



## 13. Salud

<b>1.10 SALUD</b>	<b>4</b>
1.10.1 Introducción	4
<b>1.10.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>5</b>
1.10.2.1 Salud Pública	5
1.10.2.2 Atención Primaria	6
1.10.2.3 Atención Especializada	7
1.10.2.3.1 Autorización para derivaciones a centros ajenos al sistema sanitario público de Andalucía	7
1.10.2.3.2 Atención al Ictus	8
1.10.2.4 Atención Sanitaria de Urgencias	10
1.10.2.4.1 Urgencias Extrahospitalarias	11
1.10.2.4.2 Urgencias Hospitalarias	12
1.10.2.5 Tiempos de respuesta asistencial	13
1.10.2.6 Praxis asistencial	18
1.10.2.7 Derechos de los usuarios	19
1.10.2.8 Centros sanitarios	23
1.10.2.9 Salud mental	24
<b>1.10.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas</b>	<b>25</b>
<b>ESTE TEMA EN OTRAS MATERIAS</b>	
<b>1.2 CULTURA Y DEPORTES</b>	
<b>1.2.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>26</b>
1.2.2.6 Deporte	26
<b>1.3 DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES</b>	
<b>1.3.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>27</b>
1.3.2.2 Personas con discapacidad	27
1.3.2.2.2 Valoración y calificación del grado de discapacidad	27
1.3.2.2.6 Salud	29
1.3.2.4 Servicios Sociales	31
1.3.2.4.1 Personas sin hogar	31
<b>1.4 EDUCACIÓN</b>	
<b>1.4.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite: Enseñanzas no universitarias</b>	<b>32</b>
1.4.2.2 Escolarización del alumnado	32
1.4.2.3 Instalaciones escolares	33
1.4.2.6 Equidad en la educación	33



1.4.3	Análisis de las quejas admitidas a trámite: Enseñanza Universitaria	34
1.4.4	Actuaciones de oficio, colaboración de las administraciones y resoluciones	34
<b>1.5 EMPLEO PÚBLICO</b>		
1.5.1	Introducción	35
1.5.2	Análisis de las quejas admitidas a trámite	35
1.5.2.1	Las consecuencias en materia de personal de la externalización de servicios públicos	35
1.5.2.1.1	La externalización de servicios públicos en el ámbito de la Junta de Andalucía	35
1.5.2.1.2	Afectación de las condiciones laborales del personal de las empresas contratistas	36
1.5.2.3	Los concursos de traslados y el reconocimiento del derecho a la carrera profesional	37
1.5.2.3.2	Reconocimiento del derecho a la carrera profesional a profesionales no sanitarios del SAS	37
1.5.2.4	Acceso al empleo público	38
1.5.2.4.3	Proceso de estabilización del personal interino del SAS	38
1.5.2.5	Quejas relativas a la provisión temporal	39
1.5.2.5.1	Falta de transparencia en la gestión de las Bolsas de Empleo	39
1.5.2.5.4	Valoración de méritos alegados para la Bolsa de Empleo Temporal del SAS	40
1.5.2.6	Quejas relativas al acceso al empleo público	40
1.5.2.6.2	Mal funcionamiento de la “Ventanilla electrónica de la persona candidata” puesta en marcha por el SAS (queja de oficio 17/3654)	40
1.5.3	Quejas de oficio, colaboración de las Administraciones y Resoluciones	41
<b>1.6 POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO</b>		
1.6.1	Introducción	41
1.6.2	Análisis de las quejas admitidas a trámite	42
1.6.2.2	Empleo	42
1.6.2.3	Salud	42
1.6.2.10	Violencia de Género	45
1.6.3	Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas	48
1.6.3.1	Actuaciones de oficio	48
<b>1.7 JUSTICIA, PRISIONES, EXTRANJERÍA Y POLÍTICA INTERIOR</b>		
1.7.1	Introducción	48
1.7.2	Análisis de las quejas admitidas a trámite	48
1.7.2.2	Prisiones	48
1.7.2.3	Actuaciones en materia de Extranjería	52



<b>1.7.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones</b>	<b>53</b>
1.7.3.1 Actuaciones de oficio	53
<b>1.8 MEDIOAMBIENTE</b>	
<b>1.8.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>53</b>
1.8.2.4 Vertederos	53
1.8.2.7 Granjas, animales e insalubridad	54
1.8.2.8 Contaminación acústica	55
1.8.2.8.3 Sobre la modificación del Nomenclátor y Catálogo de Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y Establecimientos Públicos de Andalucía	55
1.8.2.8.5 Contaminación acústica provocada por el tráfico rodado	58
1.8.2.9 Contaminación atmosférica	59
<b>1.9 MENORES</b>	
<b>1.9.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>60</b>
1.9.2.1 Menores en situación de riesgo	60
1.9.2.1.2 Supervisión de las actuaciones de los Servicios Sociales Comunitarios	60
1.9.2.6 Menores en situación especial vulnerabilidad	61
1.9.2.6.3 Menores con trastornos de conducta	61
<b>1.9.3 Actuaciones de oficio, Colaboración con las Administraciones y Resoluciones</b>	<b>61</b>
<b>1.11 SERVICIOS DE INTERÉS GENERAL Y CONSUMO</b>	
<b>1.11.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>62</b>
1.11.2.1 Servicios de interés general	62
1.11.2.1.1 Energía	62
<b>1.12 URBANISMO, OBRAS PÚBLICAS Y TRANSPORTES</b>	
<b>1.12.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>62</b>
1.12.2.2 Obras públicas e infraestructuras	62
1.12.2.2.2 Rentabilizar las infraestructuras públicas	62
<b>2. SERVICIO DE MEDIACIÓN</b>	
<b>2.2 Análisis de las quejas gestionadas a través de la mediación</b>	<b>63</b>
2.2.2 Análisis cualitativo	63
2.2.2.5 En materia de salud	63
<b>3. OFICINA DE ATENCIÓN CIUDADANA</b>	
<b>3.2 Datos estadísticos sobre las consultas</b>	<b>64</b>
3.2.4 Distribución de consultas atendiendo a las materias	64
3.2.4.6. Salud	64
3.2.4.7 Procedimientos de extranjería y cuestiones conexas	65



## 1.10 SALUD

### 1.10.1 Introducción

El interés por la cuestión sanitaria se mantiene, y esta afirmación nuestra se sustenta en la recepción durante el período que comprende la dación de cuentas de este informe, de un número de quejas muy similar al que nos llegó en el ejercicio de 2016.

En este mismo apartado introductorio del Informe que elaboramos el año pasado, pusimos de manifiesto cómo la preocupación ciudadana sobre esta materia adquiría tintes de protesta en forma de **movilizaciones masivas** en determinadas localizaciones de nuestra geografía.

Si bien el punto de partida de las mismas fueron decisiones organizativas no consultadas ni compartidas con la población afectada, la cuestión trascendió de estos aspectos singulares para alcanzar elevados niveles de disconformidad en relación con las predicadas bondades del sistema sanitario público.

Pues bien este año tenemos que afirmar que dicho **clima de protesta ha remitido en parte**, quizás porque las actuaciones antes aludidas van a revertirse, pero no cabe duda de que se ha abierto una espita, y que la tendencia a hacerse oír por parte de distintos colectivos se mantiene, lo cual por otro lado no podemos sino considerar como un ejercicio saludable de participación en los asuntos públicos, sobre todo cuando los mismos resultan tan relevantes para la ciudadanía.

Dicho esto, y teniendo en cuenta que este breve comentario que encabeza el capítulo tiene habitualmente aspiraciones diversas, pues tanto puede destinarse a recoger novedades normativas, como a cuestiones globales o actuaciones esencialmente destacadas, nos acogemos a esta última posibilidad para dar cuenta de la materialización del propósito, que también el año pasado anunciábamos, de elaboración de un estudio específico destinado a investigar la medida del cumplimiento de **los derechos que reconoce la norma andaluza que garantiza la dignidad de la persona en el proceso de muerte** (Ley 2/2010, de 8 de abril).

Dicho proyecto se ha venido desarrollando durante todo el año 2017, y de hecho ha constituido una de las grandes apuestas de la Institución en el ejercicio de sus competencias de supervisión del efectivo cumplimiento de los derechos de los ciudadanos en el área sanitaria.

Hemos utilizado una metodología esencialmente cualitativa, con participación de todos los sectores implicados a través de diversas Jornadas mantenidas con asociaciones de pacientes y familiares y cuidadores de enfermos terminales; profesionales del sector de los cuidados paliativos; y gestores de diversas áreas implicadas en la atención de aquellos. A lo que se han unido visitas de inspección, aportaciones por escrito y respuestas a una encuesta que realizamos a través de nuestra web. Con todo ello, hemos elaborado el Informe Especial denominado “Morir en Andalucía: Dignidad y Derechos”, que tras su presentación en el Parlamento de Andalucía, puede consultarse en [aquella](#).

Con una perspectiva estrictamente jurídica, hemos tratado de analizar hasta qué punto, en los procesos asistenciales de los pacientes que padecen enfermedades en fase avanzada con criterios de terminalidad, se vienen preservando los derechos a la información y al consentimiento informado; el rechazo del tratamiento y la retirada de una intervención; la realización de la declaración de voluntad vital anticipada; la recepción de cuidados paliativos integrales y elección del domicilio para recibirlos; el tratamiento del dolor; la administración de sedación paliativa; el acompañamiento; y la salvaguarda de la intimidad y confidencialidad.

En definitiva, todos estos derechos reconocidos a los usuarios de la sanidad andaluza, algunos incluso con rango estatutario, respecto de los cuales hemos formulado una serie de conclusiones específicas, al margen de las generales que hemos estimado oportuno reflejar en el epígrafe dedicado a los derechos de los usuarios. Al mismo tiempo, hemos elaborado un conjunto de Recomendaciones con las medidas que a nuestro modo de ver pueden contribuir a superar los déficits detectados.

Desde aquí queremos reiterar nuestro agradecimiento a todos los que han colaborado con la Institución en esta tarea, confiando en que el resultado pueda satisfacer sus expectativas de contribución a la mejora



de la atención de cuidados paliativos, y al favorecimiento de la posición de los pacientes para la adopción de sus propias decisiones, así como el respeto de las mismas.

Por lo demás, la estructura de este capítulo del Informe presenta un esquema similar al de años anteriores, aunque existan apartados que puedan o no aparecer en función de la relevancia que la materia a la que afectan haya podido tener en el período anual de referencia.

## 1.10.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

### 1.10.2.1 Salud Pública

En el marco de las actuaciones de prevención y promoción de la salud destaca singularmente la de administración de **las vacunas**, cuya gestión viene discutiéndose en los últimos tiempos en algunos aspectos.

En el Informe correspondiente al ejercicio de 2016 dimos cuenta de la problemática suscitada en relación con la vacuna de la tosferina, y apuntamos la que se iniciaba con respecto a la vacunación frente al neumococo, pues la decisión administrativa de incluirla en el calendario vacunal para los nacidos a partir del 1 de octubre de 2016 generó malestar entre quienes habían sido padres antes de esa fecha y, cumpliendo las recomendaciones de los pediatras de sus hijos, les procuraron las dosis correspondientes cuando conforme a dicho calendario procedía, haciendo frente necesariamente a su coste.

Conscientes de que la prestación se introduce en la cartera de servicios del sistema sanitario público en un determinado momento, algunos ciudadanos acudieron a esta Institución para solicitar que los menores que hubieran recibido alguna dosis de la manera antes descrita, pudieran recibir el resto de las que determina el calendario en sus momentos temporales oportunos, aún cuando hubieran nacido con anterioridad a la fecha señalada.

Entendían que de otra forma la Administración Sanitaria estaría incurriendo en una actitud discriminatoria y vulneradora de los derechos de estos menores, que podían perfectamente ser vacunados en sus centros de salud de las dosis restantes, evitando así el sacrificio económico que la administración privada de la vacuna entraña, razón por la que muchos menores se habían visto desprotegidos.

Afortunadamente la decisión inicial de vacunar exclusivamente a los niños nacidos a partir del 1 de octubre de 2016 resultó modificada, una vez que desde la Administración Sanitaria se valoró la necesidad de alcanzar los niveles deseados de cobertura con el fin de procurar la protección indirecta de la población no vacunada, y a este fin se procedió a recomendar la vacunación de todos los niños/as nacidos desde el 1 de enero de 2016, la cual al parecer comenzó a llevarse a cabo a partir del 3 de abril de 2017.

Se apuntaba también en el informe recibido desde la Consejería de Salud, que se habían dirigido instrucciones a los centros sanitarios para la captación de los niños/as no vacunados nacidos a partir del 1 de enero de 2016, por lo que confiando en que así hubiera ocurrido en la mayoría de los casos, advertimos no obstante a los interesados de la posibilidad de solicitar, de lo contrario, la aplicación de las dosis que les faltaran.

Considerando por nuestra parte que de esta forma se estimaba su pretensión y se solucionaba el problema que planteaban, concluimos nuestras actuaciones en el expediente, aunque lógicamente la medida referida no satisfizo a todos, puesto que el momento en que se adoptó y comenzó a aplicarse no impidió que algunos padres adquirieran privadamente las dosis que sus hijos necesitaban con posterioridad al 1 de octubre de 2016, y se sintieran castigados precisamente por su preocupación y responsabilidad en la protección de sus hijos, traducida en un importante esfuerzo económico que no fue resarcido.

Con todo, las incidencias concretas en la administración de diferentes vacunas también fueron objeto de queja, principalmente por causa de **desabastecimientos puntuales** (queja 17/0763, queja 17/1392 y queja 17/4753).



Por lo que se refiere al anuncio de incoación de queja de oficio para el seguimiento de la implantación del **programa de cribado de cáncer de colon**, que introdujimos en el Informe correspondiente a 2016, tenemos que decir que dicha iniciativa se ha materializado (**queja 17/4786**), y que nos encontramos pendientes de recibir el informe requerido a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS.

Y es que cumplidos tres años desde la entrada en vigor de la Orden SSI/2665/2014, 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, y siendo conscientes del contenido de su disposición adicional segunda, -que prevé sendos plazos para comenzar la implantación del programa (5 años) y alcanzar la cobertura total del mismo (10 años)-, nos hacemos nuevamente eco de las informaciones difundidas por la AECC que sitúa a la Comunidad Autónoma Andaluza entre las regiones con menor nivel de cobertura del cribado y solicita que se agilicen los plazos de implantación por el beneficio que aquel incorpora en vidas y ahorro de sufrimiento.

De esta manera, nos hemos interesado por el porcentaje de población atendida en relación con la población diana, los centros de salud donde se viene desarrollando y el nivel de aceptación, los resultados obtenidos, y las previsiones para alcanzar la total cobertura geográfica y poblacional (todo el rango de edad de la población diana), con indicación del cronograma.

## 1.10.2.2 Atención Primaria

Según la “Estrategia para la renovación de la atención primaria”, a pesar del alto nivel de satisfacción de los ciudadanos con esta asistencia y del buen resultado que arrojan las comparaciones internacionales, *“existe un consenso implícito entre profesionales, gestores y políticos de que la atención primaria no va bien”*.

También paradójicamente, a pesar de que muchas veces nos gana la misma impresión, la Atención Primaria se configura como el nivel asistencial que resulta **menos cuestionado en las quejas de los ciudadanos**, pues el número de las recibidas se sitúa muy lejano respecto de las registradas en relación con la asistencia especializada y es también inferior a las que provoca la atención sanitaria de urgencias.

La importancia que reviste este nivel no hace falta destacarla, puesto que constituye la puerta de entrada al sistema y se configura como paso imprescindible de cualquier proceso asistencial, con singular incidencia en el correcto devenir del mismo.

Nuestra apreciación continúa siendo la misma que reflejamos el año pasado, en cuanto a que muchos problemas clásicos de la atención primaria persisten, y quizás el hecho de que habitualmente se denuncien por los propios profesionales (masificación de las consultas, falta de sustitución de los permisos y vacaciones,...), en la medida en que los conflictos que les afectan se recogen en otro apartado de este Informe, es lo que permite explicar la escasa relevancia cuantitativa de las quejas en este apartado.

No obstante, si eleváramos las reclamaciones recibidas a rango de generalidad, tendríamos que decir que en la actualidad los ciudadanos perciben problemas a la hora de que se les dispense atención domiciliaria (**queja 16/6922**, queja 17/1683 y queja 17/4329), discrepan de la negativa a ser derivados para atención por especialistas (queja 17/3098, y queja 17/2879), encuentran dificultades para ser asistidos como desplazados (queja 17/1692 y queja 17/5348), solicitan que se sustituyan las bajas prolongadas de los profesionales (queja 16/3184) o protestan por la demora en las citas (queja 16/5890), aparte de mostrar en ocasiones clara disconformidad con la atención proporcionada (queja 17/1677).

La actuación de los facultativos de atención primaria también se esgrime a veces en el marco de las denuncias sobre mala praxis asistencial, en tanto que se achaca a la misma la producción de efectos lesivos para la salud, relacionados sobre todo con la incidencia de aquella en la demora con que se alcanza el diagnóstico de enfermedades graves, y la pérdida de oportunidades que ello entraña para su tratamiento, con afectación del pronóstico.



### 1.10.2.3 Atención Especializada

Por contra, las quejas relacionadas con el proceso asistencial en el ámbito de la atención especializada son mucho más numerosas y ello sin contar con las relativas a la demora en la asistencia, cualquiera que sea su modalidad (consultas, pruebas, intervenciones,...), que se analizan en un apartado específico de este informe dedicado a los tiempos de respuesta asistencial.

