



DEFENSOR DEL PUEBLO

**Informe anual 2021 y
debates en las Cortes Generales**

Volumen I. Informe

8 SANIDAD

Consideraciones generales

La emergencia ocasionada por la pandemia de covid-19 ha seguido consumiendo una gran parte de los recursos sanitarios del Sistema Nacional de Salud, especialmente en los períodos de mayor incidencia de contagios y de incremento de las hospitalizaciones. El año 2021 se inició precisamente con la tercera oleada de contagios, que ha sido la de más intensidad después de lo vivido en marzo y abril de 2020, en términos epidemiológicos y de carga asistencial. El año ha terminado con la sexta ola de contagios, que ha disparado mucho más la incidencia, aunque esta no se haya traducido, afortunadamente, en una proporción igual de pacientes graves y fallecimientos. Este hecho es debido a la vacunación y a la progresiva adquisición de inmunidad entre la población.

Se ha producido en varios momentos durante el año el desbordamiento de los servicios sanitarios, en la atención primaria o en los servicios de urgencias y emergencias, con las consiguientes dificultades para continuar prestando una atención ordinaria a los pacientes. El funcionamiento de los hospitales también se ha visto muy alterado. Destaca, a este respecto, el grave impacto que supone el mantenimiento en los centros hospitalarios de las medidas de restricción en el régimen de visitas y acompañamiento de pacientes, un aspecto que debería ser superado cuanto antes, en tanto se confirme la remisión de la pandemia.

El impacto de la covid-19 se ha notado en 2021 de forma más notable que en 2020, por lo que se refiere al número de quejas recibidas por el Defensor del Pueblo en materia sanitaria. Las circunstancias de emergencia sanitaria aún están presentes y la gran mayoría de esas quejas afectan cuestiones directamente relacionadas con las políticas y las medidas administrativas de salud pública, aunque el incremento se ha observado en todas las materias relacionadas con el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La vacunación masiva de la población frente a la covid-19 ha marcado este año, además de las sucesivas oleadas de contagios, que han seguido dejando mucho sufrimiento por las personas que han fallecido o enfermado gravemente. De nuevo, se ha asistido a una experiencia sin precedentes, sostenida con el esfuerzo de todas las administraciones y los profesionales sanitarios y la colaboración imprescindible de los ciudadanos, que ha permitido administrar la vacuna a más del 90 % de la población española mayor de 12 años al terminar el año; 38 millones de personas en total con la pauta completa de vacunación, habiéndose administrado unos 90 millones de dosis.

La instauración del certificado covid de la Unión Europea y las medidas de restricción de derechos que han tenido que continuar aplicándose durante 2021, especialmente en los períodos de incremento de contagios y de saturación de los servicios sanitarios asistenciales, también han sido motivo de queja.

Otro año más hay que destacar las quejas relacionadas con incidencias y problemas para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, que afectan a unos grupos determinados de personas extranjeras que viven en España, mayoritariamente residentes cuya autorización legal, en virtud de lo dispuesto en la normativa de extranjería, está vinculada a la obligación de disponer de medios propios de atención sanitaria, mediante un seguro público o privado.

La atención primaria muestra igualmente el efecto de la emergencia sanitaria en la saturación de los servicios, al igual que ocurre en el nivel de atención especializada y hospitalaria.

La salud mental ha cobrado relevancia en los debates públicos, y esto debería impulsar que las diferentes administraciones acordaran medidas concretas de mejora que no admiten más demora. Con la aprobación de la nueva *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*, cabe esperar que se promuevan planes de acción que de forma eficaz atiendan a las necesidades menos cubiertas en todas las administraciones autonómicas.

Por comparación con el volumen de cuestiones planteadas en relación con la pandemia y su impacto en los niveles asistenciales, otros asuntos, como el referido al acceso y la calidad de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, o los problemas en el transporte sanitario, no han dado lugar a un número más elevado de quejas durante el ejercicio 2021. No obstante, cualitativamente, ponen de manifiesto aspectos de gran importancia, ya presentes en años anteriores, que deben ser igualmente abordados y que, desde luego, generan mucha preocupación entre los ciudadanos que se dirigen al Defensor del Pueblo. Hay que destacar los muchos problemas registrados, en la prestación de transporte sanitario, que, por sus características de externalización, en régimen de adjudicación a empresas privadas, no son directamente corregidos por las administraciones responsables. Es necesario que estas adopten medidas más efectivas para garantizar el buen funcionamiento de los servicios de ambulancia, tanto en la atención urgente como en la programada.

8.1 CRISIS SANITARIA POR COVID-19: MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

8.1.1 Campaña de vacunación

A principios de diciembre de 2020, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la Estrategia de vacunación frente a la covid-19 en España, según el documento preparado por el Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación Covid-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Sobre ese documento, revisado y actualizado hasta en diez ocasiones, ha girado el desarrollo de la campaña de vacunación. La adhesión de todas las administraciones a los criterios estratégicos acordados en el consejo interterritorial, habiéndose detectado solo algunas desviaciones, ha permitido alcanzar resultados homogéneos y sincronizados en todas las comunidades autónomas.

Tras la primera fase de la vacunación, muy condicionada por la escasez de dosis de vacunas que llegaban a la Unión Europea y España, la posterior decisión de avanzar sistemáticamente por tramos de edad, en sentido descendente, mostró su eficacia, consiguiéndose que durante el verano se encontrase ya vacunado un alto porcentaje de los mayores de 40 años. Para el mes de septiembre, la proporción de vacunación en España se situaba entre las más altas del mundo.

Grupos prioritarios

Los primeros en recibir la vacuna contra la covid-19 fueron las personas residentes en centros sociales y sociosanitarios, por obvias razones de vulnerabilidad, y el personal que les atiende. Este primer grupo prioritario pudo completarse con bastante rapidez, gracias a la mayor facilidad para cubrir ese colectivo delimitado de personas en sus propios centros. A ello debían seguir los sanitarios de primera línea, el resto del personal sanitario, el personal de colectivos esenciales o los grandes dependientes en sus domicilios.

Desde el comienzo mismo de la campaña de vacunación se empezaron a recibir quejas, expresando un desacuerdo con la no inclusión de algún grupo de población entre los calificados como prioritarios por la estrategia de vacunación, o relacionadas con una situación individual merecedora de una atención especial, por unas determinadas condiciones clínicas de riesgo. Hay que reseñar que un elemento común en la gran mayoría de quejas recibidas por el Defensor del Pueblo en los primeros meses del año era la preocupación por adelantar al máximo la vacunación, ya fuese propia o de sus familiares.

Se informó a los ciudadanos, en primer lugar, que no corresponde al Defensor del Pueblo, de conformidad con su mandato constitucional y su ley orgánica reguladora,

plantear qué personas debían acceder prioritariamente a la vacunación contra la covid, al margen de los criterios adoptados en España por el referido grupo técnico especializado. No obstante, se llevó a cabo alguna actuación prospectiva con el Ministerio de Sanidad, referida a determinados grupos vulnerables, como los padres y madres, o cuidadores no profesionales, de menores de 16 años con gran dependencia, no institucionalizados; los cuidadores no profesionales de adultos con gran dependencia no institucionalizados, y los usuarios de centros de día o de atención no residencial a la discapacidad, que no tenían reconocido o solicitado un grado mayor de dependencia. También se incluía entre estos grupos vulnerables a los enfermos que requieren intensas medidas de apoyo para desarrollar su vida, incluidas aquellas institucionalizadas y no institucionalizadas.

La Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad explicaba, en su informe de respuesta, que las recomendaciones del grupo de expertos se habían establecido, tras reuniones donde se realizaron análisis poblacionales y de situación epidemiológica, y que siempre se tuvo como referencia el marco ético establecido como guía en la estrategia de vacunación, basado en los principios de igualdad, equidad, protección frente a la vulnerabilidad, beneficio social, y los de reciprocidad, eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas. Además de los siguientes criterios: a) riesgo de morbilidad grave y mortalidad; b) riesgo de exposición; c) riesgo de impacto social o económico negativo, y d) riesgo de transmitir la infección a otros.

También presentaron quejas ante el Defensor del Pueblo los trabajadores de diferentes sectores, que no compartían su no inclusión entre los colectivos considerados esenciales en la estrategia estatal. La estrategia delimitaba los sectores de trabajadores que debían recibir antes una dosis de vacuna, comenzando por todo el personal sanitario de primera línea, e incluyendo después al resto del personal sanitario y asistencial, a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y los servicios de emergencia y el profesorado de enseñanzas regladas obligatorias.

Por otro lado, la actualización de la estrategia estatal, fechada el 30 de marzo de 2021, ya incluía una relación detallada de circunstancias de salud consideradas de muy alto riesgo frente a la covid-19, en el grupo de priorización. Las personas con esas específicas condiciones clínicas serían vacunadas antes de lo que les correspondiera por edad. El listado de enfermedades y cuadros clínicos se elaboró por el grupo técnico de trabajo en colaboración con las sociedades científicas agrupadas en la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas y las coordinadas desde el Plan nacional sobre el SIDA. Se recibieron quejas de personas que no comprendían cómo sus circunstancias de salud no estaban incluidas en ese listado, pero esa cuestión no correspondía ser revisada por el Defensor del Pueblo, teniendo muy en cuenta, además, los principios éticos empleados en toda la definición de la estrategia. Algunos planteamientos, sostenidos en el oportuno debate científico, encontraron su reflejo en

actualizaciones posteriores, como en el caso de las personas con fibrosis quística pulmonar.

