



Ante tales informes se ha recibido escritos de Cáritas en la que manifiestan algunas puntualizaciones sobre la atención prestada durante el estado de alarma para garantizar las necesidades básicas, así como otras relacionadas con la eliminación de los asentamientos y que serán tratadas en otros expedientes de esta Defensoría.

Referido a las necesidades básicas de los migrantes en 2021 se recibió la queja 21/4943 remitida por la Asociación La Carpa en la que ponía de manifiesto el corte del punto de suministro de agua que abastecía a la población migrante. Una queja que pese a ser remitida al Defensor del Pueblo de España, dado que se refería a actuaciones requeridas de la Subdelegación de gobierno procedimos a solicitar información al ayuntamiento de Lucena del Puerto.

Atendiendo tanto a nuestra petición de colaboración como a la del Defensor de Pueblo Estatal nos remitían escrito en el que nos trasladaba que "el presupuesto del Ayuntamiento de Lucena del Puerto no puede soportar una población sobrevenida que supera las 3.000 personas en campaña, para las que las entidades y asociaciones piden agua, luz, recogida de residuos, urbanización, medicinas, guardería, colegio, sanidad, soluciones habitacionales y otros servicios.

Nos transmitía que había remitido varios escritos a la Subdelegación del Gobierno, Delegación del Gobierno de la Junta de Andalucía en Huelva y Diputación Provincial solicitando la colaboración para la atención de esta realidad en su municipio tanto en el medio y largo plazo como en el corto plazo. Detectaba la necesidad de, al mismo tiempo que se programan actuaciones para la eliminación de los asentamientos, adaptar un equipamiento cercano a los asentamientos para facilitar puntos de agua, duchas e higiene personal debidamente atendidos por personal del ayuntamiento. Para lo cual necesitaba apoyo financiero.

1.12. Salud

1.12.1. Introducción

El Sistema Nacional de Salud conforma una maquinaria de enorme envergadura que no solo se nutre de ingentes recursos de todo tipo (materiales y personales), sino que, en una sociedad globalizada como la contemporánea, también se ve alcanzado por dinámicas de alcance mundial -pandemias mediante-, cuyos escenarios adversos no siempre pueden contrarrestarse con medidas internas, adoptadas dentro de las fronteras de nuestro país ni, por ende, con los más reducidos instrumentos del ámbito territorial autonómico que, a lo sumo, podrían servir de paliativo parcial en algunos casos.

Este ha sido el caso de la crisis de salud pública ocasionada por la pandemia con origen en el virus SARS-CoV2, cuyos desafíos han alcanzado de lleno al sistema sanitario público de Andalucía, en todos sus niveles de ordenación funcional, organización territorial y modalidades de prestación de la atención sanitaria, hasta el punto de condicionarlo sustancialmente y dejar exhaustos sus recursos.

...

1.12.2. Analisis de las quejas admitidas a trámite

1.12.2.1. Salud Pública

Desde que el pasado mes de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud decidiese calificar como pandemia, la emergencia de salud pública de preocupación internacional, a causa del virus SARS-COV-2, el sistema sanitario público ha sufrido un envite sin precedentes.

Desde aquellas fechas se nos ha presentado un escenario de incertidumbre y permanente cambio que ha suscitado la petición de intervención de esta Defensoría, en sede de salud pública, en un volumen inédito respecto a nuestras actuaciones en esta materia en años anteriores, manteniéndose la línea emprendida en el año 2020.

No en vano, durante el presente ejercicio el volumen de quejas relativas a esta materia se encuentra en torno al 25 % del total de quejas en salud que tramita esta Defensoría, cuya casuística, muy variada,



podemos reconducir a las suscitadas en torno a la Estrategia de vacunación y el Certificado COVID digital de la UE, junto a otras ya conocidas de presencia más minoritaria, como son las de la vacunación antigripal y los programas de cribado.

La Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España adoptada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sobre el documento elaborado por el Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, de 2 de diciembre de 2020, fue el punto de partida del proceso de vacunación e inmunización frente a la COVID-19, que comenzó el 27 de diciembre de 2020, con una pauta inicial de dos dosis, posteriormente ampliadas a tres y un desenvolvimiento paulatino que prioriza, por motivos éticos, a determinados grupos o colectivos por sus especiales características.

Se trataba de llevar a la práctica un proceso inédito, contextualizado en una situación crítica y cambiante, que en un territorio como Andalucía, con una población de más de ocho millones de habitantes, implicaba una ingente tarea organizativa, cuya consumación positiva merece resaltarse por el esfuerzo que ha supuesto para los responsables públicos y el personal a cargo de la misma.

Un terreno desconocido como el descrito necesariamente genera temores, recelos y dudas en la ciudadanía, como reflejan las abundantes y variopintas comunicaciones recibidas en esta Institución a lo largo de 2021, que se han traducido en problemas de obtención de información, general o particular, de comunicación con la Administración sanitaria y en la manifestación de discrepancias de toda índole.

Entre las dificultades para acceder a la información han sido frecuentes las manifestaciones de desconocimiento de los canales para obtenerla y las dudas sobre los instrumentos y formas para la asignación de cita.

Del mismo modo, ha resultado compleja la comunicación directa con la Administración sanitaria por desconocimiento de la forma de trasladar consultas específicas y de corregir errores: desfases en las bases de datos, especialmente de los mutualistas; forma de vacunación de las personas dependientes con dificultad de desplazamiento; valoración de alguna situación personal, como el padecimiento de alergias o patologías recogidas en un informe médico, que desaconsejarían la administración de una determinada vacuna; la forma de hacer valer la pertenencia a un grupo prioritario, especialmente personas con patologías de riesgo y/o enfermedades crónicas, algunas incluidas en el Grupo 7 de personas con condiciones de muy alto riesgo y otras que habían quedado inicialmente sin incluir; el modo de proceder de las personas que no recibían el certificado COVID por no tener administradas entonces las dos vacunas, al no ser necesario y no estar la aplicación informática habilitada para ello; o situación de los docentes parcialmente vacunados o que habían quedado sin vacunar por la variación en los criterios de administración de AstraZeneca.

Los aspectos controvertidos han ido desde la discrepancia con los grupos priorizados y el cuestionamiento del tipo de vacuna asignada a cada colectivo, hasta las que ponían en tela de juicio la eficacia de la misma Estrategia de vacunación o alertaban de sus perjuicios.

En este mar de dudas y dificultades, **el Defensor del Pueblo Andaluz ha desplegado una labor de orientación y asesoramiento imprescindible**, si tenemos en cuenta que la propia Estrategia de vacunación ha experimentado hasta diez actualizaciones, la última de las cuales data del 27 de diciembre de 2021.

