendo que a su domicilio le había sido remitida por correo ordinario una cita con una especialista de aparato digestivo, a la que acudió el día y a la hora fijados, sin que la facultativa quisiera atenderla debido a que la cita no aparecía en su agenda. La interesada fue remitida a tratar el asunto con la administración del centro, a pesar de explicar que había perdido horas de trabajo y que se trataba de una mera consulta de lectura de resultados de una prueba diagnóstica previa y de la programación de una segunda cita de revisión, que no implicaría más de cinco minutos.

Además de poner sobre la mesa la falta de voluntad y empatía para solventar de forma humana un error informático (que acierta de lleno poniendo el dedo en la llaga), es interesante el comentario de la interesada cuando reseña en su escrito lo siguiente: "De esta forma, estuve más de una hora en el centro arreglando un problema humano o informático que no fue culpa mía, gracias a que la doctora se negó a recibirme cuando eso le hubiese llevado cinco minutos o menos. Además del tiempo de la administrativa, las molestias de trámite de la hoja de reclamaciones y el tiempo que dedico a poner esta queja y ustedes a revisarla".

Tal y como explicó la Administración a esta Institución, asistía la razón a la interesada, debido a haberse emitido un informe de Alta en la Estación Clínica de la Historia de Salud Digital, que automáticamente anula las citas subsiguientes y cierra el proceso asistencial, sin que la anulación de la cita se notificara a la interesada. En resumen, cinco visitas sucesivas a Centros sanitarios desde el momento mismo de la derivación del médico de atención primaria, que aún precisarían una sexta por el fallo de la quinta.

Concluye el informe que aunque no existieron deficiencias en la estricta atención médica prestada, se produjeron incidencias de carácter administrativo que se subsanarían generando automáticamente la



cancelación y notificación de citas posteriores al alta, especialmente en aquellos casos en los que no es presencial.

Aun siendo unos firmes defensores de la capacidad, preparación y dedicación de los profesionales sanitarios, nos sumaríamos en esta ocasión al parecer de la interesada: voluntad y empatía.

Junto a una **gestión administrativa más eficaz**, otra de las medidas que allanan el camino, ya en el plano asistencial, es precisamente la de acortar su recorrido, es decir, **simplificar sus circuitos**. Así resultaría conveniente para ciertos procesos, como la renovación de material ortoprotésico (en esencia, plantillas), o la realización de pruebas de revisión de personas con determinados antecedentes o patologías, que, a pesar de su periodicidad pautada, deben hacer idéntico recorrido cada vez: de atención primaria al especialista, que prescribe la prueba de revisión, cita para la prueba, práctica y cita para recogida de resultados. Un tiempo total muy dilatado, cuyos trámites no solo impiden las revisiones en el período temporal fijado como conveniente, sino que consumen muchos recursos del sistema para un objetivo que podría consumarse de forma más simple.

La posibilidad de la **práctica de pruebas en un hospital más cercano al domicilio** del interesado, en cambio, fue compartida y aceptada por la Administración sanitaria, que así convino en que "lo normal es que siempre que se tenga conocimiento de situaciones personales..., las Unidades de Atención a la Ciudadanía de nuestros centros, trabajan para facilitar la accesibilidad de los ciudadanos a los recursos existentes en distintos puntos de nuestra comunidad"; refiriendo que la petición formulada por una persona en este sentido no fue atendida por un **problema de comunicación**. Como decimos, compartimos esta conclusión, que es el argumento que en los párrafos precedentes hemos esbozado (**queja 19/0537**).

Avanzamos con el simple enunciado de otro grupo de quejas que con frecuencia surgen en la Atención Especializada, como son las que versan sobre el fondo de la misma prestación sanitaria, demandando un diagnóstico que no se alcanza, la práctica de determinadas pruebas o acceder a un tratamiento específico.

Dentro de las patologías concretas que atañen al nivel especializado, nos detenemos a continuación en la **demencia frontotemporal**, la mejora de cuyo diagnóstico y tratamiento en el sistema sanitario público de Andalucía nos fue interesada por la hija de una afectada, considerando que la Administración sanitaria debe realizar un esfuerzo de formación, concienciación y divulgación de la misma, incluyendo la elaboración de un plan específico (**queja 18/1561**).

La Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica explicó en qué consiste la referida enfermedad y las modalidades que presenta, aludiendo a la manera en que se llega al diagnóstico, para destacar que en muchas ocasiones se confunde con un trastorno psiquiátrico. Dio cuenta, igualmente, de las iniciativas que se están desarrollando para dar a conocer la enfermedad y concienciar sobre la misma entre los profesionales y la ciudadanía.

Desde nuestra profundización, una vez analizado el proceso asistencial integrado de demencias, así como las distintas alternativas de tratamiento, tanto farmacológico, como no farmacológico, concluimos que conceptualmente no aparece como necesario otro abordaje planificador o protocolizado de esta enfermedad, debiendo en cambio centrarse los esfuerzos en garantizar la implantación del proceso, de manera que todos los profesionales de atención primaria, y los de la especialidad correspondiente lo conozcan y apliquen sus previsiones.

En cuanto a su tratamiento, sostuvimos que las unidades rehabilitadoras pueden distar de la multidisciplinariedad necesaria y, además, estar más orientadas al daño cerebral adquirido, por lo que concluimos ante la Administración sanitaria la necesidad de una adecuada implantación del proceso para favorecer el diagnóstico temprano y del acceso de los pacientes a las terapias no farmacológicas en el ámbito sanitario público, cuando así se considere oportuno por los profesionales que los vienen tratando.

Los **procesos oncológicos** son, de ordinario, objeto de nuestro interés cuando recibimos alertas acerca de algún elemento con incidencia directa o indirecta en los mismos. Se trata en este caso de las quejas registradas a finales de 2019 que, no obstante ser ajenas al contenido de la atención sanitaria, aluden a sus condiciones materiales circundantes. Concretamente las deficiencias de las consultas externas dedicadas



a pacientes oncológicos de los dos hospitales radicados en la ciudad de Sevilla, el Virgen Macarena y el Virgen del Rocío.

Respecto del primero (Hospital Virgen Macarena), se señalan los importantes retrasos que sufren los pacientes oncológicos en acceder a una cita en el Servicio de Oncología, así como el retraso diario en ser atendidos en las consultas destinadas al seguimiento de las personas sometidas a tratamiento por tan importante patología (queja 19/5611 y queja 19/6548), refiriendo que en cada asistencia han de aguardar en la sala de espera del sótano sin ventilación en el que se ubican las estancias destinadas a consulta, hasta cinco horas sobre la fijada en la cita asignada, a pesar de tratarse de personas con las defensas bajas, algunas debilitadas, en sillas de ruedas y en camillas, para las que está contraindicada la permanencia en lugares saturados.

En opinión de las personas comparecientes los facultativos a cargo del Servicio hacen lo que está a su alcance, ya que no son los responsables de soportar una carga asistencial, que afrontan con la mayor profesionalidad y dedicación.

La queja alusiva a los retrasos en las consultas y en el acceso a los tratamientos de oncología que se producen en el Virgen del Rocío (queja 19/6978), se manifiesta en términos similares de saturación del Servicio, describe espacios abarrotados de pacientes, destaca la vulnerabilidad física y emocional de las personas usuarias, su inquietud y preocupación y, del mismo modo que en los casos precedentes, manifiesta su satisfacción tanto con la labor profesional de todos los integrantes del servicio (facultativos, personal de enfermería y de administración), otorgando además un gran valor a los recursos a disposición de la ciudadanía.

La única información que habíamos obtenido a la fecha de este Informe Anual, la de la Dirección del Hospital Virgen Macarena, se recibió con diligencia y enfatizando, por una parte, que las incidencias relatadas en las quejas se concentraron en el mes de agosto, en que la organización del Servicio está condicionada por criterios distintos a los ordinarios, exigidos por las vacaciones reglamentarias del personal y por las altas temperaturas, que aconsejan concentrar las consultas por la mañana, con la consiguiente saturación, a pesar de que en este período se anulan las revisiones regladas y se atiende únicamente a los pacientes en tratamiento oncológico en curso, a los de nuevo acceso y a aquellos que deban ser citados conforme a criterio clínico.

Como avance positivo en el acortamiento de los tiempos de espera, nos trasladó el acuerdo adoptado de realizar las analíticas a los pacientes en tratamiento oncológico 24-48 horas antes en sus respectivos Centros de Salud, salvo casos excepcionales. Medida que se inició, según reseña el informe, desde septiembre de 2019.

Y en cuanto a la ubicación e infraestructura de la Unidad, invariable desde hace más de 40 años, avanzó las líneas de acción para la reestructuración y/o modificación de las instalaciones y la adaptación de espacios, que protejan el derecho a la intimidad y la privacidad durante la asistencia sanitaria. Junto a un proyecto de nueva Unidad de Oncología en el hospital, acordado con la Universidad de Sevilla e incluido en los Presupuestos Generales de la Junta para 2020.

La facilidad o dificultad para obtener la autorización que permite la **derivación a centros ajenos al SSPA**, ha dado pie a revisar una cuestión que ya habíamos abordado en ocasiones anteriores, ya alejadas en el tiempo, sin que nuestras apreciaciones hubieran cuajado definitivamente. Nos referimos a la falta de soporte económico por parte de la Administración sanitaria andaluza para afrontar los **gastos que supone el desplazamiento fuera de nuestra comunidad**, para recibir la asistencia, limitado a obtener el reembolso del desplazamiento en medios de transporte público, excluyendo el alojamiento y la manutención. Situación que abordamos a instancias de un interesado, en esta ocasión desde la perspectiva de una posible

**"Afrontar los gastos
que supone el
desplazamiento fuera
de nuestra comunidad"**



discriminación en Andalucía, respecto del estado de la cuestión en otras comunidades autónomas (**queja 18/4809**).