En su respuesta a todas esas quejas, y comprendiendo la gran inquietud personal y social existente, la institución procuró en todo momento prestar la orientación e información de que disponía y de la forma más estructurada posible, de manera que los ciudadanos que las planteaban pudieran comprender las razones por las que aún debían esperar un tiempo antes de recibir la primera dosis de la vacuna.

El incremento importante en el suministro de vacunas a partir del mes de mayo permitió a las administraciones sanitarias acelerar mucho el proceso de vacunación. A partir de ese momento, la institución inició algunas actuaciones puntuales, con una u otra consejería o departamento autonómico, referidas a situaciones singulares de personas vulnerables que todavía no habían recibido la vacuna, aun encontrándose en un grupo prioritario. Destaca, a este respecto, los retrasos para que algunas personas con gran dependencia, y mayores dificultades para acudir a un centro de salud o centro especial de vacunación, recibieran en su domicilio la vacuna, como estaba previsto. Las respuestas de las administraciones competentes, en esos casos, daban cuenta de que, aun con retraso, por las dificultades de sobrecarga de los servicios sanitarios, ya se había administrado la vacuna a los afectados en cuestión.

Personas sin tarjeta del servicio público de salud y desplazados

La estrategia de vacunación ha recogido, desde el principio, la recomendación de que todas las personas residentes en España, cualquiera que fuese el título de aseguramiento sanitario, recibieran la vacuna contra la covid. No obstante, en las sucesivas actualizaciones, la redacción sobre esta recomendación ha ido variando. Por razones de salud pública bien conocidas, hubiera sido, no solo gravemente inequitativo para los afectados, sino además contraproducente en términos colectivos, excluir a determinadas personas de la vacunación, en un contexto de pandemia, por meras razones de situación o estatus administrativo.

Se recibieron pronto las quejas de ciudadanos, algunos de edad muy avanzada y, por lo tanto, considerados prioritarios, que manifestaban su preocupación por el retraso en ser citados, dado que no contaban con una tarjeta sanitaria individual del servicio autonómico de salud, o bien porque se encontraban desplazados en otra comunidad autónoma distinta a la suya de residencia habitual, y recibían información contradictoria cuando se dirigían al centro de salud próximo a su domicilio temporal.

Tras el inicio de algunas actuaciones con la Administración sanitaria competente, en las contestaciones quedaba claro el criterio de llevar la vacunación a todas las personas residentes *de facto* o de derecho en cada comunidad autónoma. Aun así, se

constataban retrasos de varios meses, en el caso de residentes de otros Estados de la Unión Europea o de terceros países, que no estaban registrados en los servicios de salud por disponer, o tener que disponer legalmente de un seguro sanitario propio.

Los retrasos también afectaron a personas mayores desplazadas de su comunidad autónoma. Según detallaban las quejas, se trataba de mayores que, durante la pandemia, se habían trasladado a convivir, por ejemplo, con sus hijos, pero podían no haberse registrado en el centro de salud correspondiente y, en consecuencia, desconocían si iban a recibir con normalidad la vacuna, o tenían que desplazarse a su lugar de origen. Hay que recordar que, durante la primera parte del año, y hasta el levantamiento del segundo estado de alarma, fueron acordadas medidas preventivas que restringían la movilidad entre comunidades autónomas. Progresivamente, esas situaciones eran respondidas favorablemente por la Administración sanitaria competente.

Una situación distinta, referida también al desplazamiento entre comunidades autónomas, fue la planteada en los meses de julio y agosto, cuando esos desplazamientos tenían su principal razón de ser en motivos vacacionales y cuando la campaña de vacunación ya estaba muy avanzada y permitía que los propios ciudadanos organizaran su calendario para la cita de vacunación. Sobre este asunto, la institución planteó al Ministerio de Sanidad la conveniencia de acordar con todas las administraciones criterios comunes y conocidos por la población, para dar una respuesta clara y más homogénea. No se dio a conocer ese planteamiento común, y las comunidades autónomas aplicaron criterios diferentes, pero sostenidos básicamente en la necesidad de encontrarse registrado como paciente desplazado en la comunidad autónoma de destino.

Beneficiarios de mutualidades administrativas

Uno de los grupos que encontró más dificultades al inicio de la campaña de vacunación fue el de los funcionarios, principalmente jubilados, cuya atención sanitaria está cubierta por las mutualidades administrativas (Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado, MUFACE; Mutualidad General Judicial, MUGEJU, e Instituto Social de las Fuerzas Armadas, ISFAS), pero es prestada por seguros privados concertados, a diferencia de aquellos que han optado por la asistencia sanitaria a cargo de un servicio público de salud.

Las mutualidades informaron a la institución sobre el procedimiento de coordinación seguido para trasladar a cada consejería sanitaria autonómica el listado de sus beneficiarios con asistencia a través de una entidad privada y, por tanto, sin tarjeta sanitaria individual del servicio público, desde el mes de diciembre de 2020. A pesar de esa labor de coordinación, fueron muchas las quejas de personas, algunas de edad muy

avanzada, que continuaban a la espera de ser citados para vacunarse, a pesar de que su franja de edad ya estaba vacunándose hacía semanas, incluso meses. Esto pone de manifiesto que no todas las comunidades autónomas actuaron igual a la hora de incorporar a estas personas en su propia base de datos de salud pública.

Se llevaron a cabo algunas actuaciones concretas, por los retrasos constatados, con las comunidades de Madrid (beneficiarios de MUFACE), Murcia (beneficiarios de ISFAS) y Cataluña (MUFACE). En la parte final del año se recibieron, además, algunas quejas que planteaban un nuevo problema de retraso en la gestión de citas para administrar la tercera dosis de vacuna, en personas de más edad pertenecientes a una de las mutualidades.

Actualizaciones de la estrategia vacunal. Tipos de vacunas

La Estrategia de vacunación frente a la covid-19 en España recoge, no solo los grupos de población que se establecen como prioritarios para recibir la vacuna, sino también describe, por un lado, las características de las vacunas autorizadas por la Agencia Europea del Medicamento, por el procedimiento centralizado de emergencia, y, por otro, asigna la modalidad de vacuna que se recomienda administrar a cada grupo de población, según los criterios técnicos y científicos adoptados por el grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad, que informa a la Comisión de Salud Pública, en la que participan todas las comunidades y ciudades autónomas. Esa asignación de la modalidad de vacuna a administrar a cada grupo de personas ha dependido en todo momento del conocimiento científico disponible y de las novedades que aportaba el proceso de administración de millones de vacunas en España y en el resto del mundo.

La premura con que se ha tenido que hacer frente a la pandemia, en todos los órdenes, también se reflejó en esa evolución de las recomendaciones oficiales sobre el uso de las vacunas. Unas vacunas seguras, aunque no exentas de efectos adversos, infrecuentes como todos los medicamentos, y eficaces frente a la enfermedad que provoca el SARS-CoV-2, y que se pudieron desarrollar a lo largo de 2020 en un tiempo récord. La información científica que se iba elaborando al mismo tiempo que avanzaba la vacunación dio lugar a varios cambios en la estrategia estatal de vacunación, como las de otros países, alterando el tipo de vacuna que se destinaba a personas de distintas edades o con condiciones de riesgo mayor.

A las personas que planteaban su queja por esos cambios en las indicaciones de uso se les recordaba que no correspondía a una institución como el Defensor del Pueblo revisar decisiones científicas y técnicas de esa naturaleza. Además, se mencionaba la cuidadosa exposición de principios éticos que informan la estrategia de vacunación, en la que han participado expertos en diferentes campos, incluida la bioética. Una serie de

principios que conjugan los elementos científicos básicos, con el objetivo de llegar a proteger cuanto antes a toda la población, comenzando por quienes tienen más riesgo de padecer una enfermedad grave o morir o están más expuestos en su posición de servicio esencial, y la ineludible consideración del factor de escasez o de efectiva disponibilidad de vacunas.

Esos cambios en las recomendaciones de uso de cada vacuna dieron lugar a una situación compleja. Para algunas personas, particularmente docentes o integrantes de otros colectivos esenciales así designados en la estrategia de vacunación, que habían recibido en una fase temprana de la campaña una primera dosis de la vacuna de AstraZeneca (Vaxzevria), se cambió la recomendación de uso de ese medicamento, limitándose a partir del mes de abril a mayores de 60 años, de forma que se les ofrecía completar la vacunación con otra de las vacunas disponibles (Pfizer o Moderna). De forma excepcional, la Comisión de Salud Pública acordó que se les podía ofrecer también una segunda dosis de la misma vacuna de AstraZeneca, pero en ese caso, dado el cambio producido en los criterios científicos de seguridad, debían consentir expresamente recibir esa vacuna. Esta decisión fue seguida de forma diferente por varias administraciones autonómicas, lo que, unido a las muchas informaciones diversas publicadas, de muy diferente entidad o verosimilitud, generó una gran inquietud entre muchos afectados.