La necesidad de disponer de mayor claridad en la información y de contar con canales de comunicación fiables, a través de los cuales pudieran resolverse las dudas existentes, nos llevó a plantear ante el Servicio Andaluz de Salud las cuestiones suscitadas, interesándonos por los criterios para la citación de mutualistas, la forma en que cualquier persona usuaria podía conocer su situación en las listas de vacunación o su cita asignada, la determinación del canal o fórmula más apropiada para comunicar incidencias y el medio y circuito por el que se venía contactando con las personas a vacunar, teniendo en cuenta la edad de muchas de las personas incluidas en los primeros grupos de priorización.

En relación con la oportunidad de habilitar medios para la comunicación de dudas e incidencias y su resolución, sugerimos a su Director Gerente la inclusión de nuevos medios de contacto, como pudiera ser la comunicación con su médico de atención primaria o el interlocutor autorizado que se determinase, un



correo electrónico o WhatsApp y la necesidad de culminar la revisión informática para que la expedición de los certificados Covid se pudiese realizar atendiendo a la diversidad de casos.

Tras esta intervención, desde esta Defensoría observábamos cómo en el inicio del verano se había acelerado de forma manifiesta el ritmo de vacunación y la información en la web habilitada a estos efectos: <https://www.andavac.es/>

Ha sido un año en el que hemos percibido la sensación de impotencia o desconcierto que la ciudadanía puede padecer ante las situaciones descritas, perfectamente entendible cuando no encuentra un punto de referencia (presencial, telefónico o telemático), ante el que formular una duda, bien por dificultad en la atención telefónica o en la presencial, o bien porque la cuestión concreta no está entre las preguntas frecuentes o porque no hay posicionamiento al respecto sobre aquella determinada situación o particularidad que se plantea.

Lo cierto es que entrado el mes de diciembre de 2021, en pleno periodo navideño, cabalgábamos de nuevo una sexta ola que, afortunadamente, presenta menor lesividad y que afronta una población mayoritariamente vacunada, pero que vuelve a dejar al descubierto debilidades organizativas del sistema sanitario, ya advertidas, que a todas luces precisa extremar el celo en la calidad, claridad y divulgación de información relevante y de un refuerzo estable de profesionales e instrumentos de organización públicos, diseñado de forma expresa para la atención a los requerimientos de salud de la pandemia, con itinerarios específicos independientes, que eviten la saturación de la actividad ordinaria.

Como avance, valoramos que a través de las plataformas habilitadas por el Servicio Andaluz de Salud puedan notificarse los resultados positivos de test de antígenos y con ello formas más ágiles de comunicación, siendo su contrapartida una atención primaria colapsada y el desasosiego de la población, muchas veces desconocedora de estas herramientas o con escasas competencias digitales, que plantean sus dudas sobre la forma de proceder y que por ello vuelven a engrosar las peticiones ante esta Institución.

El Certificado COVID digital de la UE conforma, asimismo, un nutridísimo grupo de planteamientos ante esta Institución, agudizados desde que se adoptaran las **medidas preventivas de salud pública sobre la exigencia del Certificado COVID-19 o prueba diagnóstica** para el acceso a centros sanitarios con internamiento y centros sociosanitarios de carácter residencial, así como para el acceso de las personas usuarias al espacio interior de establecimientos de hostelería, ocio y esparcimiento, por sendas Órdenes de la Consejería de Salud y Familias de 3 y 16 de diciembre de 2021, judicialmente ratificadas: BOJA número 90 de 7 de diciembre de 2021; y BOJA número 93, de 19 de diciembre de 2021.

Junto al desconocimiento de los diversos medios para obtener dicho Certificado -acreditativo de la vacunación, de la recuperación de la enfermedad, o de que la persona dispone de resultado negativo en una prueba de infección activa-, las comunicaciones recibidas planteaban dudas sobre su período de validez; aludían a dificultades para su obtención, en ocasiones por desactualización de los datos de la historia clínica, en otros, por tratarse de pacientes recuperados que no pueden acreditar su estado con una prueba diagnóstica de infección activa PCR o equivalente, aun disponiendo de resultado positivo en prueba de antígenos o serológica de anticuerpos; o pedían clarificación de la pauta completa de vacunación en determinados supuestos (personas recuperadas, con una sola dosis, o que han recibido una pauta de vacunación heteróloga).

Fuera de las incidencias técnicas subsanables o de dudas susceptibles de aclaración, en relación con el certificado de recuperación, esta Institución hubo de remitirse al Reglamento (UE) 2021/953 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de junio de 2021, de aplicación efectiva desde el 1 de julio de 2021, que no prevé la acreditación de la superación de la COVID-19 mediante un resultado positivo en prueba rápida de antígenos o en una prueba serológica de anticuerpos.

La carencia del Certificado COVID obsta a desplazamientos fuera de España o al retorno a nuestro país y, como avanzamos, desde diciembre de 2021 y para un período de tiempo delimitado, al acceso al interior de establecimientos de hostelería, ocio y esparcimiento y a centros sanitarios con internamiento y centros sociosanitarios de carácter residencial, en calidad de visitantes o acompañantes.



La implantación de esta última medida ha sido muy polémica entre la opinión pública y, en consecuencia, ha tenido un reflejo inmediato en las comunicaciones dirigidas a esta Defensoría, que, amparadas en el carácter no obligatorio de la vacunación y en la falta de sustento científico de la decisión, la han combatido por entenderla inconstitucional, como vulneradora de derechos fundamentales y como instrumento de coacción que persigue imponer el sometimiento a un acto sanitario mediante la discriminación de las personas que voluntariamente han decidido no someterse al mismo, afectando incluso a las que por razones de salud no pueden ser vacunadas.

Esta Institución, en un ejercicio de prudencia institucional, viene resaltando la importancia del compromiso social y de la responsabilidad individual en la evitación de la propagación de esta enfermedad y así, ha manifestado la legitimidad de luchar contra la transmisión comunitaria descontrolada de la infección con los medios menos severos a nuestro alcance, si, como es el caso de la referida medida cautelar, la decisión se adopta dentro del marco habilitado por nuestro ordenamiento jurídico. Esto es, el sometimiento a ratificación judicial de la necesidad, idoneidad y proporcionalidad de la medida decidida por la Consejería de Salud y Familias.

Cuestión de índole puramente jurídica es la suscitada por el *Protocolo relativo a la protección y prevención de la salud frente al COVID-19 para el desarrollo de los entrenamientos y la organización de actividades y competiciones deportivas oficiales*, aprobado por la Junta Directiva de la Federación Andaluza de Baloncesto el 16/09/2021, en cuya virtud se exige para la práctica federada de dicho deporte la presentación del Certificado COVID o, alternativamente, prueba diagnóstica negativa presentada en las 48 horas previas a cada partido.

