



En primer lugar, frente a un procedimiento que aparecía casi exclusivamente dirigido a salvaguardar la continuidad asistencial tras el alta, reivindicamos un contenido centrado en la asistencia sanitaria debida a estos pacientes en los servicios de urgencia hospitalarios, que tuviera en cuenta el incremento del riesgo que sus circunstancias sociales conlleva para el desarrollo de determinadas enfermedades, y diseñara un esquema de atención que permita avanzar hacia el descarte de patologías de gravedad, mediante el desarrollo en su caso de las pruebas que se hagan necesarias para completar el diagnóstico.

Por otro lado en cuanto a la definición de los criterios de riesgo social que resultan determinantes para una actuación preferente, propusimos que se realizara una mención expresa de las personas que padecen enfermedades mentales; y en último término por lo que hace a la garantía de la continuidad asistencial tras el alta, pusimos de manifiesto las dificultades en la búsqueda de recursos sociales que pudieran servir como alojamientos temporales de estos pacientes en tanto prosiguen el tratamiento o se recuperan de sus padecimientos, manifestando nuestro acuerdo con la decisión de prórroga de su estancia hospitalaria cuando se haga necesario, y sugiriendo la posibilidad de su derivación a los centros sanitarios que habitualmente acogen a pacientes crónicos o en situación terminal, siempre que se prevea que la situación va a tener una duración suficiente para validar la eficacia de esta medida.

X.2.5 Derechos de los usuarios

Los derechos que en la normativa vigente se reconocen a los usuarios de los servicios sanitarios públicos se ven a menudo comprometidos en las distintas fases del proceso asistencial, y consecuentemente son objeto de planteamiento ante esta Institución, que viene obligada a analizar las situaciones denunciadas y valorar si se ha respetado el contenido de los mismos, tal y como aparece recogido en los textos normativos que los proclaman y en aquellos que regulan su ejercicio.

Casi todos los derechos que se incluyen en los catálogos tienen reflejo en las quejas que se nos presentan, aunque la mayor o menor incidencia en cada uno de ellos varía de unos ejercicios a otros, en función de circunstancias diversas, como pueden ser las novedades normativas o las dificultades interpretativas que susciten.

Así por lo que se refiere al **derecho a la dignidad**, no faltan las denuncias sobre trato irrespetuoso o descortés hacia los usuarios por parte de los profesionales que los atienden en los distintos dispositivos asistenciales (queja 14/2234 sobre trato desconsiderado del conductor de la ambulancia que trasladó a su padre; queja 14/3853 por deshumanización y vulneración del derecho a una muerte digna; queja 14/2995 sobre falta de respeto de una celadora; o queja 14/203 por trato humillante de una matrona).

La investigación de las mismas resulta complicada en la medida en que la aludida vulneración del derecho se sustancia fundamentalmente en manifestaciones verbales que resultan imposibles de comprobar por esta Institución, aparte de que habitualmente vienen imbuidas por las apreciaciones subjetivas de las partes implicadas.

El **acceso a la historia clínica** se complica en ocasiones, a veces por la antigüedad de los documentos que se solicitan (queja 14/348 por falta de suministro de la historia clínica de su madre para investigar sospecha de niño robado; queja 14/691 por no entrega de los documentos más antiguos de su historial; **queja 14/2547** por no facilitarle copia de la historia clínica de su hijo; o la **queja 14/2850** por no darle copia del historial clínico de su padre), cuando no resulta demorado. En otras ocasiones lo que se discute es la negativa a la cancelación de datos que constan en la referida historia, sobre todo relativos a determinados diagnósticos de problemas de salud mental, que los interesados consideran que les están generando perjuicios (queja 14/3120 y queja 14/3268).