El consentimiento informado de la persona debe presidir todas las intervenciones que se hayan de producir en su salud. La manifestación de ese consentimiento es oral para aquellas intervenciones de carácter menor, como puede ser la toma de un medicamento o una vacuna, siguiendo una prescripción médica o una recomendación de la autoridad de salud pública. Acudir a la forma del consentimiento escrito, por unas circunstancias excepcionales adecuadamente explicadas, no contradice el marco legal vigente en esta materia.

Muchas personas manifestaron su oposición a recibir una determinada vacuna que les correspondía por edad. En esos casos, se hacía preciso volver a insistir en que, en un contexto de escasez, y para garantizar el objetivo de llegar al mayor número de personas en el menor tiempo posible, la estrategia en España no ha podido contemplar la elección de vacunas por los ciudadanos.

8.1.2 Medidas especiales de restricción por razones de salud pública

A lo largo de 2021, las autoridades sanitarias han mantenido vigentes gran parte de las medidas extraordinarias de restricción impuestas por la covid-19, para minimizar el riesgo de transmisión del virus y la sobrecarga de los recursos asistenciales. Cronológicamente, pueden distinguirse dos fases, la correspondiente al período bajo del

estado de alarma, que fue prorrogado hasta el mes de mayo por el Real Decreto 956/2020, de 3 de noviembre; y el período posterior, en el que las administraciones sanitarias ejercieron en nombre propio las potestades conferidas, fundamentalmente, por la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública (LOMESP), para detener la propagación de una enfermedad transmisible.

Sobre ese primer período del año, el marco habilitante para la adopción de las medidas restrictivas más intensas, o que suponían una afectación mayor de derechos fundamentales, era el previsto en los artículos 5 a 8 del Real Decreto 926/2020, de 25 octubre, que declaraba por segunda vez el estado de alarma para hacer frente a la covid-19. Esto incluía: la limitación de la libertad de circulación de las personas en horario nocturno, un horario con un margen de modulación a definir por la autoridad sanitaria de cada comunidad autónoma, el llamado «toque de queda nocturno»; la limitación de la entrada y salida en las comunidades y ciudades autónomas, conocidos como cierres perimetrales; la limitación de la permanencia de grupos de personas en espacios públicos y privados, y la misma limitación para los lugares de culto.

A esas medidas de mayor intensidad, se sumaban el resto de las contempladas en el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, posteriormente convertido en la Ley 2/2021, de 29 de marzo, así como las decididas por cada autoridad autonómica, en virtud de sus competencias en materia de salud pública y en atención a las circunstancias de emergencia vividas en cada momento.

Como se explicaba extensamente en el informe correspondiente a 2020, al que procede hacer remisión, el Defensor del Pueblo ha venido informando a todas las personas que planteaban su queja por la aplicación de una u otra medida restrictiva la habilitación legal y constitucional de las Administraciones Públicas para adoptar medidas de carácter extraordinario ante una situación de urgencia y necesidad, definida en este caso como una amenaza grave para la vida y la salud de las personas y de la colectividad. Respetando otras interpretaciones de carácter jurídico, sobre los instrumentos más idóneos de los que dispone o podría disponer el ordenamiento español para hacer frente a una emergencia como la vivida, lo cierto es que el conjunto del Estado ha sido capaz de articular normativamente una respuesta que, siendo similar a la adoptada en otros países del entorno, ha contenido las graves consecuencias de la crisis sanitaria, sin llegar a producir una mayor dislocación del orden social, hasta que se ha podido contar con una herramienta válida para contrarrestar la transmisión del virus.

Cuando las quejas de los ciudadanos ponían en cuestión una u otra medida de las adoptadas por cada Administración, se recordaba también, en las correspondientes respuestas informativas, que la ponderación de las circunstancias epidemiológicas, con el mayor o menor riesgo que, en un territorio o para una población, entrañaba en cada momento la situación de la pandemia, era una tarea que han llevado a cabo siempre

equipos y comités de expertos y científicos en su labor de asesoramiento de los respectivos gobiernos. Una labor técnica que, en sus aspectos más concretos y especializados, no ha de revisar una institución como el Defensor del Pueblo.

Sin perjuicio de lo anterior, cada medida de afectación a los derechos fundamentales, o de limitación de su ejercicio, debe reunir un mínimo ajustado de proporcionalidad, en los términos que largamente ha desarrollado el Tribunal Constitucional. Con el paso del tiempo, desde marzo de 2020, el conocimiento sobre la situación que ha provocado el SARS-CoV-2, sobre los efectos de la covid-19 o sobre la manera en que se transmite el virus, se ha encontrado progresivamente más al alcance de los propios expertos y los responsables públicos, y también de la ciudadanía en general. Ese mayor conocimiento debe verse reflejado en las características de las medidas de restricción que se imponen o, en sentido inverso, aquellas que no se adoptan.

Solo de manera puntual, el Defensor del Pueblo se ha dirigido a la Administración, cuando surgían dudas sobre el mantenimiento de determinadas medidas, como el cierre prolongado de parques infantiles, particularmente en períodos en el que la incidencia de contagios se situaba a la baja.

Al hilo de ese mismo planteamiento, la institución inició una actuación con el Ministerio de Sanidad, en el mes de abril de 2021. En ella se plantearon cuestiones relacionadas con la medida de limitación de la libertad de circulación entre comunidades autónomas. Y los cierres perimetrales que se prolongaron muchas semanas en varios territorios. Ante la probabilidad de que fuese necesario mantener esa clase de restricción o recuperarla en algún momento posterior, cabía considerar incluir previsiones sobre determinadas circunstancias: excepciones para zonas o comarcas limítrofes entre comunidades autónomas; previsiones para permitir en determinados casos la reunión de familiares o allegados residentes en distintas comunidades, o desplazamiento a segundas residencias para el cumplimiento de obligaciones.

En aquella misma actuación se incluyó una petición de información sobre las alternativas que ofrecía la creación de un instrumento de acreditación de la vacunación, cuando se encontraba en marcha el proyecto del certificado covid digital de la Comisión Europea.

Visitas y acompañamiento de pacientes en hospitales

Durante 2021 se han seguido recibiendo informes de las consejerías y departamentos autonómicos sanitarios sobre los protocolos adoptados para regular el régimen de visitas y acompañamiento de pacientes en los centros hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. Después del verano, se amplió la investigación de oficio general para conocer

cómo se iban actualizando esos protocolos, teniendo en cuenta la progresiva mejora de la situación epidemiológica y las mejores perspectivas de control de la pandemia. Contando ya con más experiencia, y sin perder de vista el mantenimiento de medidas preventivas para garantizar la seguridad de los pacientes y del personal que les atiende, los hospitales debían estar en condiciones de progresar más hacia la normalidad.

Muchas de las situaciones expresadas en las quejas resultaban poco acordes con los progresos alcanzados en la lucha contra la pandemia, principalmente gracias al avance de la vacunación y la consiguiente limitación de los riesgos de contagio. En ese contexto mantener, por ejemplo, el aislamiento estricto de un paciente no covid, con condiciones de vulnerabilidad por edad o algún deterioro de las capacidades cognitivas, es una situación que ya debía estar superada, o al menos bien protocolizada por los centros.

En la solicitud de información se pidió, por tanto, a las administraciones, que aportaran los protocolos actualizados y adaptados a la evolución de la emergencia. Hay que reseñar que varias comunidades autónomas habían manifestado en su primer informe que no habían aprobado un protocolo común para todos los hospitales, dejando la definición de los procedimientos en manos de las direcciones de los centros o de las correspondientes áreas de gestión asistencial, ajustado por tanto a cada ámbito y momento (así, Baleares, Navarra o Cantabria). Otras comunidades, en las respuestas recibidas en la segunda mitad del año, aportaban una referencia a protocolos muy anteriores en el tiempo, como en el caso de Madrid, que adjuntaba el protocolo establecido en junio de 2020. Se está a la espera de recibir la información adicional solicitada a Asturias, Baleares, Canarias y Cataluña.

En varios supuestos, los interesados manifestaban su gran inquietud por la imposibilidad de acompañar a un familiar durante la prestación sanitaria, o mientras el paciente permanecía en observación en los servicios de urgencias. Además de ofrecer información a todos ellos sobre la actuación general mencionada, se debía recordar también el criterio normativo que exceptúa el derecho de acompañamiento en aquellos casos en los que, por razones médicas y asistenciales, la presencia del familiar o allegado de la confianza del paciente se desaconseja o es incompatible con la prestación sanitaria. Lamentablemente, durante todo el período de crisis sanitaria la aplicación de esta excepción ha sido muy generalizada.

El Defensor del Pueblo llevó a cabo actuaciones concretas ante situaciones en las que los centros hospitalarios dejaban de informar telefónicamente al familiar o allegado autorizado por el paciente sobre su situación clínica, durante el fin de semana. Los centros deben comunicar razonadamente, en primer lugar, la aplicación de dicho criterio cuando la persona autorizada se interesa por el estado de salud del usuario en fin de semana. En todo caso, se ha de proporcionar, aunque sea con menos frecuencia,

información suficiente sobre la situación clínica del paciente que ingresa a última hora del viernes, o durante el sábado o el domingo, particularmente si el paciente tiene dificultad o imposibilidad para establecer comunicación por vía telefónica o telemática.