Numerosas personas comparecieron ante esta Institución cuestionando la legalidad de las recomendaciones y reglas de este Protocolo, entre otras, la dudosa exigencia del certificado COVID acordada sin que hubiera precedido intervención judicial.

Pero más allá de su contenido, nos pareció que estaba en liza el interrogante sobre la legitimidad y validez misma del Protocolo por su origen y fuente, puesto que no parecía haber sido autorizado por la Dirección General de Promoción del Deporte, Hábitos Saludables y Tejido Deportivo de la Consejería de Educación y Deporte, ni obtenido el visado favorable previo de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

Iniciamos una investigación de oficio ([queja 21/7389](#)) solicitando a ambas Consejerías, entre otros aspectos, conocer el respaldo normativo y el procedimiento seguido para su autorización, habiendo respondido al cierre del año la de Salud y Familias, para confirmar su desconocimiento y falta de intervención en la aprobación del Protocolo y comunicar la pendencia judicial del asunto, sometido a la consideración del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.

No podemos dejar de hacer alusión en este epígrafe a un asunto recientemente planteado ante esta Institución, relativo a la aparición de una nueva enfermedad, que bajo la denominación de **COVID persistente** parece que puede afectar en torno a un 10 % - 20 % de pacientes que han sufrido dicha infección vírica.

Iniciamos las investigaciones sobre el particular a finales de 2021, a raíz de la comunicación de una entidad del movimiento asociativo dándonos traslado de las gestiones que había emprendido con los responsables de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud que, si bien refería haber recibido un trato cercano y cordial, solicitaba nuestra mediación para la defensa del colectivo de personas afectadas en Andalucía, en sus **derechos de atención sanitaria y continuidad asistencial**.

Reconocía la asociación la existencia en el sistema sanitario público de Andalucía de un Protocolo para la atención a pacientes con COVID persistente, manifestando el deseo de que sea accesible y transparente para el conjunto de la ciudadanía y expresando sus inquietudes sobre los criterios de inclusión diagnóstica para acceder al circuito previsto en el protocolo y acceder al tratamiento sanitario en las que denomina Unidades Post-Covid.

Así, alegaban que de considerar únicamente a aquellas personas que han tenido acceso a una prueba de diagnóstico, estarían excluidas un gran número de personas que se contagiaron en la primera ola de la pandemia sin haber podido contar con confirmación diagnóstica, situando el volumen de afectaciones en



torno a un 52 % de personas contagiadas (sin pruebas), en las que el azote del virus se mostró mucho más cruento por las razones ya conocidas (desconocimiento de la enfermedad, falta de medios personales, materiales, pruebas diagnósticas...). Traslataban otras preocupaciones como la inequidad que se pueda establecer en el proceso de tratamiento para la COVID persistente, y la posible desigualdad en los medios y recursos disponibles, considerando que existen dos circuitos diferenciados, uno para profesionales sanitarios y otro para el resto de pacientes.

Por nuestra parte, procedíamos a la admisión de la queja a trámite, a fin de acompañar a la entidad en sus reivindicaciones, procurar que el protocolo definitivo permita el acceso en condiciones de equidad a un tratamiento sanitario, sin menoscabo de derechos por la falta de pruebas diagnósticas que se produjo al inicio de la pandemia y exigir la transparencia del mismo.

Previsiblemente, el próximo año podremos dar cuenta en este mismo apartado de los avances que sobre ello se hayan realizado, conociendo que este tipo de actuaciones y sus avances han de ir acompasados a las decisiones que se adopten por el Ministerio de Sanidad y de los resultados que arroje el estudio de investigación encargado al Instituto de Salud Carlos III sobre la enfermedad denominada COVID Persistente, según lo acordado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que prevé un estudio en coordinación con el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación, con el objetivo de garantizar un abordaje a corto y largo plazo.

...

Finalmente, por incardinarse dentro de las necesarias medidas de salud pública exigidas por la pandemia, hemos de hacer mención a las más o menos severas **medidas sanitarias y preventivas para la contención de la COVID-19 recaídas en relación con los Centros sociosanitarios**, en particular dentro de las Residencias de mayores, que durante 2021 se han seguido sucediendo en un devenir incesante, con repercusiones en la vida de los residentes y de sus familias, que en no pocas ocasiones nos han requerido información sobre las reglas a que atenerse y expresado su sufrimiento por la dureza de los intervalos de distanciamiento.

1.12.2.2. Atención primaria

...

Precisamente esta nota caracterizadora de la atención primaria es la que se ha resquebrajado en el bienio 2020-2021, desde que el primer estado de alarma cerrara las puertas de sus centros al público, sin que volvieran a abrirse hasta octubre de 2021.

Y así lo hemos acusado en la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz, con un **cambio radical de tendencia en el número de quejas recibidas**, que iniciado en el año 2020 ha alcanzado su auténtico cenit en 2021, invirtiendo la dinámica de la relación cuantitativa entre atención primaria y especializada, hasta el punto de prácticamente llegar a equilibrar la balanza entre ambas de forma hasta ahora desconocida.

De este modo, el cierre de consultas, las dificultades o imposibilidad de contacto telefónico con los servicios de gestión administrativa, las barreras para la obtención de citas, las demoras en su asignación, la atención facultativa no presencial, el incumplimiento de la cita fijada para recibir la llamada de consulta telefónica, las barreras para la renovación de medicación, o la insuficiencia en la atención a enfermos crónicos, motivan significativamente las quejas, individuales o colectivas de los andaluces y andaluzas en 2021, conviviendo con otras más apegadas al rol añadido atribuido a la atención primaria en la crisis de salud pública, relacionadas con sus protocolos de actuación (pruebas PCR, seguimiento de contactos estrechos, expedición de bajas médicas y obtención de altas).

De entre las protestas relacionadas con el ámbito tradicional de funcionamiento de la atención primaria, es decir, las ajenas a los cometidos COVID, **merecen destacarse las coincidentes en no poder contactar con el Centro de Salud**, no solo por la abundancia con que las hemos recibido, sino por la sensación de abandono sanitario que constatamos en los relatos recibidos, tras cuyas palabras vemos a personas desconcertadas e impotentes, que, siguiendo las recomendaciones recibidas de las autoridades sanitarias, pretenden acceder a una cita por instrumentos que preserven el distanciamiento social (telefónico o digital), encontrándose con que en el Centro de Salud nadie atiende el teléfono (ni siquiera suena en el



edificio, constatan), que "Salud NO Responde" y que, a la postre, han de acabar nutriendo las colas de atención presencial en los mostradores de atención al usuario, si quieren llegar a obtener una cita médica o de enfermería para tratar una dolencia, renovar el tratamiento farmacológico, someterse a pruebas diagnósticas de la cartera de servicios de primaria, gestionar la baja o el alta médica, o incluso acceder a derivación en la atención especializada.