Puesto que el texto íntegro de la Resolución emitida por esta Institución y los antecedentes, análisis y razonamiento contenidos en la misma pueden consultarse en el enlace precedente, nos limitaremos en este momento a reproducir las conclusiones alcanzadas en la misma, en forma de Recomendaciones dirigidas a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, de la que no hemos recibido respuesta:

1.- Que se clarifique la falta de vigencia en el ámbito del SAS de la Circular 6/81 del INSALUD, y se impartan instrucciones para que ningún centro abone dietas con arreglo a sus determinaciones.

2.- Que para contribuir a que los residentes en Andalucía disfruten del derecho a la protección de la salud en términos de equidad cuando son derivados para recibir asistencia a centros sanitarios distintos a los de referencia, se impulse la elaboración de una norma emanada de la autoridad competente y con rango adecuado, que habrá de publicarse en Boja, con el fin de que se regule con detalle el incremento prestacional que supone la indemnización por el desplazamiento cuando se usan medios ordinarios de transporte, así como las dietas en concepto de alojamiento y manutención, determinando los supuestos, las cuantías, y el procedimiento para la tramitación.

3.- Que en los casos en los que se contemple la indemnización por desplazamiento (gastos del viaje) se incluya la posibilidad de utilizar vehículo individual, en la medida en que es el medio que puede resultar más adecuado a las características de determinados pacientes.

4.- Que con independencia de la extensión y cuantía con la que dichas indemnizaciones se reconozcan, se prevea en todo caso la compensación de los gastos por alojamiento y manutención de los pacientes y acompañantes que son derivados para recibir asistencia sanitaria a unidades y centros de referencia nacional legalmente reconocidos.

Damos fin a este apartado con la referencia que estimamos obligada a la **falta de especialistas** de diversas categorías (sin ánimo de exhaustividad y a la luz de nuestras quejas, dermatólogos en el Hospital de Jaén, traumatólogos en Almería, anestesistas, rehabilitadores o urólogos), que inciden en gran medida en los tiempos de respuesta asistencial e incluso provocan la suspensión del funcionamiento de Unidades y Servicios.

1.11.2.4. Atención sanitaria de Urgencias

La atención sanitaria de urgencias y, de forma conexa, los problemas relacionados con el transporte sanitario urgente, forman parte del elenco de quejas cuyo peso específico no guarda una equivalencia real con la trascendencia del fondo del asunto planteado en las mismas, y no obraríamos de forma sensata si minusvaloráramos la importancia de denuncias que, aunque menos voluminosas y, por ello, con escasa entidad cuantitativa, nos trasladan carencias en las prestaciones y servicios sanitarios implicados en esta modalidad de atención, sobre todo cuando su fuente de conocimiento es cualificada por provenir de profesionales del sector.

La misma atención sanitaria urgente **parece estar necesitada de un replanteamiento organizativo**, si atendemos a la perspectiva profesional que nos llega desde diversas categorías y ubicaciones territoriales y geográficas, que plantean cuestiones de calado como la virtualidad del Plan Andaluz de Urgencias Sanitarias y las consecuencias de la implantación de sus protocolos (queja 19/0435 del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos); o la gestión de llamadas del 061 a través del Sistema Red (queja 19/0966, de representantes del 061 en Huelva); entre las más significativas.

Es por ello preciso que las quejas que surgen en torno a la atención sanitaria de urgencias, extrahospitalaria u hospitalaria, sean enfocadas desde un prisma muy analítico, absolutamente desvinculado del porcentaje que representen respecto del total, conscientes de las consecuencias más graves que las deficiencias en este ámbito comportan para la ciudadanía en general.



1.11.2.4.1. Urgencias extrahospitalarias

Las urgencias, esencialmente extrahospitalarias, íntimamente relacionadas con la prestación de transporte sanitario, pertenecen al grupo de quejas a las que aludíamos en la introducción de este apartado, para significar la trascendencia e importancia que presentan los planteamientos que giran en torno a las deficiencias detectadas en este ámbito, con independencia de su volumen o cantidad.

Las situaciones en que es preciso demandar atención sanitaria no demorable, por la alteración de ánimo en que sitúan a cualquier ciudadano medio y el riesgo de un desenlace fatal, generan gran alarma social en los casos en que afloran deficiencias o irregularidades, esencialmente concretadas en la insuficiencia de los puntos o equipos, en la demora en la llegada del dispositivo o equipo médico que debe hacerse cargo de la atención urgente y/o en los de carencia en la dotación de personal sanitario a bordo de los vehículos ambulancia.

Es una aspiración recurrente de diferentes ámbitos rurales la de obtener una **cobertura más o menos completa de la atención sanitaria de urgencias extrahospitalarias en la zona**, con una mayor dotación de equipos o de unidades móviles. Así quedó reflejado en peticiones como la de contar con un punto de atención urgente en el Centro de Salud de Churriana, la adscripción exclusiva de dos ambulancias para Antequera, el incremento de equipos de atención urgente en Cabra, de un equipo móvil para Castell de Ferro y la Mamola y, más recientemente, para Valverde del Camino, o la petición de atención de urgencias 24 horas en Manilva y en Peñaflor.

Los dos últimos planteamientos obtuvieron un pronunciamiento de esta Institución. En el caso de la localidad cordobesa, ya anticipado en el **Informe Anual 2018**, una vez analizados los medios puestos al servicio de la atención sanitaria urgente en la zona de Peñaflor y conscientes de que carecíamos de los elementos de juicio que permitieran constatar que dicha localidad se encuentra en inferioridad de condiciones con respecto a otras de características similares, recomendamos que se valorasen los medios precisos, tras la realización de la auditoría sobre tiempos de activación de los dispositivos de atención a las demandas urgentes y su comparación con los objetivos fijados en el plan de mejora de las urgencias en atención primaria para la atención de las demandas calificadas con niveles de prioridad 1 y 2 (**queja 17/3077**). En respuesta a esta Recomendación se nos trasladó la introducción de nuevos objetivos básicos e indicadores, cuyo resultado desconocemos si ha sido finalmente evaluado para determinar los recursos necesarios.

En el segundo supuesto, el de la atención de urgencias 24 horas en Manilva, lo cierto es que desde la perspectiva somera de datos a nuestro alcance, concluimos que ni por volumen de actividad, ni por la gravedad de las demandas a las que corresponde aquella, ni por tiempos medios de respuesta, podíamos considerar que la atención extrahospitalaria urgente difiriera de los parámetros establecidos, con independencia de que posibles demandas de atención simultáneas o paralelas, obligasen a acudir a opciones previstas como subsidiarias en el plan operativo del Distrito.

Sin embargo, el conocimiento de que dentro del mentado plan se contemplaba la intervención de un equipo de asistencia urgente de carácter municipal -integrado por un médico y un técnico de emergencias sanitarias a cuya disposición contaban con un vehículo ambulancia-, en la franja horaria que va desde las 17:00 a las 8:00 horas (de lunes a viernes), cuyos datos de actividad no constaban, recomendamos que el Distrito procediese a recabar la información correspondiente a la actividad desarrollada por el mentado dispositivo municipal de urgencias, en orden a incluirla en la evaluación de la dotación de medios y la planificación de los recursos. Así como consideramos que debía clarificarse el régimen de funcionamiento del mismo e informar adecuadamente a la población para que pueda utilizarlo en sus justos términos (**queja 16/4546**). Y es que, **en ocasiones, las soluciones pasan por una adecuada comunicación y por un buen manejo de la información, que permita optimizar la gestión de los recursos existentes.**

En lo que atañe a las **demoras en las demandas de atención sanitaria urgente**, tampoco faltan discrepancias con el tiempo de llegada del dispositivo movilizado, o incluso actuaciones de oficio por parte de esta Institución, en las que centramos el foco en comparar, en términos de cronas teóricas, los tiempos reales de respuesta en relación con el nivel de prioridad asignado a la demanda.



En ocasiones la demora, sin embargo, no guarda una relación de causalidad con la indisponibilidad de equipos, ni con la zona geográfica en que se produce la demanda, sino con la gestión que del caso se realiza desde el Centro Coordinador de urgencias y emergencias 061, como ocurrió en el que nos trasladó la hija de una vecina de Málaga, finalmente fallecida, que denunciaba haber transcurrido una hora desde que efectuara la primera llamada al 061 hasta que acudieron al domicilio dos ambulancias sucesivas (**queja 17/4565**). La complejidad del triaje telefónico, la adecuada calificación del nivel de prioridad, la correlativa activación del recurso que de aquel deriva, u otras omisiones o deficiencias de coordinación, forman parte de una cadena que aunque no siempre anuda un resultado, influye en el mismo.

Como hicimos constar en la queja aludida, el protocolo de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía establece unos principios generales que implican que el ciudadano que demande atención urgente reciba una respuesta adecuada a la gravedad del proceso que padece, siendo informado del recurso que le va a atender y del tiempo estimado de respuesta; el protocolo prevé igualmente la constitución de una Comisión de seguimiento y mejora de la coordinación de urgencias y emergencias SAS-EPES, entre cuyas funciones se contempla el análisis de las incidencias que se produzcan en cuanto al funcionamiento del mismo. Por lo que nuestra Recomendación se dirigió a propiciar que el caso fuera elevado a la citada Comisión de seguimiento y mejora de la coordinación de urgencias y emergencias del Distrito sanitario, para que analizadas las incidencias pudiera efectuar propuesta de mejora, trasladando a la interesada las conclusiones alcanzadas y las medidas en su caso adoptadas.