8.1.3 Certificado covid

Uso del certificado covid en España

La institución ha recibido numerosas quejas relacionadas con la puesta en marcha del Certificado covid digital de la Unión Europea (en adelante, certificado covid) y con la exigencia de su uso, por parte de varias autoridades sanitarias autonómicas, para acceder a determinados lugares cerrados, como establecimientos de hostelería y ocio, o también centros sanitarios o sociosanitarios.

La norma que regula este certificado covid es el Reglamento (UE) 2021/953, de 14 de junio de 2021, del Consejo y el Parlamento Europeo. Se trata de un documento electrónico o impreso, con unas determinadas características técnicas de seguridad, que acredita: bien que el ciudadano que se desplaza entre los Estados de la Unión ha sido vacunado contra la covid-19 con una pauta completa de vacunación; o que ha superado la infección por SARS-CoV-2 en algún momento de los últimos 180 días, o bien que dispone de resultado negativo en una prueba de infección activa (pruebas de tipo PCR o de antígenos).

Dadas las medidas de los diferentes Estados que han restringido de manera intensa la movilidad de las personas entre países de la Unión Europea, desde la declaración de la pandemia en marzo de 2020, y ante la falta de certeza sobre la finalización de esta crisis sanitaria, el certificado covid se diseñó para facilitar la libre circulación de personas, mientras dure la emergencia. La vigencia inicial del Reglamento (UE) 2021/953 es de un año, aunque está previsto el procedimiento de prórroga.

Con respecto a la queja referida a que esa exigencia del certificado covid supone una discriminación para los no vacunados, hay que recordar que, en principio, la triple caracterización de este instrumento (certificado de vacunación, de recuperación y de prueba diagnóstica) permite que sea utilizado por todas las personas, salvo que voluntariamente no deseen emplearlo, en cuyo caso deberán cumplir las medidas sanitarias de restricción impuestas en cada país al que viajen.

Como se ha aludido anteriormente, el Defensor del Pueblo solicitó, en abril de 2021, al Ministerio de Sanidad información sobre el desarrollo previsto para España del instrumento de certificación covid que se estaba ya negociando en la Unión Europea, así como sobre el contenido de la norma en preparación. Las respuestas recibidas de ese

ministerio a este respecto se ciñeron al contenido del reglamento europeo, que es de directa aplicación en todos los Estados.

Varias comunidades autónomas, ejerciendo su competencia de salud pública, introdujeron a partir del mes de agosto, entre las medidas de lucha contra la pandemia, la posibilidad de que, para la entrada de clientes o usuarios a determinados establecimientos de ocio y espacios públicos cerrados, se requiriese exhibir una acreditación de estar vacunado, con pauta completa de vacunación, de haber superado la infección o de haber obtenido un resultado negativo en prueba diagnóstica de covid-19. Esta medida extraordinaria y temporal, en aquello que puede afectar a los derechos fundamentales de una generalidad de personas, fue sometida en cada comunidad autónoma a la ratificación por parte del tribunal superior de justicia correspondiente (artículo 10.8 de la Ley de la Jurisdicción Contencioso-administrativa). La decisión de esos tribunales puede ser ahora recurrida en casación ante el Tribunal Supremo, en virtud del artículo 15 del Real Decreto-ley 8/2021, de 4 de mayo. Recurridos algunos autos de los tribunales superiores de justicia, el Tribunal Supremo se pronunció dictaminando, básicamente, la adecuación y proporcionalidad de dicha medida sanitaria de prevención, entre otras, en sentencias de la sala de lo contencioso administrativo de 14 de septiembre y 1 de diciembre de 2021.

A falta de otra regulación, son los criterios de ese alto tribunal los que definen el marco jurídico de referencia en España para el uso de los certificados covid, más allá de su finalidad original para viajar entre Estados europeos.

Aunque las decisiones de los tribunales han de referirse caso por caso a la medida adoptada por cada gobierno o Administración autonómica competente, y la justificación aportada en cada supuesto, y basada en razones de urgencia y necesidad, la doctrina del Tribunal Supremo respalda la idoneidad y proporcionalidad de esa exigencia del certificado covid (u otro documento de acreditación equivalente) para acceder a determinados espacios de uso público. Interesa destacar, a estos efectos, que el criterio de fondo del tribunal es considerar que la afectación al principio constitucional de igualdad y de no discriminación, así como al derecho a la intimidad, en su vertiente de protección de los datos personales sensibles de salud, es tenue, en su encuentro con la necesidad y el deber de las administraciones de proteger el derecho a la vida e integridad física de las personas y la salud pública.

Algunos gobiernos autonómicos también han incluido, en sus normas de salud pública y sectoriales, el uso del certificado covid, o equivalente, para flexibilizar la entrada de visitantes en centros residenciales de mayores o de personas con discapacidad, o para facilitar el acompañamiento de pacientes hospitalizados. Precisamente, esta última posibilidad fue apuntada en su día por el Defensor del Pueblo a las distintas administraciones sanitarias, como modo de avanzar más rápidamente, y

con seguridad, en la normalización de la atención hospitalaria, tras tantos meses de severas restricciones en los hospitales. No hay que olvidar que esta certificación resulta, por encima de todo, una herramienta para paliar, solo mientras dure la emergencia sanitaria, algunos efectos más gravosos derivados de la imposición de otras medidas de restricción para frenar la propagación de contagios.

A juicio del Defensor del Pueblo, y coincidiendo con los pronunciamientos de los tribunales de justicia en este asunto, el criterio temporal de aplicación de una medida de estas características es determinante. Como el resto de medidas de prevención limitativas de derechos, en cuanto la situación epidemiológica resulte más favorable, la autoridad sanitaria ha de revisar la medida. Al cierre de este informe anual, la mayoría de los gobiernos autonómicos ya ha revisado o derogado esta medida, teniendo en cuenta el descenso de contagios en la sexta ola, caracterizada por la variante ómicron del SARS-CoV-2.

El Defensor del Pueblo trasladó al Ministerio de Sanidad, a efectos de coordinación con las comunidades autónomas, la necesidad de reforzar la garantía de los derechos afectados, teniendo en consideración determinados aspectos, como recoger los supuestos de personas que, por razones exclusivamente clínicas acreditadas por los facultativos de Sistema Nacional de Salud, no pueden recibir una vacuna o una dosis adicional de vacuna contra la covid (incluidos casos de reacción adversa grave o alergias); remitirse a las previsiones de la Estrategia estatal de vacunación contra la covid-19, en materia de definición de pauta completa de vacunación (por ejemplo, una sola dosis para pacientes recuperados); disponer, en su caso, un procedimiento autonómico de certificación para uso limitado a ese ámbito territorial, adicional al certificado covid de la Unión Europea.

Incidencias en la emisión del certificado covid

El propio diseño del certificado covid de la Unión Europea establecido en el Reglamento (UE) 2021/953, de 14 de junio de 2021, encierra algunas dificultades de aplicación práctica que se han revelado desde su puesta en marcha, en julio de 2021. Como resultado, son varias las situaciones que impiden utilizarlo para su finalidad primordial, es decir, facilitar los viajes a otros Estados sin someterse a medidas más gravosas de control sanitario.

Las quejas de los ciudadanos han concretado esos problemas de aplicación práctica. Por un lado, la definición de pauta completa de vacunación, que puede ser diferente en cada país, de acuerdo con los criterios de la autoridad nacional de salud pública. Por otro, la aceptación únicamente de las pruebas diagnósticas basadas en la

técnica de PCR, a los efectos de determinar que una persona se ha recuperado de la infección por SARS-CoV-2.

En España, la autoridad de salud pública, conforme a la estrategia estatal de vacunación, considera pauta completa de vacunación no solo la administración de las dosis establecidas en la ficha técnica de cada vacuna. También se considera completa la administración de una sola dosis para quienes, menores de 66 años, tienen un antecedente de infección (acreditado por cualquier medio diagnóstico y así anotado en las historias de salud de los pacientes). En cuanto a la forma de acreditar la infección pasada, la incapacidad de los servicios públicos de salud para realizar pruebas PCR a todos los contagiados, especialmente en los momentos de mayor incidencia de casos, hace que no se pueda obtener el certificado europeo de recuperación. El Reglamento 2021/953 solo admite la prueba PCR, u otras pruebas de amplificación de ácido nucleico molecular, a esos efectos.

Sin embargo, el artículo 7 del Reglamento UE 2021/953 sí prevé que, en algún momento, mediante actos delegados de la Comisión Europea, en función de las orientaciones aportadas por el Comité de Seguridad Sanitaria, el ECDC (Centro Europeo de Control de Enfermedades) o la EMA (Agencia Europea del Medicamento), el certificado de recuperación también pueda emitirse sobre la base de una prueba rápida de antígenos positiva, una prueba de anticuerpos, incluidas las pruebas serológicas de anticuerpos contra el SARS-CoV-2, o cualquier otro método validado científicamente.