Ello supone que la única vía segura de obtención de cita médica en atención primaria, como nos decía una persona de Sevilla, se reduce a *"esperar varias horas presenciales en el ambulatorio correspondiente, ya que ni por la tarde, ni por teléfono, ni a través de la aplicación es posible. Da igual que estés trabajando en horario de mañana, no hay otra opción (...). Y necesitando cita para un especialista, siguiendo el mismo procedimiento de espera interminable en el ambulatorio, hay casos en el que ni siquiera te las dan por no estar activa la agenda"*.

A ello se añade el **caso especial de las personas mayores, con dificultad en el uso de medios telemáticos** por la conocida brecha digital.

El desconocimiento de las vías de gestión no presenciales alcanza a una buena parte de nuestra población que, en relación con el servicio de atención primaria, está acostumbrada a formas de relación personales, máxime cuando, como decíamos al comienzo, es mayor el número de municipios rurales y el de consultorios que el de grandes concentraciones poblacionales y centros de salud.

Esta Institución ofrece a quienes así lo muestran la información sobre la posibilidad de petición de cita, sin necesidad de disponer de certificado digital ni de cl@ave, introduciendo los datos de tarjeta sanitaria y de DNI en el siguiente enlace: [Pedir cita de atención primaria](#).

En un círculo vicioso comprensible, las barreras para entablar el contacto generan, a su vez, efectos indeseados perjudiciales para el sistema y para sus beneficiarios, que se manifiestan en la **proliferación de reclamaciones** ante el servicio, la **posible demora en el diagnóstico de patologías tiempo-dependientes** (algún ejemplo significativo puede consultarse en el apartado sobre la atención especializada) **y la saturación de los servicios de urgencias**, inapropiadamente utilizados como forma alternativa de canalizar las necesidades de salud que quienes las padecen estiman como no demorables.

Precisamente sobre los servicios de urgencias entendemos que la mayor carga por alcance la sufren los hospitalarios, sobre todo tras la reorganización de los de atención primaria (SUAP) establecida para garantizar el doble circuito COVID-NO COVID, que conllevó su concentración en puntos concretos y el alejamiento de este servicio de la población bajo su cobertura, como se describe en el apartado reservado al análisis de la atención sanitaria de urgencias, al que nos remitimos.

Pero si las enunciadas son las razones que fundan las protestas de la ciudadanía andaluza, la pregunta clave es cuáles son las causas que las producen y, lo que es más importante aún, cómo pueden solventarse o mitigarse.

Las causas, interrelacionadas entre sí, parecen concentrarse en varias, resultando del análisis de las comunicaciones recibidas y del estudio de la situación que esta Defensoría ha venido realizando, las que a continuación citamos.

Por una parte, **las relacionadas con los servicios de información y gestión administrativa**, cuya insuficiencia entorpece el acceso a la atención sanitaria primaria, como demuestran las quejas sobre imposibilidad de contacto telefónico o de resolución por esta vía de dudas, obtención de citas y realización de trámites. Un avance tuvo lugar mediante la puesta en marcha el 30 de diciembre de 2021 del servicio para la obtención de la baja laboral, a través de la App Salud Responde y ClicSalud+, cuyo funcionamiento no habíamos podido valorar al cierre de este Informe.

En segundo lugar, **la insuficiencia de personal sanitario** para absorber la ingente demanda que genera la atención simultánea, tanto de los requerimientos de la actividad ordinaria de los centros de salud, como de la extraordinaria por la COVID.



Denotamos que la respuesta a la crisis de salud pública ha venido poniendo el acento en un aspecto, necesario pero superficial, de delimitación física de espacios (COVID-NO COVID), abandonando a partir de octubre de 2021 el correlativo de reforzar la plantilla ordinaria de los centros de salud y consultorios o, mejor aún, sin haberla desligado -hasta donde permitieran los recursos-, de la sobrecarga de asumir las obligaciones añadidas de los protocolos e intervenciones de la pandemia.

Esta **duplicación de funciones** ha llevado a la sobrecarga del personal sanitario y ha mermado la calidad de la atención que dispensa, al dilatar la obtención de cita para consulta y reducir el tiempo de exploración médica.

Por lo que esta última se refiere, hemos de reproducir la acertada cita del eminente Dr. Gregorio Marañón, de validez universal y atemporal en la práctica médica, al afirmar que "*La mejor herramienta del médico es la silla*".

Hasta octubre de 2021, esa silla, instrumento del que se vale el profesional sanitario para cimentar la relación de confianza que forma parte del éxito del tratamiento, estuvo vacía. Y, añadimos, cegado el "ojo clínico", la pericia del médico para escuchar, observar, explorar y encauzar con acierto la dolencia del paciente, quebrando la primera regla deontológica del ejercicio de la vocación sanitaria: que esta sea humana.

La vuelta a un sistema mixto que permite optar por la presencialidad, la pervivencia del virus y la respuesta a la actividad ordinaria y la extraordinaria a costa de los habituales recursos personales, ha acabado con la capacidad de resistencia de los profesionales y con la paciencia de la ciudadanía, tras dos años de restricciones de todo tipo.

Expuestas las demandas ciudadanas y sintetizadas las causas que las generan, hemos de concluir en la necesidad de que por los responsables públicos se arbitren las formas más oportunas de solventarlas.

Entendemos las dificultades que entraña una situación crítica como la que atravesamos, si bien a nadie escapa la trascendencia de las disfunciones descritas, cuya aportación ante esta Institución por las personas afectadas, nos permite darlas a conocer con la autoridad y objetividad que nos aporta la coincidencia de los plurales testimonios procedentes de orígenes diversos dentro del territorio andaluz.

Buena parte del problema parece residenciarse en la falta de personal sanitario, que apreciable en general como carencia de nuestro Sistema Nacional de Salud desde hace años, está alcanzando su fase más aguda, especialmente en las zonas rurales con destinos poco atractivos, aun incentivadas sus plazas con las medidas dadas a las zonas de difícil cobertura.

...

1.12.2.3. Atención especializada

...

Una atención especializada, que ya adolecía de algunas disfunciones o puntos débiles según esta Institución lleva años señalando y que se encuentra **inevitablemente afectada por el contexto sanitario que padecemos**, tras casi dos años de convivencia obligada con el virus que causa la COVID 19, de duración y evolución incierta, durante los cuales es de justicia reconocer el gran valor de los profesionales sanitarios para hacer frente a una situación absolutamente extraordinaria.