La **coordinación entre dispositivos** y la adecuada activación de los disponibles, es un elemento que contribuye a la eficacia en la gestión y, en suma, facilita la respuesta urgente. Para analizar sus posibles mejoras iniciamos de oficio la investigación tras el fallecimiento de un vecino de Olula del Río llevado para ser asistido a las urgencias de su centro de salud (**queja 20/0227**).

La inadecuada dotación de personal a bordo de los vehículos de transporte sanitario y la inadecuación de la modalidad del vehículo movilizado para la atención de la demanda sanitaria urgente, nos ofrece un compendio de relatos abrumadores, en algunos de los cuales se manifiesta la impotencia de los conductores cuando acceden a un habitáculo en el que han trasladado al servicio de urgencias más próximo (normalmente un hospital), a una persona que ha fallecido en soledad durante el trayecto.

Iniciamos en 2019 la tramitación, en este sentido, de las posibles irregularidades en las ambulancias asistenciales clase C o de soporte vital avanzado, denunciadas por un colectivo de profesionales sanitarios en la provincia de Málaga (queja 19/0648), o las deficiencias del transporte sanitario en Huelva (queja 19/1816).

Ambas quejas tienen su fuente en personal del sector sanitario, que expresan vulneraciones normativas del RD 836/2012, de 25 de mayo, en lo que atañe a las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal exigida para los vehículos de transporte sanitario por carretera, en función de sus diferentes categorías.

Específicamente, exponen que tales vehículos se emplean como ambulancias no asistenciales, que por ello van a cargo de un técnico de emergencias sanitarias, sin profesional médico ni de enfermería, que trasladan a pacientes teóricamente no precisados de asistencia sanitaria en ruta y que un solo técnico no puede afrontar determinadas situaciones, como movilizar a accidentados de tráfico, con lo que la precariedad en la asistencia provoca situaciones de ansiedad a las personas afectadas, atenta contra la integridad de aquellas e incrementa el riesgo de que el técnico sufra una agresión por parte de la familia.

No se trata de la primera vez que demandas de esta índole se ponen en conocimiento de esta Institución. Realmente el transporte sanitario, urgente o programado, está precisado de una profunda revisión, cuyas principales deficiencias puso de relieve la Cámara de Cuentas de Andalucía en su Informe "**Fiscalización operativa del transporte sanitario en el sistema sanitario público de Andalucía**", muchas de cuyas conclusiones respaldamos desde la óptica de las quejas conocidas a través de la ciudadanía en esta defensoría.



1.11.2.4.2. Urgencias hospitalarias

Por su entronque con la muy usual problemática de las dotaciones de personal en los servicios y unidades sanitarias y la **sobrecarga asistencial** en caso de insuficiencia, nos parece oportuno relatar la investigación iniciada de oficio al conocer el fallecimiento de una mujer mayor en las urgencias hospitalarias del Hospital Torrecárdenas de Almería, acaecida en el mes de abril de 2019 (**queja 19/1731**).

Las informaciones públicas iniciales afirmaban que trasladada aquella en ambulancia a dicho centro sanitario desde la residencia en la que vivía y evaluada y clasificada en el nivel de prioridad 2 por los profesionales de enfermería del servicio urgencias, falleció sobre la camilla en la sala común de espera, a las dos horas y media de su ingreso en el mismo, mientras esperaba la atención facultativa.

Reafirmada la adecuación de la clasificación inicial de la afectada en el nivel de prioridad dos en el informe remitido desde la Dirección del Hospital Torrecárdenas y reconocida, asimismo, la concurrencia de la superación de los quince minutos de espera establecidos en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, para la dispensación de la primera consulta facultativa conforme a la precitada prioridad, ofreció el mismo las razones que ocasionaron este exceso, concretándolas en la concurrencia simultánea de circunstancias extraordinarias que produjeron el colapso del servicio: un pico en la demanda del tramo horario en cuestión, con una presión asistencial que califica de “enorme” y, por ello, imposible de asumir diligentemente por el número insuficiente de los profesionales que ordinariamente lo integran, junto a errores técnicos del funcionamiento de la centralita y en la visualización de los resultados de analíticas y de radiografías.

La Dirección nos comunicó haber realizado un análisis causa-raíz y la adopción de medidas de reorganización, seguimiento y mejora, si bien entre las relacionadas se comprendía una que escapaba a sus posibilidades de implementación: la solicitud de incorporación de tres nuevos facultativos al Servicio de Urgencias, trasladada a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.





Inquirida esta Dirección General al respecto por parte de esta Institución, a finales de 2019 confirmó haberse autorizado la contratación de dichos facultativos, si bien para un período limitado a seis meses y con la intención de rediseñar la plantilla del servicio para un futuro. Significativamente expresaba la constatación por la dirección del hospital de una mejoría en los tiempos de atención, ligada a las mejoras adoptadas, entre las que, como decimos, se encontró un refuerzo temporal del personal del Servicio.

Ciertamente, desvinculando el desenlace del retraso en la atención médica, lo que resulta incontestable es la insuficiencia de la plantilla facultativa del Servicio y, en consecuencia, la necesidad de su incremento estructural, más allá de refuerzos puntuales.

1.11.2.5. Tiempos de respuesta asistencial

La asistencia sanitaria a tiempo en el nivel de atención especializada, conforma el grupo de quejas ciudadanas más voluminoso de entre las materias de salud abordadas por esta Institución en cada anualidad, representando habitualmente entre un 25 y un 30 % del total.

Si tomamos en consideración que las listas de espera -como por lo demás otros asuntos que analizamos en este subcapítulo-, tienen su causa en diversos factores concurrentes (organizativos y de falta de personal sanitario, entre otros), encontramos que, en realidad, el tiempo en la respuesta asistencial **es el índice que revela otras deficiencias del sistema sanitario** que, a su vez, suelen fundar las disconformidades expresadas por la ciudadanía: defectos de información que frustra expectativas, indisponibilidad de prestaciones y servicios sanitarios por carencia de profesionales o insuficiencia de los mismos o, en fin, prolongación indeterminada en la incertidumbre sobre las causas a que obedecen los síntomas padecidos.

Esta Institución no acostumbra a valorar, en términos comparativos, la situación de las distintas listas de espera (intervenciones quirúrgicas y consultas de especialidades), tomando en consideración que no forma parte de su cometido la evaluación de políticas públicas, ni conoce los criterios que han determinado la reevaluación y conformación de las mismas. En cualquier caso, las cuantificación ex novo anunciada en 2019 por la Administración sanitaria, dificultan hacer un contraste objetivo y solvente respecto de los números arrojados por anualidades precedentes.

Más que una comparación -carente de interés desde la misión de esta Institución-, lo que centra nuestra atención es poner de relieve la perspectiva resultante del conocimiento de la realidad a través de los ojos de la defensoría, o, más exactamente, desde la mirada de las personas que fían su necesidad a la rectitud e imparcialidad de nuestra intervención.

Desde esta óptica, la medida debe ceñirse a un rasero meramente interno, es decir, al contraste entre los expedientes tratados en el ejercicio anterior y los que en la presente anualidad hemos abordado a instancias de las personas afectadas por demoras asistenciales de diversa índole.

Sobre estos pilares, la conclusión alcanzada es la de que se han duplicado las quejas alusivas a demora en el acceso a primera consulta de asistencia especializada y se han mantenido en niveles parejos las que afectan a procedimientos diagnósticos, a intervenciones quirúrgicas, con o sin plazo de garantía y a consultas de otros especialistas.

El estado de esta cuestión, en suma, no arroja una variación del sistema sanitario público andaluz en lo que se refiere estrictamente al volumen de situaciones que la ciudadanía traslada a esta Institución, que en conjunto iguala sus niveles ordinarios.

Para las citas de **primeras consultas de especialidades y procedimientos diagnósticos**, el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, establece en 60 días la garantía de plazo de respuesta respecto de aquellas y en 30 días la de los segundos, considerando como primeras consultas las consultas programadas y en régimen ambulatorio que, estando incluidas en el Anexo II del Decreto, sean solicitadas por un médico de atención primaria para un facultativo especialista y no tengan la consideración de revisiones (artículo 3.b) y procedimientos diagnósticos los comprendidos en el Anexo III solicitados por los facultativos en consulta programada ambulatoria de un centro de atención primaria o especializada del SSPA o de un centro concertado que se determine.



El sistema de garantía de tiempo se diseña en el artículo 5 de forma escalonada, de tal modo que la cita debe otorgarse dentro del plazo en el centro asistencial de referencia, de no ser posible, admite la posibilidad de ofertarla en otros centros asistenciales del SSPA, en su defecto, en centros concertados y, finalmente, vencido el plazo máximo, habilita una vía alternativa facultando al paciente para requerir la atención en un centro sanitario privado. Opción esta última que ha de ser ejercida expresamente por la persona interesada conforme al procedimiento del artículo 11, es decir, solicitando y obteniendo la autorización con la entrega de un documento comprensivo de la relación de centros sanitarios privados a los que puede acudir.

En la práctica el sistema descrito se reduce a la derivación al centro de referencia o al concertado (al que incluso en ocasiones se recurre ya vencido el plazo de garantía y no dentro del mismo, como requiere la norma), no completando todo el recorrido posible y, desde luego, que conozcamos, es insólito el ejercicio de la garantía una vez excedido el plazo de respuesta. En ello pensamos que influye la falta de información adecuada de su funcionamiento, y nos planteamos si también lo hace el montante fijado como coste máximo que por la atención sanitaria en el centro privado asume la Administración sanitaria, establecido en la Orden de 18 de marzo de 2005.