El **derecho a una segunda opinión facultativa** también se ha tratado de hacer valer a través de sendos expedientes (queja 14/1341 y queja 14/5206). En muchos casos, se intenta ejercer en relación con patologías que no se incluyen en la lista tasada para la cual aquel únicamente se contempla, lo que no impide que se pueda alcanzar el resultado perseguido mediante el ejercicio de la libre elección de especialista y hospital, que en estas circunstancias venimos sugiriendo a los interesados.

De los conflictos relacionados con la **libre elección de especialista** también nos hemos hecho eco, e incluso nos hemos pronunciado al respecto a través de dos resoluciones. La primera, la elaboramos en la [queja 13/4442](#), posicionándonos sobre el procedimiento para el ejercicio del derecho en el caso de una doble intervención de varices.

Y es que frente a la postura del hospital elegido por la interesada para que aquellas se llevaran a cabo, que remitió a la paciente a su centro de referencia una vez practicada la intervención de una pierna, por considerar concluido el proceso patológico al que aquel se refería, dejando a salvo la posibilidad de que pudiera volver a ejercerlo para la intervención que restaba; consideramos que el proceso patológico para el que se ejercía el derecho de libre elección no podía ser otro que el de varices en ambos miembros inferiores, en tanto que existía indicación quirúrgica para los dos, de manera que la elección realizada tenía que extenderse hasta la operación del otro miembro, con independencia de que para ello la paciente debiera esperar de nuevo el tiempo que se hiciera preciso en función de la demora prevista para este tipo de operaciones.

La segunda se originó en la [queja 14/368](#), para atender el requerimiento de ayuda de un ciudadano al que se le había denegado la solicitud de libre elección de psiquiatra realizada en calidad de tutor de su hermano, enfermo mental, por haberse ejercitado para una unidad de salud mental comunitaria distinta de la que le corresponde por razón del domicilio.

La desestimación de la petición se justificaba en la garantía de calidad de la asistencia, invocando a este respecto la imposibilidad que dicha opción representaba en relación con las actuaciones a desarrollar en el domicilio del paciente.

Por nuestra parte, sin embargo, pusimos de manifiesto que la normativa de desarrollo del derecho a la libre elección de especialista, a diferencia de la que hace lo propio con la libre elección de médico general y pediatra, no pone límites geográficos al ejercicio del derecho, por lo que aunque pueda resultar razonable dirigir a los usuarios hacia las unidades de referencia a la hora de llevarlo a cabo, no se puede imponer que la elección se tenga que realizar necesariamente entre los profesionales de la unidad aludida, y menos, por medio de instrumentos normativos de rango inferior o de naturaleza meramente organizativa.

En otro orden de cosas, pensamos que la problemática que se suscita por las intervenciones en el domicilio del paciente, teniendo en cuenta el carácter episódico de las mismas (inexistentes en este caso según el interesado), se puede solventar de la misma manera que en atención primaria (las actuaciones de base comunitaria las hacen desde el centro de salud de referencia por razón del domicilio), acompañándose esta medida de una buena coordinación, para la cual hay previstos mecanismos en el proceso asistencial integrado de trastorno mental grave.

Por lo demás, continuamos recibiendo quejas que inciden en el reconocimiento del propio **derecho a recibir la asistencia sanitaria del sistema público**, acompañándose a veces de la práctica de liquidaciones por los gastos que aquella conlleva, cuando el mismo no se acredita.

El debate suscitado a la entrada en vigor del Real Decreto Ley 20/2012, de 16 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, parece que se va diluyendo en algunos aspectos, aunque es posible que algunas cuestiones aún no se hayan resuelto.

En la dación de cuentas correspondiente al pasado año aludimos al posicionamiento aclaratorio de la Administración Sanitaria Andaluza, favorable a la dispensación de asistencia a las personas inmigrantes



en situación irregular, al que se acompañaban instrucciones sobre el procedimiento a seguir para cumplir este objetivo.