Afectación a la que contribuyen un cúmulo de factores, internos y externos. Entre los segundos, el colapso que presenta el primer nivel atención asistencial, la atención primaria, concebida como el primer escalón de contacto con la ciudadanía y la atención médica, y que debe garantizar la proximidad y accesibilidad, supone de facto disfunciones en la derivación a tiempo a la atención especializada.

Por otro lado, la propia presión asistencial que venía y viene soportando la atención especializada, ha provocado numerosos ajustes de los circuitos de atención asistencial y de la propia organización administrativa de los servicios. A su vez, ambos factores desplazan la demanda de atención sanitaria, de forma impropia, a los servicios de urgencias, que se ven asolados por demandas de una ciudadanía



a la que no pueden dar respuesta, con unos medios pensados para la mera contención momentánea de procesos patológicos no demorables o agudos.

De forma introductoria, y en sede de atención especializada, una buena noticia supuso el **cierre con éxito de las actuaciones abiertas con el Hospital Virgen Macarena de Sevilla, respecto a las consultas de oncología** en ese centro hospitalario ([queja 19/5611](#)).

Las Recomendaciones formuladas a la Dirección Gerencia del Centro sanitario, sobre la adopción de las medidas organizativas oportunas para garantizar una adecuada cobertura sanitaria y evitar las situaciones de larga espera, más acusadas en el periodo estival, mediante la contratación de mayor número de profesionales o manteniendo las continuidades asistenciales informadas y, de otra parte, para que sin más dilación se procediese a la adecuación de los espacios actuales y se garantizase un clima adecuado y confortable para la asistencia de pacientes oncológicos y sus familiares, con la correspondiente dotación presupuestaria, fueron aceptadas de buen grado y en lo sustancial.

Con ello, se nos informaba del detalle de la **dotación de personal** que presenta el servicio de Oncología Médica, concluyendo que está bien dimensionada y se puede considerar óptima, por primera vez en, al menos, los últimos 20 años y con ello, la cobertura sanitaria se puede considerar garantizada, tanto en este periodo de pandemia global como para el futuro periodo estival.

Respecto al **nuevo emplazamiento de Unidad de Día y Consultas externas de Oncología** del Hospital Universitario Virgen Macarena, nos decían que ya se había trabajado con el equipo de arquitectos designado y profesionales de todos los estamentos, sanitarios y no sanitarios, de la Unidad, para cotejar necesidades y posibilidades y que la dotación presupuestaria está asignada, fijando un horizonte temporal de 18 meses.

La atención médica especializada relativa a procesos oncológicos nos hace lamentar en otros casos disfunciones ([queja 21/4754](#), por las demoras en el acceso al tratamiento necesario o desprendidas de la falta de atención en los circuitos canalizadores que comienzan en la atención primaria.

En el caso resaltado a título de ejemplo, la demora expuesta por la reclamante en el inicio de la quimioterapia, como tratamiento en el proceso asistencial de cáncer de mama, tuvo su origen en un error acaecido en la petición de interconsulta a oncología radioterápica, indicando el Centro sanitario su intención de velar por mejorar el circuito de citación interconsultas, aseverando en todo caso que la incidencia no había repercutido en la eficacia del tratamiento, con aval en la pertinente literatura científica.

Nos parece muy ilustrativa del cómo **la falta de atención en los circuitos de atención primaria demora en el acceso a la atención especializada** el caso relatado por el interesado en los siguientes términos:

"Todo comenzó sobre principios de junio del presente año (2020), cuando empezó a dolerme una pierna en su parte superior, y como cualquier vez intento solicitar cita con mi médico con la única opción de cita telefónica, sin más atención que una charla corta sin reconocimiento físico y una receta de pastillas para el dolor.

A los tres días de empezar a tomar dichas pastillas y sin desaparecer el dolor empiezo a padecer otro tipo de malestares generalizados por lo que dejo de tomarlas por miedo a que se agravasen los mismos.

Cuando pasan pocos días y como no desaparecía el dolor vuelvo a concertar cita con el médico, siempre telefónica, le comento el malestar padecido y la continuidad del dolor, y me vuelve a recetar otras pastillas para el dolor.

Confiado por el buen criterio de mi médico de cabecera, empiezo a tomar la nueva medicación, y vuelve a ocurrirme lo mismo que la vez primera, malestares varios, continuando el dolor de la pierna y ya con una notoria falta de apetito que a fecha de hoy y sin pretenderlo he perdido más de 15 kg.

Paralelamente, y como el dolor no cesaba, opto por acudir a un fisioterapeuta con el cual, y una tabla de ejercicios baja notoriamente el dolor, pero sin desaparecer; por lo que nuevamente concierdo cita con el médico, pero esta vez y por la insistencia de mi esposa no permito que sea telefónica y el médico accede y me atiende presencialmente. Supongo que siguiendo un protocolo y por su experiencia, me envía a hacer



una radiografía de la parte afectada y nuevo cambio de pastillas para el dolor, sin echarle mucha cuenta a la pérdida de peso y a la falta de apetito.

Realizada la radiografía, en la misma aparece una cierta artrosis en la cadera, y en la nueva cita telefónica donde me informa de dicho resultado le vuelvo a insistir sobre la falta de apetito y la pérdida de peso y ya accede hacerme una analítica de sangre.

Cuando se reciben los resultados, en otra cita, me informa que ciertos niveles relacionados con los marcadores renales están muy altos y que quiere volver a repetir la analítica para confirmar los mismos.

Recibidos los nuevos resultados de la analítica, ya hablamos de primeros de septiembre, han pasado más de tres meses, me deriva para hacer una ecografía para descartar que hígado o páncreas estuviera inflamado. A fecha de hoy esa prueba diagnóstica nunca llegó, y ante la desesperación de lo que me ocurría, y con nuevos síntomas como los vómitos esporádicos que después pasaron a periódicos, decido ingresar de urgencias en hospital privado Virgen de la Bella, de Lepe.

En dicho hospital empiezan a practicarle diversas pruebas hasta que en algunas de ellas ya vislumbran evidencias de tumor, y que por su limitación de recursos técnicos nos aconsejan que nos vayamos de urgencia esta vez al Hospital Infanta Elena, cosa que hice inmediatamente el 16 de octubre, estando en la sala de urgencias, sin atención alguna y con un trato vejatorio hasta más de ocho horas hasta que ya me dieron ingreso.

He estado hospitalizado, practicándoseme diversas pruebas un total de 18 días, confirmando prueba tras pruebas la evidencia no de un cáncer, sino de dos, y sin estar relacionados uno con el otro, y bastante avanzado y agresivo. Ya con el alta hospitalaria, informe médico con cita incluida para el 16 de noviembre para los resultados definitivos de las biopsias, y decisión del comité médico del Hospital Juan Ramón Jiménez; me presento en dicha cita y ya me relatan la nefasta y rotunda noticia de los dos cánceres.