Al margen de las que normalmente agrupamos en torno a la modalidad de la prestación que se dispensa, como pudieran ser las relacionadas con tratamientos de rehabilitación o la prestación de técnicas de reproducción asistida, que también se contabilizan en cierto número durante el pasado ejercicio, aunque sin novedades significativas (a salvo de la **Resolución** emitida en la queja 16/3934); la mayoría de las referidas al nivel de la atención especializada podrían diferenciarse en dos grandes grupos: las que afectan a la **gestión de la asistencia**, con reflejo en los procedimientos que conducen a recibirla; y las que expresan **discrepancia con el contenido de las actuaciones sanitarias** o reivindican atenciones adicionales y medios alternativos.

Entre las primeras encontramos protestas por una cita equivocada (queja 16/6084), porque no se obtiene cita con el especialista (queja 16/5881), o bien porque se anula la que ya se había adjudicado sin más explicaciones (**queja 16/6244**), porque el paciente se ve obligado a reclamar previamente para la fijación de revisiones periódicas (**queja 16/5148**), o por suspensión de una prueba (queja 17/0208), como ejemplos de las muy diversas incidencias que pueden afectar al itinerario formal del proceso asistencial.

Entre las segundas las hay que expresan insatisfacción con la asistencia recibida, entendiéndola inadecuada o insuficiente para proporcionar solución a la dolencia de que se trate (inadecuado tratamiento de la degeneración macular en la queja 17/4864, sin alternativa terapéutica para dolencia en el hombro en la queja 17/1916, no se siente adecuadamente atendido respecto a sus padecimientos en la queja 17/2986, o no le hacen pruebas y sigue enfermo en la queja 17/3296); y las que piden abiertamente otras pruebas diagnósticas (las recomendadas por un facultativo privado para confirmar el síndrome de fatiga crónica en la queja 17/1389), acceso a otros tratamientos (bloqueo epidural para paliar dolor insoportable de espalda en la queja 17/1912), derivaciones a otros centros (rechazo de su derivación a otro hospital para valoración previa a cirugía bariátrica en la queja 16/6175), concretas intervenciones quirúrgicas (reducción de mamas en la queja 16/5462), e incluso prestaciones dudosas desde la perspectiva de la cartera de servicios (lentes bifocales en intervención de cataratas en la queja 17/3009, o tratamiento quirúrgico-ortodóncico en la queja 16/6979).

Con todo queremos destacar aquellas que evidencian obstáculos en el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades oncológicas, de las cuales recibimos algunas durante el pasado ejercicio con planteamientos muy concretos, entre los cuales sobresale la **percepción de retraso en el acceso a los tratamientos de radio y quimioterapia**.

#### 1.10.2.3.1 Autorización para derivaciones a centros ajenos al sistema sanitario público de Andalucía

En el Informe correspondiente a 2016 ya dimos cuenta de dos planteamientos nuevos de autorizaciones para recibir asistencia en hospitales pertenecientes a otras Comunidades Autónomas. En concreto en la **queja 16/4896** el interesado nos informaba de la negativa que se le había trasladado desde su hospital de referencia a que continuara las revisiones semestrales de su patología de glaucoma en el hospital San Carlos de Madrid, mientras que en la queja 16/6619 la interesada requería igualmente la derivación de su hermana, avalada por su especialista de referencia, para que pudiera ser atendida en el hospital Vall d'Hebrón de Barcelona, al objeto de clarificar su diagnóstico de Síndrome de Fatiga Crónica.

La tramitación de ambas quejas se ha llevado a cabo durante 2017, y este ejercicio nos ha traído un nuevo expediente sobre este particular, en concreto la queja 17/0645, que incorpora la petición de la interesada para tratamiento de su hijo de corta edad, afectado por la enfermedad de Cornelia de Lange, en un hospital de referencia para la misma ubicado en Zaragoza.



Significativamente, y contrario a la tendencia marcadamente restrictiva en relación con este tipo de iniciativas, los informes recibidos en estos casos muestran que las tres solicitudes han tenido favorable acogida. Así, en el primero el propio interesado nos comunicó que había reanudado sus revisiones en el mismo hospital donde venía siendo atendido desde que se detectó su dolencia de glaucoma congénito, en el segundo la hermana de la interesada acudió a consulta en el hospital Vall d' Hebrón, aunque para ello hubo que cambiar la presunción diagnóstica (de síndrome de fatiga crónica a esclerosis múltiple, porque la primera no estaba incluida en el SIFCO); y en el tercero se autorizó la valoración del hijo de la interesada en el hospital universitario Lozano Blesa de Zaragoza, a pesar de considerar que su enfermedad resulta tratable dentro del SSPA, teniendo en cuenta a estos efectos la falta de confianza expresada por los padres del paciente, y la dilatada experiencia del centro aragonés en esta patología.

### 1.10.2.3.2 Atención al Ictus

En el marco del seguimiento de las medidas adoptadas para dar cumplimiento a la Sugerencia emitida en la [queja 14/2535](#), sobre unidades de referencia para el tratamiento del ictus, nos vimos en la necesidad de solicitar la emisión de un nuevo informe, a la vista de las informaciones recibidas por algunos profesionales interesados en el tema, que seguían poniendo de manifiesto demora en algunas localizaciones para el acceso a la terapia de elección en determinados casos para el afrontamiento de la enfermedad.

Interesa recordar que la existencia de unidades de referencia implica la disponibilidad de radiología neurointervencionista durante las **24 horas, todos los días del año**, y que la respuesta administrativa a la propuesta realizada desde esta Institución incluía el aumento de la dotación de este tipo de unidades, desde las dos inicialmente existente, hasta un número de cinco.

Nuestro interés por tanto se centraba en conocer dónde iban a ubicarse las dos restantes, puesto que contando con las de Córdoba y Cádiz, se anunciaba la inminente puesta en marcha de la de Sevilla; y cuál iba a ser el ámbito territorial de cobertura de cada una, entre otras cosas.

Un especialista neurólogo de un hospital malagueño abundó en este tema ([queja 17/1553](#)), poniendo de manifiesto la discriminación que a su entender padecían los **ciudadanos del entorno de Málaga**, por la imposibilidad de llevar a cabo en sus centros la terapia endovascular de preferencia para los ictus de naturaleza isquémica, con la pérdida de tiempo asociada a la necesidad de desplazamiento de este tipo de pacientes al hospital Reina Sofía de Córdoba.

El interesado se manifestaba en los siguientes términos: *“este tratamiento se lleva realizando en toda España desde hace varios años con magníficos resultados, difundidos en revistas o congresos médicos, pero en Andalucía sólo existe el servicio en Sevilla, Córdoba, Cádiz y Granada. En Málaga, y en concreto en nuestro centro, se ha diseñado un Protocolo de Actuación perfectamente estructurado y detallado que ha sido entregado a la Dirección Médica hace ya casi 6 meses, y aún no hemos obtenido respuesta eficaz.*

*Hemos visto numerosos pacientes jóvenes quedar hemipléjicos para el resto de su vida por esta carencia. Es incomprensible que una población como la nuestra no pueda beneficiarse de una terapéutica eficaz y contrastada para cuya implantación la administración está sistemáticamente “dando largas”.*

*No sabría con palabras cómo transmitirle el estrés y ansiedad que esto nos ocasiona en las guardias de neurología, cuando ni todo el esfuerzo de los profesionales que atienden al paciente puede proporcionarle el tratamiento que precisa para seguir viviendo.*

*Nos tememos que finalmente este proceso se ponga en marcha sólo cuando se dé una denuncia judicial de familiares de pacientes, hacia la administración o sus representantes en el centro, por no haber puesto en marcha un tratamiento que desde hace meses o incluso años disfrutaban enfermos de otras provincias”.*

Pues bien a la fecha de emisión del informe requerido a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS (julio de 2017), al parecer la unidad de referencia de Málaga era la única de las cinco previstas que quedaba por constituirse con los medios necesarios para poder llevar a cabo la terapia endovascular referida fuera del turno ordinario de mañana en día laborables, aunque se preveía



que pudiera contar con los mismos en el transcurso del año. Esta misma información se nos suministró con ocasión de las actuaciones de seguimiento practicadas en la queja 14/2535.

Tintes propios sin embargo presenta la reclamación que en relación con la atención al **ictus en la provincia de Huelva**, presentó la Asociación “Huelva por una Sanidad Digna”, en la medida en que los déficits que denuncian aparecen en muchas ocasiones relacionados con la discutida unificación de los hospitales de la capital, aunque en la misma también subyace la carencia de unidad de ictus.

Así en la comunicación que da pie a la queja 17/0865 se nos dice que el Complejo hospitalario de Huelva carece de neurólogo de guardia de presencia física o localizada, por lo que la atención de la patología que consideramos fue asumida desde la UCI, y aunque el servicio de neurología y el de radiología participaron en la elaboración de la guía de práctica clínica de atención al ictus en el hospital, tras su estancia en la UCI durante 24-48 horas, los pacientes pasaban a una planta de neurología convencional y no a una unidad de ictus en la que se lleva a cabo un seguimiento mucho más completo.

Se afirma por la Asociación promotora de la queja que desde la fusión hospitalaria llevada a cabo en la provincia, la atención al ictus se ha deteriorado, hasta el punto de entender que en la actualidad se está sustrayendo a la población de los beneficios de una atención temprana e integral, a cuya demostración aporta los siguientes argumentos:

1. El servicio de neurología se ha trasladado al hospital Infanta Elena, mientras que el de neurocirugía permanece en el hospital Juan Ramón Jiménez porque los quirófanos del primero no cumplían las condiciones de bioseguridad necesarias para este tipo de intervenciones, pero el concurso de los neurocirujanos es necesario en muchos casos de ictus (muchos ictus hemorrágicos, y otros supuestos), por lo que al parecer ya se ha dado el caso de tener que trasladar a pacientes, incluso varias veces, de un centro a otro, demorándose dicho desplazamiento varias horas, a la vista de la ausencia de una UVI móvil exclusiva para traslado en la provincia.
2. Por causa de la separación arriba mencionada, hay unidades de emergencia extrahospitalarias (061, DCCU,...) que no saben a dónde deben llevar al paciente, teniendo en cuenta además que hasta que no se realiza el TAC no se determina el tipo de ictus, por lo que en muchas ocasiones es cuestión de suerte que el paciente ingrese en el centro que le permita un tratamiento correcto.
3. La falta de una unidad de ictus, con capacidad para reducir la mortalidad y las secuelas, pues la misma disminuye la morbimortalidad de pacientes con cualquier tipo de ictus, no solo los sometidos a trombolisis, ganando importancia las medidas relacionadas con los cuidados (posición de la cama, control estrecho de glucemia,...).
4. El apoyo de la UCI es fundamental, pero los profesionales de la misma en el hospital Infanta Elena tiene muy poca experiencia en estas patologías, porque llevan mucho tiempo siendo atendidas en el hospital Juan Ramón Jiménez, por lo que es posible que se den resultados no deseados durante su curva de aprendizaje, habiéndose negado a alguno el reciclaje en otro centro de excelencia en esta materia.
5. Hay muchos pacientes con ictus que ingresan en el hospital Juan Ramón Jiménez, que una vez atendidos de manera urgente no pueden ser trasladados a la unidad de neurología del hospital Infanta Elena por la insuficiencia de camas en el mismo en relación con la demanda, por lo que se asumen por el servicio de medicina interna y no son atendidos por neurólogo, previéndose que este especialista acuda al hospital Juan Ramón Jiménez a demanda de los internistas solamente un día a la semana.
6. Muchos pacientes con ictus precisan estudio y tratamiento de cardiología, pero el servicio de esta especialidad que se encontraba en el hospital Infanta Elena se ha trasladado al hospital Juan Ramón Jiménez, retrasándose dicha valoración e incrementándose los traslados intercentros, que aumentan el riesgo de recidiva.
7. Inexistencia de servicio de radiología vascular para realizar procedimientos de trombectomía, teniendo que ser trasladados los pacientes a Sevilla, con el problema añadido de los retrasos de la ambulancia de traslados intercentros, lo que lleva a que no se beneficien de la técnica en el tiempo preciso.



8. Imposibilidad de realizar TAC de perfusión en el hospital Infanta Elena (por carencia de software) para determinar la gravedad del daño cerebral y decidir la alternativa terapéutica.

9. La ubicación del servicio de neurología en el hospital Infanta Elena presenta dos grandes problemas, por un lado la falta de aseos adaptados en las habitaciones, y las escasas dimensiones de las mismas que impide el acceso de un carro de paradas; y por otro lado la distancia al gimnasio del servicio de rehabilitación, el cual está situado en otro edificio, no permitiendo que los pacientes se beneficien de la rehabilitación temprana, la cual se reduce en estos casos a cambios posturales que llevan a cabo los fisioterapeutas que suben a planta.

En resumidas cuentas la interesada trae a colación los datos del informe de fiscalización de la Cámara de Cuentas (2014), que evidencian en dicho período temporal un número de 951 diagnósticos de ictus en la provincia, siendo isquémicos 568 (60%), hemorrágicos 154 (16%) y AIT 229 (14%), contabilizándose exclusivamente 14 tratamientos fibrinolíticos.

En cuanto a la cronas para llegar al hospital de referencia (Virgen del Rocío) se sitúan teóricamente en 58 minutos (92 km) desde el complejo hospitalario de Huelva, y 1:10 minutos (88 km) desde el hospital de Riotinto, aunque la interesada apunta que las mismas no se cumplen habitualmente.

Por su parte el informe que en la tramitación de este expediente nos ha remitido el SAS alude al **compromiso actual de creación de una unidad interdisciplinar de ictus**, el establecimiento de guardias de neurología de 24 horas, la existencia de un mecanismo de coordinación adecuado con el hospital Virgen del Rocío para el desplazamiento al mismo de los pacientes que necesiten terapia endovascular, con disponibilidad de una ambulancia de traslados, y la próxima realidad del TAC de perfusión, para cuyo funcionamiento se está desarrollando el software necesario.

Al mismo tiempo se niega relevancia a las consecuencias que pudieran derivarse de la diferente ubicación de los servicios, y se apunta un incremento exponencial de los pacientes que han sido sometidos a fibrinolisis.

En último término se nos explica que la distribución de la cartera de servicios entre los centros se ha estudiado por un grupo integrado por todos los sectores interesados y, a la fecha de emisión del informe, la propuesta final aún estaba pendiente de aprobación por la mesa sectorial.

Con esta perspectiva la Asociación interesada saluda positivamente algunos de los anuncios realizados, aunque destaca que aún no se hayan materializado, y mantiene por otro lado algunas de las discrepancias iniciales, por lo que desde esta Institución entendemos necesario asistir a la definitiva configuración de la cartera de servicios de cada centro en el marco del proceso de reversión de la fusión hospitalaria, así como efectuar el seguimiento de la efectiva aplicación de las medidas que se han expuesto.

## 1.10.2.4 Atención Sanitaria de Urgencias

La atención de urgencias se define como la que se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata, y se lleva a cabo tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día.

La preocupación de la ciudadanía en cuanto a su buen funcionamiento siempre se ha traducido en el planteamiento de quejas, bien por situaciones individualizadas en las que se cuestiona su idoneidad, bien por déficits generalizados de medios en su prestación, tanto en el ámbito hospitalario, como últimamente con mayor frecuencia, en el extrahospitalario.

La estrecha vinculación que presenta esta modalidad asistencial con las situaciones de mayor riesgo para la salud y la vida, convierten a los dispositivos encargados de dispensarla en bienes muy apreciados, por lo que normalmente la sensibilidad individual y colectiva hacia los mismos se manifiesta de forma acusada.



### 1.10.2.4.1 Urgencias Extrahospitalarias

Así lo venimos observando en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias, sobre todo en el medio rural, en el que la dependencia respecto de los medios de los que hablamos, en situaciones de riesgo inmediato para la salud, se evidencia con más claridad.

La problemática vinculada a la atención sanitaria de urgencias en la [sierra Sur de Sevilla](#), por lo que hace en concreto a la localidad de Badolatosa y otros pueblos de la zona, viene sucediéndose año tras año, con discretos avances conseguidos por la actitud reivindicativa de sus habitantes, y queremos pensar que también, por las medidas propuestas en las resoluciones emitidas desde esta Institución (queja 11/0500, queja 12/2994 y queja 12/2995).

En el Informe correspondiente al año 2016 reflejamos el estado de la cuestión, partiendo de la posibilidad de que la población de este área fuera atendida en el punto de urgencias de Jauja, a lo que se añadía la de utilización de la ambulancia ubicada en este último para la realización de los desplazamientos que fueran necesarios al hospital de Osuna, de forma coordinada con uno de los equipos móviles del punto de atención urgente de Estepa, llamado a completar el traslado tras la recogida del paciente en una localización convenida entre ambos.

Ahora bien durante 2017 tramitamos otros tres expedientes (queja 16/2515, queja 16/2880 y queja 16/2881) que ponían en entredicho la sistemática descrita, pues tras demandarse atención sanitaria urgente en situaciones de diverso nivel de gravedad (corte profundo en el brazo de una menor, ictus e intento de autólisis), y acudirse por los pacientes al mencionado punto de atención urgente de Jauja al objeto de recibir aquella, los desplazamientos que se hicieron necesarios al hospital de Osuna implicaron diversos períodos de espera del recurso correspondiente enviado desde Estepa, a pesar de que la ambulancia asistida ubicada en Jauja se encontraba disponible, e incluso aparcada en la puerta del consultorio.

