



### 2.1.5.2.7. Derechos de las personas usuarias

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

### **2.1.5.3. Actuaciones de oficio**

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