No sabemos tampoco si esta es la razón por la que, al menos para la consulta de algunas especialidades, ningún centro sanitario privado ha mostrado interés en adherirse al convenio de colaboración con la Administración sanitaria a estos efectos (atender a pacientes que obtengan autorización por vencimiento del plazo de garantía de respuesta).

La única opción es, por tanto, bastante compleja: obtener la autorización, elegir el centro privado para la consulta de especialidad o práctica del procedimiento diagnóstico e iniciar la solicitud de reintegro de gastos. Y, por supuesto, elegir uno dentro del coste máximo cubierto, para, después retornar al sistema público con el parecer obtenido en la consulta de especialidad, que en ningún caso incluye pruebas diagnósticas o tratamiento o con el resultado de la prueba a los efectos subsiguientes.

Las Recomendaciones habituales que nos vemos en la necesidad de dirigir al Centro sanitario de turno, una vez detectado el incumplimiento del plazo garantizado para la actuación de que se trate (primera consulta, procedimiento diagnóstico o intervención quirúrgica), además de interesar que se atienda la demanda de la persona interesada, inciden de forma general en la adopción de las medidas organizativas y asistenciales oportunas para respetar el plazo máximo previsto normativamente, y en la importancia de la debida información al usuario, es decir, que de concurrir los requisitos que establece la norma, se le comunique la posibilidad de acudir a un centro privado para su realización (**queja 16/6323**).

El adecuado ejercicio de los derechos por la ciudadanía, insistimos, **depende absolutamente de la información**, máxime en una organización compleja como la del sistema sanitario público. Por lo demás, la adopción de medidas organizativas y asistenciales suele traducirse en actuaciones específicas o, al menos, en una manifestación de buenas intenciones y voluntad, aunque en raras ocasiones comporta un incremento de medios personales, lo que, por otro lado, tampoco es extraño, vista la situación de carencia de profesionales sobre la que en varios momentos de este Informe hemos redundado y, por supuesto, teniendo en cuenta que el incremento de medios humanos está sujeto a la disponibilidad presupuestaria.

Como ejemplo significativo de la **falta de profesionales** como causa que obsta al incumplimiento del tiempo de respuesta asistencial, traemos a colación el supuesto de demora en la práctica de una prueba diagnóstica (resonancia magnética), que dio pie a emitir la oportuna Recomendación, frente a la que la respuesta ofrecida por la dirección del Hospital Infanta Elena de Huelva señaló que los numerosos intentos para contar con el mayor número de especialistas en traumatología y con ello poder cumplir los plazos, habían sido infructuosos por la inexistencia en el mercado laboral de disponibilidad de dicha especialidad, habiendo incluso ofertado este tipo de plaza fuera de España (**queja 19/0729**).

También las demoras en la respuesta a cualquiera de las modalidades de la atención especializada no incluidas en los procesos garantizados, motivan la petición de adopción de las medidas organizativas y asistenciales precisas para la satisfacción de la demanda, dado que consideramos que la falta de respaldo



normativo de practicarse en un plazo, no justifica su dilación más allá de una espera razonable (queja 18/3483, queja 18/0486, queja 18/2385, queja 18/2964).

En la última de las vertientes, la de los **procedimientos quirúrgicos**, la dinámica es la misma, tanto respecto de los sujetos a plazo de respuesta por el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, como en cuanto a los que careciendo de dicha garantía, han de ser satisfechos dentro del amparo constitucional del derecho a la protección de la salud y las normas legales de una buena Administración. Viéndose también afectados por las mismas deficiencias antedichas: defectos de información del funcionamiento de las listas de espera y deficiencia de especialistas.

Por su particularidad, citaremos la demora en la práctica de una intervención de hipospadias, por nacimiento con una malformación en la uretra, en el Hospital Universitario Regional de Málaga, a que debía ser sometido un menor de edad (queja 19/0026).

Explicaba la compareciente que su hijo, de 4 años de edad, estaba en lista de espera desde 2016. Su petición obtuvo favorable acogimiento por parte del Centro, que explicó que la intervención en cuestión no cuenta con plazo de garantía ni con la prioridad reservada a patologías con mayor prevalencia y comorbilidad, así como recurrió al elevado número de pacientes en situación similar y a la necesidad de distribuir los recursos quirúrgicos de acuerdo a la urgencia, gravedad y antigüedad de cada caso, de tal modo que la disponibilidad de quirófanos se rige por las necesidades de procedimientos urgentes, preferentes, oncológicos y situaciones clínicas no demorables. Una cadena, en definitiva, en la que es necesario velar por el encaje correcto de cada pieza.

Entre los procesos más específicos, en el ejercicio 2020 procederemos a valorar la información recabada de oficio respecto de la lista de espera de la cirugía bariátrica para el tratamiento de la obesidad mórbida (queja 18/6003).

Por último, aunque ya expusimos este asunto en los Informes de las dos anualidades precedentes, insistiremos en la oportunidad de plantear una reforma de la normativa en materia de garantía de plazo de las **pruebas diagnósticas** del Decreto 96/2004, dirigida a que en la misma se distingan las vinculadas a auténticas citas de revisión -programadas para evaluar el estado del paciente transcurrido un tiempo, en las que es razonable que la práctica de la prueba preceda inmediatamente a la consulta-, de aquellas otras pruebas diagnósticas iniciales, cuyos resultados se comunican al paciente en una consulta dirigida a complementar el diagnóstico y cuya demora no obedece más que a la imposibilidad de la fijación de estas últimas con más premura.

Por nuestra parte entendemos que deben elaborarse protocolos para la información sobre los resultados de las pruebas, en los que se establezca una adecuada **coordinación a estos efectos con los médicos de atención primaria**, como posible cauce para dar cuenta de aquellos y valoren, en su caso, la necesidad de nueva cita con el especialista (queja 18/5540, queja 18/6492, queja 18/3856). Nos consta, como indicamos en el apartado destinado a la Atención Especializada, que algunos centros hospitalarios o de especialidades están revisando los circuitos en este sentido.

1.11.2.6. Praxis médica

No descubrimos nada nuevo si, como en ocasiones anteriores, reconocemos las limitaciones presentes en una Institución como el Defensor del Pueblo Andaluz, cuando de enjuiciar críticamente la **corrección o desacierto de la actuación de los profesionales sanitarios** se trata, es sometida por las personas interesadas a nuestra consideración.

Partiendo de la premisa de no incrementar el desasosiego de las personas que nos trasladan incertidumbres o discrepancias respecto de actuaciones de esta índole, nos abstenemos de generar falsas expectativas, delimitando con franqueza qué pueden esperar de las investigaciones que, en su caso, podamos realizar, que en resumidas cuentas van dirigidas a demandar de la Administración sanitaria, datos que permitan incrementar la información de que las primeras disponían, con la intención de arrojar algo más de luz o comprensión sobre el particular y fundar la decisión que estimen oportuno adoptar.



Las actuaciones sanitarias que no desembocan en el resultado deseado, provocan recelos en las personas afectadas (paciente o familiares) y conducen a un clima de desconfianza en el que no siempre resulta sencillo desentrañar si ha concurrido una verdadera mala praxis, si la sospecha o creencia de la misma ha resultado de la falta de comunicación o si, tal vez, han confluído ambas cosas.

Aún así, tampoco faltan ocasiones en las que la más sencilla constatación que permite un mero relato cronológico de actuaciones integrantes del proceso asistencial, ponen a nuestro alcance la posibilidad de alcanzar un pronunciamiento que en alguna medida respalde las pretensiones de la parte interesada.

Esto fue precisamente lo que ocurrió en la denuncia de haber concurrido un **error de diagnóstico en el programa de detección precoz del cáncer de mama** en que la interesada estaba incluida por razón de edad desde el año 2012, que había demorado un año el diagnóstico efectivo de aquel (**queja 18/4954**).

Alegaba la afectada que en febrero/marzo de 2016 se detectó un pequeño bultito y que consultado con su médico de atención primaria le recomendó el adelanto de la prueba de imagen prevista para abril/mayo de ese mismo año dentro del programa antes referido, cuyo resultado, practicado en abril, fue informado como normal.

No obstante, el crecimiento del bulto y la nueva consulta médica, con exploración manual, prevaleció la conclusión alcanzada por la imagen, decidiendo la interesada recurrir a la medicina privada en abril de 2017, en la que, previa práctica de mamografía y ecografía mamaria, obtuvo un diagnóstico de lesión tumoral sólida.

El tratamiento subsiguiente lo demandó del sistema sanitario público, con práctica de pruebas diagnósticas (biopsia y RNM), confirmación de diagnóstico, sometimiento a quimioterapia reductora del tumor, práctica de mastectomía radical y linfadenectomía y, finalmente, reconstrucción, reparación de tejido necrosado y radioterapia, completada con tratamiento farmacológico quinquenal.

La interesada consideraba que existía un error de diagnóstico, sobre la base de ser claramente visible la lesión en la imagen de la mamografía, discrepaba por la falta de práctica de ecografía complementaria a pesar de ser palpable la lesión y, por último, denunciaba la vulneración del período mínimo normativo de conservación de la información clínica de los pacientes, en relación con las pruebas de imagen obtenidas en las mamografías de los años 2010 a 2014.

Admitida a trámite la queja, del informe de la Administración, en relación con las pretensiones de la interesada, extrajimos tres conclusiones.