Por los informes remitidos en estos casos pudimos conocer que durante dos años los traslados al hospital de Osuna de los pacientes de la zona no han implicado la utilización de la ambulancia que consideramos y las situaciones que se nos trasladan constituyen buena prueba de ello, de manera que solamente desde octubre de 2016 se ha establecido que se inicien los desplazamientos con la ambulancia de Jauja y se haga la transferencia del paciente a otra proveniente de Estepa en un punto del recorrido.

Desde esta Institución hemos remitido a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud una nueva [Resolución](#), la tercera sobre este asunto, a la que dicha unidad administrativa ha respondido aludiendo a la creación de una alianza estratégica entre las áreas de gestión sanitaria de Osuna y Sur de Córdoba para la prestación de atención urgente a los ciudadanos de Jauja, Badolatosa, Corcoya y Casariche desde el punto de atención urgente ubicado en la primera localidad.

Tras la explicación de los medios destinados a tal fin y los horarios de disponibilidad de los mismos, por lo que hace a los traslados medicalizados de pacientes al hospital de Osuna, se acuerda que preferentemente se realicen por un dispositivo móvil adscrito al centro de salud de Estepa con el fin de garantizar la cobertura de la zona, aunque en los casos de prioridades 1 y 2 se establece la posibilidad de que el desplazamiento se inicie con la ambulancia de Jauja y que el paciente se transfiera a otra adscrita a Estepa en un punto a determinar, en función de la posición y las cronas de los dispositivos intervinientes.

Al mismo tiempo se nos indica que al cumplirse un año de activación de la alianza referida se evaluará de nuevo la situación, a pesar de lo cual manifiestan que permanecen constantemente atentos a las incidencias que puedan surgir.

La asistencia extrahospitalaria urgente se organiza conforme a parámetros poblacionales, así como distancias y medios de comunicación, de manera que con carácter fijo se ubica en determinados puntos de la zona básica de salud, y se complementa con equipos móviles que se activan desde los centros de comunicaciones conforme a la calificación de prioridad que reciba la demanda de atención.

Las denuncias relacionadas con la insuficiencia de los medios puestos al servicio de la atención sanitaria urgente en una determinada localidad se suceden año tras año, fundamentalmente protagonizadas por



asociaciones o plataformas vecinales expresamente constituidas con esta finalidad, pero también por autoridades locales o simples ciudadanos que, con explicación de las circunstancias específicas de la zona (localización geográfica, déficit de comunicaciones, incremento de población en la época estival,...), **reclaman la ubicación en la misma de un punto de atención continuada**, al objeto de que la atención sanitaria se desarrolle en proximidad durante las 24 horas.

Así durante el ejercicio de 2017 asistimos a las reivindicaciones realizadas en este sentido para las localidades de **Manilva** (queja 16/4546), **Churriana** (queja 17/0836) o **Peñaflor** (queja 17/3077), mientras que en otros casos la solicitud se dirige a la dotación de dispositivos móviles tipo ambulancias asistidas, como por ejemplo la que incorpora la queja 17/6048 para la atención de las localidades de **Castell de Ferro** y **la Mamola**, la petición de uso exclusivo de dos ambulancias asistidas para la población de **Antequera** (queja 17/4325), o la de incorporación de los tres equipos móviles que se estiman necesarios para dar asistencia a la población de la sierra de Huelva (queja 17/0849), evitando que las situaciones de mayor nivel de prioridad provoquen el desplazamiento de los facultativos de atención primaria de los centros de salud y consultorios de la zona, abandonando sus consultas por un tiempo que puede llegar a ser prolongado si se determina la necesidad de un traslado asistido al hospital.

Es sabido que el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias ha elaborado un plan de mejora de las urgencias del SSPA, que prevé el análisis de los servicios de urgencia de atención primaria teniendo en cuenta aspectos como la población de cobertura, horario, estructura física, recursos materiales y personas dedicadas.

Desde que en el informe de respuesta emitido por la Administración Sanitaria a las Recomendaciones formuladas en la queja 16/2515 anteriormente mencionado, se nos dijo que dicho análisis se encuentra en fase de implantación y control no hemos vuelto a tener más noticias sobre este tema, desconociendo en qué estadio se encuentra actualmente este proceso.

A la vista de la reiteración que presenta esta reclamación, que salpica todo el ámbito rural de nuestra Comunidad Autónoma, nos planteamos la **necesidad acuciante de que dicha evaluación se complete**, así como que decididamente se establezcan parámetros que resulten más favorables para la dotación de medios en dichas localizaciones, bien por incremento del número de unidades fijas, bien por la de dispositivos móviles, ampliaciones de horario, zonas de cobertura, etc. promoviendo la reducción de los tiempos de asistencia, sobre todos para los mayores niveles de prioridad de las demandas, de manera que desaparezca el sentimiento de peligro y riesgo que actualmente predomina entre sus habitantes.

### 1.10.2.4.2 Urgencias Hospitalarias

La actividad de la Institución en este subapartado tradicionalmente se reparte, al igual que en el anterior, en el examen de episodios concretos donde la demanda de atención sanitaria urgente se ve afectada por la demora, o bien no se considera suficiente o idónea para dar respuesta al motivo que determina la comparecencia en el servicio, lo que obliga a reconsultar prematuramente.

Por otro lado también se han denunciado problemas estructurales, ceñida la denuncia a diferentes centros hospitalarios del SSPA, aunque la participación de la Institución en el estudio sobre "Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: Derechos y Garantías de los pacientes", nos permitió **identificar los principales puntos de conflicto** y elevar a la Administración Sanitaria Andaluza algunas de sus Recomendaciones.

A resultas de lo anterior aquélla adoptó la iniciativa del Plan de mejora de las urgencias, al que más arriba hemos hecho referencia, y aunque se nos ha indicado que el mismo ya se ha completado y la evaluación arroja elevados niveles de cumplimiento de las medidas propuestas, ello no evita que este tipo de planteamientos genéricos continúen.

Por ejemplo el pasado año recibimos, a través del comunicado que nos trasladó una Alcaldesa de la zona de influencia del hospital de Riotinto (queja 17/3688), la reclamación encabezada por los profesionales del servicio de urgencias de dicho centro, que incluía circunstancias afectantes a la distribución de los espacios



asistenciales, las dotaciones de medios materiales y de personal, y la propia organización del servicio, que al modo de ver de los trabajadores están repercutiendo negativamente en la calidad asistencial, impidiendo que se pueda proporcionar una atención adecuada.

Desde la Institución nos interesamos por las **actuaciones llevadas a cabo en relación con el hospital de Riotinto** en el marco del plan de mejora de los servicios de atención de urgencias de los hospitales, incluyendo el informe elaborado por el Plan Andaluza de Urgencias y Emergencias (PAUE) sobre la situación del servicio de urgencias del hospital y las recomendaciones realizadas, así como las mejoras implementadas en base a las mismas (medidas puestas en marcha, grado de cumplimiento y resultados).

El informe recibido del área de gestión sanitaria norte de Huelva da cuenta de la reunión mantenida con los profesionales del servicio a fin de que expusieran los motivos de su preocupación, y se alude a la problemática suscitada en cuanto al espacio y la plantilla, las medidas adoptadas en este campo, y sobre todo en relación con la organización asistencial, las cuales aún tenemos que valorar al objeto de adoptar una resolución definitiva sobre este expediente.

Por lo que hace a las experiencias individuales de atención que siguen a la demanda de **asistencia urgente en los centros hospitalarios** del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), merece la pena destacar la que ha motivado la iniciación de oficio del expediente de **queja 17/6790**.

Y es que tuvimos conocimiento a través de diversos medios de prensa escrita del fallecimiento de una paciente en las dependencias de un servicio de urgencias, el cual aparecía cualificado por el largo período de tiempo (más de doce horas) que permaneció sin recibir asistencia, al parecer porque tras la retirada de la auxiliar que la acompañó en el desplazamiento en ambulancia desde el centro de mayores en el que residía, se quedó sola, y no escuchó, o bien no pudo responder a los llamamientos realizados para que acudiera a consulta, considerándose entonces por el hospital que se había ausentado voluntariamente.

Al margen de la mayor o menor incidencia que la asistencia debida hubiera podido tener en relación con el desenlace, **nos preocupa la descoordinación** que los hechos relatados parecen poner de manifiesto a la hora de asistir a los pacientes que no están acompañados durante su estancia en los servicios de urgencia, específicamente en los casos en los que los mismos son trasladados desde los centros de mayores en los que residen, cuando carecen de familiares, o mientras que los mismos son avisados y se personan en el hospital.

En relación con este asunto en la actualidad estamos a la espera de recibir los informes solicitados al centro hospitalario concernido y la Delegación territorial correspondiente de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, de forma que con seguridad podremos dar noticia del resultado de nuestras actuaciones el próximo ejercicio.

## 1.10.2.5 Tiempos de respuesta asistencial

Habitualmente agrupamos en este apartado todas las quejas que invocan el exceso de tiempo que preside la actuación sanitaria que ha sido recomendada en un caso determinado, ante el cual los interesados solicitan asesoramiento sobre el modo de proceder que permita agilizarlas, y pretenden nuestra intervención precisamente con este fin.

Con ser idéntico el motivo que preside la reclamación, los escenarios son diversos, puesto que concurren dos circunstancias modificativas, por un lado el tipo de actuación, y por otro el hecho de que aparezcan o no sometidas a garantía de plazo de respuesta.

De esta manera nos encontramos con intervenciones quirúrgicas, primeras consultas de especialidades, y procedimientos diagnósticos, al margen de otras actuaciones, pudiendo o no figurar en los listados de las normas que establecen la obligación de que se lleven a cabo dentro de determinados límites temporales, y por lo tanto, tener o no asociado el incumplimiento del mismo, el beneficio de poder practicarse la misma en un centro sanitario privado.



Desde hace ya algún tiempo **las quejas sobre listas de espera constituyen el aspecto más importante** que motiva la comparecencia de la ciudadanía ante esta Institución, y en los últimos años esta posición se ha acrecentado, puesto que los tiempos de respuesta asistencial son los ratios que resultan más evidentes, en la medida en que son objeto de publicación anual.

Con todo, vaya por delante que detectamos **una importante falta de concordancia entre las cifras publicadas y la realidad presentada** a través de las denuncias concretas que recibimos. Ciertamente quienes acuden a nosotros son los que sufren las carencias o déficits del sistema, lo que podría llevarnos a pensar la prevalencia de las primeras. Somos conscientes de que las quejas son una pequeña parte de la realidad, pero normalmente constituyen una parte representativa que ofrece pistas indudables de cómo se está comportando el sistema sanitario.

Antes de entrar en consideraciones sobre las reivindicaciones que incorporan nos parece conveniente comentar los datos sobre tiempos de respuesta relativos a junio del año pasado. En no pocas ocasiones hemos puesto de manifiesto las incidencias de la crisis económica en el detrimento de los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios, y aunque establecer relaciones de causa-efecto en este tema resulta complicado, nos bastaría con analizar exclusivamente las cifras oficiales para concluir que **no podemos atisbar en el mismo los síntomas de recuperación que se observan en otros apartados**.

El examen comparativo de los datos aludidos nos permite afirmar que los pacientes que en espera de una intervención quirúrgica han visto superado el plazo de 180 días, se han incrementado desde los 943 que existían en junio de 2016 a los 2.621 que constan en junio de 2017, mientras que el plazo medio de respuesta ha ascendido desde los 59 hasta los 66 días.

Por lo que hace a las primeras consultas de especialidades en 2016 había 3.694 pacientes que esperaban más de 60 días, al tiempo que en junio de 2017 aparecen 26.228, con especial incidencia en las especialidades de neurología y traumatología.

Por último por lo que a las pruebas diagnósticas se refiere, de 1.184 pacientes que superaban los 30 días de plazo de garantía en junio de 2016, se ha pasado a 6.501 en junio de 2017.

También en estas dos actuaciones se han incrementado los tiempos medios de respuesta, con afectación especial de los que marcan las consultas y pruebas en los hospitales de Granada, donde se elevan muy por encima de la media, lo que quizás venga determinado por la problemática suscitada a raíz de la fusión hospitalaria y la posterior reversión del proceso, aún no concluido.

En todo caso, otro año más **las quejas sobre tiempos de respuesta asistencial se elevan a una cuarta parte de las recibidas**, destacando por encima de todas las relativas a las intervenciones quirúrgicas (43), después las atinentes a citas de especialistas que no se configuran como primeras consultas (25), y en orden decreciente las que aluden a pruebas diagnósticas (22), y primeras consultas de especialidades (9). Estos números son los que reflejan las quejas nuevas que hemos recepcionado sobre esta materia, aunque el total de las tramitadas durante el pasado ejercicio ha sido mayor.

Empezando por la última de las categorías mencionadas, sin lugar a dudas nueve quejas sobre primeras consultas de especialidades no son muchas, pero a pesar de ello en algunas (queja 16/1985) hemos podido comprobar claramente la superación del plazo de garantía establecido, no pudiendo justificarse dicha circunstancia con la alegación sobre la existencia de ciertas demoras a resultas de un aumento de la demanda.

Dicha argumentación no nos parece que pueda justificar el incumplimiento de la garantía, cuya inexigibilidad solo procedería en caso de que se dieran circunstancias excepcionales que incidieran en el normal funcionamiento de los centros, fundamentando de esta manera la suspensión de aquella.

En la **Resolución** emitida en este expediente, aparte de constatar la vulneración de la norma, señalamos la consecuencia principal de dicho incumplimiento, que es la posibilidad de acudir a un centro sanitario privado para la consulta, invocando a estos efectos la necesidad de comunicar a los pacientes incluidos en la lista que los plazos de garantía se han incumplido, para que puedan ejercitar el derecho que se asocia.



En cuanto a las pruebas diagnósticas, las quejas se refieren a procedimientos de todo tipo, fundamentalmente de imagen (Tac, Rmn, colonoscopia, ecografía,...), pero no exclusivamente (holter, arteriografía, cateterismo, ergometría, Emg,...).

En el Informe correspondiente al año 2016 dimos cuenta de algunas resoluciones emitidas en este asunto, cuyas respuestas hemos recibido el año pasado, dando lugar al cierre de los expedientes con la calificación oportuna.

Ahora bien llama la atención cómo en algunos casos ([queja 15/3670](#) y [queja 16/2773](#)) se trata de justificar la demora por la necesidad de priorizar atendiendo a las circunstancias concretas de cada paciente, para proceder a continuación a quitar importancia a la práctica de la prueba afirmando su innecesariedad. Así en el primer caso “por el tiempo que implica el desarrollo de la enfermedad neoplásica, teniendo en cuenta el transcurrido desde una prueba anterior con resultados de normalidad”, y en el segundo “a la vista de la baja probabilidad de patología subyacente según la sintomatología”.

Pensamos que no nos compete decidir sobre la relevancia de las pruebas en orden al diagnóstico y tratamiento, pero que este dato no es significativo una vez que se ordenan, pues pudiendo influir a la hora de determinar la prioridad de su realización, **no permite obviar el cumplimiento del plazo máximo**.

Uno de estos expedientes también nos ha permitido acceder al modo de proceder de los centros **cuando el paciente reclama la asistencia sanitaria privada** por incumplimiento de la garantía, si no existen centros de dicha naturaleza conveniados para que aquella pueda tener lugar. Así se nos indica que en estos casos se puede acudir a cualquier centro privado, de forma que luego se puede solicitar el pago por la vía del reintegro de gastos, con respeto, por lo que hace al abono, a las cuantías máximas establecidas en la normativa correspondiente.

La acomodación a las citas para las consultas de especialistas también es un argumento al uso cuando se aprecia superación del plazo normativamente establecido. Así se nos indica en la respuesta a la **Resolución** emitida en la queja 16/4390, donde se afirma que el tiempo para la práctica de las pruebas diagnósticas vino determinado por el momento de aquéllas, y que de haberse practicado dentro del mismo, como de hecho podría haber sido, no habrían reflejado la situación actualizada y la evolución del paciente, obligando entonces a su repetición.

En el ámbito de la espera para las intervenciones quirúrgicas, el año pasado determinamos la conclusión de nuestras actuaciones en la [queja 16/0714](#) iniciada de oficio sobre **lista de espera para reconstrucción mamaria**.

En general, por lo que hace a la **Recomendación** para la agilización de los plazos para las operaciones, tanto en primera instancia, como las sucesivas que se hagan necesarias, consideramos aceptados los términos de nuestra resolución con el anuncio de elaboración, y más aún por la publicación, de la Orden que establece la garantía de plazo de respuesta para estos procedimientos.

Ahora bien, en lo que respecta a la cartera de servicios de los centros, y aunque la Administración se limitaba a constatar que existe claridad al respecto de la misma, considerando irrelevante la disponibilidad de especialistas en cirugía plástica, teniendo en cuenta que las pacientes que lo precisen pueden ser derivadas a los centros adecuados en función de la técnica que se vaya a utilizar; por nuestra parte manteníamos dudas, en la medida en que la información proporcionada por la Administración clasificaba entre las pacientes pendientes de intervención en hospitales que no cuentan con cirugía plástica en su cartera de servicios, algunas pendientes de procedimientos quirúrgicos complejos, que por tanto estaban llamados a ser realizados por dichos especialistas.