Y finalmente a partir de ese fatídico 16 de noviembre, comienzan los hechos por los que decido interponer la queja por negligencia y desatención”.

Nos acompañaba al relato la relación de los documentos que atestiguaban el histórico de citas, atenciones y pruebas; y refería que tras aquello, y después de 5 meses aún no había comenzado con la quimioterapia para frenar los dos tumores, que ya le habían informado como no curativos.

Así, iniciábamos las actuaciones de investigación sobre los hechos presentados por el interesado, aderezados por la circunstancia añadida que nos comunicaba el promotor de la queja sobre la imposibilidad de realización de una prueba endoscópica que precisaba para comenzar el tratamiento oncológico, ya que la máquina del Hospital en la que debía de realizarse la misma se encontraba averiada, e instaba nuestra mediación para poder realizársela en el otro Hospital de la misma ciudad en el que debía ser atendido por Oncología. A falta de dicha prueba, había visto suspendida la primera sesión de quimioterapia, sin fecha cierta para la realización de la misma y, con ello, el inicio del tratamiento.

Recabados los informes administrativos solicitados al Hospital y al Distrito Sanitario, abordaron los mismos todas las cuestiones planteadas, con confirmación del relato cronológico, de las incidencias y de los estudios a realizar, de gran complejidad, compartiendo esta Defensoría la percepción mantenida por el promotor de la queja, de cómo la crisis sanitaria y el contexto de pandemia, han alterado los circuitos tradicionales de la atención primaria y especializada, quedando en el aire cómo hubiera evolucionado la enfermedad oncológica del paciente de haber sido más precoz la intervención de la atención especializada.

Desconocemos qué influencia positiva pueda suponer en lo sucesivo la Estrategia de Cáncer en Andalucía 2021-2023: BOJA número 113, de 15 de junio de 2021.

...

1.12.2.4. Tiempos de respuesta asistencial

...



No podemos desgajar este análisis del escenario cambiante causado por la COVID-19, en cuyo momento más álgido se llegó a declarar la **suspensión de los plazos de garantía de respuesta, mediante la Orden de 19 de junio de 2020**, reanudándose tras la aprobación de la Orden de 29 de octubre de 2020, por la que se establecen los niveles de alerta sanitaria y se adoptan medidas temporales y excepcionales por razón de la salud pública en Andalucía, para la contención de la COVID-19, sin que esta reanudación fuera revocada ni por la posterior Orden de 7 de mayo de 2021, por la que se establecen los niveles de alerta sanitaria y se adoptan medidas temporales y excepcionales por razón de la salud pública en Andalucía, para la contención de la COVID-19, ni por alguna de sus modificaciones.

Con ello, nos encontramos que **durante todo el año 2021 los plazos contenidos en el Decreto de garantías habrían recobrado su vigencia**, conviviendo, no obstante, con medidas de prevención en materia de salud pública, que se han arbitrado a través de planes de contingencia para todas las provincias, mediante diferentes acciones, como ha sido el aplazamiento, cuando ha sido necesario, de las actividades sanitarias programadas no urgentes en los centros sanitarios de atención primaria y hospitalaria.

Así, en este último año, aun cuando formalmente se había recobrado la vigencia de las normas que regulan los plazos de garantía -a saber, Decreto 96/2004 de 9 de marzo, para las primeras consultas de asistencia especializadas y procedimientos diagnósticos y Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, que regula el plazo de garantía de respuesta quirúrgica-, la información dispar que desde los diferentes centros hospitalarios se ofrecía, suscitaba dudas, al referir a veces el mantenimiento de la suspensión de los plazos administrativos, o confirmar otras su reanudación.

La gestión de las listas de espera, los criterios y el procedimiento de derivación a los concertos, también nos ha generado más preguntas que respuestas.

El interrogante sobre la reanudación de los plazos obtuvo respuesta de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, en el seno de la investigación de oficio iniciada sobre el particular (20/7758), aseverando que tras la aprobación de la Orden de 29 de octubre de 2020, antes citada, se había procedido a comunicar a todas las direcciones gerencias de los centros del sistema sanitario público de Andalucía la **plena vigencia de las garantías de plazo de respuesta**, tanto del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre como del Decreto 96/2004, de 9 de marzo, si bien se matizaba la **convivencia obligada de los procedimientos ordinarios, con los planes de contingencia y los planes de especial actuación sobre las listas de espera**, fruto de la respuesta a necesidades del período de pandemia, consistentes en el auto concierto de procedimientos quirúrgicos o la concertación con centros ajenos al sistema sanitario público, apostillando el respeto escrupuloso de la lista de espera real y, por tanto, por riguroso orden de inscripción.

Así, nos indicaban el objetivo de que no existiese paralización de los plazos, incluyendo a los pacientes en la programación ordinaria, extraordinaria u ofertándoles la realización de su intervención quirúrgica o prueba diagnóstica en un centro privado concertado, por riguroso orden de antigüedad en los registros de demanda y ofrecían datos comparativos de la situación de la lista de espera.

Para esta Institución, esta gestión organizativa no sujeta al marco jurídico ordinario, desencadenada en una etapa de crisis de salud pública, se ha ido nutriendo de informaciones obtenidas de forma parcial y deslavazada, que nos han dificultado hacernos una idea de conjunto.

Una pieza más de este rompecabezas la aportó el acuerdo del Consejo de Gobierno, del pasado 28 de diciembre de 2021, en el que se tomaba conocimiento de las resoluciones del Servicio Andaluz de Salud, por las que se declara la prórroga de los contratos de emergencia de la contratación del servicio de asistencia sanitaria complementaria a usuarios de la sanidad pública andaluza por la sobrecarga de la red derivada de la pandemia, así como de la prórroga del servicio de realización de cribados frente a la Covid-19, consistiendo los contratos de apoyo a la asistencia, los que engloban los destinados a cubrir la asistencia sanitaria complementaria, las intervenciones quirúrgicas y las pruebas diagnósticas en centros concertados con el SAS.

Razones de prudencia, ínsitas en los principios inspiradores de la actuación de esta Institución, aconsejan el mantenimiento y ampliación de las investigaciones emprendidas sobre el particular.



Dentro de un postrero análisis de conjunto, habremos de tomar en consideración las conclusiones alcanzadas por la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su Informe de Fiscalización de la gestión de la lista de espera quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: BOJA número 213, de 5 de noviembre de 2021.

Destacamos en sede de tiempos de respuesta, el cierre de la actuación realizada respecto de la intervención de **reconstrucción de mama** que precisaba una andaluza que la aguardaba desde 2018 y que se ha producido finalmente en el mes de marzo de 2021 (queja 20/1627).