En primer lugar, la necesidad de evaluar las prácticas relacionadas con la destrucción de placas radiológicas que pudieran corresponder a pruebas realizadas en tiempo anterior a la digitalización de las mismas, para evitar que esta destrucción pudiera infringir el deber de conservación durante el plazo de cinco años de la documentación clínica que recoge la normativa vigente (artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

En segundo lugar, y a pesar de que la explicación de la Dirección General ampara la omisión de la ecografía en no estar contemplada su práctica en el programa de detección precoz del cáncer de mama, siendo la única técnica de imagen prevista la mamografía, consideramos necesaria una investigación de la Administración que permita detectar defectos de funcionamiento en el citado programa, a fin de establecer la **ampliación de los estudios respecto de los casos de mujeres sintomáticas**, es decir, con anomalías palpables, al margen de los hallazgos mamográficos, como recomiendan los protocolos aplicables.

Y, por último, en coherencia con lo expuesto al comienzo de este apartado, nos abstuvimos de un pronunciamiento relativo a la posible concurrencia de negligencia en la asistencia, en la medida en que en el proceso han confluído aspectos que no conocemos y otros que escapan a nuestras posibilidades de enjuiciamiento.

La posibilidad en estos casos que compete a los interesados de formular reclamación de **responsabilidad patrimonial**, a tenor de lo previsto en el artículo 32 de la Ley 40/2015, reguladora del Régimen Jurídico del Sector Público, añade un nuevo escenario de inquietud, al tropezar con demoras muy acusadas en su



tramitación, que nos resultan penosas en los casos en que el procedimiento, estando debidamente fundado, debe de concluir con una resolución estimatoria, total o parcial, de la pretensión.

Se trata de una problemática ya tradicional que, no obstante, presenta algunos indicios de mejora. Aunque no aspiremos al riguroso cumplimiento del rígido plazo de seis meses, sí entendemos posible una minoración de los tiempos excesivos que se invierten en la finalización de los expedientes, en la medida en que no todas las causas que coadyuvan a estas demoras están justificadas, como ocurre con la falta de diligencia en la remisión de la documentación clínica desde los Centros sanitarios.

Puesto que se trata de un asunto recurrente y aún aguardamos contar con una recopilación casuística que nos permita sustentar una opinión solvente sobre el sentido de la evolución de las medidas adicionales de organización acordadas, estimamos preferible insertar el enlace a una de las últimas Recomendaciones emitidas en 2019, en la que se comprende un resumen de lo que ha venido siendo su evolución desde la óptica de esta Institución ([queja 17/3263](#)).

Sí podemos apuntar como avance positivo, que en los informes reclamados en 2019 de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud (cuyo Servicio de Aseguramiento y Riesgos asumió la competencia sobre el particular en virtud del Decreto 507/2019, de 9 de julio, por el que se modifica el Decreto 105/2019, de 12 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud para redistribuir las funciones asignadas a algunos de sus órganos), comienza a incrementarse la información proporcionada, incluyendo datos más detallados o, en los casos en que ello es posible, una estimación temporal del trimestre del año en que se prevé el dictado del dictamen médico que abrirá el trámite de audiencia al interesado o tendrá lugar el dictado y notificación de la resolución que culmine la vía administrativa ([queja 19/4960](#)).

1.11.2.7. Derechos de los usuarios

Entre el variado elenco de derechos de la ciudadanía en materia sanitaria, las principales incidencias manifestadas en 2019 se han concentrado, por orden cuantitativo, en torno al derecho a la información, la historia clínica, cuestiones relacionadas con el reconocimiento mismo del derecho, el ejercicio de la libre elección, y, por último, las diferentes vertientes que exige el respeto a la dignidad de la persona como paciente del sistema sanitario público y la correlativa garantía del derecho a la intimidad como parte del derecho a una muerte digna.

En sentido inverso, nos gustaría destacar una peculiaridad ya habitual, cual es la de la ausencia habitual de pretensiones que versen sobre derechos tan trascendentes para la población en general, como el del testamento vital, o sobre otros de ejercicio más restringido, como el consejo genético y la medicina predictiva.

De conformidad con la enumeración precedente, el grupo más numeroso de quejas ha venido representado por el **derecho a la información**, particularmente concretado en deficiencias en las respuestas de los responsables de los distintos centros sanitarios a las reclamaciones formalizadas por las personas usuarias y, en menor medida, relacionadas con carencias en la comunicación médico-paciente-familiares.

Es bastante habitual que la ciudadanía nos traslade haber dirigido su reclamación a algún centro sanitario público, mediante su formalización en el **Libro de Sugerencias y Reclamaciones**, por cualquiera de las vías (presencial o electrónica) disponibles al efecto, y su disconformidad porque la respuesta nunca llega, o en caso de recibirla, es estandarizada o no aporta una información relevante y, en los más de los casos, lo hace de forma bastante tardía, con incumplimiento de los plazos marcados por la normativa.

La admisión a trámite de este tipo de peticiones, como es lógico, lo es a los efectos de romper el silencio administrativo e instar la respuesta de la Administración sanitaria, sin entrar esta Institución a valorar el fondo del asunto que plantea la reclamación ([queja 19/5751](#)).

Consideramos que es necesario incrementar la diligencia en la gestión administrativa de las reclamaciones cumpliendo el plazo establecido para ofrecer la debida respuesta; desde el punto de vista cualitativo es igualmente importante que el contenido de la respuesta satisfaga el cuestionamiento del interesado,



al margen de estimar o desestimar el mismo, es decir, guarde coherencia con el objeto de su interés; y, finalmente, que la comunicación se practique por cualquier medio que permita tener constancia de su recepción por la persona destinataria. Todas ellas, en suma, exigencias propias de las actuales garantías de toda tramitación administrativa.

En otro orden de cosas, persisten las peticiones ciudadanas alusivas a irregularidades relacionadas con el **derecho a la historia clínica**, bien respecto al propio acceso a la misma mediante la obtención de una copia completa, o bien en cuanto a disconformidades con su contenido, ya por defecto, ya por deseo de modificar aquel, que, en nuestra opinión, constituyen a la postre una manifestación más de las dificultades de la Administración sanitaria, a través de la atención a los usuarios de los distintos centros, de entablar una comunicación ágil y fluida con la ciudadanía.

En lo tocante al **reconocimiento mismo del derecho**, merece la pena destacar la queja interpuesta sobre la **asistencia sanitaria a personas extranjeras en situación administrativa no regular**.

Debemos recordar que en la pasada anualidad ya nos hacíamos eco de la trascendente reforma normativa operada por el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, mediante la derogación de la modificación previamente realizada en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Apuntábamos entonces que dicho Decreto proclama su vocación de “garantizar la universalidad de la asistencia”, o lo que es lo mismo de “garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español”. Igualmente decíamos que la norma realiza un reconocimiento general del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todas las personas con nacionalidad española y de las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español, con una distinción: la vinculación del derecho al contenido de los reglamentos comunitarios de coordinación de los sistemas de Seguridad Social, respecto a quienes tienen el derecho con arreglo a los mismos; y el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español, en las mismas condiciones que las nacionales, aunque con la exigencia del cumplimiento de una serie de requisitos.

Estos requisitos se consensuaron en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para garantizar la homogeneidad en todo el territorio nacional del procedimiento de acreditación del derecho de estas personas para recibir asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos. La Resolución de 20 de junio de 2019 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, dictó al efecto las “Recomendaciones para el procedimiento de solicitud, registro y expedición del documento certificativo que acredita a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan residencia legal en territorio español, para recibir asistencia sanitaria”.

El procedimiento de solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a este colectivo para recibir la asistencia sanitaria en el Servicio Andaluz de Salud, ha suscitado la discrepancia de las entidades anteriormente aludidas, por cuanto consideran que el modelo de solicitud de alta o renovación de datos en la base de datos de usuarios de personas extranjeras sin residencia legal en Andalucía, supone una extralimitación respecto de las recomendaciones antedichas, incluyendo supuestos que no vienen contemplados en aquellas.

En cualquier caso, puesto que es incipiente el inicio de la pertinente investigación, estimamos más oportuno limitarnos en este momento a dar cuenta de las sensibilidades manifestadas al respecto por la Plataforma y Entidad referidas, reservando el análisis completo para el ejercicio venidero, cuando ya contemos con conclusiones y certezas.

Abundando en el análisis de los derechos, dentro del **ejercicio de la libre elección**, destacamos, por su interés, la queja 18/2781, tramitada sobre la efectividad de este derecho por las personas mayores que viven en centros residenciales.



Iniciada en el año 2018, pero concluida en 2019, la promotora de la queja manifestaba que existía una vulneración de los derechos en materia sanitaria de las **personas mayores que viven en residencias** y, más concretamente, de su derecho a la libre elección de médico de atención primaria, que se derivaba de la prestación de la atención sanitaria en el nivel primario a estas personas, a través de su adscripción automática a la Unidad de Residencias (conformada por un médico y un enfermero/a), efectuada por la Administración sanitaria sin previa consulta de la persona afectada, por el hecho de mudar su domicilio a un centro residencial.

La respuesta ofrecida desde el Servicio Andaluz de Salud, reconoció que, ciertamente, se trata de una forma de organización que limita la libre elección, por razones relacionadas con otras finalidades, que entiende prioritarias, como la de garantizar la calidad y seguridad de la atención de los pacientes centralizando la asistencia de las personas en situación de fragilidad, con procesos pluripatológicos, en tales unidades de los centros de salud; o facilitar la comunicación de pacientes y cuidadores/as de la residencia con los profesionales sanitarios de la unidad.

En cualquier caso, dejó patente que la cartera de servicios de Atención Primaria no contempla la existencia de estas unidades específicas, de tal modo que cada unidad directiva decide la forma de organización más eficiente de sus recursos para la prestación de la atención sanitaria a las personas usuarias que residen en centros de mayores, previa valoración del número, tamaño, tipo de residencia y personal del que dispone.