En esta tesitura además cobraba relevancia la denuncia efectuada por **el colectivo de especialistas en cirugía plástica** sobre la realización de intervenciones de reconstrucción por profesionales que carecen de la competencia necesaria para ello.

De ahí que solicitáramos un informe aclaratorio de los procedimientos quirúrgicos que deben ser llevados a cabo por cirujanos plásticos y los que pueden practicarse por otros especialistas, reflejando conforme a



dicho criterio los que se practican en cada centro del SSPA. En este punto también preguntamos por los conciertos suscritos a este fin y el ámbito de cobertura de los mismos, así como el número de derivaciones intercentros que por esta causa se ha llevado a cabo en los dos últimos años.

Pues bien, el nuevo informe recibido niega tajantemente que el tipo de intervención venga determinado por la cartera de servicios del hospital de referencia de la paciente, señalando que en caso de que este último no disponga de los especialistas que su intervención precisa, puede ser remitida al hospital más cercano que sí los posea. Además apunta que la determinación de la concreta intervención se lleva a cabo mediante un proceso de decisión consensuado con la paciente, que tiene en cuenta el tipo de tumor, sus características personales y sus deseos, a la vista de las posibilidades que presenta su caso.

En este sentido se ofrecen datos correspondientes a los ejercicios 2015 y 2016 sobre número y porcentaje de pacientes intervenidas en los hospitales de referencia que cuentan con cirugía plástica y reparadora, que sin embargo pertenecen a otras áreas hospitalarias. Así de 866 intervenciones practicadas por dichos especialistas en 2015, 454 (52%) lo fueron de pacientes derivadas desde sus centros de referencia, ascendiendo dicho número a 549 (el 54%) de las 1016 intervenciones llevadas a cabo en el año 2016.

Por lo que hace a la clarificación de los procedimientos que se llevan a cabo por unos u otros profesionales, y por tanto en unos u otros centros hospitalarios, el informe apunta a la cartera de servicios de procedimientos que aparece publicada en la página web del SAS, a cuya consulta nos remiten.

De todas maneras adjuntan cuadros recopilatorios de los que integran la cartera de servicios de cirugía plástica y reparadora, con expreso señalamiento de los procedimientos que solamente se practican por estos especialistas, e igualmente de los que pueden llevarse a cabo indistintamente por varios profesionales.

Por nuestra parte subsisten algunas dudas en cuanto a los aspectos que determinaron la solicitud del informe aclaratorio, pues aún cuando constatamos la existencia de derivaciones a hospitales de referencia para intervenciones que se practican exclusivamente por cirujanos plásticos, se sigue sin explicar que existan pacientes pendientes de este tipo de intervenciones en hospitales que en principio no cuentan con dichos especialistas.

Por otro lado también advertimos procedimientos que figuran en la cartera de servicios de cirugía plástica como exclusivos de la especialidad (por ejemplo mastectomía subcutánea unilateral con implantación simultánea, código 85.33), que también figuran en las carteras de ginecología y cirugía general con posibilidad de ser realizados indistintamente por varias especialidades.

En todo caso por lo que hace al objetivo fundamental que perseguíamos con la tramitación de esta queja tenemos que considerar que nuestras recomendaciones se han aceptado, sin perjuicio de que tanto los tiempos de respuesta, como el resto de las cuestiones que analizamos, puedan continuar siendo valorados en cada caso concreto. En este sentido durante 2017 recibimos algunos otros planteamientos relacionados con este asunto (queja 17/4016).

Aún más preocupante para muchas personas resulta la espera que precede a **intervenciones necesarias en el curso de procesos oncológicos**. Verdaderamente el diagnóstico de muchos tumores no está exento de la práctica de pruebas complementarias para concretar la alternativa terapéutica, la extensión de la enfermedad,... pero lógicamente la sucesión de aquellas provoca a veces que el plazo exceda del que los afectados pueden psicológicamente afrontar, teniendo en cuenta la incidencia del tiempo en el desarrollo de la patología y por tanto en su pronóstico.

Así el proceso de diagnóstico de un carcinoma real se prolonga más de seis meses hasta que el paciente es intervenido en la queja 15/2964, y otro tanto se precisa para el diagnóstico e intervención de un adenocarcinoma de próstata en la queja 16/6737. A este respecto hemos significado la importancia que juegan los plazos de garantía para los procesos asistenciales en la **Resolución** emitida en la queja 16/5798.

Y es que aparte de la demora que se imputa al facultativo de atención primaria por la resistencia a la derivación del paciente al especialista a pesar de su sintomatología, hay que sumar los 93 días que se hicieron necesarios para practicar una biopsia, más el tiempo que exigen las pruebas para conocer la



extensión de la enfermedad, lo que lleva al afectado a considerar que la situación que atraviesa no es la mejor forma de afrontar la enfermedad y sentir que cada paso que da es un freno para poder dar el siguiente.

Por nuestra parte criticamos el escaso contenido del informe, que no nos permite comparar el proceso asistencial descrito por el interesado con las pautas establecidas en las guías de práctica clínica consultadas. Ahora bien, aunque no evaluamos dicho proceso desde una perspectiva técnica, no podemos dejar de realizar algunas observaciones a la vista del Proceso Asistencial Integrado (PAI) hiperplasia benigna de próstata-cáncer de próstata.

Por lo que respecta a los plazos constatamos el incumplimiento del plazo de garantía (30 días) previsto para la biopsia de próstata, así como el previsto para el proceso asistencial, definido como conjunto de actuaciones que se desarrollan desde que se produce la aproximación diagnóstica hasta que se confirma la misma y se determina el tratamiento.

Destacamos la importancia de este mecanismo como método de control de la duración del proceso en su conjunto, en relación con enfermedades en las que el tiempo tiene incidencia en relación con el diagnóstico, y señalamos su escasa funcionalidad en la práctica.

Recomendamos la adopción de medidas para que se respeten ambos plazos, así como para que se tengan en cuenta las demoras acumuladas al objeto de agilizar el diagnóstico y acceso al tratamiento, confluyendo en este objetivo también una perspectiva de humanización.

En el Informe correspondiente a 2016 también llamamos la atención sobre lo que vinimos a denominar **plazos intermedios** y es que la espera de los pacientes no se proyecta exclusivamente respecto de intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y primeras consultas de especialidades, gocen o no de cobertura por la garantía de plazo, sino que afecta igualmente a otras muchas actuaciones cuyos períodos de realización no tienen reflejo público.

Nos referimos a consultas de especialista para recogida de resultados tras la práctica de pruebas, consultas con unidades especializadas en determinadas afecciones, consultas de revisión tras la aplicación de determinados tratamientos o para comprobar la evolución, interconsultas con especialidades distintas a la que en principio atiende el proceso asistencial del paciente, o también acceso a tratamientos de muy diversa índole.

Y es que el análisis de los datos sobre lista de espera en los casos de cobertura por la garantía de plazo, no deja de incorporar una perspectiva parcial sobre la duración del proceso asistencial, el cual en función de su mayor o menor complejidad, puede englobar una multiplicidad de actuaciones de las señaladas, lo que se traduce en una **adición sucesiva de plazos que alarga sobremanera el tiempo preciso para el diagnóstico** y en su caso, la aplicación de la determinación terapéutica.

Además el retraso para la asistencia por ciertas unidades específicas es proverbial en algunas especialidades. Así en **oftalmología** se puede esperar un año para ser visto por la unidad de retina (**queja 16/4314**), y no digamos el tiempo que se precisa para ser atendido por algunas unidades de **traumatología**, principalmente columna (**queja 16/2485**, queja 16/6888, queja 17/2394, y **queja 17/3012**) y rodilla. En concreto la espera para consulta en la **unidad de rodilla del hospital Virgen Macarena** ha sido objeto de cuestionamiento múltiple durante el pasado ejercicio (queja 17/445, queja 17/4754 y queja 17/6283), que se añade al que ya se hizo patente el año anterior en relación con la misma unidad y centro (queja 16/6580 y **queja 16/4249**).

De hecho en este último expediente tuvimos que concluir nuestras actuaciones con el criterio de inaceptación de nuestras Recomendaciones, pues aunque se nos transmitió una aceptación formal de las mismas, no se reflejaron iniciativas que pudieran ofrecer solución a la situación planteada. El anuncio de la incorporación de un nuevo especialista traumatólogo no parece haberse traducido en una disminución efectiva del período de espera para la atención por la unidad de rodilla. En todo caso la reiteración de esta denuncia, y la constatación de una demora en torno a los diez meses, nos lleva a plantearnos la iniciación de un expediente de queja de oficio para investigar las circunstancias que concurren en este supuesto.



## 1.10.2.6 Praxis asistencial

Reflejamos en este subapartado dos aspectos diferentes que tienen que ver con la práctica asistencial, pues por un lado comentamos las denuncias de mala praxis que nos trasladan los ciudadanos, y por otro, reflejamos las incidencias que afectan al procedimiento administrativo en el que aquella se intenta hacer valer.

Ciertamente nos gustaría poder tener una intervención más activa en el primer asunto, pero no tenemos medios para comparar la asistencia sanitaria desarrollada en un caso concreto con los protocolos o guías de práctica clínica que resultan aplicables y marcan la línea de la *lex artis*. Es por eso que no podemos discriminar las actuaciones sanitarias que se apartan de la misma y que, por tanto, pudieran ser objeto de reproche. Solamente en algunos casos muy específicos hemos reunido indicios suficientes para sustentar la duda, que nos han servido para reclamar la apertura de oficio de un **expediente de responsabilidad patrimonial** al objeto de abordar la concurrencia de los requisitos que determinan la misma.

Nuestro modo de proceder en este tipo de quejas siempre parte de advertir a los interesados sobre esta cuestión, e informarles de los medios que tienen a su alcance para hacer valer su pretensión, planteándoles la opción de iniciar el expediente de responsabilidad patrimonial, como cauce para promover una investigación sobre lo sucedido en la que puedan tener participación proponiendo pruebas o efectuando alegaciones, y en la que se emita un dictamen pericial por especialistas, sin perjuicio de que la resolución que recaiga pueda ser objeto de recurso en vía judicial.

Por otro lado, a veces la admisión a trámite de estas quejas también nos permite evaluar aspectos conexos a la praxis sanitaria, más allá de una perspectiva eminentemente técnica, tales como plazos, procedimientos,... sobre los que quepa realizar recomendaciones o sugerencias de mejora.

Además en muchos casos nuestra intervención propicia que se amplíe el ofrecimiento de información desde el ámbito sanitario, colmando un déficit inicial que, en no pocas ocasiones, satisface el interés de los afectados y sus familias, y contribuye a aliviar el sufrimiento ocasionado.

La denuncia por los perjuicios, incluido el fallecimiento, que se achacan a una demora indebida en el diagnóstico de padecimientos oncológicos suele ser habitual (queja 16/1015, queja 17/3692 y queja 17/3758).

Ahora bien, por contra, la formulación de reclamaciones de responsabilidad patrimonial no está exenta de dificultades. De hecho el segundo aspecto que tradicionalmente incluimos en este apartado se relaciona con los **elevados plazos que se hacen necesarios para que la Administración Sanitaria resuelva** expresamente los expedientes a los que aquellas dan lugar.

Durante el pasado ejercicio elevamos a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS varias **Resoluciones** (queja 16/4450, queja 16/5526, queja 16/6092, y queja 17/0137), una vez que en los informes recibidos de la misma tras nuestro requerimiento en el curso de la tramitación de las quejas mencionadas, vino a reconocer que el **tiempo medio de resolución de estos expedientes es de tres años**, refiriendo que a la fecha de elaboración de aquellos se estaban realizando los dictámenes facultativos de las reclamaciones formuladas en 2013 y 2014.

A la vista de que la Administración no ha tenido reparo alguno en reflejar un término que sextuplica el plazo reglamentariamente establecido, el cual al parecer marca para la misma la pauta de la normalidad, no en vano en los casos que analizamos se preocupa de explicar que se encuentran todavía dentro de aquel, confirmamos nuestra sospecha de que el problema que afecta a la resolución de los expedientes de responsabilidad patrimonial se encuentra profundamente enquistado, y lejos de experimentar algún avance con las medidas adoptadas, continúa situándose dentro de parámetros inaceptables para el ciudadano, en el marco de una buena administración.

Este estado de cosas resulta especialmente preocupante desde una perspectiva ética, pues no podemos olvidar la naturaleza de los daños que en este tipo de expedientes se dilucidan, y la prolongación del



sufrimiento que entraña la dilación del procedimiento para los pacientes afectados o sus familiares, así como la función que la indemnización cumple en la mayoría de los casos, cuando la responsabilidad llega a declararse, para afrontar necesidades que de aquellos puedan haberse derivado.

En la respuesta a nuestras Recomendaciones, la Administración afirma que parte de una insuficiente dotación de personal médico en el Servicio de Aseguramiento y Riesgos, la cual incluso ha descendido recientemente (de 12 que se contabilizaban a principios de 2016, a 10 que existen en la actualidad), lo que implica que cada año se resuelvan menos expedientes de los que se reciben, y se haya ido acumulando una importante bolsa de expedientes atrasados, no contando en la actualidad con disponibilidad presupuestaria para mejorarla, y propiciar así un acercamiento al plazo de resolución establecido.

### 1.10.2.7 Derechos de los usuarios

El catálogo de derechos de los pacientes es el punto de referencia de otro grupo de reclamaciones que vienen a poner en entredicho la satisfacción de los que se reconocen a los usuarios de los servicios sanitarios públicos en la normativa vigente.

Casi todos estos derechos son discutidos en mayor o menor medida durante el período que comprende la exposición de este Informe, aunque ya en el de 2016 advertimos del novedoso protagonismo de derechos de segunda y tercera generación frente a los tradicionales.

No obstante, entre estos últimos cabe destacar durante 2017 todo lo relacionado con el **acceso al historial clínico**, pues en no pocos casos se nos plantea la disconformidad de los peticionarios respecto de la documentación recibida. La intervención de la Institución en estas quejas no es fácil, pues normalmente no se da una desatención absoluta del derecho, lo que nos obliga a tratar de concretar con los interesados las actuaciones e informes relativos a las mismas que se echan de menos en el conjunto de la documentación entregada, con expresión de los centros y las fechas en las que las mismas tuvieron lugar.

En este orden de cosas no resulta extraño que a pesar de que el centro asistencial en cuestión insista en la entrega del historial completo, los interesados continúen señalando la ausencia de determinados elementos del mismo, muchas veces más pensando en una cumplimentación teórica ideal de la historia clínica, que en la que de hecho puede haber existido. En esta situación podemos poner de manifiesto que dicha cumplimentación es defectuosa, cuando así nos conste, pero evidentemente no podemos seguir reclamando lo que no existe, lo que no obsta para que la falta de constancia de los datos esgrimidos por los interesados pueda utilizarse por los mismos en apoyo de sus pretensiones, a la vista de que la solicitud de copia del historial es a menudo un paso previo para formular reclamación de responsabilidad patrimonial.

Múltiples expedientes de queja en nuestro sistema de registro informático son ejemplos de esta denuncia: queja 16/5947 (disconforme con cumplimentación de su derecho de acceso al historial clínico), queja 17/1051 (solicita historia clínica completa de su marido fallecido), queja 17/2022 (falta información de su historia clínica y algunos datos no son ciertos), queja 17/2029 (no le entregan historia clínica completa de su padre fallecido), queja 17/6414 (solicita entrega completa de su historia clínica de salud mental), o queja 17/6496 (no le entregan resultados de analíticas que integran su historial clínico).

En otras ocasiones la petición de copia de la historia clínica destapa vulneraciones de otros derechos, como ocurrió en la queja 16/4589, que puso de manifiesto la infracción de los relativos a la intimidad y la protección de datos personales de una usuaria de un centro hospitalario.

En concreto la interesada acudió a nosotros manifestando que a raíz de un error detectado por una facultativo en consulta respecto de sus antecedentes asistenciales, en este caso quirúrgicos, solicitó la entrega de una copia de su historia, sorprendiéndose al observar que la documentación recibida estaba mezclada con la correspondiente a **otra paciente con su mismo nombre y apellidos**, repitiéndose de nuevo esta situación cuando al cabo del tiempo reiteró la solicitud, a la vista de las incidencias que seguían afectando a su proceso asistencial (continuas cancelaciones de citas), y ello a pesar de que según el centro se había rectificado el error inicial.



Ciertamente el informe administrativo reconoció la existencia de un error humano a la hora de entregar la documentación y que seguía existiendo un episodio asistencial con los datos erróneos, por lo que anunciaba el inicio de un proceso de rectificación de datos clínicos comunicando a la comisión de derechos ARCO para que procediera a la subsanación de la historia clínica, tanto en formato papel, como electrónico.

Por nuestra parte emitimos a la Dirección Gerencia del centro una **Resolución** en la que trajimos a colación la normativa reguladora del derecho a la intimidad de los pacientes en relación con sus datos clínicos, así como la relativa a la protección de datos personales, y constatamos que existieron fallos reiterados en las medidas de seguridad aplicadas, que permitieron una **cesión ilegítima de los datos personales relativos a la salud de una tercera persona**.

A nuestro modo de ver resultaba obvio que se había cometido una infracción grave de la normativa de protección de datos, que podría dar lugar a la intervención de la Agencia Española de Protección de Datos, con el inicio de un procedimiento sancionador.

Por ello, con independencia de que la interesada o la otra paciente afectada pudieran recurrir a dicho organismo y al margen del procedimiento para la rectificación de los archivos correspondientes a las historias clínicas implicadas, recomendamos al hospital que llevara a cabo una investigación detallada de lo sucedido, con revisión de las medidas de seguridad, para poder detectar el origen de las vulneraciones que se habían puesto de manifiesto y establecer los mecanismos que realmente impidan que vuelvan a suceder.