Por los problemas descritos en las quejas, que impedían utilizar el certificado para viajar a otros países, por razones de trabajo, ocio o necesidad, en el mes de agosto la institución consideró oportuno dirigir unas Recomendaciones al Ministerio de Sanidad. En primer lugar, para que se depurara la emisión de certificados de vacunación, dejando constancia expresa de que la pauta registrada era considerada completa por la autoridad sanitaria española. En segundo lugar, para que se promoviera con la Comisión Europea la adaptación del Reglamento (UE) 2021/953, de forma que permita la obtención del certificado de recuperación covid empleando otros medios diagnósticos válidos y aceptados por la comunidad científica. Entretanto se llevaba a cabo la pertinente modificación reglamentaria, se recomendaba coordinar con las comunidades autónomas que se realizaran pruebas diagnósticas PCR a todos los casos positivos confirmado antes mediante pruebas de antígenos.

El ministerio, que expresó compartir el planteamiento del Defensor del Pueblo, informó de que, desde la Dirección General de Salud Pública se iba a trasladar al Comité de Seguridad Sanitaria de la Unión Europea la necesidad de incluir como válidas las pruebas diagnósticas realizadas con test de detección de antígeno incluidos en la lista común de test rápidos de detección de antígeno para covid-19, publicada por la Comisión Europea a partir de la Recomendación del Consejo 2021/C 24/01. Y que desde

ese comité se propusiera a la comisión la realización del acto delegado al que habilita el artículo 7 del Reglamento 2021/953.

Se especificaba además en la respuesta del ministerio la manera en que iba a reflejarse en los certificados solicitados por los ciudadanos la pauta de vacunación recibida en cada caso. Así, por ejemplo, en el caso de vacunas bidosas, para las personas que han superado la infección y reciben una sola dosis, se registraría en el certificado de vacunación como 1/1, en lugar de 1/2.

Al margen de esa actuación de carácter general, la institución fue tramitando con cada Administración autonómica competente las quejas que ponían de manifiesto algún error en el registro de datos de vacunación o de salud de una persona, que impedían emitir correctamente el certificado covid. También las incidencias surgidas cuando las personas habían recibido dosis de vacuna en comunidades autónomas distintas y su registro de vacunación no se había completado adecuadamente.

8.2 DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA CON CARGO AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El año 2021 ha concluido sin aprobarse e iniciarse la tramitación parlamentaria del proyecto de modificación de la legislación sanitaria destinada a solventar las dificultades de acceso de determinados grupos de personas a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, principalmente extranjeros residentes legales por reagrupación familiar o en situación de estancia temporal, pero con circunstancias de grave vulnerabilidad social. El Ministerio de Sanidad sí ha efectuado un trámite de consulta pública, describiendo las características del anteproyecto en el que está trabajando.

Durante el año se ha continuado pidiendo información sobre los progresos realizados. En la última respuesta ministerial, la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia señalaba algunas de esas características del anteproyecto de ley de medidas para la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, que se preveía aprobar como proyecto de ley antes de finalizar 2021, aunque no se acompañaba copia del texto.

Entre los propósitos de la reforma normativa se situaría el garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida. Concretamente se cita la intención de reconocer el derecho a asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos «al colectivo formado por los ascendientes de nacionalidad extracomunitaria reagrupados por sus hijos con nacionalidad española y que, hasta ahora, se ven obligados a contratar un seguro de enfermedad, público o privado, para obtener el permiso de residencia en España, lo que les evitará la necesidad de suscribir un convenio especial de prestación

de asistencia sanitaria, que para los extranjeros de 65 o más años tiene un coste anual de 1.884 euros y no cubre la prestación farmacéutica ambulatoria».

Además, el proyecto incluiría «modificar la redacción del artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, para facilitar el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo, por parte de las comunidades autónomas y el INGESA [Instituto Nacional de Gestión Sanitaria], a los extranjeros en situación de estancia temporal (menos de 90 días), así como para que la asistencia sanitaria se preste desde el momento de presentar la solicitud».

En la respuesta del ministerio se mencionan otros aspectos de indudable interés entre los propósitos de la norma en elaboración, como los referidos al desarrollo de definición de las prestaciones sociosanitarias del Sistema Nacional de Salud o el refuerzo de garantías en el acceso a la prestación farmacéutica.

La información aportada por el ministerio indica una aceptación del planteamiento de fondo expresado en la Recomendación del Defensor del Pueblo a finales de 2019, aunque la reforma proyectada se demora excesivamente en el tiempo, teniendo en cuenta la precariedad de algunas situaciones y la consiguiente afectación al derecho a la protección de la salud. Por esto, se continúa el seguimiento de este asunto, y se ha pedido más información sobre la aprobación de la norma de desarrollo prevista en el Real Decreto-ley 7/2018, que regule los nuevos procedimientos para reconocer el derecho a la asistencia sanitaria pública en España.

Hay que recordar que, de forma transitoria, se sigue encargando del reconocimiento de este derecho el Instituto Nacional de la Seguridad Social, con las normas procedimentales del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, procedimiento que, a su vez, se declaró derogado en el mencionado real decreto-ley de 2018. Esto supone un desajuste normativo que no debería sostenerse más en el tiempo.

Igualmente sigue pendiente la modificación del Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud.

El Defensor del Pueblo ha iniciado un número creciente de actuaciones ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para esclarecer las circunstancias por las que no se reconoce el derecho a algunas personas extranjeras. También se están tramitando otras quejas ante la misma entidad gestora por las dificultades para solicitar el reconocimiento que encuentran algunos nacionales españoles, quienes, por su situación de no afiliación al sistema de Seguridad Social o por su condición de beneficiarios de otros titulares no registrada adecuadamente, se ven en la obligación de tramitar una solicitud, con las dificultades además de acceso a los servicios de la Seguridad Social.

Hay que recordar que, mientras el INSS no dicta resolución de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, la atención sanitaria que se presta a los solicitantes puede ser objeto de facturación por parte de los centros hospitalarios que les atienden, como está previsto en el artículo 16 de la Ley General de Sanidad. Tras la reforma legislativa de 2018, además, no quedan cubiertas algunas situaciones de más vulnerabilidad, incluidas la asistencia prestada a menores de edad, mujeres embarazadas o la atención prestada de urgencia. Sin perjuicio de que se produzca a la mayor brevedad la revisión normativa ya apuntada, las resoluciones en las que el INSS reconoce el derecho a la asistencia sanitaria habrían de cursar efecto, en todo caso, desde la presentación de la solicitud.

8.3 ACTUACIONES EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Tras los primeros meses de emergencia sanitaria, después del verano de 2020, durante el que se produjo una situación más generalizada de saturación en los centros de atención primaria, relacionada con la acumulación de tareas asistenciales y de vigilancia epidemiológica que debían asumir, la institución inició actuaciones, a partir de las quejas que se recibían, con diferentes comunidades autónomas, para intentar determinar el alcance del problema en algunos centros sanitarios en concreto y conocer las medidas que las administraciones estaban adoptando.

Para el Defensor del Pueblo, resulta claro que conocer los plazos de demora media entre la solicitud de cita por el paciente y la primera consulta disponible en cada centro de salud o de atención primaria es un indicador idóneo, junto con otros, para hacer seguimiento de la calidad del servicio prestado. Es el primer paso para llevar a cabo una adecuación de los recursos humanos o materiales en el caso de que la prestación no se realice a tiempo. Sumado a ello, es conveniente que las administraciones registren la carga real que soportan los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, más allá de la carga nominal que recoge el cupo de pacientes asignados.

Sobre el indicador de demora media para la cita de pacientes, el Defensor del Pueblo formuló a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid una Recomendación, para que estableciera los mecanismos que permitan conocer esa demora entre la solicitud de consulta por el paciente y la primera cita disponible en cada centro. En el curso de los expedientes iniciados por la saturación en los centros de salud, esa Administración autonómica había señalado en sus respuestas, de manera sistemática, que la demora media es un indicador no aplicable a la atención primaria y, por tanto, no disponible.

Se recordó a la consejería madrileña, al tiempo que se efectuaba la Recomendación, que, en alguna ocasión, y con relación a alguno de esos mismos centros de salud, había informado en el pasado de los datos de demora para primera consulta, por lo que podían estar disponibles. Asimismo, se indicó la conveniencia de que, en el supuesto de que hubiera surgido algún impedimento sobrevenido para recabar tales datos, registrados informáticamente, se establecieran los mecanismos que permitiesen conocer la demora en atención primaria, los mismos que han permitido a los servicios de salud de otras comunidades autónomas facilitar al Defensor del Pueblo esa misma información referida a consultorios y centros de salud específicos.

Aunque no se ha aceptado expresamente la Recomendación, en la tramitación de expedientes más recientes sobre este mismo asunto, la Consejería de Sanidad de Madrid detalla en sus informes la demora para consulta en cada centro de salud, matizando que los datos aportados no tienen en cuenta la demora generada por el propio paciente cuando solicita una cita para conocer unos resultados o una revisión.