Por lo que con carácter general interesa, nos parece importante dejar constancia de la constitución en 2018 de un grupo de trabajo en el Servicio Andaluz de Salud, destinado a analizar los diferentes modelos de atención sanitaria en los centros residenciales, al objeto de identificar medidas de mejora para una atención personalizada y de calidad a sus residentes, planificando su organización en torno a tres posibles opciones, a saber: el modelo tradicional, la creación de Unidades de Residencias y Equipos de soporte de coordinación de necesidades específicas y activación de los servicios necesarios; cuya determinación está vinculada al número de centros residenciales del área, su número de residentes y la dispersión geográfica.

Puesto que se trata de una cuestión intrínsecamente ligada a la atención sociosanitaria, es la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios la que -conforme expresa el informe-, ha asumido la incorporación de la conclusiones obtenidas.

Culminamos este apartado dando cuenta del resultado de algunas de nuestras actuaciones iniciadas en anualidades precedentes, respecto de las diferentes vertientes que exige **el respeto a la dignidad de la persona** como paciente del SSPA y la correlativa garantía del derecho a la intimidad como elemento integrante del derecho a una muerte digna. No en vano durante 2018 emitimos tres Recomendaciones referidas a lo que se ha dado en denominar humanización de la atención

sanitaria, que en 2019 recibieron respuesta y que, en todos los casos, han supuesto la aceptación de las consideraciones contenidas en aquellos pronunciamientos.

La Recomendación dirigida al Hospital Virgen Macarena de Sevilla para que garantice el derecho de los enfermos terminales ingresados a disponer de **habitación individual**, y adopte medidas para que su satisfacción no se supedita al nivel de ocupación en función de la demanda estacional, obtuvo la manifestación explícita de la prioridad que para la Dirección y profesionales de tal centro sanitario supone ofrecer una respuesta "a la persona en el proceso de la muerte" y, por tanto, "su derecho a tener una muerte digna, sin dolor y humanizada, rodeado de los suyos y en la más estricta intimidad", canalizada mediante el protocolo del centro de ocupación de habitaciones de uso individual y el objetivo de aumentar el número de las mismas en el período 2018/2019 (**queja 17/1717**).

"Vulneración de los derechos en materia sanitaria de las personas mayores que viven en residencias"



La necesidad de que el derecho a una muerte digna o la humanización del momento de la muerte fuese igualmente tomado en consideración en las **Unidades de Cuidados Intensivos**, guió el pronunciamiento que dirigimos al Hospital Virgen del Rocío de Sevilla (**queja 17/1558**), con la intención de que se revisasen los protocolos sobre Información a pacientes y familiares para introducir en los mismos previsiones específicas sobre la manera de comunicar malas noticias, principalmente en los casos de fallecimiento, diseñando actividades formativas para incrementar las habilidades y capacitación de los profesionales sanitarios en este aspecto; y la idea de que en las UCIs se diseñaran espacios que garantizaran el acompañamiento familiar de los pacientes en situación de terminalidad en sus últimos momentos.

La aceptación de estas recomendaciones se realizó en la respuesta ofrecida por la gerencia del hospital, en la que se comunicaba la implementación en 2018 de un **Protocolo de Visita flexible en la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Intensivos**, que incluye el acompañamiento al final de la vida y las instrucciones correspondientes y del diseño de un "Plan de Humanización" en dicho centro, que contempla la designación de un referente de humanización en cada una de sus 40 Unidades de Gestión Clínica.

Por último, fueron las condiciones que para una muerte digna deben adoptarse en los **servicios de urgencias** al recibir a una paciente sometida a cuidados paliativos domiciliarios previos, las analizadas en el fallecimiento de una paciente en el del Hospital de Baza (**queja 17/1798**), concluyendo que debe evitarse el retraso en el acceso a la prestación de cuidados paliativos, aplicando con claridad los criterios que marcan la terminalidad; incrementarse los apoyos (principalmente la formación) de los cuidadores de pacientes paliativos en el domicilio; evitar el tránsito de los pacientes paliativos por los servicios de urgencia hospitalarios, y en caso de que no sea posible, prever itinerarios alternativos o medidas que propicien su rápida identificación; y difundir la utilización de la plataforma de telecontinuidad para favorecer la atención de los pacientes paliativos fuera del período de funcionamiento de los recursos convencionales y avanzados.

Desde el Centro se decidió poner en marcha mejoras del proceso asistencial de cuidados paliativos, consistentes en revisar los circuitos del proceso asistencial de cuidados paliativos, crear un grupo de trabajo para análisis y propuestas de mejora, revisar y difundir el protocolo de ingreso de pacientes paliativos y, en todo caso, priorizar el ingreso de un paciente paliativo en habitación individual para facilitar su intimidad y descanso en las condiciones más adecuadas; además de incidir en la obligación de la utilización de la Plataforma de telecontinuidad anteriormente aludida.

Somos conscientes de que cada vez con mayor intensidad está presente en la sensibilidad de los responsables de la organización de la Administración sanitaria este derecho, así lo extraemos de la respuesta a las recomendaciones emitidas en la **queja 17/1623**, iniciada de oficio, que sirvió de base a la elaboración por esta Institución del Informe Especial "**Morir en Andalucía. Dignidad y Derechos**" y **la Jornada que organizamos posteriormente**.

1.11.2.8. Centros sanitarios

Tienen presencia en este Informe Anual las demandas que han girado en torno a la necesidad de nuevas infraestructuras sanitarias o bien han trasladado déficits de diversa índole detectados en las ya existentes.

El incremento de los recursos materiales destinados a la prestación sanitaria mediante la consiguiente **construcción o puesta en funcionamiento de infraestructuras**, fueron reivindicaciones que aunque habían motivado la intervención de esta Institución en ejercicios anteriores al de 2019, finalmente concluimos en este último año, tras conocer las previsiones de los responsables públicos acerca de la construcción del HARE de la Alpujarra y sobre la reapertura del clausurado edificio que albergó durante mucho tiempo el Hospital Militar de Sevilla.

En el caso del Hospital de Alta Resolución de la granadina Alpujarra, fue una plataforma ciudadana del hospital de La Alpujarra la que alertó sobre el proyecto de este centro largamente demorado en su materialización.

Para fundamentar la necesidad de su construcción y puesta en funcionamiento, se aludía a una zona con características geográficas específicas (población dispersa y comunicaciones difíciles) en la que apreciaban



una precariedad de los servicios sanitarios precisos para atender a la población censada (envejecida y pluripatológica) y al incremento de la demanda turística.

Destacaba la Plataforma que a pesar de que los terrenos habían sido cedidos por el Ayuntamiento de Órgiva y de que el proyecto y la cata del terreno se habían hecho, faltaba una voluntad política imprescindible para alcanzar el objetivo más general de contribuir al asentamiento de la población y al desarrollo de la comarca.

Interesada esta Institución la pertinente información a la Delegación Territorial de la Consejería de Salud en Granada, aunque desde la misma se reiteró el compromiso de la Administración sanitaria andaluza para la construcción del hospital de Órgiva, afirmando que el proyecto, redactado, aprobado y validado, pendía de disponibilidad presupuestaria para su licitación y de que se trataba de una apuesta por la cercanía en la asistencia sanitaria, se matizó, no obstante, que la cobertura de los vecinos de la zona se encontraba garantizada.

Por lo que atañe a la recuperación del edificio en el que se ubicaba el Hospital Vigil de Quiñones, más comúnmente conocido como Hospital Militar de Sevilla, desocupado y abandonado tras ser traspasado a la competencia de la Administración autonómica andaluza mediante la firma de un convenio con la del Estado, fue otra Plataforma ciudadana, en queja también con origen en 2017, la que promovió su reapertura y alertó de su expolio.

Preocupaba a los comparecientes el grave deterioro del edificio, al haberse producido un desmantelamiento de todo el equipamiento y desconociéndose su destino, en los años en que las obras de reforma planificadas habían quedado postergadas a causa de la crisis y del elevado importe que precisaba su realización. Manifestaban, igualmente, que superado el escenario de crisis, debía ser una prioridad retomar la reapertura del Centro, recordando que su previsto plan funcional incorporaba la instalación de una unidad de rehabilitación para lesionados medulares y daño cerebral, centro de referencia para cirugía ambulatoria, centro de alta resolución de especialidades, comunidad terapéutica de salud mental, centro de salud de los Bermejales, hospital de día, unidad de rehabilitación cardíaca, y área de hospitalización.

Para servir a esta finalidad los comparecientes recabaron el apoyo de los Ayuntamientos, un buen número de los cuales lo ofreció a través de mociones aprobadas por sus respectivos plenos, recabaron firmas de la ciudadanía, e incluso se aprobó una Proposición no de Ley en el Parlamento de Andalucía, instando al Consejo de Gobierno a "Incluir en los próximos presupuestos de 2018 las inversiones necesarias para que el Hospital Vigil de Quiñones de Sevilla vuelva a su uso asistencial hospitalario, de acuerdo a las necesidades y demanda sanitaria de la población", así como a "elaborar un cronograma para la reapertura del Hospital Vigil de Quiñones que permita el desglose de la inversión y la calendarización de la misma".

Sobre estos antecedentes nos dirigimos a la Consejería competente en materia de Salud, cuya entonces titular, tras poner de manifiesto el devenir histórico de dicha instalación, la paralización sufrida por las principales obras, y la imposibilidad de abrir lo ya ejecutado sin tener en cuenta lo que queda, expresó los tres pasos que han de acometerse a este respecto: finalización del proceso de liquidación de los contratos resueltos, licitación y redacción de un proyecto de terminación que recoja las unidades que resten por ejecutar para la finalización del edificio conforme a la actual normativa técnica, y una vez supervisado dicho proyecto, licitación y ejecución de las obras de terminación, aunque sin ofrecer un cronograma de las actuaciones, que interesamos mediante la solicitud de un informe complementario.

