



CAPÍTULO 01.VI IGUALDAD DE GÉNERO

01.VI.2.4.1

Salud

Introducir la perspectiva de género en el análisis de las cuestiones que los ciudadanos plantean ante esta Institución, resulta complicado en el ámbito de la salud. En principio cabría decir que la prestación sanitaria no entiende de sexos, y que no resultan esperables alteraciones en su contenido en función de sus destinatarios. De hecho la alegación de discriminación en el acceso, los tiempos, o la modalidad de asistencia, es imperceptible en el montante global de las quejas.

Sin embargo, son múltiples los estudios que señalan diferentes niveles de salud en los hombres y las mujeres, las cuales a pesar de tener una mayor esperanza de vida, también se ven más afectadas desde el punto de vista de la morbilidad y la incapacidad.

Aparte de los factores biológicos y sociales a los que esta situación se achaca, sobre los que habría mucho que hablar, fundamentalmente en cuanto a veces redundan en dificultar el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios; nos planteamos habitualmente en este apartado del informe la consideración de aquellos procesos patológicos o procedimientos asistenciales que singularmente atañen al sexo femenino, y los problemas que pueden afectarles, en la medida en que puedan traducir diferencias mucho más sutiles.

Entre los primeros, tradicionalmente contemplamos las quejas relacionadas con enfermedad oncológica en localizaciones exclusivamente femeninas (mama, cérvix, útero), y otras enfermedades de afectación única (endometriosis) o predominante (fibromialgia) en este género.

Entre los segundos, nos referimos principalmente al proceso natural de la maternidad, y la asistencia sanitaria que necesariamente lo rodea, aunque en el mismo incluimos la problemática que rodea la atención al embarazo, y el parto; el diagnóstico prenatal, la interrupción voluntaria del embarazo y la reproducción asistida.

Así, en la relación de expedientes iniciados de oficio, incluida en el Informe Anual correspondiente a 2013, contemplamos la queja 13/823, encaminada a investigar la supresión del programa de asistencia psicológica para enfermas de cáncer que hasta entonces venía llevándose a cabo en el hospital Virgen Macarena.

De esta manera nos hicimos eco de las reivindicaciones de algunas afectadas que habían sido recogidas por los medios de comunicación, pues partiendo de la ganancia que el tratamiento recibido había llevado consigo en cuanto a su manera de afrontar la enfermedad, hasta el punto de considerarlo como un pilar fundamental *“para seguir adelante”*, clamaban por el mantenimiento de una medida que se había demostrado absolutamente beneficiosa, no solo para ellas mismas, sino para las pacientes que fueran diagnosticadas y tratadas en el futuro.

Desde la perspectiva del centro, los resultados de un estudio de investigación, que era el que amparaba esta modalidad asistencial, no podían provocar la modificación de la cartera de servicios, pudiendo las afectadas recibir atención psicológica siguiendo el procedimiento habitual, para lo cual se priorizaba su derivación a las unidades de salud mental comunitaria.

Aún comprendiendo este estado de cosas, la experiencia de actuación de esta Institución en la tramitación de las quejas relacionadas con la atención sanitaria de salud mental, nos ha llevado a advertir que las terapias psicológicas dispensadas desde las unidades de salud mental comunitaria son escasas y que la frecuencia de las sesiones dista mucho de la deseable para las necesidades de los pacientes, y por tanto, suponemos que de la periodicidad del tratamiento que estas mujeres han estado recibiendo en el hospital.

Por lo que hace a la atención sanitaria de las mujeres en el proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio, durante el año pasado se reprodujo una cuestión que ya fue objeto de nuestro posicionamiento



hace algún tiempo, y que combina la reclamación profesional y la defensa de la calidad de la asistencia.

Nos referimos al planteamiento realizado por un colectivo de matronas en paro en relación con el déficit relativo de esta figura profesional en el ámbito de la atención primaria de la salud.

La denuncia resaltaba las diferencias existentes en las distintas provincias andaluzas, en cuanto a la ratio de matronas en los centros de salud, y la consecuencia que de este panorama extraían las interesadas, no era otra que la desigualdad en la atención a la salud de las mujeres en cuanto a la maternidad y durante toda su vida reproductiva. Las interesadas refieren que en Andalucía no se contempla la atención a la salud integral de las mujeres, desde la adolescencia hasta la menopausia, y se dejan fuera aspectos tan relevantes como planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, apoyo a la lactancia, afrontar pérdidas perinatales, prevenir disfunciones del suelo pélvico..., en definitiva, ofrecer resultados en salud con profesionales disponibles y formados específicamente en estos aspectos.

En su momento, en la queja 07/2272, ya se comparó la situación de las dos provincias más deficitarias -Córdoba y Almería- en relación con el resto de las provincias andaluzas, a la luz del estudio que sobre las necesidades de formación de matronas se había elaborado por la Administración, con el objeto de cubrir las vacantes por jubilaciones, así como para subvenir a las necesidades de estos profesionales en atención primaria, las cuales se cifraban en la incorporación de 59 profesionales en esta área.

Entonces elaboramos una resolución que contenía diversas Recomendaciones para el incremento de plantilla con las plazas de matronas correspondientes a cada provincia según el estudio de necesidades realizado por la Administración, y el establecimiento de un calendario para la dotación presupuestaria de las plazas, priorizando las provincias más deficitarias, las cuales no pudimos considerar aceptadas por parte de la Administración.