Cuando la presión asistencial es elevada, genera a los profesionales una tensión excesiva, al tener que realizar esfuerzos que van más allá de lo razonable, y propicia, entre otros factores, el abandono progresivo de actividades adicionales que los facultativos de la atención primaria deberían estar en condiciones de desarrollar en buenas circunstancias, como puede ser la formación continuada. De manera aún más acusada, algunos profesionales se dirigen al Defensor del Pueblo manifestando su extrema preocupación por la excesiva carga asistencial que soportan, lo que perjudica la calidad y hasta la seguridad de la atención que prestan a sus pacientes, además de incrementar el riesgo para su propia salud laboral.

En el marco de las actuaciones desarrolladas con varias comunidades autónomas desde 2020, cuando se constata la escasa cobertura de las plantillas en los centros de salud o consultorios locales objeto de investigación, la respuesta de las administraciones suele coincidir en señalar las muchas dificultades que encuentran para la contratación de especialistas en medicina familiar y comunitaria, pediatría y enfermería. Algunas respuestas de las consejerías sanitarias recibidas en 2021 incluyen criterios que empezaron a aplicarse en 2020, dado que ha transcurrido un período considerable desde que el Defensor del Pueblo les solicitó información hasta que las administraciones contestaron, reflejando en sus comunicaciones una evolución en las medidas que han venido aplicándose. Se resumen a continuación las principales cuestiones informadas por cada Administración.

- De las respuestas facilitadas por el Servicio Andaluz de Salud, con motivo de situaciones de demora para consulta en centros de atención primaria, se desprende: la realización de contrataciones que han supuesto, con carácter general, un aumento del personal con relación a la plantilla orgánica de los

centros afectados; la mejora de la respuesta a los pacientes que no han podido conseguir cita con su personal sanitario de referencia a través de un sistema de gestión administrativa aplicado una vez concluida la llamada del usuario; la puesta en marcha de un plan vacacional que supuso la contratación de profesionales en el período de verano, que en algunos supuestos se extendió desde la mitad de junio hasta finales de octubre de 2021. También se ha habilitado un circuito especial para pacientes frágiles, vulnerables o con condiciones especiales, citándoles a una hora específica para que no se demore su entrada a algunos centros y para salvaguardar su salud, evitando, en la medida de lo posible, el riesgo de contagio y las condiciones adversas en el exterior.

- La Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha ha informado de la contratación de profesionales sanitarios en centros afectados por un aumento de demanda. Ante la ausencia de un profesional, se adopta la medida correspondiente atendiendo a variables como la situación y el número de pacientes que precisan ser atendidos, la simultaneidad de otros permisos y el número de profesionales de la misma categoría en la zona básica. En función de ello, se prevé la incorporación de un sustituto, la derivación de pacientes a otro profesional o la reprogramación de las citas en otro centro y otra fecha. Existe una centralita en la región, en la que trabajan alrededor de 90 auxiliares administrativos que cubren las ausencias por vacaciones de los administrativos que gestionan telefónicamente las citas para consulta en los centros.
- La Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunitat Valenciana informó del refuerzo de personal sanitario y administrativo de los centros afectados por demoras, así como de otras medidas adoptadas para incrementar la respuesta telefónica ante las incidencias para conceder cita por medios telemáticos y automatizados: la reconfiguración de las extensiones telefónicas para que dispongan de acceso al exterior, el incremento del número de personas que atienden telefónicamente y la reorganización del sistema de gestión de llamadas para atender el máximo número de usuarios. Con relación a las medidas adoptadas para paliar los problemas relacionados con la espera de los pacientes en el exterior de los centros de salud, en algunos de ellos se han establecido tres ámbitos diferenciados: área de pediatría y zona maternal; extracciones y curas técnicas de enfermería; zona covid y entrega de documentación al usuario (con horarios específicos para usuarios covid y no covid) y acceso principal del centro a la zona de admisión y cita previa para cualquier demanda distinta de las anteriores, que es atendido por un celador e incluye zona de triaje. Se

ha promovido la telemedicina y la programación estricta de los horarios, e impartido instrucciones para sensibilizar al personal de los centros con relación a la situación en pandemia de los pacientes más vulnerables, dando prioridad a los ancianos, a las madres con niños menores y a las personas con diversidad funcional.

- La Consejería de Salud y Portavocía del Gobierno de La Rioja informó del incremento de la respuesta telefónica implementada a raíz de la pandemia para aliviar la presión asistencial en los centros de salud, de la celebración de la oferta pública de empleo correspondiente a 2018 y 2019, así como de la previsión de implantar durante 2022 el Plan estratégico de atención primaria de La Rioja, que incluye cambios en la atención continuada y el funcionamiento de unidades para la atención a las urgencias extrahospitalarias.
- La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha comunicado la puesta en práctica de acciones técnicas orientadas a mejorar el contacto del ciudadano con su centro de salud, como la consistente en duplicar el ancho de banda dedicado al servicio de voz de las líneas telefónicas de los centros, la integración de los aspectos de configuración técnica en la organización de cada centro y la reactivación de la citación por los canales de cita alternativos, como una aplicación para teléfono móvil o el establecido en la página web de la Administración autonómica, a fin de reducir la entrada de llamadas en los centros. A finales de marzo de 2021 se había dotado de un máximo de 4 terminales móviles a los centros de salud, se incrementó la plataforma de telefonía de atención primaria por la sobrecarga de llamadas, y también se han gestionado las llamadas en espera, para controlar la capacidad de los puntos de acceso telefónico. Entre las medidas adoptadas por esa consejería para reducir la demora en consulta se informó sobre la de mantener al menos al 50 % de la plantilla en su puesto de trabajo durante el período estival.

La misma Consejería de Sanidad anunció la puesta en marcha del Plan integral de atención primaria, que tiene como uno de los puntos principales la adecuación de recursos humanos para rebajar la presión asistencial. No obstante, de las respuestas obtenidas con relación a los incrementos de plantilla asignada a cada uno de los centros cuya demora es objeto de estudio, se desprende que, por el momento, esos incrementos no están previstos, por no haberse establecido todavía prioridades para la distribución de las nuevas plazas que contemplaría el mencionado plan.

Con relación a las numerosas quejas de ciudadanos disconformes con la supresión de los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP), la

Consejería de Sanidad comunicó que, en la actual situación, los pacientes que lo necesiten podrán ser atendidos desde el centro coordinador de emergencias, cuyos médicos pueden facilitar respuesta terapéutica y prescribir algunos medicamentos, o a través del teléfono de urgencias médicas de la Comunidad de Madrid 112 o 061, en el que se les informa de las posibles opciones, la atención en domicilio por los dispositivos asistenciales del SUMMA 112 o, en su defecto, en el servicio de urgencias del hospital más cercano.

El Defensor del Pueblo considera necesario continuar esta investigación, teniendo en cuenta, entre otros aspectos, el Marco Estratégico para la Atención Primaria Comunitaria, presentado en el Pleno del Consejo Interterritorial de Salud del día 10 de abril de 2019, que recoge entre sus acciones la de establecer criterios de planificación y coordinación para la atención continuada y urgente de proximidad, y procurar la dotación de recursos necesaria para que las urgencias de baja y moderada complejidad puedan ser resueltas en la atención primaria de salud, con criterios de equidad y accesibilidad territorial.

- Con relación a las medidas para reducir la presión asistencial en la atención primaria, la Consejería de Sanidad de Cantabria comunicó los cauces establecidos para aumentar la dotación de la plantilla orgánica de los centros y para efectuar nombramientos de carácter temporal para la cobertura de plazas vacantes. En esa comunidad, ante las referidas dificultades en la selección de personal, que se atribuyen a la escasez de profesionales, cuando se agotan las listas de selección de personal en las categorías de médicos de familia y de pediatría de atención primaria, se establece una compensación económica por día y profesional ausente repartida entre quienes asuman la sobrecarga de la atención. Durante el período estival se remite a los equipos de atención primaria una nota específica de gestión de vacaciones, complementaria al Acuerdo de vacaciones y permisos, que no permite ausencias simultáneas que superen el 33 % de los profesionales con carácter general, y con restricciones específicas para los profesionales de los servicios de urgencia de atención primaria (SUAP).
- La Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia comunicó la implantación de un mecanismo de control de las demoras en las agendas que garantiza un plazo inferior a cinco días para consulta, que viene acompañado de medidas de cobertura. También ha empezado a establecer en algunos centros un sistema de respuesta telefónica para incluir en una lista las llamadas que no hayan podido atenderse a fin de establecer contacto con los pacientes, lo que

ha podido realizarse en el mismo día en el 94 % de los casos, y en el 6 % restante al día siguiente.

Una consecuencia de la emergencia sanitaria, como ya se reflejaba en las conclusiones incluidas en el informe de 2020, es la potenciación de la atención prestada por teléfono a los pacientes. La atención telefónica reduce, ciertamente, desplazamientos innecesarios al usuario, aumenta en parte su seguridad y agiliza el tiempo de atención. Pero también ocasiona una limitación del contacto personal entre el paciente y el profesional, para el que resulta más difícil apreciar aspectos importantes del estado de salud del paciente que serían observables a primera vista en una consulta, o el interpretar las propias expresiones del usuario sobre su propia situación clínica, especialmente cuando es atendido en una primera ocasión. En las actuaciones con las distintas administraciones, por la saturación en determinados centros de salud, se ha venido solicitando desglosar las consultas presenciales y las telefónicas.