Tanto la demanda del HARE de la provincia de Granada como la del Hospital Militar de Sevilla, fueron planteadas nuevamente a la Administración una vez producido el cambio en la titularidad de la ahora denominada Consejería de Salud y Familias. Puesto que por su Consejero se llevó a cabo el anuncio de elaboración de un **plan de infraestructuras sanitarias (2020-2030)**, que implica la constitución de grupos de trabajo en cada provincia para evaluar sus necesidades en este ámbito, con vistas a recoger "las necesidades de los recursos materiales que necesita la comunidad autónoma para garantizar las actuaciones sobre protección de la salud, la consecución de la igualdad social y el equilibrio en la prestación de los servicios sanitarios, así como la planificación, eficiencia y eficacia de la organización



sanitaria”, esta Institución consideró que la resolución de ambos planteamientos quedaba, en ambos casos, a expensas de que se adoptaran las conclusiones de los correspondientes grupos de trabajo que se constituyeran en cada provincia.

Con este fundamento y conocidas las declaraciones públicas del Consejero de Salud y Familias respecto de la necesidad del proyecto de Granada para la atención sanitaria en la mentada provincia y la consignación de un montante de 12 millones de euros en los presupuestos de 2019 destinados a esta finalidad (**queja 17/5867**); así como las alusivas a la conveniencia de valorar el coste-efectividad de la puesta en funcionamiento del edificio del antiguo Hospital Militar de la ciudad de Sevilla, para su posible uso como hospital de media-larga estancia (**queja 17/6192**), acordamos concluir las actuaciones, al entender que las demandas se encuentran, respectivamente, en una vía más cercana de obtener solución.

A título meramente ilustrativo, traemos a colación otras necesidades manifestadas ante esta defensoría, como la alusiva a la apertura de un hospital de día de Salud Mental en Ronda, también abanderada por una Plataforma ciudadana conformada por profesionales sanitarios (**queja 19/3790** y **queja 19/4103**); o la petición de creación de Unidades de Atención Especializada para el tratamiento de la anorexia y otros Trastornos de la Conducta Alimentaria en Andalucía, debidamente abordada en el apartado de Salud Mental de este Informe (**queja 19/1214** y **queja 19/6489**).

Las deficiencias detectadas en Centros sanitarios existentes motivan otras reclamaciones ciudadanas, en esencia referidas a **déficits materiales** de hospitales, centros de salud o consultorios, en las muy contadas quejas que alertan sobre algún supuesto de malas condiciones de higiene, esencialmente hospitalaria, sobre dificultades en entablar contacto telefónico, o en cuanto a posibles irregularidades en el funcionamiento y atención de unidades de gestión clínica específicas, cuya entidad, de constatarse, ha de ser valorada en cada caso.

Terminaremos subrayando una cuestión que cada vez alcanza un peso mayor, la **carencia de profesionales sanitarios disponibles**, motivo concurrente entre las causas del incremento de los tiempos de respuesta asistencial, de merma en la calidad de la atención y de sobrecarga del personal sanitario, ya en la atención del nivel primario, ya en la especializada o en la de urgencias; e incluso en ocasiones, es la razón que impide por sí misma el funcionamiento de una Unidad completa, como ha ocurrido con la Unidad del Dolor en el hospital de Algeciras por falta de anestelistas.

Precisamente la falta de especialistas de diversas categorías (anestelistas, rehabilitadores) es **particularmente preocupante en el Campo de Gibraltar**, como revelan las quejas reiteradas que trasladan a esta Institución esta problemática, entre las que consideramos oportuno destacar la vacancia de la mayor parte de las plazas de especialistas en medicina física y rehabilitación de los dos hospitales del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar (**queja 19/0430**), por las consecuencias de esta carencia.

La promotora de la queja destaca en su reivindicación que en los dos hospitales del Área la situación es límite, debido a que los Rehabilitadores son los encargados del diagnóstico y tratamiento de numerosas lesiones y discapacidades y los que dictaminan el tratamiento a aplicar por los fisioterapeutas, sin recibir una alternativa de atención, ya que los refuerzos que en ocasiones se movilizan desde otros hospitales ciertos días al mes, son insuficientes.

Afirma la Coordinadora que en el Campo de Gibraltar no puede prestarse una atención sanitaria digna ni en un plazo razonable, ni en la especialidad de Rehabilitación, ni en otras especialidades, entre las que cita la alta demora de las de Neurología, Urología, Cardiología, Digestivo, o Anestesiología, para primeras consultas, revisión o intervenciones quirúrgicas.

Este Comisionado del Parlamento Andaluz requirió informe a la Dirección del Área de Gestión Sanitaria, cuyo contenido, circunscrito a la carencia de Médicos Rehabilitadores, podemos resumir en la comunicación de que se encuentran adscritos a la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación y Reumatología, que presta servicio -como bien decía la interesada-, a ambos hospitales del Área, con una plantilla total prevista de ocho especialistas, que únicamente tiene tres plazas cubiertas “debido a



las dificultades que venimos sufriendo durante años por la escasez de especialistas dispuestos a prestar servicios en esta zona de difícil cobertura”.

Se trata de una situación precisada de la adopción de medidas adecuadas por los responsables públicos.

1.11.2.9. Prestación farmacéutica

Entre las cuestiones suscitadas en torno a la prestación farmacéutica en 2019, la más significativa ha venido condicionada por las **dificultades en el acceso a esta prestación** o, con mayor precisión, por la imposibilidad de obtener en las oficinas de farmacia el medicamento prescrito a la persona interesada para el tratamiento de su patología.

Aunque no se trata de una problemática desconocida, sí ha devenido en cambio una situación que, de aislada, se ha tornado en más habitual, no solo si nos atenemos al incremento exponencial de quejas que en torno a la misma se han planteado ante el Defensor del Pueblo Andaluz, sino, igualmente, atendiendo a las decisiones que a nivel nacional se han adoptado con la intención de paliarla.

Respecto de estas últimas, partíamos de la previa consideración de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que califica el hecho como una falta de suministro de medicamentos, es decir, de ser inferiores las unidades disponibles de un medicamento en el canal farmacéutico a las necesidades de consumo nacional o local, a causa de problemas en la fabricación o en la distribución del medicamento en cuestión.

En 2019 este problema fue abordado por las autoridades sanitarias en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, cuyo Pleno aprobó el 8 de mayo de 2019 el **Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos 2019-2022**, elaborado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, con una planificación sujeta a un cronograma concreto, que incluye el propósito de implementar medidas preventivas de los problemas de suministro, que comprenden un plan de control de medicamentos comercializados, medidas reguladoras para prevenir tales problemas, la garantía de suministro en los medicamentos esenciales, una revisión de la política sancionadora y el pertinente desarrollo normativo; la forma de gestionar los problemas que surjan, fundamentalmente a través de la identificación precoz del problema, la mejora de herramientas de gestión y la consecución de alternativas terapéuticas; una adecuada información pública y a profesionales; y, finalmente, actuaciones y coordinación transversales con otros países de la UE, a nivel interno nacional y, en todo caso, la evaluación continua del Plan en el segundo y el cuarto semestre de cada una de las anualidades de vigencia.

Desde esta perspectiva, esta Institución ha circunscrito su intervención a la esencial labor de informar a la ciudadanía andaluza de la razón de los problemas de suministro, de la posibilidad de consultar la situación del fármaco al que no le resulta posible acceder en la página web de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, en la que se mantiene actualizada la relación de medicamentos con problemas de suministro, estableciendo la fecha de inicio y la prevista para su finalización, así como la posible existencia de otros medicamentos con el mismo principio activo y vía de administración, para que, de conformidad con ello, consulten a su médico sobre la alternativa temporal.

Como excepción, al término del ejercicio decidimos consultar con la Viceconsejería de Salud el asunto que nos ocupa, con la intención de conocer su enfoque del mismo, las actuaciones y medidas que en el marco del Plan de Garantías de Abastecimiento de Medicamentos 2019-2022 compete realizar a los poderes públicos en nuestra comunidad autónoma y, en un plano más específico, la solución que debe adoptarse en aquellos supuestos en que un medicamento presenta un problema de suministro, existe una alternativa terapéutica (otro medicamento con el mismo principio activo y vía de administración), pero no se encuentra aquella incluida entre los fármacos seleccionados como financiados por el sistema sanitario andaluz.

Del resultado de esta investigación, en caso de obtener alguna conclusión relevante, procederá informar en el compendio del ejercicio 2020.



El problema que hasta ahora no trascendía del ámbito de la farmacia comunitaria, alcanzó puntualmente el ámbito hospitalario, a través de una carencia de yodo radiactivo, de alcance a nivel regional europeo (queja 19/3574), que provocó la suspensión de algunas pruebas de medicina nuclear por falta de tal sustancia.

1.11.2.10. Salud mental

Es inusual que las deficiencias y necesidades que plantea la ciudadanía en materia de Salud Mental ante esta Institución, sean promovidas por las personas que en su propia piel experimentan cualquiera de las patologías, más livianas o de mayor entidad, que pueden enmarcarse en trastornos de esta índole, siendo con mayor presencia las personas de su círculo más estrecho, familiar o comunitario, las que toman la iniciativa de pedir ayuda para aquellas que, al propio tiempo, no es sino la demanda de una respuesta para ambas.

Es recurrente, por tanto, la **preocupación de familiares y de la sociedad**, por el deterioro individual y relacional de las personas que padecen problemas de salud mental no tratados adecuadamente, en sus vertientes más graves, en la medida en que para los primeros comporta una fuente intensa de sufrimiento propio y del ser querido, que daña al vínculo afectivo o incluso llega a hacer inviable la cohabitación y para los segundos se cierne como una amenaza a la pacífica convivencia vecinal.