Al mismo tiempo creemos que la paciente cuyos datos habían sido cedidos a la interesada, debería ser informada al respecto por el hospital, advirtiéndole de la posibilidad que le asiste de solicitar el amparo de la mencionada agencia, e incluso en caso de acreditar la existencia de daño efectivo, de requerir la reparación del mismo por medio de la correspondiente indemnización.

Y es que no podíamos olvidar el riesgo cierto de perjuicio para la salud de la interesada (y puede que para la de la otra paciente también) por la asignación de procesos patológicos, o episodios asistenciales que realmente no había padecido, tratamientos que no había recibido, etc.

Por otro lado y enlazando con el comentario incluido en el apartado introductorio, dando cuenta de la elaboración del Informe Especial para evaluar el grado de satisfacción de los derechos que conforman el concepto de muerte digna, nos parece interesante reflejar en su ubicación correspondiente, que es la de este epígrafe sobre los derechos de los usuarios de la sanidad pública, la conclusiones generales que hemos alcanzado tras nuestra labor investigadora, sin perjuicio de las que específicamente hemos realizado en relación con cada uno de los derechos evaluados (**Conclusiones**), así como de las Recomendaciones adoptadas con las medidas propuestas por esta Institución para tratar de superar los déficits detectados en cada caso (**Recomendaciones generales, Recomendaciones específicas**).

Recordamos por tanto que el objetivo perseguido con la elaboración del informe no era sino analizar el cumplimiento del conjunto de derechos y garantías que se establecen en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la **dignidad de la persona en el proceso de muerte**, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Partiendo de esta premisa, y tras la investigación realizada, consideramos que en general **dichos derechos se respetan y cumplen, pero se advierten determinadas carencias, insuficiencias e inequidades** que nos impiden afirmar que los mismos estén plenamente garantizados y se respeten por igual en todo el territorio andaluz y en relación a todas las personas en proceso de muerte.

Valoramos muy positivamente el propio contenido de la Ley 2/2010. Pensamos que es un texto de gran calidad técnica que lo ha llevado a convertirse en referente de toda la legislación posterior que se ha ido aprobando por otras Comunidades Autónomas, así como del proyecto de ley nacional que actualmente se debate en el Congreso de los Diputados.

Reclamamos sin embargo un esfuerzo adicional de difusión de la misma, tanto en relación con la ciudadanía, al objeto de que conozca los derechos y garantías que tiene reconocidos, como en relación a los profesionales



que integran el sistema sanitario, a fin de que sean conscientes de los deberes y responsabilidades que asumen e interioricen su carácter imperativo.

También creemos que es preciso realizar una labor pedagógica entre la población para conseguir desterrar los tabúes que aún hoy impiden abordar desde la normalidad el debate acerca de las circunstancias que deben rodear un momento tan importante del proceso vital de cada persona como es la preparación de la muerte.

Estimamos que la aprobación del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos y la elaboración del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos han sido instrumentos fundamentales para el posterior desarrollo del sistema organizado de medios y recursos que constituyen los actuales cuidados paliativos en Andalucía.

Ahora bien, pensamos que es imprescindible actualizar el Plan Andaluz de cuidados Paliativos, partiendo de una previa evaluación del mismo que permita poner de manifiesto las carencias e insuficiencias que presenta el modelo diseñado y determinar con precisión cuáles son sus puntos fuertes y sus áreas de mejora.

Para este proceso de evaluación, estimamos necesario que se dé cumplimiento efectivo a lo establecido en la disposición adicional primera de la Ley 2/2010 actualizando con periodicidad anual el estudio sobre cómo mueren los andaluces, que hasta la fecha sólo se ha realizado en una ocasión (en 2012).

**El nuevo Plan Andaluz de Cuidados Paliativos** habría de incluir un diseño definitivo del modelo organizativo y funcional a implantar en Andalucía, limitando la actual diversidad, que debería ceñirse exclusivamente a los supuestos en que aquella resultara justificada por razones técnicas o de excesiva dispersión geográfica.

Reconocemos el esfuerzo realizado por la Administración Sanitaria Andaluza desplegando un conjunto de medios y recursos que nos permiten hoy contar con un sistema organizado destinado a la prestación de asistencia y cuidados a las personas que afrontan una enfermedad terminal y satisfacer las necesidades básicas de sus familias y cuidadores.

Sin embargo, aún siendo reseñable dicho esfuerzo, no resulta suficiente para satisfacer las necesidades actuales de la población andaluza, ni las que pueden preverse a corto, medio y largo plazo teniendo en cuenta el progresivo envejecimiento de la población y los avances médicos que propician un aumento de las personas afectadas por enfermedades crónicas y pluripatológicas. Actualmente el **sistema no llega a todos aquellos que lo necesitan, lo que provoca que muchos pacientes que serían tributarios de cuidados paliativos fallezcan sin llegar a recibirlos.**

A estos efectos **los pacientes no oncológicos** siguen siendo la asignatura pendiente en cuanto al pleno disfrute de los derechos que reconoce la Ley 2/2010. Es indispensable mejorar sustancialmente su situación, garantizándoles un acceso equivalente al de los enfermos de cáncer en la atención de cuidados paliativos, cuyas prestaciones deben poder disfrutar en toda su extensión.

Asimismo, debemos destacar las carencias que padecen los recursos avanzados de cuidados paliativos ya existentes y reclamar la necesidad de dotar a los mismos con los **medios personales y materiales** que el propio Plan establece y resultan imprescindibles para un adecuado cumplimiento de las funciones que tienen encomendadas. En particular, demandamos la incorporación de los psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas previstos en aquel y el incremento de la dotación de personal de los equipos de soporte mixtos.

Debemos resaltar la alta valoración que nos merece el trabajo de los profesionales integrados en los recursos avanzados de cuidados paliativos, cuya dedicación, cualificación y capacitación constituyen la piedra angular sobre la que se asienta todo el entramado prestacional del sistema sanitario público dedicado a atender a las personas en proceso de muerte en Andalucía.

Asimismo, debemos mostrar nuestra consideración hacia todos aquellos profesionales sanitarios que, desde los recursos convencionales (atención primaria, hospitalaria y urgencias) vienen realizando una labor imprescindible para dar efectividad real al marco conceptual de unos cuidados paliativos integrales



y de calidad, aunque nos preocupa la escasa implicación mostrada por algunos de los profesionales que prestan servicios en atención primaria y especializada en cuanto a la materialización de determinadas tareas.

Se ha mejorado el cumplimiento de los deberes de información y la garantía del consentimiento informado, pero hay que incrementar las habilidades de los profesionales en orden a que puedan establecer con los pacientes y sus familiares un auténtico proceso comunicativo que conduzca a la adopción compartida de las decisiones, y que al mismo tiempo permita la desaparición de prácticas negativas arraigadas (conspiración del silencio, sobreestimación del privilegio terapéutico, soslayo de la voluntad de los pacientes de edad avanzada,...)

Resulta digno de mención el esfuerzo realizado para dar cumplimiento efectivo al derecho de las personas a formular anticipadamente sus **voluntades vitales**, mejorando y ampliando los puntos de registro y facilitando herramientas tecnológicas para su más cómoda cumplimentación. No obstante ante el escaso número de declaraciones registradas se impone la tarea de profundizar en la difusión del documento, su funcionalidad y relevancia, así como de facilitar su cumplimentación ofreciendo asesoramiento desde los distintos niveles sanitarios y reduciendo la complejidad que actualmente presenta.

En relación con el derecho a recibir unos cuidados paliativos integrales y de calidad, debemos mostrar nuestra preocupación por la evidente **falta de equidad** que existe actualmente en relación al despliegue de medios y recursos que conforman el sistema de cuidados paliativos de Andalucía. En particular, por lo que se refiere a la distribución territorial de los mismos que propician situaciones de clara discriminación entre unos territorios y otros, resultando especialmente perjudicadas las personas que residen en zonas rurales, cuyas posibilidades de acceso a los recursos avanzados de cuidados paliativos es mucho más limitada que las de las personas que residen en núcleos urbanos, llegando incluso a ver cuestionado su derecho a optar por el domicilio como lugar donde recibir la asistencia y vivir la etapa final.

La capacitación y la sensibilización de los profesionales son los factores que más directamente inciden en múltiples aspectos asistenciales de los cuidados paliativos. Es preciso continuar la estrategia formativa, sobre todo en el ámbito de los recursos convencionales, para que realicen una adecuada calificación de la terminalidad y la complejidad, a fin de homogeneizar el acceso a los cuidados paliativos y la intervención de los recursos avanzados. **Hay que contagiar el espíritu paliativo a todos los niveles asistenciales.**

El problema se suscita fundamentalmente porque los cuidados paliativos no conforman una especialidad, aunque se ha promovido su reconocimiento como área de capacitación específica, de manera que las plazas que están especialmente destinadas a dispensar este tipo de asistencia se desempeñan indistintamente. Entendemos preciso que, en tanto se solventa esta cuestión, se establezcan mecanismos que garanticen la cobertura de las plazas de los dispositivos que integran los recursos avanzados con profesionales que cuenten con formación acreditada, experiencia y vocación real.

**La atención paliativa de las personas menores de edad** constituye uno de los aspectos más deficitarios del sistema, por su falta de respuesta específica a las connotaciones especiales que presenta este colectivo. Significativamente no está resuelta la atención del paciente pediátrico en el domicilio, lo que determina que un porcentaje muy elevado de niños y adolescentes estén falleciendo en los hospitales en contra de sus deseos y el de sus familias.

Se les pide demasiado a los familiares y cuidadores de pacientes en el domicilio, sin que por otro lado se les ofrezcan apoyos suficientes. Hay que formales y facilitarles el acceso a las prestaciones y servicios de la Ley de Dependencia de una manera ágil, en consonancia con el pronóstico vital de los pacientes. También reclamamos una modificación normativa que les permita beneficiarse de las medidas de conciliación que legalmente están establecidas para el cuidado de los hijos.

Aún existe mucha confusión en relación con las decisiones susceptibles de adoptarse en el tramo final de la vida. Todavía se generan conflictos, e incluso a veces se discuten desde una perspectiva ética lo que son derechos legalmente reconocidos. Solamente en el ámbito de los recursos avanzados de cuidados paliativos puede afirmarse un manejo adecuado de la limitación del esfuerzo terapéutico o la sedación paliativa, surgiendo la duda al margen de aquellos, y subsistiendo el riesgo de aplicación inadecuada por exceso o por defecto. Hay que lamentar el escaso recurso en estos casos a los comités de ética asistencial, cuyos pronunciamientos por otro lado son muy valorados.



Los aspectos emocionales y espirituales son los grandes olvidados del sistema, es una labor que asumen masivamente las Asociaciones de pacientes con personal propio. La atención al duelo también se relega, sobre todo en el seguimiento posterior al fallecimiento.

La satisfacción de los derechos de acompañamiento y confidencialidad, se muestra todavía muy condicionada por el lugar en el que los pacientes permanezcan. Es necesario que estos derechos se garanticen también cuando los pacientes se encuentran en la UCI o en urgencias.

Aunque existe una voluntad generalizada de cumplimiento del derecho de los pacientes en situación terminal a ser alojados en **habitaciones individuales**, en ningún caso puede afirmarse que esa garantía sea plena, ya que generalmente se supedita su cumplimiento a los periodos de normalidad o baja frecuentación, reconociendo que el mismo resulta incumplido en momentos de especial demanda asistencial. Debemos insistir en que se trata de un derecho legalmente reconocido y garantizado, un derecho pleno que no puede quedar condicionado por las circunstancias sino que debe desplegar su efectividad en todo caso, aceptando únicamente su suspensión temporal en situaciones realmente excepcionales.

En relación al debate social existente en torno a la posible **legalización de la eutanasia y el suicidio asistido**, podría resultar conveniente que la ciudadanía andaluza pudiera posicionarse al respecto. A este respecto, proponemos la adopción de una Resolución del Parlamento de Andalucía, adoptada por los Grupos Políticos con representación parlamentaria tras un proceso de debate participativo con intervención activa de todas las personas y colectivos interesados, fomentada a través de una campaña informativa y mediante la implementación de herramientas que posibiliten la presentación de propuestas e iniciativas.

## 1.10.2.8 Centros sanitarios

Son múltiples las incidencias que afectan a los centros y dispositivos sanitarios, que pueden justificar la protesta de los usuarios de los mismos ante esta institución: condiciones de habitabilidad, organización de los espacios, servicios accesorios a la propia atención sanitaria, niveles de limpieza,...

Durante el pasado ejercicio destacó la queja por la obligación de **pago de importes diversos para poder acceder a la red de televisión de los hospitales**, gestionada habitualmente por empresas privadas con vinculación contractual con aquellos.

En general los ciudadanos no quieren pagar por ver la televisión en el hospital (queja 16/3839, queja 17/0020, queja 17/3127 y queja 17/6615), y para ello llegan incluso a argumentar su derecho a acceder a la información, sin que tampoco se les permita acceder a la red para conectar un aparato propio (queja 17/3799).

Por nuestra parte, teniendo en cuenta el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud, apreciamos que el mismo se concreta en una serie de prestaciones de diversa índole: de prevención y promoción, curativas y rehabilitadoras.

La modalidad de hospitalización en régimen de internamiento implica determinadas intervenciones sanitarias en la medida en que resulten adecuadas para el tratamiento de la enfermedad, y otra serie de prestaciones que se relacionan con la estancia hospitalaria, y aparecen indisolublemente ligadas a la misma (comida, higiene,...).

Ciertamente desde esta Institución venimos empeñados en mejorar aspectos que impliquen la humanización de la relación asistencial, entre los que sin lugar a dudas deben incluirse las condiciones de confortabilidad, pero no podemos estimar estas últimas de una forma tan amplia que impliquen la obligación de ofertar servicios de televisión.

Y es que en un sistema sanitario presidido habitualmente por la limitación de recursos no puede entenderse irregular que prestaciones complementarias a las que conforman la cartera de servicios se oferten a través de empresas privadas, sin que podamos apreciar que este modo de proceder implique una vulneración del derecho a la protección de la salud de los pacientes. Además somos conocedores de que algunos hospitales



proceden a la liberación de la televisión, permitiendo el acceso a sus emisiones sin coste alguno, cuando la estancia hospitalaria se prolonga.

Ahora bien por el cambio de perspectiva que entraña, la queja 17/3799 ha sido admitida a trámite, encontrándonos a la espera de recibir el informe explicativo del hospital en el que tuvieron lugar los hechos que la motivan.

Otro contenido frecuente de este apartado se conforma por las reivindicaciones ciudadanas en torno a la construcción y puesta en funcionamiento de determinadas infraestructuras sanitarias. La mayor parte de las que se reclaman habían sido comprometidas por las autoridades sanitarias, alcanzando algunas de ellas diversos grados de ejecución, aunque la crisis económica dio al traste con las expectativas generadas en torno a las mismas, para mejorar la asistencia sanitaria de la población circundante a las ubicaciones en las que estaban previstas.

Tratando de ser positivos, hemos intentando ver en la reactivación de algunos de estos proyectos síntomas de recuperación, pero ello no evita que durante el pasado ejercicio hayamos recepcionado quejas del mismo tenor, en contra de la no apertura del hospital de alta resolución de Vejer de la Frontera (queja 17/4808), solicitando que se retome la iniciativa de un hospital de la misma naturaleza en la zona de la Alpujarra (queja 17/5867), o pidiendo que se detenga el estado de abandono que padece el antiguo hospital militar de Sevilla, y que se adopten las medidas oportunas para que vuelva a funcionar como tal, apoyando al resto de los equipamientos de la ciudad.

### 1.10.2.9 Salud mental

La atención sanitaria de las personas que padecen enfermedades mentales, junto a otras cuestiones que igualmente conforman la problemática que rodea a estos pacientes y sus familias, siempre recibe un tratamiento diferenciado en nuestro Informe.

Quizás por el sufrimiento que los relatos de las quejas destilan en muchos de estos casos, y la impotencia que traducen para la búsqueda de soluciones que contribuyan a mejorar el estado de pacientes que presentan padecimientos graves, **queremos dar a la atención sanitaria de este colectivo el protagonismo que merece.**

En algunas ocasiones se nos hacen planteamientos relacionados con los medios que cuenta el sistema para dar respuesta a esta necesidad asistencial. En este sentido la queja 17/4113 pone de manifiesto el deterioro del programa de atención domiciliaria de Faisem en Sevilla, con disminución constante del número de plazas del mismo. También el año pasado iniciamos de oficio la **queja 16/5473** en relación con el programa de tratamiento asertivo comunitario, que todavía estamos tramitando. Igualmente para el hospital de Ronda se pide un hospital de día de salud mental. Otras reivindicaciones de esta naturaleza (unidad de salud mental comunitaria para centro de salud de Torremolinos y centros específicos para el tratamiento integral de la patología dual) no han sido admitidas a trámite.

Con todo, la pretensión que fundamentalmente anima a los interesados en las quejas que se nos presentan sobre esta materia, en su mayoría familiares de enfermos mentales, es la de que puedan acceder a algún tipo de recurso a fin de que "sean tratados adecuadamente". Unas veces es el temor ante el grave riesgo para la vida de estos enfermos, y otras, la problemática para la convivencia en el ámbito familiar, sobre todo por imposibilidad de contención cuando los familiares son ancianos, o están afectados por discapacidad, lo que se argumenta para justificar esta petición.