La consejería de Cantabria señaló, por ejemplo, que no tiene previsto arbitrar medios que permitan segregar el número de consultas que diariamente se realizan de forma presencial y de forma telefónica. A este respecto, el Defensor del Pueblo indicó que averiguar la proporción de consultas que se realizan presencial y telefónicamente puede ser útil a la propia Administración para adecuar la infraestructura y la organización del centro a esta creciente modalidad de atención, para adaptar los medios técnicos que se precisan, y para conocer con exactitud el período de espera y el número real de consultas realizadas, dado que, en algunos casos, los pacientes reciben una primera atención telefónica para valorar el tipo de demanda, que genera a continuación una cita presencial.

Otras administraciones han manifestado en sus informes que la atención previa por teléfono, empleada durante los meses de crisis, se estaba reduciendo. Así lo comunicó, por ejemplo, la Conselleria de Salut y Consum de Illes Balears, que había efectuado cambios, en mayo de 2021, para poder ofrecer cita previa presencial sin aplicar el triaje telefónico.

Consultorios locales

En numerosas actuaciones practicadas con motivo de quejas procedentes de poblaciones de menor tamaño y del ámbito rural se puso de relieve la decisión, adoptada por varias administraciones sanitarias, de suspender el servicio en los consultorios locales durante la situación de emergencia, para la prevención de contagios, lo que ha condicionado la prestación de una atención cercana al paciente del medio rural cuando la situación de crisis se encuentra más controlada.

Suspender la actividad en consultorios que fueron puestos en funcionamiento para facilitar en proximidad el acceso equitativo a una atención sanitaria integral, puede comprometer la garantía de la calidad asistencial. Por este motivo, se ha solicitado información a distintas administraciones sobre la viabilidad de llevar a cabo la ordenación de recursos que permita restituir el horario establecido antes de la pandemia en los consultorios cuya población ha visto reducido el tiempo de atención presencial, especialmente cuando se ha justificado dicha limitación por la necesidad de evitar aglomeraciones.

En algunas ocasiones, la suspensión del servicio en consultorios ha venido motivada por la situación de incapacidad temporal o por el disfrute de permisos del único facultativo incluido en la plantilla asignada al centro. En dichos supuestos, el Defensor del Pueblo se ha interesado por la cobertura efectiva de las correspondientes plazas, a fin de que los usuarios no vean condicionada, de manera sistemática, la prestación sanitaria a la disponibilidad de un vehículo particular para desplazarse hasta el centro sanitario de cabecera. El Defensor del Pueblo también ha señalado que, mientras la plaza permanece sin cubrir, la realización por parte de un mismo facultativo de las consultas telefónicas de cada paciente favorecería el seguimiento de su proceso asistencial.

Se recibieron varias quejas en las que los interesados, residentes en municipios rurales, observaban deficiencias en el funcionamiento de la aplicación Sacyl Conecta, lo que ha motivado el inicio de actuaciones con la Consejería de Sanidad de Castilla y León. Especialmente en el contexto rural, el correcto desarrollo de unas vías de comunicación adecuadas para la solicitud de cita es necesario para que la población pueda recabar asistencia.

En algunos casos se ha observado que la medida de dejar de dispensar atención de urgencias en consultorios locales, adoptada también durante la pandemia, y de poner a disposición de los pacientes la prestación de dicha atención en el centro de salud de cabecera, habitualmente situado a una distancia considerable, ha dado como resultado una disminución global de las consultas de urgencia disponibles para el respectivo rango de población. Se prosiguieron varias actuaciones por esta cuestión con el Servicio Andaluz de Salud. Ese servicio autonómico comunicó su disposición a reanudar la actividad en algunos supuestos planteados, llevándose a efecto durante 2021.

8.4 ACTUACIONES EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. LISTAS DE ESPERA

Varios estudios recientes hechos públicos en 2021 resaltan uno de los efectos más preocupantes del impacto de la covid-19 en los servicios sanitarios, de atención primaria

y especializada, referido a un descenso notable en el número de nuevos cánceres detectados, con respecto a las cifras esperables. Al margen de las conclusiones más avanzadas a las que han de llegar los expertos y analistas en esta materia, ese indicador da idea de la imperiosa necesidad de recuperar lo antes posible una atención normalizada, no solo en los centros de primaria, cuya labor es imprescindible para una inicial detección de los posibles casos de enfermedad grave, sino también en consultas externas y pruebas diagnósticas.

Se detallan en este apartado algunas actuaciones tramitadas en 2021 sobre listas de espera para consultas, realización de pruebas e intervenciones quirúrgicas.

Por otro lado, este año se han seguido recibiendo las quejas muy apremiantes de familiares de pacientes que, tras sufrir un accidente, frecuentemente de tipo cerebrovascular, o ictus, de diversas edades, necesitan un período de rehabilitación especializada que debiera ser abordada en una unidad hospitalaria o centro antes de retornar al domicilio. Así lo indican los informes clínicos hospitalarios, pero las administraciones encuentran muchas dificultades para proveer esa atención rehabilitadora especializada. Para atender correctamente estas situaciones, además de contar cada servicio de salud con las unidades y camas de media estancia necesarias, y los equipos profesionales correspondientes que hagan posible y eficaz la derivación, es preciso también que los servicios de trabajo social de los hospitales estén convenientemente dotados. El papel que desempeñan, con la debida coordinación con los servicios sociales de la comunidad autónoma, es crucial para atender adecuadamente estas complejas situaciones.

8.4.1 Lista de espera en consultas externas y en pruebas diagnósticas

Las administraciones sanitarias han informado de la adopción de distintas medidas para adecuar la gestión de las listas de espera. Durante la pandemia, a los motivos de su extensión se ha añadido la reorganización de los recursos asistenciales y de los profesionales para la atención a los pacientes con covid-19, lo que ha ocasionado la suspensión de procedimientos y la modificación de citas atendiendo a criterios de priorización.

En ese sentido, varias consejerías han comunicado la realización de una nueva valoración de la situación clínica y social de los pacientes en lista de espera, a fin de determinar el adelanto o el mantenimiento de las fechas de las citas previstas para llevar a cabo consultas o intervenciones programadas, en actuaciones que fueron iniciadas para comprobar la garantía del adecuado seguimiento de su situación clínica. Las situaciones de demora planteadas en las quejas motivaron el inicio de actuaciones con varias administraciones, a fin de averiguar indicadores de presión asistencial y, en su

caso, conocer las medidas organizativas adoptadas, necesarias en muchos casos para ajustar el proceso de derivación a consulta desde la atención primaria.

- En el contexto de una de las actuaciones en las que se ha reducido la tardanza, la Administración sanitaria de Galicia se dirigió a la Dirección de Atención Primaria para recordar el protocolo de derivación establecido para la solicitud de interconsultas a las especialidades de aparato locomotor y traumatología, una vez que se observó la demora en llevar a cabo una consulta programada con carácter preferente en el Hospital Meixoeiro, de Pontevedra.
- También se disminuyó la extensión de períodos de espera que afectaban a los pacientes, una vez que la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública de la Comunitat Valenciana suprimió la medida de cerrar las agendas durante los períodos vacacionales y, de modo opuesto, aumentó el porcentaje mínimo de consultas abiertas durante todo el año en el Hospital General Universitario de Castellón y en el Centro de Especialidades Jaime I de esa localidad.
- Se evidenciaron desajustes en la derivación en la atención a usuarios de técnicas de reproducción asistida del Hospital Universitario Río Hortega al Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Cabe señalar que las solicitudes de derivación de pacientes a un centro ajeno al área de salud a la que pertenecen están condicionadas a la realización de procedimientos, normativamente establecidos, que permiten garantizar una utilización eficiente de los recursos. Por ello, el Defensor del Pueblo formuló un Recordatorio de deberes legales a la Consejería de Sanidad de Castilla y León, para que se aplicara en sus propios términos el artículo 7 de la Orden SAN/697/2018, de 18 de junio, que regula el funcionamiento y organización de la Red de Centros y Servicios de Referencia en Atención Especializada del Servicio de Salud, y, conforme a su contenido, se cumpla con la tramitación establecida para la derivación de pacientes en atención especializada.
- Se solicitó a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid que concretara las medidas adoptadas para reducir la lista de espera para consulta en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, cuya extensión se atribuía a la suspensión o disminución de consultas externas durante algunos de los meses de emergencia sanitaria.

La cancelación de consultas supone perjuicios para los pacientes, por lo que resulta necesario intentar reducir al mínimo el impacto que produce mediante una comunicación temprana al paciente y una ágil reprogramación, lo que se ha señalado a

diferentes consejerías de sanidad, especialmente en aquellos supuestos en los que se plantearon anulaciones por causas como la reestructuración de las agendas, la falta de cobertura de profesionales u otros motivos que no son de naturaleza clínica ni tampoco imputables al usuario.

El Defensor del Pueblo se encuentra a la espera, desde 2019, de conocer el cumplimiento, por parte de la Consejería de Sanidad de Canarias del Recordatorio de deber legal formulado con relación al establecimiento de tiempos máximos para consultas especializadas y pruebas diagnósticas (artículo 8.3 del Decreto del Gobierno de Canarias 116/2006, de 1 de agosto).