Reflejan esta realidad las quejas remitidas por estos terceros directa o indirectamente concernidos, demandando o bien una ayuda inconcreta, o un nuevo enfoque en el abordaje de la patología, o apoyo para conseguir el seguimiento del tratamiento indicado al afectado, el acceso a un centro residencial o a algún recurso especializado o, sencillamente, dando cuenta de la situación de abandono que padece una persona que, aunque mantiene intacta su capacidad de autogobierno, da muestras externas de tener desatendidas las más esenciales necesidades vitales y/o presenta comportamientos que atentan contra la seguridad ajena.

En los supuestos de alarma vecinal, como el trasladado en la **queja 18/6919**, en que una comunidad de propietarios nos pedía intervenir en la convivencia problemática con un vecino que aparentaba precisar tratamiento de salud mental, revelada en protagonizar escándalos, golpes, insultos, lanzamiento de objetos por las ventanas y actos de violencia verbal y física, con reiterados ingresos hospitalarios en fase aguda para estabilización, esta Institución procura requerir información a los dispositivos sanitarios y sociales oportunos, a fin de conocer qué asistencia se le está dispensando o qué recurso debería reconocérsele.

Especialmente penosos resultan los relatos de progenitores de cierta edad confiando a esta defensoría, al límite de sus fuerzas, un dolor en el que ya no son capaces de discernir si en su preocupación pesa más el deseo de una recuperación del hijo o hija, en la que por sus fallidas experiencias ya no confían, o la necesidad inaplazable de liberarse de una losa que trasciende a sus menguadas aptitudes. Es humano comprender que se trate de ambas cosas.

Frecuentemente ocurre en los casos graves de trastorno mental, en ocasiones agravado por el consumo de tóxicos, que deriva en altercados, problemas penales y maltrato a progenitores mayores, cuyas familias inquieran una plaza residencial en un centro adecuado (queja 19/4537 y queja 19/6370).

La mayoría de los afectados presentes en estas quejas cuentan con un diagnóstico de salud mental y con un tratamiento prescrito, tienen reconocido un porcentaje significativo de discapacidad e incluso un grado elevado de dependencia; únicamente algunos han sido privados de su capacidad de autogobierno, otros se encuentran incurso en proceso de incapacitación judicial y otros tantos, por la entidad de su patología, no precisan de esta medida restrictiva de su capacidad. Pero todos ellos, conforme resulta de las manifestaciones de sus allegados, se ven inmersos en una maraña de trámites (discapacidad, dependencia, y adecuación de tratamiento en salud mental, así como, en su caso, incapacitación judicial), que una vez culminados no allana el camino en la medida en que habían esperado.

Como siempre decimos, la casuística es variada, pero el telón de fondo, el mismo: infradotación de plantilla de profesionales sanitarios de salud mental, que a su vez conduce a tratamientos y seguimientos de



frecuencia insuficiente y a la inevitable priorización del tratamiento farmacológico frente al psicoterapéutico; y, sobre todo, deficitarias plazas en recursos específicos sanitarios y sociales, particularmente de hospitalización y de plazas residenciales, junto a insoslayables necesidades de una **mejora de la coordinación entre los recursos de la Administración sanitaria y los disponibles en el Sistema de la Dependencia**.

Precisamente en relación con los recursos, esta defensoría continúa con el análisis de la suficiencia de los del programa de apoyo domiciliario de Faisem destinado a personas afectadas por trastorno mental grave (queja 17/4113); ha recibido demandas alusivas a la creación de una Comunidad Terapéutica para el Campo de Gibraltar; sobre la apertura de un hospital de día de Salud Mental en Ronda; o respecto de la necesidad de Unidades de Atención Especializada para el tratamiento de la anorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria en Andalucía; pasando por peticiones de introducción de mejoras en las unidades de hospitalización de salud mental de agudos de los hospitales Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla.

La inexistencia en Andalucía de **Unidades de Trastorno de la Conducta Alimentaria**, fue puesta de relieve por la madre de una joven afectada (**queja 19/1214**), demandando su creación.

Su petición partía de la experiencia personal vivida a través de su hija, diagnosticada de anorexia nerviosa en la adolescencia por su médico de atención primaria, cuando aún era menor de edad. Relataba la interesada que desde hace muchos años su hija se encuentra en el límite entre la vida y la muerte, padeciendo atención e ingresos en distintos centros, públicos y privados, en un peregrinar que no ha servido sino para la cronificación de su enfermedad: consultas de salud mental; centro de día privado; ingresos varios en los servicios de endocrinología, medicina interna y salud mental de diversos hospitales públicos; consultas ambulatorias esporádicas; e incluso derivación a centros de otras comunidades autónomas.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud reconoció que los trastornos de la conducta alimentaria, por su origen multifactorial, requieren un abordaje multidisciplinar para cuya correcta atención es precisa la intervención coordinada de profesionales de atención primaria (medicina de familia

y pediatría), medicina interna, endocrinología y salud mental, debiendo garantizarse la continuidad asistencial. Aludió asimismo a la existencia en el sistema sanitario público andaluz del proceso asistencial integrado, como guía práctica para el tratamiento de estos trastornos y describió los recursos aplicables para la atención sanitaria.

No obstante, siendo una evidencia que en nuestra comunidad autónoma no existía ninguna, el informe concluyó anunciando la creación de dos Unidades multidisciplinarias de Atención Integral a los trastornos de la conducta alimentaria a partir de septiembre de 2019 (Andalucía Occidental y Oriental). En noviembre de 2019 comenzó a funcionar la Unidad de Málaga, en régimen de Hospital de Día y de consultas externas.

En el ejercicio 2019 incoó esta defensoría de oficio las investigaciones destinadas a ahondar en las plazas de **hospitalización de media-larga estancia en salud mental** (**queja 19/3718**), en coherencia con el propósito general de dedicar una parte importante de nuestros esfuerzos a la revisión y mejora de la Salud Mental en nuestra comunidad autónoma.

En concreto, nos interesa conocer las claves de la organización de la asistencia en régimen de hospitalización de media-larga estancia, los centros en la que se presta, las plazas existentes en los mismos, su régimen de distribución y la manera en la que se asignan. E, igualmente, los criterios que marcan el perfil de los pacientes tributarios de este recurso y el número de los que aguardan acceder al mismo, con indicación del tiempo medio de demora.

“Mejora de la coordinación entre los recursos de la Administración sanitaria y los disponibles en el Sistema de la Dependencia”



En definitiva, la finalidad es revisar si se ha evaluado la suficiencia de este recurso a tenor de las necesidades detectadas, y en su caso los resultados obtenidos y la previsiones al respecto, para lo cual hemos interesado la remisión del oportuno informe a la Coordinación Autonómica de Salud Mental, que lo ha remitido en el último trimestre de 2019, estando en proceso de valorar la información proporcionada en el mismo.

Finalmente, en el plano más sustantivo de los **tratamientos**, culminamos la dación de cuenta de este apartado con la conclusión definitiva de las actuaciones que tuvieron por objeto el tratamiento asertivo comunitario (**queja 16/5473**), de cuyo fondo ya hicimos un pormenorizado relato en el Informe Anual 2018, para limitarnos en esta ocasión a referir que la Coordinación Autonómica de Salud Mental, aceptó nuestras Recomendaciones, manifestando la intención de realizar un análisis de situación de los programas de tratamiento asertivo comunitario desde el Plan Andaluz de Salud Mental en coordinación con la Escuela Andaluza de Salud Pública, la práctica de un seguimiento de su grado de implantación y la necesidad de que se cuente con los mismos en todas las áreas.

1.11.3. Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas

1.11.3.1. Quejas de oficio

Se han iniciado un total de 3 investigaciones de oficio durante 2019, que versan sobre las cuestiones que a continuación se relacionan:

- **Queja 19/1731**, referente al fallecimiento de un paciente en el Servicio de Urgencias del Hospital Torrecárdenas, dirigida al Complejo Hospitalario Torrecárdenas y a la Dirección General del Servicio Andaluz de Salud;
- **Queja 19/3718**, sobre la hospitalización de media-larga estancia en salud mental, dirigida a la Coordinación de Salud Mental;
- **Queja 19/4613**, relativa a la crisis sanitaria por brote de listeriosis en Andalucía, dirigida a la Consejería de Salud y Familias, y al Ayuntamiento de Sevilla.

1.11.3.2. Colaboración de las Administraciones

En lo tocante a la colaboración de los responsables públicos de los distintos centros sanitarios que conforman el sistema sanitario público de Andalucía y la de los responsables de diseñar sus políticas, el Defensor del Pueblo Andaluz ha de mostrar su satisfacción tanto con el interés en atender los requerimientos de información precisos para cada investigación, como con el nivel técnico de las respuestas ofrecidas.

1.11.3.3. Resoluciones no aceptadas

Aunque de ordinario circunscribimos nuestros pronunciamientos a situaciones merecedoras de favorable acogimiento por la Administración, y que, en consecuencia, son por ello aceptadas en lo sustancial, tampoco faltan ocasiones puntuales en que, por razones diversas, la aspiración no desemboca en el acuerdo pretendido.

En este sentido citamos la conclusión del supuesto abordado en la **queja 18/5502**, referido a la demora en intervención quirúrgica de fractura de tabique nasal, cuya recomendación, dirigida al Hospital Virgen del Rocío, para que fijara a la mayor brevedad la fecha en que intervendría a la persona interesada, así como para que adoptara las medidas organizativas y asistenciales para superar la demora en el tiempo de respuesta, consideramos no aceptadas al no procederse a la programación de la intervención.