La mayoría de las veces se trata de pacientes cuya patología no experimenta avances significativos, que reniegan del tratamiento o no presentan adherencia al mismo, que además padecen también abuso de sustancias, y que pueden desarrollar conductas disruptivas.

Por nuestra parte, tratamos de informar a los reclamantes en estos casos de que en la actualidad **el sistema sanitario público no cuenta con centros para el internamiento de media o larga estancia de las personas afectadas por enfermedad mental**, de forma que se contempla exclusivamente como una



medida terapéutica para los casos de descompensaciones graves, y se desarrolla exclusivamente por el tiempo necesario para dispensar el tratamiento que haga desaparecer la misma, continuándose la atención de estos enfermos después en centros de carácter ambulatorio.

Explicamos también que el ingreso hospitalario exige el consentimiento previo del paciente, salvo cuando se produce de manera urgente por la situación de salud del mismo, que revela una falta de dominio de aquel sobre su propia persona, supliéndose en este caso por una autorización judicial.

De ahí que en los supuestos de crisis graves sea posible demandar la atención sanitaria urgente, acompañada de la intervención de las Fuerzas y Cuerpos de seguridad, cuando sea necesario, para el traslado del paciente al hospital, pudiéndose acordar por los especialistas el referido ingreso.

Lo anterior no obsta para que por nuestra parte instemos a la Administración Sanitaria para que en el tratamiento de los pacientes con el perfil expuesto se **agoten todos los recursos existentes**. Por eso en la **queja 16/3956**, nos mostramos sorprendidos cuando tras una dilatada trayectoria de intentos infructuosos de tratamiento del paciente, sin haber logrado su vinculación, ni la continuidad del tratamiento farmacológico, ni la conciencia de enfermedad; la medida terapéutica que se contemple sea la garantía de la administración del tratamiento y la abstinencia a tóxicos, y a este fin se planee continuar las citas en salud mental y la coordinación interniveles.

En la Resolución emitida en este caso apuntamos la posibilidad de que se valoraran recursos alternativos en una eventual revisión del PIT, recomendando que se tuviera en cuenta la intervención de la unidad de tratamiento asertivo comunitario, y en su caso, el acceso a plaza concertada en hospital San Juan de Dios.

Significativamente aún nos encontramos a la espera de que la unidad de gestión clínica de salud mental del hospital Virgen del Rocío, dé respuesta a las **Recomendaciones** emitidas en la queja 16/2415, en relación con la hospitalización de una niña de catorce años en una unidad de agudos de adultos.

Por contra, en la **queja 16/0192** sobre vulneración de derechos de una persona enferma mental a la que su familia mantuvo encerrada durante años, hemos considerado que la Administración Sanitaria ha aceptado los términos de nuestra resolución, lo que nos ha permitido durante el pasado ejercicio concluir nuestra actuaciones.

Por lo demás la solicitud de soluciones residenciales para enfermos mentales también se configura como una de las reivindicaciones que con más frecuencia se nos hacen llegar, aunque el acceso a estas medidas alternativas de alojamiento (casas hogar y viviendas tuteladas) se articula por el sistema de atención a la dependencia, y requiere por tanto la previa calificación de dicha situación en grado suficiente, y la propuesta de dicho servicio residencial en el plan individual de atención, participando por tanto de los déficits y carencias que se predicen de aquel.

### 1.10.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas

Por lo que se refiere a actuaciones de oficio, a continuación se relacionan las que han sido iniciadas a lo largo del año:

- **Queja 17/0035**, dirigida a Secretaría General de Servicios Sociales, de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, relativa al funcionamiento de las comisiones provinciales de seguimiento del protocolo sobre personas con discapacidad.
- **Queja 17/1027**, dirigida al hospital Virgen del Rocío, relativa a la demora en la atención en urgencias del hospital Virgen del Rocío, de un paciente en situación de vulnerabilidad.



- [Queja 17/1623](#), dirigida a la Secretaría General de Salud Pública y Consumo, a la Consejería de Salud, al Servicio Andaluz de Salud y a los responsables del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos, relativa a la investigación iniciada para conocer el cumplimiento en Andalucía de los derechos reconocidos en la Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte
- [Queja 17/4786](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, relativa a la implantación del programa de cribado de detección precoz del cáncer de colon.
- [Queja 17/6790](#), dirigida a la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Jaén y al hospital San Juan de la Cruz (AGS Norte de Jaén) de Ubeda, relativa al fallecimiento en urgencias de una señora mayor no acompañada tras doce horas sin que sea advertida su presencia.

Con respecto a la colaboración de las Administraciones con esta Institución la misma ha sido aceptable. No obstante, a continuación se destacan las resoluciones dictadas por el Defensor que no han obtenido la respuesta colaboradora de las Administraciones Públicas a tenor del artículo 29.1 de la Ley 9/1983, del Defensor del Pueblo Andaluz:

- Resolución relativa a la falta de respuesta al escrito presentado por la parte afectada con fecha 18 de junio de 2015, en relación con la asistencia de atención primaria durante el verano, dirigida a la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Sevilla en el curso de la [queja 15/6048](#).
- Resolución relativa a que para la superación de las situaciones de larga espera se adopten por el hospital afectado las medidas organizativas y asistenciales precisas, referidas fundamentalmente a la ampliación de los medios humanos y materiales para la satisfacción de la demanda, de tal manera que los ciudadanos disfruten del efectivo reconocimiento del derecho a la protección de la salud que establece el art. 43 de la Constitución, y en concreto se adopten medidas para agilizar las citas con la unidad de rodilla de la unidad de Cirugía Ortopédica y Traumatología, al objeto de que pueda llegar a determinarse la alternativa terapéutica apropiada para los mismos en el menor tiempo posible, con el fin de evitarles sufrimiento y permitirles el desarrollo normalizado de su vida personal y laboral, dirigida al Hospital Virgen Macarena en el curso de la [queja 16/4249](#).

## ESTE TEMA EN OTRAS MATERIAS

### 1.2 CULTURA Y DEPORTES

#### 1.2.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

##### 1.2.2.6 Deporte

...

También procedimos a la incoación de un expediente de oficio, [queja 17/5334](#), tras tener conocimiento por distintos medios de comunicación (prensa escrita, redes sociales, noticias de televisión de ámbito nacional) de la suspensión de la conocida como **“Carrera de la Mujer” en Sevilla**, en apoyo de recursos a los estudios del cáncer de mama.

Partimos de la premisa de apoyar toda iniciativa deportiva que redunde en beneficio de la sociedad en general, más aún cuando en un evento como el que nos ocupa, no sólo se dan cita deportistas de todas las edades, condiciones y niveles, sino que se congrega un gran número de personas que están o han estado enfermas de cáncer de mama, así como sus familias; y que su única finalidad es aportar, en la medida de sus posibilidades, su contribución al avance en el estudio de esta enfermedad y sus respuestas contra la misma.



Esta convocatoria, ampliamente publicitada y aplaudida, supo despertar la adhesión de numerosas participantes (se estimó la presencia de unas 14.000 participantes) y el apoyo de variados colectivos implicados en la lucha contra el cáncer y el apoyo a las personas afectadas.

Cuando todo se disponía a servir de una movilización para fundir la solidaridad y el deporte, la convocatoria se ve súbitamente truncada con la cancelación de su celebración. La repentina decisión, que implicaba la suspensión del evento, suscitó de inmediato una confrontación de versiones y motivos entre los responsables municipales y la entidad organizadora. Daremos cuenta de su tramitación en próximos Informes.

...

## 1.3 DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES

### 1.3.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.3.2.2 Personas con discapacidad

##### 1.3.2.2.2 Valoración y calificación del grado de discapacidad

...

En el Resumen Anual del año pasado y a la vista de las numerosas quejas que se vienen recibiendo, año tras año, sobre el proceso de **reconocimiento de la discapacidad**, hicimos referencia a la actuación de oficio **queja 16/6978**, acerca del referido procedimiento y la falta de un desarrollo normativo específico en Andalucía.

Así pues solicitamos informe a la Dirección General de Personas con Discapacidad de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales nos respondió diciendo que:

*"(...) Le informamos que, si bien es cierto que en Andalucía no se ha regulado de forma específica el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, no es menos cierto que con la regulación general del procedimiento de reconocimiento de grado de discapacidad establecido en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, junto con la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (anteriormente Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común), quedan garantizados los derechos de las personas con discapacidad con el que se desarrolla el procedimiento. Esto no significa que no se puedan producir quejas y reclamaciones, por parte de la ciudadanía, por demora en los tiempos de respuesta de las resoluciones a sus solicitudes de reconocimiento de grado de discapacidad, motivadas principalmente por la gran demanda de solicitudes, o bien por no estar conforme con la calificación del grado de discapacidad obtenido ya que puede no responder a sus pretensiones.*

*(...)*

*Hay que aclarar que en el mencionado Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, se establece en el Capítulo I, que contiene las pautas generales que han de ser aplicadas en la evaluación, lo siguiente: el proceso patológico que ha dado origen a la deficiencia, bien sea congénito o adquirido, ha de haber sido previamente diagnosticado por los organismos competentes, han de haberse aplicado las medidas terapéuticas indicadas y debe estar documentado.*

*Por tanto, cuando una persona solicita el reconocimiento del grado de discapacidad debe de acreditar con los informes preceptivos ante la Administración, que el proceso patológico ha sido previamente diagnosticado, se han debido de aplicar las medidas terapéuticas indicadas y debe estar documentado, o bien debe de dar su consentimiento expreso para que se pueda acceder*



telemáticamente a sus datos de salud a través del Sistema de Información de Salud en aquellos casos en que dicha información se encuentre grabada en DIRAYA.

El diagnóstico de la enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo. Las pautas de valoración de la discapacidad están basados en la severidad de las consecuencias de la enfermedad, cualquiera que ésta sea.

(...)

Con respecto a la propuesta de que, mediante una disposición normativa, se regule específicamente el procedimiento de reconocimiento del grado de discapacidad, se informa que esta Dirección General, una vez que esté aprobada la Ley de los Derechos y la Atención a las Personas con Discapacidad en Andalucía, actualmente en trámite parlamentario, tiene el firme compromiso de regular y desarrollar mediante una norma específica el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad, en los términos que apruebe el Parlamento.

Así mismo, en cuanto a los instrumentos y/o sistemas de coordinación entre los Equipos de Valoración y Orientación existentes en la actualidad, hay que decir que esta Dirección General ha promovido la elaboración una guía para orientar la calidad de las actuaciones de los Centros de Valoración y Orientación, respondiendo al propósito del Plan de Mejora de los CVO 2014-2016, para adecuar la organización de los centros, para obtener los mejores resultados para las personas con discapacidad y para el conjunto de la ciudadanía.

Asimismo, (...) se creó en 2014, con el apoyo de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), una plataforma virtual (Red de Profesionales) para que sirviera de apoyo en el aprendizaje continuo y su comunicación, y sirva como soporte a las Comisiones Técnicas de Valoración Andaluzas. (...)

La demanda de información, orientación y asesoramiento que realiza la ciudadanía en los Centros de Valoración y Orientación (CVO) presenta un volumen importante. Por ello, hemos elaborado el proceso de información, orientación y asesoramiento (PIOA) (...).

Igualmente, en pro de esta coordinación de las actuaciones de los Equipos de Valoración y Orientación, desde esta Dirección General se marcan instrucciones para unificar criterios técnicos de valoración, priorizar la valoración de los menores de 6 años, personas que solicitan el reconocimiento de grado de discapacidad para acceder al empleo, etc., así como se planifican cursos específicos para unificar criterios de valoración de determinadas patologías que, por su baja prevalencia (Enfermedades Raras) son un tanto desconocidas y complejo su proceso de valoración.

Por otro lado, con relación a la valoración que nos merece la propuesta de asimilación legal de la valoración de las situaciones de dependencia con la calificación mínima del grado de discapacidad, desde esta Dirección General la valoramos como muy oportuna e interesante. (...) No obstante, dicha asimilación requerirá una modificación del artículo 4.2 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de los derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.

(...)

Finalmente, por parte de esta Dirección General estamos firmemente convencidos en la necesidad de proseguir avanzando en los resultados conseguidos en el Primer Plan de Mejora de los Centros de Valoración finalizado en diciembre de 2016, y en la elaboración de un segundo Plan que nos permita seguir avanzando y consolidando los recursos humanos, materiales y sus procedimientos en aras de dispensar un mejor servicio a las personas con discapacidad y sus familias."

Pues bien, una vez analizada la información recibida realizamos una nueva petición de informe rogando mayor información al objeto de poder continuar profundizando en estas cuestiones, respondiéndosenos por la Dirección General de Personas con discapacidad, en fecha de diciembre de 2017, que se



comprometía a iniciar en el mismo 2017 la elaboración de una norma específica con rango de Decreto donde se regulase y desarrollase el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

En cuanto a la aprobación de los nuevos baremos de valoración de la situación de discapacidad, se informaba que el 26 de abril de 2017 el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordó un grupo de trabajo con la participación de personal técnico de las comunidades autónomas y del Imserso, así como las entidades más representativas del sector, el Consejo Estatal de Trabajadores Sociales, la Federación Española de Municipios y los agentes sociales, con el objeto de revisar la propuesta técnica, simplificar en algunos casos los procesos de evaluación del grado de discapacidad y proponer las actuaciones necesarias para intentar aunar en un único procedimiento la valoración de la discapacidad y de la situación de dependencia.

El 23 de noviembre de 2017 se elevó la nueva propuesta técnica para su aprobación por la Comisión Delegada del Consejo Territorial de Servicios Sociales y Dependencia.

Por último, se daba traslado de la evaluación de los resultados del primer PLACEVO y se informaba que la aprobación del II Plan de Mejora era inminente. Como avances logrados, se resaltaban los relativos a la mejora de la atención a la ciudadanía, la formación al personal de los CVO o la mejora de la organización (facilitando el acceso de los profesionales de los CVO a la historia de salud única en la plataforma DIRAYA del SAS, mejorando los procesos y procedimientos, estableciendo un sistema de priorización de las demandas, evitando las valoraciones presenciales innecesarias, etc.), entre otros.

...

### 1.3.2.2.6 Salud

La alegación de la condición de persona discapacitada como elemento con influencia decisiva en el desarrollo de los acontecimientos que dan lugar a la presentación de las quejas, no suele ser habitual, lo que nos lleva a deducir aquella en muchos casos por otros factores: la naturaleza y gravedad de las enfermedades que le afectan, el tipo de prestaciones que solicita, los tratamientos a los que se somete, o las ayudas técnicas que precisa.

No obstante durante el pasado ejercicio recibimos algunas reclamaciones en las que **la afectación por una discapacidad sensorial constituía el punto de partida que sustentaba los déficits alegados en la dispensación de la asistencia sanitaria.**

Concurre en los interesados en estos dos expedientes la condición de personas con discapacidad auditiva, aunque el hándicap concerniente a esta circunstancia se pone de manifiesto de distinta forma.

En uno de los casos se trata de la alegada **falta de intérpretes de lengua de signos**, que ya se nos ha planteado en otras ocasiones. Concretamente en la queja 17/6489 la interesada nos traslada la situación experimentada por una persona sorda que ingresa en un centro hospitalario y **no puede acceder al diagnóstico, ni las actuaciones a que se somete**, porque el centro carece de dicho intérprete y por otro lado dicha persona no tiene medios económicos para sufragarlo, lo que además tampoco resultaría fácil, puesto que no se conoce con antelación cuándo se van a producir las visitas y revisiones del facultativo. Se afirma además que con ocasión de otro ingreso previo este hecho motivó un alargamiento innecesario de la estancia hospitalaria.

En el curso de la tramitación de este expediente, que es muy reciente, todavía no hemos recibido el informe del hospital correspondiente, pero sin duda contrastan las manifestaciones de la interesada en cuanto al cobro de la labor de interpretación por parte de las asociaciones del sector, con la realidad expuesta en otros casos, de convenios suscritos entre entidades públicas y dichas asociaciones para la prestación de este servicio.



El segundo supuesto traduce una experiencia de auténtica desasistencia (queja 17/4528) puesto que el interesado apunta que después de siete horas en el servicio de urgencias de un centro hospitalario se tuvo que ir sin ser atendido, al no ser avisado para su pase a consulta, a pesar de que en todo momento alertó de su discapacidad auditiva. Así aunque en el triaje le aseguraron de que llevarían el informe directamente al médico advirtiéndole de la situación, nunca fue llamado a consulta.

En relación también con la atención sanitaria urgente, la interesada en la queja 17/0289 requiere un sistema que permita realizar a las personas sordas demandas de atención en esta modalidad. Alude a la necesidad de que **exista un sistema de comunicación adaptado para personas sordas**, que permita a estas últimas alertar a los servicios necesarios en caso de emergencia, pues lo único que le consta, tras consulta a la Administración Sanitaria, es la posibilidad de concertar cita en atención primaria (por medio del dispositivo Inters@, a través de internet, o bien descargándose una aplicación para teléfonos móviles).

El informe recibido de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias señala que desde sus inicios, los centros coordinadores de emergencias sanitarias han dispuesto de números de fax específicos, porque estos dispositivos resultan accesibles para las personas sordas y están muy extendidos en el colectivo.