Aunque sobre estos hechos emitimos un pronunciamiento inicial en el año 2019 (queja 18/7413), apoyando la intervención quirúrgica, con una primera aceptación por parte del centro hospitalario, la intervención fue de nuevo demorada, realizándose, como decimos, a finales de 2021, con la aseveración del Centro sanitario de que se venía trabajando con la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS sobre arbitrar fórmulas de conciertos para supuestos de cirugía reconstructiva de mama.

Como quiera que sea, bien mediante la formula extraordinaria de derivación a conciertos para intervenciones en lista de espera en este período (entre otras, queja 19/1261), o para prueba diagnóstica, o bien, como en la gran mayoría de casos, llevadas a cabo en los mismos centros hospitalarios (quejas 20/5872, 20/1627, 21/2909, 21/5832, 21/1295, 21/8243, 21/6251, 21/5832, 21/5652, 21/4743, 21/1601, 21/0616, 21/1601, por citar algunas), insistimos en alabar el esfuerzo que se viene llevando a cabo por los profesionales sanitarios para poder atender la presión asistencial.

También recordamos los sacrificios por la adopción de decisiones complejas, que precisan priorizar intervenciones oncológicas, urgentes y no demorables, con las consiguientes demoras en las restantes (queja 20/5872).

1.12.2.5. Praxis médica

...

Para finalizar este apartado, es significativo apreciar el **ascenso del número de quejas de esta naturaleza advertido durante el año 2021**, pudiendo obedecer ello al ambiente de presión asistencial que padecemos, puesto que, a la par que se mantiene bajo una fuerte presión a los profesionales sanitarios -que tras dos años, vienen desempeñando su trabajo en condiciones ímprobas-, las personas usuarias trasladan un sentimiento de desazón e impotencia ante una asistencia saturada, que ha podido derivar en una falta de continuidad asistencial o de seguimiento adecuado de sus patologías.

...

1.12.2.6. Atención Sanitaria de Urgencias

De forma preliminar y como advertíamos en el informe anual del pasado año 2020, aún seguimos **pendientes de la revisión anunciada del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias**, que es el instrumento organizativo del Servicio Andaluz de Salud responsable de orientar y marcar las pautas a seguir en la atención a las urgencias y emergencias.

Desconocemos las razones por las que este propósito no se ha culminado, intuyendo que, junto a las prioridades impuestas por la consabida crisis de salud pública, guarde relación con ello el proceso emprendido mediante el Decreto 193/2021, de 6 de julio, por el que se dispone la asunción por parte del Servicio Andaluz de Salud de los fines y objetivos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias, entre las que se encuentra la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), y su consiguiente disolución: BOJA número 131, de 9 de julio de 2021.

Al margen de ello, la anualidad que nos ocupa no ha presentado sobresaltos relacionados con la **atención de urgencias hospitalarias**, cuyos servicios, como todos conocemos, vienen afrontando una sobrecarga ostensible, bajo el peso de las condiciones severas de la pandemia, de la saturación consiguiente a demandas resultantes de la insuficiencia de respuesta del nivel de atención primaria y, del mismo modo,



paliando en mayor o menor medida los efectos de la supresión, en principio temporal, de los servicios de urgencias de atención primaria.

Precisamente, la **reorganización de los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP)**, en el ámbito de numerosos municipios andaluces que contaban con esta modalidad de atención continuada, y las protestas frente a la misma, fue relatada en el Informe Anual del año 2020, si bien nos referimos a ella nuevamente para dar cuenta de la evolución del planteamiento inicial.

Como ya reflejamos, alertaron de la misma y lamentaron sus consecuencias, representantes vecinales y consistoriales de numerosas localidades, ejerciendo una reivindicación más consistente los de los municipios onubenses de Escacena del Campo, Paterna del Campo y San Bartolomé de la Torre, dada su ubicación geográfica netamente rural.

La investigación de oficio que con ocasión de esta alteración iniciamos se centró en examinar los condicionantes y previsiones de la reorganización en el Distrito Sanitario Condado-Campiña, cuyos vecinos temían que desembocara de facto en una definitiva supresión de la atención continuada de urgencias.

Advertíamos desde el inicio de las actuaciones que dichas medidas se enmarcaban en el modelo adoptado en Andalucía y en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, de reorganización de urgencias, a través del modelo de doble circuito Covid- No Covid fundamentalmente, y que se contextualizaba en el entorno de crisis de salud pública por pandemia, y que, por ello, en buena lógica, era previsible que la situación que les inquietaba no perdurara al margen de aquella.

Realizadas las oportunas investigaciones y con la colaboración en el esclarecimiento de los hechos de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud se nos ofrecían explicaciones sobre la necesaria adaptación de los servicios a las circunstancias cambiantes ocasionadas por la COVID-19, a través de los planes de contingencias, y se profundizaba en que la organización adoptada en las poblaciones objeto de la queja, permitía conjugar el uso eficiente de los recursos con una atención adecuada, suficiente y no discriminatoria, canalizada a través del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias y del Plan Operativo pertinente.

Así, en el caso de las localidades aludidas, la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud explicaba los criterios para la organización de las urgencias a una distancia de entre 15 y 17 kilómetros (de San Bartolomé de la Torre a Gibraleón, de un lado y de Escacena y Paterna del Campo a La Palma del Condado, de otro), considerando que esta asistencia quedaba asegurada sin discriminación frente a otras localidades del entorno, con un tiempo de desplazamiento dentro de los límites habituales para otros núcleos de población.

Ilustraba el informe administrativo con una tabla en la que desglosaba los recursos sanitarios disponibles en el Plan Operativo de Urgencias del Distrito Sanitario Condado-Campiña, resaltando los equipos móviles y servicios de urgencias de atención primaria cerrados temporalmente, en beneficio de la correlativa apertura de dichos recursos en ubicaciones que permitieran garantizar el doble circuito de pacientes COVID-19 y NO COVID-19.

Afirmaba que esta reorganización era temporal, condicionada a las exigencias de la pandemia, aun cuando nos parecía que parte del contenido de la respuesta obtenida de esa Dirección Gerencia, basculaba en algunos momentos hacia la valoración de otros criterios comparativos que pudieran motivar la necesidad o no del servicio de urgencias en los puntos aludidos, de forma estructural y, por ello, al margen de la crisis de salud pública, lo que, por prudencia, y ante la imposibilidad de asegurar una fecha de reapertura, aconsejó el mantenimiento de la investigación hasta prácticamente finales del año 2021, para aguardar el desenvolvimiento final de la misma una vez decaídas las medidas de reorganización de atención sanitaria más drásticas, como la de dispensación no presencial de la del nivel primario, que tuvo lugar en octubre de 2021.