La **Sugerencia** que emitimos en la **queja 13/2791** relativa a la identificación de estos usuarios en los casos en no se pudieran cumplir las exigencias de la Estrategia de seguridad del paciente, mediante la participación de determinadas organizaciones no gubernamentales, ha sido plenamente aceptada. En este sentido, se nos ha comunicado la impartición de instrucciones para evitar que en estos casos se exija generalizadamente documentación identificativa adicional a la tarjeta sanitaria, sustituyéndose la misma por un documento expedido al efecto por las citadas organizaciones.

Recepcionamos igualmente algunas quejas alusivas a conflictos suscitados a la hora de acceder a las prestaciones del sistema sanitario público por ciudadanos de la Unión Europea. En algunos casos el problema surge a la hora de acreditar la inscripción en el registro central de extranjeros, dado que la misma exige la tenencia de medios económicos suficientes y la titularidad de un seguro sanitario público o privado (**queja 13/3759**, y queja 14/4940), en otro caso la facturación de la atención recibida se produce precisamente porque dicha residencia no existe, y el carácter programado de aquella impide que su dispensación resulte amparada por la tarjeta sanitaria europea (queja 14/3811).

Pero las liquidaciones de gastos no son exclusivas de los ciudadanos extranjeros. En la **queja 13/2223** se expide por un hospital para resarcirse de la asistencia proporcionada a una joven desplazada desde otra Comunidad Autónoma por razón de estudios, al no aportar la tarjeta sanitaria. Su condición de desplazada impedía la consulta de la base de datos de usuarios (BDU), al tiempo que la del sistema de información laboral de la TGSS se imposibilitaba por tener la condición de beneficiaria de su padre, no habiendo respondido al requerimiento que se le hizo para presentar el título que reconoce su derecho.

Ahora bien advertimos deficiencias en la notificación del requerimiento aludido, que se hizo por correo ordinario, y por lo tanto sin constancia de su recepción, arrojando dudas sobre la eficacia de este acto de trámite con indefensión para la afectada, sin que tampoco se aporte justificación de los intentos de notificación de la liquidación previos a la inserción del anuncio sobre la misma en el BOJA.

Por eso, en la medida que en esta Institución constatamos que la hija del interesado tenía derecho a la asistencia gratuita, solicitamos la anulación de la liquidación emitida en su día, la cual había llegado a provocar el embargo de la cantidad así adeudada, obteniendo una respuesta favorable del hospital a nuestra **Recomendación**, y el compromiso de revocar aquella conforme a lo previsto en el art. 105 de la LRJPAC, y proceder a la devolución del ingreso indebido.

Suerte distinta padeció sin embargo la **Recomendación** correspondiente a la queja 14/238 por liquidación de gastos de asistencia sanitaria a un afiliado de Isfas. El déficit en la información proporcionada a su solicitud, dado que inquirió expresamente sobre una eventual obligación de pago de la atención antes de recibirla, entendemos que vició su consentimiento a la hora de acceder a la misma.

Por ello, aunque los afiliados de mutualidades tienen que conocer sus derechos y obligaciones, y en los casos en que reciben asistencia en centros del sistema sanitario público surge la obligación de éste de reclamar el coste a aquellas, en tanto que terceros obligados al pago; pensamos que también ostentan el derecho a ser informados sobre los requisitos que determinan el acceso a dicha asistencia sanitaria del sistema público, pareciéndonos de conocimiento inexcusable de los trabajadores del mismo, la absoluta excepcionalidad con la que dicho coste se reintegra por parte de las entidades sanitarias privadas concertadas con las mutualidades aludidas, y los contados supuestos en los que dicho mecanismo procede.

En todo caso, si dicha información se desconoce por el personal de admisión de los centros sanitarios públicos, creemos que al menos deberían abstenerse de indicar a los afectados que "*allí se atiende a todo el mundo*", con carácter previo a la indicación de contactar con sus respectivas compañías, generando una apariencia de legitimidad para su actuación que, en la mayoría de los casos, no va a verse respaldada con la asunción del coste de la asistencia por aquellas.