Además se nos dice que ahora también se han establecido direcciones de correo electrónico para que se pueda contactar con los mismos, habiéndose desarrollado formularios específicos para poder notificar cualquier urgencia, y se han traducido al lenguaje de sordos los consejos sanitarios para actuar en caso de emergencia que se contemplan en la web.

En la actualidad también está desarrollando una App que permitirá chatear con el operador del centro coordinador, detectar la posición del usuario, y tener guardados sus datos de salud más significativos, para que al llamar se envíen al centro de forma inmediata, articulándose así un sistema de comunicación con los centros coordinadores que podrá descargarse de forma gratuita para Android y iPhone.

Con independencia de lo señalado, la **prestación de prótesis y ayudas técnicas** también constituye un contenido tradicional de nuestra exposición relacionada con la asistencia sanitaria de las personas discapacitadas. En el período al que nos referimos hemos tramitado dos expedientes de queja vinculados a este asunto.

En uno de ellos (queja 16/4467) se suscita la cuestión del suministro de ayudas técnicas, que ya motivó la incoación de un expediente de oficio por nuestra parte (**queja 15/5234**), al que aludimos ampliamente en este mismo apartado del Informe correspondiente a 2016.

En la diligencia de cierre de este último, y una vez analizada toda la información remitida, manifestábamos que *“seguíamos manteniendo la duda respecto de si el nivel de recursos existente, y el índice de movilidad de los mismos, permite satisfacer las necesidades de todas las personas que precisan cuidados en el domicilio, pues en definitiva la solicitud de material se realiza tras la aplicación del baremo, desconociendo por nuestra parte los puntos de corte que en su caso determinan la activación de aquella. Cabría por tanto pensar que la disponibilidad de medios obligara a una aplicación estricta de los baremos aludidos, de manera que solo accedieran a los recursos aquellos pacientes que resultan adjudicatarios de una puntuación muy elevada, viéndose privados, o cuando menos, postergados en este beneficio, los que acreditan puntuaciones inferiores, y es en este sentido en el que cuestionábamos a la Administración sobre listas de espera”*.

Confirmando en parte esta sospecha, en el supuesto que analizamos hemos podido comprobar que a la hora de aplicar el baremo para la adjudicación de una cama articulada y un colchón antiescaras, la esposa del interesado alcanza la máxima puntuación por razón de su patología, y que es la correspondiente a la renta económica, la que ha determinado que se le asigne una puntuación global insuficiente para poder acceder al material que solicita.

En el apartado general de la valoración, donde se contabilizan la renta, obtiene una puntuación de 35 para un máximo de 55, lo que unido a las puntuaciones que habitualmente vienen marcando la línea de corte para acceso al material referido, que se sitúan por encima del 75 % del máximo, y se vienen manteniendo en el tiempo, nos lleva a concluir que la peticionaria no tiene posibilidades reales de resultar beneficiaria de esta medidas, y que por tanto resulta inútil mantenerla en lista de espera.



En el otro expediente (queja 17/2077) se reclamaba la dotación de una grúa y un aparato de bipedestación para la sala de fisioterapia del centro de salud de una determinada localidad, que habrían de servir para facilitar el tratamiento de un paciente que presenta un estado de incapacidad severa tras sufrir un accidente laboral.

Desde la Administración Sanitaria se nos explica que ambos mecanismos no se incluyen en la relación de equipamiento básico que debe reunir una sala de fisioterapia de atención primaria, y que dicho espacio cuenta con un celador para ayudar en la transferencia de pacientes, y se ha adaptado una camilla hidráulica para la misma finalidad, disponiendo el afectado de una silla de ruedas con control postural, y un aparato de bipedestación en su domicilio, como prestación ortoprotésica prescrita por su especialista rehabilitador.

## 1.3.2.4 Servicios Sociales

### 1.3.2.4.1 Personas sin hogar

...

Por su parte, la [queja 16/4239](#), a la cual ya se hacía referencia en el Informe Anual 2016, hacía referencia a una mujer de unos cincuenta años de edad que, según se había tenido conocimiento, padecía desde hacía muchos años alcoholismo crónico y vivía en la calle, enajenada y dejada de todos, sin tener por ello satisfechas las más elementales necesidades de salud, alimentación, higiene y vestido.

Se solicitó información a la Delegación de Asuntos Sociales del Ayuntamiento correspondiente sobre si existía un procedimiento de incapacitación de la afectada o se había instado solicitud de ingreso residencial involuntario, si tenía reconocida su situación de dependencia o algún grado de discapacidad, y si existía coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, con la finalidad de prestarle la asistencia, la atención y los recursos precisos.

El Ayuntamiento informó de la intervención realizada con la afectada por los servicios sociales municipales a lo largo de los años. Se solicitó un nuevo informe con los avances producidos y la actuación se dio por concluida al informarse que, en cumplimiento de un auto judicial autorizando el internamiento involuntario de la afectada en un centro residencial y, con carácter previo, en un hospital de salud mental para estabilizar su salud, la misma había ingresado en el citado hospital, estando previsto su traslado a un recurso residencial en un breve margen de tiempo.

Por el contrario, fue considerada inadecuada la atención social recibida en el Hospital Virgen Macarena por una persona indigente que ingresó con numerosas quemaduras en su cuerpo, hecho que había motivado la apertura, de oficio, de la [queja 15/4151](#), de la cual ya se dio cuenta en el Informe Anual 2016.

Por esta razón, se formuló una Recomendación a la Dirección-Gerencia de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen del Rocío de Sevilla a fin de que se adoptasen las medidas necesarias para garantizar la activación del Procedimiento de Atención a Personas en Situación de Riesgo Social en todos los casos en que una persona que se encuentra dentro de los criterios de actuación acuda a Urgencias, independientemente de que ésta solicite o no la atención social e independientemente de que se le pueda presumir un determinado conocimiento de los recursos sociales a su disposición.

La Recomendación fue aceptada expresamente por la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario, que señala además que coincide con las instrucciones que sobre la materia se han emitido a los distintos dispositivos que conforman la atención de urgencias en los centros de dicho complejo.

...



## 1.4 EDUCACIÓN

### 1.4.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite: Enseñanzas no universitarias

#### 1.4.2.2 Escolarización del alumnado

...

Por último, referirnos a aquellos **supuestos en que la normativa sobre escolarización no ofrece respuesta a circunstancias especiales y excepcionales.**

Nos referimos, en primer lugar, al caso de una menor de 13 años que llevaba más de un año sin acudir al colegio por la gravedad de su enfermedad y por el agresivo y largo tratamiento que tuvo que recibir.

La familia debió cambiar su domicilio desde la provincia de Almería a Málaga capital para encontrarse lo más cerca posible de su hospital de referencia. Posteriormente, solicitó sendas plazas para ella y su hermana menor en un centro docente situado a cuatro minutos andando desde su domicilio, resultando que la más pequeña sí obtuvo plaza, pero no ella, que es la que más lo necesita.

Sus progenitores intentan por todos los medios que se entienda que la situación de su hija merece un tratamiento excepcional, permitiendo con ello la escolarización en el mismo centro que su hermana y una prima, pero siempre han obtenido como respuesta la ausencia de vacantes y que ocupaba el tercer lugar de la lista de no admitidos, por lo que otros solicitantes tendrían, en cualquier caso, prioridad para ser escolarizados.

Es cierto que desde el punto de vista de las normas que rigen el procedimiento de escolarización ordinario y extraordinario no existe posibilidad alguna de que se pueda atender esta solicitud y, por ello, no puede criticarse la actuación de la Administración educativa competente. Sin embargo, es igualmente cierto que se trata de unas circunstancias de tan excepcional naturaleza que debería tener amparo legal, pero siempre hemos de tener presente el interés superior de la menor, que difícilmente resulta compatible con la aplicación estricta de estas normas (queja 17/5200).

También analizamos el caso de una menor que desde que era una bebé sufre mareos y vómitos cada vez que se desplaza en cualquier tipo de vehículo rodado, por muy corto que sea el trayecto, precisando para esta sintomatología que se le administre cierto medicamento con importantes efectos secundarios. Los médicos especialistas en digestivo que la han tratado desaconsejan el uso de dicho tipo de transporte siempre que sea posible.

Los vómitos que sufre a diario al tener que ser trasladada en coche desde su casa al centro docente le están provocando daños en el esófago y en los dientes por la acción de los ácidos estomacales. El pronóstico es que puede perder la dentadura y sufrir los mismos efectos que si padeciera una anorexia.

También la familia tuvo que cambiar de domicilio para no tener que usar el coche continuamente, pues vivían en un barrio alejado del centro de la ciudad, y solicitaron plaza para ella y un hermano menor en el colegio más cercano a su domicilio, resultando que fue admitido su hermano pero no ella. Desde entonces, concurre todos los años al procedimiento de escolarización, sin que hasta el momento haya conseguido la plaza que necesita junto con su hermano.

La Administración educativa actúa conforme a las normas de escolarización pero es evidente el daño que esta situación le puede causar a la menor en un futuro no tan lejano, por lo que se debería estudiar la posibilidad de poderle ofrecer una solución que pueda evitarlo (queja 17/2340).



Ambos casos están siendo objeto de análisis por parte de esta Institución, pretendiendo con ello determinar si, en aplicación del principio de actuación en interés superior del menor, es posible establecer alguna previsión legal que los atienda, ya que por sus circunstancias particularmente son dignos de especial protección.

...

### 1.4.2.3 Instalaciones escolares

...

La ubicación geográfica de Andalucía y su complejidad morfológica determinan una amplia diversidad de climas en su territorio, pero en general puede hablarse de una marcada diferencia entre un invierno húmedo y suave, y un verano seco y caluroso.

En las últimas primaveras y veranos, en determinados puntos de nuestra comunidad autónoma, se han registrado temperaturas que han superado todos los registros conocidos. Así, expertos de la Red de Información Ambiental de Andalucía (REDIAM) no han dudado en señalar que, si bien no puede decirse que ello sea consecuencia del cambio climático global, sí apunta a ello, de modo que se están produciendo unas temperaturas que no existían hace 20 ó 30 años, las olas de calor son más intensas y frecuentes, y el verano se extiende.

En este contexto, año tras año, la comunidad educativa, en general, viene poniendo de manifiesto ante las administraciones competentes **la necesidad de instalar en los centros docentes sistemas de refrigeración o climatización para combatir las altas temperaturas que un muchos de los casos hacen insoportable la estancia en las aulas**, provocando malestar, indisposición y síntomas propios de la exposición a altas temperaturas, poniendo de este modo en riesgo la salud del alumnado y de los profesionales que prestan sus servicios en los colegios e institutos.

...

### 1.4.2.6 Equidad en la educación

...

En otro orden de cosas, continuamos asistiendo al debate existente desde hace décadas en torno a la determinación del **criterio preponderante a la hora de escolarizar a un alumno con necesidades específicas de apoyo educativo por padecer algún tipo de discapacidad**.

...

Ante situaciones como las descritas, analizamos las circunstancias de cada caso concreto y, de un modo más específico, si la decisión que adopta la Administración educativa en cuanto al centro donde se ha de escolarizar el niño o niña con discapacidad respeta su interés superior.

Para esta labor tenemos en cuenta no solo los legítimos deseos de las familias sino también la opinión de los profesionales. Es frecuente que las familias cuenten con certificados emitidos por profesionales de la salud del sistema sanitario público o privado donde se recogen los beneficios o perjuicios que puede suponer para el menor su escolarización en un centro u otro, e incluso se recomienda uno concreto para evitar regresiones que dificultan la capacidad de socialización y autonomía.

...

**La atención del alumnado que presenta problemas conductuales** continúa siendo un reto en el ámbito educativo. Algunos alumnos con necesidades educativas especiales que además presentan problemas conductuales suelen tener serias dificultades para recibir una atención especializada acorde con sus patologías



ya que, en un importante número de casos, la respuesta que se ofrece desde los centros escolares suele ser disciplinaria, ajena a las características, patologías y necesidades de estos menores.

No es infrecuente que sean las familias de los compañeros de los menores con problemas de conducta quienes denuncien la situación que sufren sus hijos como consecuencia de la actitud disruptiva de otro alumno y la ausencia de medidas eficaces para garantizar la seguridad del resto de la clase.

Familias y profesionales se enfrentan a grandes desafíos en casos como los que relatamos. Los alumnos y alumnas que sufren este problema suelen tener un nivel bajo educativo, no porque los mismos presenten problemas intelectuales, sino porque su comportamiento antisocial y disruptivo suele llevarles a continuos conflictos en el colegio, tanto con el profesorado como con los compañeros, siendo objeto con mucha frecuencia de medidas disciplinarias.

Difícil tarea para los profesionales que tienen que atender a este alumnado, de ahí que quede plenamente justificada la existencia de unos órganos especializados en trastornos de conducta, a través de los equipos de orientación educativa.

Estos equipos tienen entre sus cometidos la labor de asesorar al profesorado sobre técnicas, métodos y recursos apropiados para la acción educativa, atribuyéndoles no sólo funciones de asesoramiento sino también de colaboración con los equipos de orientación educativa y departamentos de orientación en la difícil tarea de identificar y valorar las necesidades educativas del alumnado afectado por problemas de trastornos de conducta.

Desde luego la solución de los problemas que se generan con la presencia en las aulas de alumnos con problemas de conducta disruptiva ha de venir de la mano de los citados profesionales y no exclusivamente de la aplicación de medidas disciplinarias. Unas soluciones que han de ponerse en práctica con celeridad no sólo en beneficio del alumno afectado sino también de los compañeros que comparten aula y antes de que la convivencia se deteriore gravemente (queja 17/499, queja 17/3981, queja 17/5313 y queja 17/6551).

...

### 1.4.3 Análisis de las quejas admitidas a trámite: Enseñanza Universitaria

...

Por su parte, la [queja 17/3599](#) partía de una reclamación para que los comedores ubicados en la [Universidad de Granada ofrecieran un menú apto para personas afectadas de celiaquía](#). Una petición que fue finalmente atendida por las autoridades académicas granadinas.

...

### 1.4.4 Actuaciones de oficio, colaboración de las administraciones y resoluciones

...

• [Queja 17/6667](#), dirigida al Ayuntamiento de Vélez Málaga, relativa a la existencia de una plaga de pulgas en CEIP Augusto Santiago Bellido, de Vélez-Málaga.

...



## 1.5 EMPLEO PÚBLICO

### 1.5.1 Introducción

...

Indicativas de esta situación son, también, las quejas presentadas por profesionales no sanitarios del SAS que denunciaban la discriminación que están sufriendo con respecto al reconocimiento de su derecho a la carrera profesional que sí le es reconocido a otros profesionales de esta Administración, o la presentada por un colectivo de funcionarios interinos de la Junta de Andalucía, incluidos en el Decreto Ley 5/2013, de 2 de abril, que pusieron de manifiesto la delicada situación socio-laboral en la que se encontraban al no cumplirse con respecto a ellos los objetivos que motivaron la aprobación de dicho Decreto-Ley, ni aplicárseles las medidas previstas en el mismo, por cuanto no habían sido aún convocados para la cobertura de puestos de trabajo vacantes en la Administración General de la Junta de Andalucía.

...

### 1.5.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.5.2.1 Las consecuencias en materia de personal de la externalización de servicios públicos

Durante el año 2017 se han seguido abordando diversos aspectos de una cuestión compleja y muy debatida en los últimos tiempos, como es la de la externalización de la acción pública y su incidencia en el ámbito de las relaciones laborales del personal de las empresas contratistas que consideran que deben ser integrados como personal propio de las entidades públicas contratantes.

En relación con esta temática se han tramitado y resuelto en el año 2017, la [queja 15/5470](#) iniciada de oficio, sobre externalización de servicios públicos en el ámbito de la Administración de la Junta de Andalucía, y la [queja 17/2851](#) y [queja 17/2853](#), presentadas por trabajadores y representantes sindicales de las empresas contratistas de los servicios de Cita Previa y Salud Responde. Asimismo se está ultimando la tramitación de la queja 15/5127 y de la queja 17/0794, que plantean una problemática similar, presentadas por la representación sindical de los trabajadores de las empresas contratistas de los servicios de teleoperación de las Emergencias sanitarias del 061 y de las Emergencias del 112.

##### 1.5.2.1.1 La externalización de servicios públicos en el ámbito de la Junta de Andalucía

...

La externalización de la acción pública viene siendo cuestionada desde diversas instancias por entender que pudieran encubrir la “privatización” de determinados servicios públicos de interés general que, por su contenido económico, son sometidos a las reglas del mercado. En otros casos, la crítica pone énfasis en que tales externalizaciones conllevan un traslado de competencias al sector público instrumental en detrimento del empleo público y, más en concreto, de la función pública y del interés general.

En los últimos años se han incrementado este tipo de quejas, fundamentalmente en el ámbito de los servicios de teleoperación de emergencias y de acceso a determinados servicios de salud, así como, en el ámbito educativo, en relación con los servicios de monitores de apoyo escolar. La preocupación por los efectos que pudieran derivarse de la extensión recurrente de la actividad externalizadora de la Administración a la gestión de los servicios públicos más diversos, ha dado lugar a que esta problemática se haya abordado



por distintas instituciones de control, como es el caso del Defensor del Pueblo Andaluz, la Cámara de Cuentas de Andalucía o el Tribunal de Cuentas y, recientemente, también por el Parlamento de Andalucía en relación con la externalización del servicio de gestión telefónica en los servicios públicos de emergencias.

Estas circunstancias motivaron que esta Institución abordara globalmente esta problemática a través de la queja 15/5470 iniciada de oficio sobre la externalización de servicios públicos y sus consecuencias en materia de personal.