El informe que hemos recibido en la queja 13/6808 (a la que se acumularon la queja 14/696 y la queja 14/1726) abunda en argumentos ya conocidos, sobre la posibilidad de que en el ámbito de la atención primaria de la salud, las funciones inherentes al proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio se lleven a cabo por distintos profesionales, y la necesidad de justificar la presencia de la matrona por las características poblacionales de cada área geográfica (índice de partos, envejecimiento de la población, ...).

Aún sin haber concluido nuestras actuaciones en estos expedientes, seguimos sin entender las diferencias tan pronunciadas que se producen en la ratio de estas profesionales en función del territorio, y la implementación de unidades formativas para la especialidad de obstetricia y ginecología que se prevé (ocho pendientes de acreditación), teniendo en cuenta el mantenimiento (cuando no ligero descenso) de la presencia de las matronas en la Comunidad Autónoma (de 172 en 2008 a 169 en 2013).

Con carácter general también nos referimos en este apartado del informe a la problemática que plantea el acceso y la dispensación de las técnicas de reproducción asistida, pues aún cuando no afecta exclusivamente a las mujeres, sí son los principales sujetos de los tratamientos en los que aquellas consisten.

En el curso de nuestra actividad ordinaria, hemos asistido a la evolución de esta cuestión, tramitando un número variable de quejas que se sustentan, bien en la negativa para el acceso a los tratamientos, bien en la demora para recibirlos, lo que a su vez puede llegar a provocar la exclusión de aquellos, por el cumplimiento de la edad que opera como límite máximo.

Durante el pasado ejercicio esta tendencia habitual se mantuvo y se tradujo en la recepción de 13 quejas por este concepto. En la mayoría, se discrepa de la exclusión del programa por diversas causas de las que se recogen en la Guía de reproducción humana asistida del Sistema Sanitario Público de Andalucía: haber cumplido los 40 años (queja 14/1056 y queja 14/4957); tener un hijo previo (queja 14/3316 y queja 14/5256), o haberse sometido a un procedimiento de esterilización voluntaria (queja 14/1340, queja 14/1364, y queja 14/5387). En otras, se limita el tratamiento a un único ciclo por mala calidad ovocitaria (queja 14/3948); se solicita la donación de ovocitos ([queja 14/3157](#) y queja 14/3496), o el diagnóstico genético preimplantatorio (queja 14/2999).



En este punto, cabe reseñar que la mayoría de los criterios contemplados en guías y protocolos para definir el contenido de la prestación desde el punto de vista subjetivo y objetivo, han tenido acogida por fin en una disposición de rango adecuado que viene a configurar la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

A partir de su entrada en vigor en noviembre pasado, la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030(2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, constituye el obligado punto de referencia de legalidad de las actuaciones administrativas en este campo, elevando los criterios generales y específicos para el acceso a estas técnicas a la categoría de norma.

Con carácter previo, sin embargo, la administración sanitaria andaluza editó una nueva versión de la guía referida, mediando su exposición en la página web del Servicio Andaluz de Salud, en la que incorporaba algunas novedades que, más tarde, se reflejaron en dicha norma.

De esta manera, recogió criterios que antes no se consideraban y empezó a aplicarlos a partir de febrero. En concreto, practicó este modo de proceder respecto de los solicitantes de tratamiento que se habían sometido a procedimientos de esterilización con carácter previo, lo que nos llevó en la [queja 14/1414](#), que se inició de oficio, a emitir una Recomendación para que se paralizara su aplicación, así como la de otros requisitos limitativos recogidos en la guía en tanto los mismos no se incluyeran en la cartera de servicios del SNS.

La publicación de la Orden estatal en el lapso de tiempo que medió hasta la respuesta administrativa, dejó sin objeto el contenido de aquella y nos llevó a matizarla en una comunicación posterior, dirigida a lograr la aplicación de los tratamientos a todos los solicitantes afectados por este criterio de exclusión que se hubieran incorporado a la lista de espera en el período de transición entre la Guía y la norma, encontrándonos en la actualidad a la espera de respuesta para poder valorar definitivamente el grado de cumplimiento administrativo de nuestra propuesta.

Por otro lado, en la queja 14/2971 la interesada solicitó la creación de una unidad de día para madres en un centro hospitalario, a fin de garantizar el bienestar de las que deben permanecer en el mismo tras el alta, porque se prorrogue la estancia hospitalaria de sus hijos recién nacidos.

Y es que, recuperándose de una intervención de cesárea, optó por no quedarse en la unidad configurada al efecto para favorecer la lactancia, puesto que no se permitía la estancia de familiares que pudieran auxiliarla. De ahí que acudiera al centro todos los días, viéndose obligada a permanecer en condiciones inadecuadas para su estado, en un sillón ubicado en un pasillo, sin suministro de comida, y utilizando los aseos comunes.

En virtud del informe administrativo pudimos conocer que el hospital en cuestión tiene un hotel de madres, y las condiciones que rigen su utilización, entendiendo por nuestra parte que existan unas normas que traten de favorecer la convivencia temporal de quienes se ven obligadas a utilizar este recurso, aunque lógicamente las necesidades individuales de cada madre, en función de las circunstancias, puedan no resultar completamente satisfechas con el mismo.