8.4.2 Listas de espera quirúrgicas

Por lo que se refiere a la espera para la realización de intervenciones quirúrgicas, se pueden destacar las siguientes actuaciones desarrolladas en 2021.

- La extensión de la demora en los centros hospitalarios de Toledo y Guadalajara ha motivado el Defensor del Pueblo formuló dos Recomendaciones. Las medidas de las que ha informado la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, encaminadas a paliar la demora quirúrgica, se han basado en el diseño de planes de reorganización, motivados por la situación de emergencia sanitaria, en los que se ha realizado un seguimiento de los casos, a fin de actualizar la actividad quirúrgica a la situación clínica de los usuarios pendientes de intervención, para que, si es necesario, se cambie la prioridad o se revise la fecha prevista. También se ha coordinado la actividad entre distintas gerencias del servicio de salud, trasladando a profesionales, y se ha prestado especial atención a los pacientes que llevan incluidos en lista de espera más de 180 días.
- Para afrontar la demora quirúrgica estructural anterior a la pandemia, la Consejería de Sanidad de Castilla y León ha informado de la aplicación de medidas, como la externalización de diferentes intervenciones quirúrgicas, y de la revisión, con una periodicidad semanal, de los criterios aplicados a estos efectos, adaptándolos a la situación epidemiológica existente en cada momento. De la información aportada por la Administración se desprende, de forma resumida, que durante la pandemia se ha centrado la actividad hospitalaria en la atención a los pacientes con covid y a todos los procesos urgentes, asegurando las actividades básicas asistenciales (urgencias, UCI, coronarias, oncología, hospital de día...). La tercera ola supuso la suspensión de toda la actividad quirúrgica programada durante varias semanas, a excepción de las intervenciones quirúrgicas urgentes y no aplazables. La

Administración ha reconocido que, pese a la aplicación de estas medidas, la generalidad de la actividad ordinaria y programada, incluida la actividad en consultas externas y pruebas diagnósticas, se ha visto especialmente retrasada en pacientes sin prioridad clínica.

- El Departamento de Sanidad de la Diputación General de Aragón ha señalado, ante las sucesivas cancelaciones y reprogramaciones de algunas intervenciones quirúrgicas, que la pandemia ha provocado alteraciones en la planificación sanitaria, lo que ha afectado a los pacientes en lista de espera. También ha informado del criterio de priorizar las patologías muy urgentes o de cirugía oncológica, de optimizar los tiempos quirúrgicos y de la realización de un plan de choque en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa para reducir la espera.
- El Defensor del Pueblo planteó a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid la viabilidad de suprimir el apartado g) de la Orden 804/2016, de 30 de agosto, según el cual «en aquellos pacientes en los que esté prevista la realización de más de un procedimiento quirúrgico distintos entre sí, en dos o más tiempos quirúrgicos diferentes, se procederá con cada uno de ellos como procesos independientes y, por tanto, una vez resuelto el primero, se iniciará el procedimiento de inclusión en el registro para el siguiente». La institución propuso aplicar al período correspondiente a la convalecencia de la primera intervención la suspensión temporal en el Registro Unificado de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica establecida en el artículo 28 del Decreto autonómico 62/2004, de 15 de abril, que solo produce efectos mientras subsista la causa que la motive. En la respuesta aportada, la Administración entendió que la supresión del apartado g) supondría un incremento no ajustado a la realidad de pacientes en lista de espera quirúrgica y señaló que «a efectos prácticos, cuando el paciente ha sido intervenido y ha pasado el período de convalecencia es el momento en el que es incluido en lista de espera para el nuevo proceso, su tiempo de espera es el mismo que si se hubiera incluido en el registro y estado en situación de “suspensión temporal”, aunque la fecha de entrada en el registro sea posterior. En este caso, se aplica lo contenido en el anexo III del Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, el criterio de prioridad para la indicación quirúrgica. Actuar de este modo facilita que el paciente no sufra demora en su atención, ya que para la segunda indicación quirúrgica se establecen criterios de prioridad».

A juicio del Defensor del Pueblo, no parece estar justificado aplicar prioridad quirúrgica una vez transcurrido un plazo desde la indicación, como forma de compensación a la falta de inclusión del paciente en lista de espera

en su momento. En la tramitación de la queja quedó patente el criterio de la Administración de condicionar la indicación cierta de una intervención quirúrgica a la previsión de que sea realizada en el tiempo de garantía estipulado, y de evitar que un mismo día natural en un mismo paciente al que se han indicado dos intervenciones sea tenido en cuenta dos veces en cada uno de los registros de espera. Concluyó la actuación de oficio en la que se comunicó a la Administración que la aplicación del apartado g) de la mencionada orden puede afectar negativamente la atención prestada, y que, para priorizar la cirugía debiera tenerse en cuenta, entre otros factores, la antigüedad generada desde el momento de cada una de las indicaciones por las que el paciente es incluido en las correspondientes listas de espera. El retraso de una cirugía puede condicionar el pronóstico de algunas enfermedades, y su realización en el momento oportuno evita la progresión y secuelas de aquellas.

8.5 SALUD MENTAL

En diciembre de 2021 no se conoce la aprobación definitiva ni el contenido oficial de la nueva estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Se han avanzado algunas líneas estratégicas, no incluidas de la misma manera en anteriores estrategias, cuyo planteamiento coincide con algunos de los aspectos de preocupación expresados por la institución en el pasado. Así, la nueva estrategia ahondaría en los aspectos de prevención de los trastornos mentales o la promoción de la salud mental de la población; se reforzarían los objetivos para una atención especializada para los niños y adolescentes, y se incluiría una línea específica dedicada a la prevención de los suicidios.

A partir de ese documento, las administraciones sanitarias autonómicas, en el ejercicio de sus competencias ejecutivas, deberán modular sus propios planes estratégicos y de acción que, es de esperar, supondrán en el corto o medio plazo una mejora de las capacidades del sistema y de la atención que se ofrece a las personas que padecen afecciones o trastornos de salud mental.

Las carencias que el Defensor del Pueblo aprecia, a través de las quejas recibidas y las tramitaciones realizadas, no difieren sustancialmente de las expuestas en anteriores informes.

Esas quejas demandan de atención en centros especializados, incluyendo la petición de ingreso del paciente para su rehabilitación o larga estancia, por el fracaso previo de la atención prestada en las unidades de hospitalización breve psiquiátricas y la imposibilidad de la continuidad de dicha atención desde los recursos comunitarios.

Destaca, por la complejidad a la hora de abordar esos problemas, la petición de una atención integral y especializada para los casos de patología dual, donde confluyen las adicciones con trastornos mentales, particularmente en personas jóvenes, incluso menores de edad. Habitualmente, los padres de afectados, u otros familiares o allegados, se dirigen al Defensor del Pueblo después de haber reclamado ante varias administraciones esa atención integral, que podría incluir un período de internamiento, voluntario o involuntario, para alejar al paciente del entorno social desfavorable. Esas situaciones, complicadas en muchos casos por la ausencia de conciencia de enfermedad y por el imprescindible respeto a la autonomía de la voluntad, no ofrecen una solución sencilla. Las administraciones, en tales casos, deben disponer, al menos, de unos procedimientos adecuados de seguimiento individualizado que permitan incluso, si así fuese preciso, acudir a la autoridad judicial para adoptar aquellas medidas que sean imprescindibles, siempre sobre el principio de mínima intervención.

Pero para llevar a efecto tales procedimientos es precisa la adecuada dotación de los servicios de salud mental, resultando que no se cuenta, por lo general, con el suficiente número de profesionales especializados, en las distintas categorías, como es bien conocido. Algunas de estas quejas son tramitadas con la Administración competente, pidiendo informe sobre el circuito de atención seguido con la persona afectada. En algunos supuestos se recaba la colaboración del ministerio fiscal si, por ejemplo, a partir de los hechos y la documentación disponibles, surgen dudas sobre la regularidad del procedimiento seguido, si se ha ratificado una medida de ingreso o tratamiento involuntario, y también para esclarecer las labores que se están realizando de tutela o de apoyo a la capacidad del paciente.

Como ocurre con el resto de especialidades, la situación de pandemia ha impactado en el seguimiento clínico de los pacientes de salud mental. La interrupción de la atención presencial tiene para estos pacientes una afectación muy especial, por la propia naturaleza de los tratamientos terapéuticos. A esto hay que añadir el desarrollo de trastornos, de entidad variable, que las propias circunstancias provocadas por la emergencia han podido provocar o intensificar.

Algunas de las quejas recibidas en 2021 muestran precisamente cómo los pacientes afirman que la atención que venían recibiendo ya no se da, con la consiguiente percepción subjetiva de abandono. En la tramitación de alguna de esas quejas, la Administración se limita a informar sobre el historial de consultas con el paciente, que después de marzo de 2020 incluye, en el mejor de los casos, consultas breves telefónicas, pero sin explicar una iniciativa proactiva del servicio correspondiente para recaptar al paciente en cuestión. Con todas las limitaciones existentes, por la escasez crónica de recursos, las administraciones deben promover una acción más amplia para volver a atender adecuadamente a esos pacientes con dolencias crónicas.