Efectivamente, en esta última fecha se reanudó en sus mismos términos el Servicio de Urgencias de Atención Primaria reorganizado por la crisis de salud pública en el Distrito Sanitario objeto de la investigación de oficio, en correspondencia plena con el fundamento coyuntural que justificó su suspensión y a pesar de que en cierto modo la respuesta administrativa hubiese cuestionado su necesidad (queja 20/6019).



1.12.2.7. Derechos de las personas usuarias

...

En lo tocante al **derecho a la información**, el presente año ha presentado particularidades derivadas de las medidas y protocolos impuestos para el control de la pandemia y en este sentido se han planteado objeciones relativas a las restricciones de acompañamiento a las mujeres embarazadas en sus citas periódicas y pruebas ecográficas de seguimiento del período gestacional.

En todos los casos hemos considerado inviable apreciar irregularidad en la adopción de dichas prácticas cautelares y transitorias de protección sanitaria, en el marco de la pandemia, si bien poniendo el foco en la necesidad de la claridad de la información y transparencia de protocolos que sustentan estas medidas, como lo hacíamos al intervenir en la queja 21/6656, en la que emplazábamos a la Administración a dar respuesta fundada a las reiteradas reclamaciones interpuestas por la promotora de la queja sobre el particular.

...

1.12.2.8. Centros Sanitarios

...

Por otro lado, demandó nuestra intervención el **cierre del área de maternidad del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga**, que respondía inicialmente a la necesidad de acondicionar espacios para atender la crisis sanitaria producida por la COVID-19 en la ciudad de Málaga. Conforme nos indicaba la Gerencia del centro hospitalario y la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, había sido finalmente valorada como una oportunidad de gestión y reorganización de los servicios, que sin afectar a la plantilla de profesionales ni incidir en la calidad de la asistencia, permitiera una nueva forma de organización y atención a la mujer embarazada en la ciudad de Málaga.

Apoyaba el argumento la dotación de las instalaciones de las que dispone el Hospital Materno Infantil de Málaga, con un equipo de Cirugía Pediátrica y una Unidad de Cuidados Intensivos, y el acondicionamiento de las plantas y habitaciones reformadas para hospitalización, así como un hospital de Día para manejo ambulatorio de patología del embarazo, aportando datos de los que concluían que la unificación de las maternidades de ambos centros supone una apuesta por la mejora continua y la unificación de criterios y cuidados para las mujeres embarazadas de Málaga.

...

Igualmente, la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía nos informó sobre los avances y estado del proyectado **Plan de Infraestructuras Sanitarias en Andalucía 2020/2030**, anunciado en Consejo de Gobierno en el año 2019, como una herramienta de planificación necesaria.

Pues bien, nos indicaban que inicialmente se constituyeron los grupos de trabajo provinciales encargados de proponer una planificación de las infraestructuras sanitarias de sus provincias para la detección de necesidades y su priorización, quedando dicho propósito trastocado por la pandemia al haber afectado a la planificación y ejecución de las infraestructuras, por haber tenido que afrontar, de forma extraordinaria, las inversiones que dieran respuesta a la emergencia de salud pública.

Sobre el particular, nos adjuntaban el informe de la Consejería de Salud y Familias sobre la realización de inversiones en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud durante el año 2020, con detalle de la actividad inversora realizada (BOJA número 53 de 19 de marzo de 2021), concretando la fuente de financiación.

En suma, nos explicaban que las inversiones ejecutadas a causa de la crisis de salud pública, han supuesto una desactualización de las propuestas provinciales llamadas a conformar el mencionado Plan de Infraestructuras Sanitarias, por lo que se venía trabajando en su remodelación definitiva, mostrando esta Institución el deseo de su conocimiento en cuanto el proyecto esté ultimado.

...



1.12.2.9. Prestación farmacéutica

...

En otro orden de cuestiones, puntuales han sido las quejas sobre la autorización y financiación pública de medicamentos, que han girado sobre criterios de prescripción de anticoagulantes orales de nueva generación y prescripción de genéricos.

En el primer aspecto, algunos pacientes exponen su voluntad de ser tratados con medicamentos anticoagulantes orales de acción directa, habida cuenta de que en el contexto de pandemia se recurrió de forma más laxa a la prescripción de tipo de fármacos, no precisados de control, para evitar que los pacientes acudieran a los centros de salud, retornando ahora el rigor que se mantiene para su visado y financiación a los casos contemplados.

Desde la Administración sanitaria se nos viene informando sobre las competencias que ostenta el Sistema Nacional de Salud en cuanto a la financiación o no de los medicamentos y sobre la posibilidad de su financiación cuando concurren las indicaciones terapéuticas, en el caso que nos ocupa de los anticoagulantes orales, remitiéndonos a la información que sobre ello mantiene el Ministerio. Lo que nos lleva a aceptar la necesidad de hacer un uso eficiente de los recursos, siempre que se salvaguarden los derechos de las personas usuarias, aún preguntándonos en qué medida sería más eficiente la generalización de uso de estos medicamentos y si existen inequidades territoriales en las instrucciones internas sobre su prescripción.

...

1.12.2.10. Salud mental

...

Debemos terminar resaltando la figura de los profesionales de la Salud Mental (enfermería, trabajadores sociales, psicología clínica y psiquiatría), merecedores de todo nuestro respeto y admiración al haber sido fieles a sus pacientes durante toda la pandemia, dispensándoles un trato presencial nunca interrumpido, así como valoramos la tenacidad en el desempeño de su vocación, inaccesibles al desaliento de integrar una especialidad muchas veces subestimada por el sistema y por la propia profesión sanitaria.

1.13. Servicios Administrativos, Tributarios y Ordenación Económica

1.13.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.13.2.2. Administración Local

1.13.2.2.1. Gestión del Padrón de Habitantes

...

El empadronamiento es de una vital importancia para aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y que demandan servicios que suelen estar vinculados a la vecindad, como son la educación o el sistema sanitario, donde es necesario acreditarla para acceder a un centro público o para asignar el profesional de atención primaria.

En el informe anual 2020 se puso de manifiesto la situación de vulnerabilidad de muchas familias que tras sufrir las consecuencias económicas de la pandemia quedaron, si cabe, en peor situación económica que con anterioridad al mes de marzo del mismo año.

Personas que como se recogió en el informe extraordinario redactado en octubre de 2020, "Derechos de la ciudadanía durante la COVID-19. Primera ola de la pandemia", ante la falta de empleo y la escasez de recursos económicos necesitaron acogerse a las ayudas alimentaria o económica de urgencia, tanto por parte de los Ayuntamientos como por la Junta de Andalucía y que les requerían para acudir a ellas acreditar el empadronamiento en el municipio donde residían.