...

### 1.5.2.1.2 Afectación de las condiciones laborales del personal de las empresas contratistas

Otras cuestiones más concretas que afectan a las condiciones de trabajo del personal encargado de la ejecución de estos servicios contratados, se analizan con ocasión de la tramitación de las quejas 17/2851 y 17/2853, relativas al cumplimiento de las condiciones de contratación por parte de las empresas adjudicatarias de los servicios de Cita Previa y Salud Responde presentadas por los representantes de la organización sindical CGT y de trabajadores de dichas empresas.

En estas quejas, las personas promotoras de las mismas nos trasladan la situación que, en su opinión, hace padecer la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía a los trabajadores y trabajadoras de estas empresas, *"(...) al tenerlos en manos de empresas contratistas privadas de tele-marketing manteniendo un servicio a costa de la explotación laboral de sus empleados/as, de ofrecer un mal servicio a la ciudadanía y de lucrarse económicamente con el dinero de los impuestos de los andaluces"*.

Las quejas mencionadas plantean una serie de cuestiones que inciden en las condiciones de licitación y ejecución del servicio objeto de contratación que afectan los derechos laborales y sociales del personal de las empresas contratistas tales como: la subrogación de los trabajadores por la nueva empresa adjudicataria; la inclusión de cláusulas sociales en los pliegos que rigen la contratación; la inclusión de las condiciones salariales como condiciones de ejecución del contrato; la necesidad de determinar el dimensionamiento de las plantillas precisas para la ejecución del contrato en los pliegos; los incumplimientos de la normativa laboral por parte de la empresa adjudicataria del contrato; y la externalización/internalización de la prestación de los servicios públicos.

En relación con estas cuestiones, tras analizar los pliegos rectores de estas contrataciones y las normas legales de aplicación, así como la doctrina jurisprudencial y de los órganos consultivos de contratación, se realizan una serie de consideraciones a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), poniendo de manifiesto:

En cuanto a la subrogación empresarial planteada, decimos que más que en un supuesto de sucesión de empresa, previsto en el art. 44.1 del Estatuto de los Trabajadores (ET), nos encontramos ante un caso de subrogación convencional que se produce en aquellos casos en que el convenio sectorial de aplicación establece para la empresa contratante la obligación de subrogarse en los trabajadores adscritos a la anterior contrata, como así se contempla en el art. 18 del V y del VI Convenio Colectivo estatal del sector de Contact Center, de aplicación al personal de las empresas contratistas.

Respecto a la inclusión de cláusulas sociales, a tenor de lo previsto en la Directiva 2014/24/UE, la doctrina jurisprudencial y consultiva y, especialmente, en el Acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, de 18 de octubre de 2016, por el que se impulsa la incorporación de cláusulas sociales y ambientales a la contratación pública en su ámbito, se señala que en los pliegos rectores de estas contrataciones, si bien se incluyen algunas cláusulas ambientales y sociales, en la línea que marca para las entidades públicas de la Junta de Andalucía en el referido Acuerdo, adolecen de cláusulas socio-laborales que permitan promover el cumplimiento de uno de los objetivos perseguidos en este ámbito como es el de alcanzar mayores cotas de empleo estable y de calidad, favoreciendo la contratación de larga duración y a jornada completa. Y que, teniendo en cuenta las frecuentes denuncias que se han producido en la ejecución de este servicio por



anteriores contrataciones, consideramos que, para alcanzar esos objetivos sociales, **hubiera sido deseable la inclusión de alguna cláusula social que promoviera la adopción de medidas concretas que aseguraran la efectiva conciliación entre la vida personal, laboral y familiar.**

En relación a la posibilidad de inclusión de las condiciones salariales como condiciones de ejecución del contrato, conforme a la doctrina de las Juntas Consultivas de Contratación, aún cuando se considere que los convenios colectivos del sector correspondiente no son vinculantes para la Administración a la hora de establecer el precio de licitación, por tratarse de una regulación bilateral en la que los poderes públicos no son parte, sí pueden tomarse en consideración como indicadores a tener en cuenta al elaborar el presupuesto de licitación, especialmente en aquellos servicios, como el que nos ocupa, en los que el elemento personal es fundamental en la prestación objeto de contrato.

Otro aspecto cuestionado por los promotores de esta queja es el del dimensionamiento de las plantillas, que no es exigible en los pliegos, si bien su determinación puede ser causa de resolución de estas contrataciones, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 223. f) de la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP), y que debe redundar en una mejor eficiencia y calidad de la prestación del servicio y aportar una mayor eficiencia social al contrato.

Otra cuestión planteada se refiere a posibles incumplimientos de la normativa laboral por parte de las empresas adjudicatarias de estos contratos y que, según lo establecido en la estipulación 7ª de los Pliegos de Prescripciones Técnicas, constituye una causa de resolución del contrato, de acuerdo con lo dispuesto en el art. 23. h) de la LCSP. A este respecto, sin perjuicio de que la resolución del contrato por este tipo de incumplimientos sólo se producirá cuando se trate de *“incumplimientos graves y afecten al funcionamiento del servicio o, cuando menos, al interés público que la Administración debe tutelar”*, para la calificación de los mismos señalamos que deberá tomarse en consideración la calificación realizada por la autoridad laboral, así como la recaída en decisiones judiciales. Y, en cuanto la afección sobre el funcionamiento del servicio y/o el interés público a tutelar, habrá que ponderar si dichos incumplimientos inciden directamente en la prestación del servicio objeto del contrato que, dado que se enmarca en un ámbito tan singular como es el de la atención del derecho a la salud, podría terminar afectando al interés público general de la población.

En base a estas consideraciones, finalmente, se dirigieron a la Dirección Gerencia de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) recomendaciones para que, de acuerdo con las directrices que marca la Directiva 2014/24/UE y el Acuerdo del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, de 18 de octubre de 2016, se haga un especial seguimiento del cumplimiento de las obligaciones en materia laboral por parte de las empresas adjudicatarias de estos servicios, y se adopten, en su caso, las medidas procedentes de acuerdo con las normas reguladoras de la contratación administrativa en el sector público para asegurar su eficaz funcionamiento. Asimismo, se le sugiere que, en el caso de que los servicios objeto de las quejas tramitadas se vuelvan a licitar, **se incluyan en los pliegos rectores de la contratación cláusulas sociales de índole laboral** que permitan promover el cumplimiento de los objetivos perseguidos en este ámbito por las normas vigentes de aplicación en esta materia.

## 1.5.2.3 Los concursos de traslados y el reconocimiento del derecho a la carrera profesional

### 1.5.2.3.2 Reconocimiento del derecho a la carrera profesional a profesionales no sanitarios del SAS

Durante el año 2017 se han venido recibiendo quejas de profesionales del SAS que denuncian la discriminación que están sufriendo con respecto al reconocimiento de su derecho a la carrera profesional que sí le es reconocida a otros profesionales, afirmando que no entienden *“como si trabajamos compañeros en el mismo hospital, en los mismos turnos, con la misma categoría profesional, con la misma responsabilidad, en la misma especialidad, a unos se le paga la Carrera Profesional y hace un año más o menos le suben ese complemento, mientras a mí no me dejan ni inscribirme en la Carrera Profesional”*.



La carrera profesional supone **el derecho de los profesionales a progresar**, de manera individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual prestan sus servicios.

Con carácter general, este derecho se reconoce a los empleados públicos en los artículos 14.c) y 16.2 del EBEP y, específicamente, al personal estatutario de los Servicios de Salud en el art. 40 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y en el art. 40 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

De conformidad con estas normas, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, por Acuerdo de 21 de noviembre de 2002, de la Mesa Sectorial de Negociación de Sanidad sobre política de personal para el periodo 2003 a 2005, se concluye que el SAS se compromete a avanzar en el desarrollo e implantación de un modelo de Desarrollo Profesional, y que presentará y negociará el modelo propuesto basado en la acreditación de los distintos niveles de competencias de sus profesionales.

A partir de aquí, el Servicio Andaluz de Salud, previa negociación en Mesa Sectorial para ello, plantea un modelo en el que se conciben las “Competencias” como base del desarrollo de la Carrera Profesional, aprobándose por Acuerdo de 18 de Julio de 2006, del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía, el Acuerdo de 16 de mayo de 2016, sobre política de personal para el periodo 2006 a 2008, en cuyo punto cuarto se regula el Desarrollo Profesional de estos profesionales.

No obstante, actualmente el grado de desarrollo e implantación del modelo de Carrera Profesional del SAS solo contempla el reconocimiento de nuevos grados de Carrera Profesional al personal Licenciado y Diplomado sanitario. Por lo que, en principio, a las categorías no incluidas no le es de aplicación el sistema general previsto para el reconocimiento de nuevos Grados de Carrera Profesional, al no ser profesionales sanitarios.

Para el personal de otras titulaciones el modelo no ha sido desarrollado con carácter general, habiendo existido solo dos Convocatorias en plazo cerrado para solicitar el acceso a la Carrera Profesional para el personal Fijo de categorías de Gestión y Servicios, el cual finalizó el 15 de marzo de 2010. En consecuencia, estos otros profesionales de la sanidad solo podrán acceder a la Carrera Profesional hasta tanto no se dicten las normas que lo hagan posible, junto con el cumplimiento de los demás requisitos que se establezcan.

Sin perjuicio de que este proceder no contraviene el marco legal vigente, la demora en la regulación del acceso a este derecho para los profesionales no sanitarios del SAS supone una situación discriminatoria de esos otros profesionales no sanitarios del SAS en relación con éstos. No obstante, en la respuesta de la Administración Sanitaria a los requerimientos realizados en la tramitación de las quejas, se ha comprometido firmemente a articular el modelo de Desarrollo Profesional, en base al cual **se establecerán los requisitos y puntuaciones de la Carrera Profesional para la categorías que aún no lo tienen sustanciado**, y prueba de ello es que incluso hay ya un calendario de trabajo reconocido al efecto. Motivo éste por el que dimos por concluidas nuestras actuaciones, si bien anunciamos a dicha Administración que estaremos vigilantes sobre el cumplimiento de este compromiso y que realizaremos una labor de seguimiento e impulso.

## 1.5.2.4 Acceso al empleo público

### 1.5.2.4.3 Proceso de estabilización del personal interino del SAS

Se han recibido en la Institución numerosas quejas de determinados colectivos de profesionales eventuales del SAS en las que muestran su discrepancia con la forma de llevar a cabo **el proceso de estabilización de aquellos eventuales del Servicio Andaluz de Salud que vengán desempeñando plazas básicas estructurales**, como consecuencia del Acuerdo alcanzado el pasado 16 de diciembre de 2016 entre la Administración Sanitaria Andaluza y las Organizaciones Sindicales de la Mesa Sectorial de la Sanidad.

Las personas afectadas solicitan que el proceso de consolidación de empleo se realice según la normativa por la que se regula el sistema de selección de Bolsa Única SAS y que se articule un procedimiento previo por el que los actuales interinos no afectados por el proceso de consolidación puedan optar a una interinidad



en sus lugares de residencia u otros que prioricen con los criterios y orden de prelación establecidos en la Bolsa Única del SAS.

Como consecuencia de ello, y dada la amplia repercusión que estaba adquiriendo este asunto en el ámbito sanitario andaluz, se procedió a abrir de oficio la queja 17/0372, solicitando a la Dirección General de Profesionales del SAS el correspondiente informe que ha sido remitido el 2 de enero del presente año, estando en la actualidad en fase de estudio y valoración.

## 1.5.2.5 Quejas relativas a la provisión temporal

### 1.5.2.5.1 Falta de transparencia en la gestión de las Bolsas de Empleo

...

El asunto que motivó la admisión a trámite de la [queja 17/3225](#) fue la denuncia sobre falta de transparencia en la gestión de la Bolsa de Empleo de FAISEM para contrataciones temporales en la provincia de Sevilla, lo que motiva que las personas inscritas en la misma desconozcan si las contrataciones temporales formalizadas se realizan respetando el orden de puntuación establecido por la Bolsa, sin informar a los inscritos y al Comité de Empresa, ya que **no existe regulación ni publicación de la evolución de la contratación en dicha bolsa.**

Tras la solicitud del correspondiente informe a dicha Fundación pública, tras su recepción se formuló Resolución en la que se puso de manifiesto la importancia de las contrataciones temporales en el sector público y su sujeción a los principios constitucionales y estatutarios de acceso al empleo público y a los establecidos en el art. 55 del EBEP. Por consiguiente, aún cuando no exista norma que regule concretamente el procedimiento de selección para la contratación de personal laboral temporal de estas entidades instrumentales, por aplicación de estas normas y de dichos principios, en todo proceso de selección de personal laboral temporal que se realice en el sector público andaluz deberán garantizarse los principios de, igualdad, mérito, capacidad y publicidad.

Asimismo, el art. 54.4 de la Ley 10/2005, de 31 de mayo, de Fundaciones de la Comunidad Autónoma de Andalucía, de aplicación a FAISEM, establece que la selección del personal de las fundaciones del sector público de la Comunidad Autónoma de Andalucía deberá realizarse, en todo caso, con sujeción a los principios de igualdad, mérito, capacidad y publicidad en la correspondiente convocatoria

Al no estar establecido un procedimiento concreto para la contratación de personal laboral temporal en el ámbito público, la constitución de bolsa de trabajo o empleo es el instrumento que se ha generalizado en este sector como procedimiento más idóneo para la selección de personal temporal conforme a las normas básicas reguladoras del acceso al empleo público, y es el que se sigue en el ámbito de la Administración general -tanto para personal funcionario como laboral-, educativa y sanitaria de la Junta de Andalucía.

Y, desde esta perspectiva, y para el cumplimiento de los principios constitucionales citados, es práctica común en la regulación de estas bolsas de empleo, tanto para su constitución como para su actualización, su ordenación a través de convocatoria pública, valoración de méritos, realización de ejercicios, etc., en las que el mérito y la capacidad de los aspirantes sirva para obtener una posición u otra dentro de la lista de integrantes de la misma.

En base a ello, consideramos imprescindible abordar la necesaria actualización de la regulación de la Bolsa de contratación temporal de FAISEM a fin de adecuarla a los principios constitucionales mencionados y garantizar que, tanto en su constitución, como funcionamiento, se ajusten a dichos principios, a través del proceso negociador con los representantes legales de los trabajadores de dicha Fundación.



En cuanto a la obligada transparencia de la Bolsa de Empleo de esta Fundación pública, como se señala en la Instrucción conjunta 2/2016, de 13 de septiembre, de la Dirección General de Planificación y Evaluación y de la Dirección General de Presupuestos, conforme a lo dispuesto en el EBEP y en la Ley 1/2014, de 24 de Junio, de Transparencia Pública de Andalucía, la publicidad de los procesos de selección del personal de las entidades instrumentales de la Junta de Andalucía, con independencia de su naturaleza, debe hacerse efectiva a través de canales públicos de divulgación, siendo el modo más habitual de publicitarlos, en el caso de contrataciones de carácter temporal, a través de los portales o páginas web oficiales de estas entidades.

A la vista de dichas consideraciones se recomienda a FAISEM que se adopten las medidas oportunas para actualizar la Bolsa de Empleo de esta entidad pública de forma que queden garantizados los principios constitucionales que rigen el acceso al empleo público, se inicie sin más demoras el procedimiento de negociación con la representación legal de los trabajadores de dicha Fundación a fin de poder aprobar un Reglamento que regule el funcionamiento de la Bolsa de Empleo ajustado a los principios constitucionales que rigen en esta materia y para que se cumplan las obligaciones de publicidad activa que se establecen en el Título II de la Ley 1/2014, de 24 de Junio, de Transparencia Pública de Andalucía.

...

#### **1.5.2.5.4 Valoración de méritos alegados para la Bolsa de Empleo Temporal del SAS**

Son numerosas las quejas que se han recibido en 2017 discrepando de la no valoración o incorrecta valoración de los méritos alegados para que sean tenidos en cuenta en la Bolsa de Empleo Temporal del SAS.

Entre éstas podemos citar la queja 17/4418 por la no valoración de unos cursos que consideran que cumplen perfectamente los requisitos, y además tienen las mismas características que otros cursos que sí le han sido valorados al interesado, y todos ellos homologados la mayoría por la “Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias”.

Son también numerosas las quejas por la no baremación Apartado de “Experiencia No SAS”, de la experiencia profesional en centros que no tienen concertados la totalidad de sus servicios con la Administración Sanitaria. Entre éstas la queja 17/5143 y la queja 17/5980.

Todas estas quejas están pendientes de la recepción de los correspondientes informes para su valoración por parte del SAS.

#### **1.5.2.6 Quejas relativas al acceso al empleo público**

##### **1.5.2.6.2 Mal funcionamiento de la “Ventanilla electrónica de la persona candidata” puesta en marcha por el SAS (queja de oficio 17/3654)**

Hemos tenido conocimiento a través de los medios de comunicación, así como por algunas quejas recibidas en esta Institución en el mismo sentido, de la denuncia realizada por el Sindicato CSIF de Almería, sobre el mal funcionamiento de la llamada “Ventanilla Electrónica de la persona Candidata” (VEC), puesta en marcha por el Servicio Andaluz de Salud para que las personas que participan en las Ofertas de Empleo Público puedan validar sus méritos, de cara a la OEP 2013-2015.

La experiencia es calificada por la citada organización sindical como de “fiasco absoluto”, afirmando que es tal la situación, que se han recibido, sólo en la provincia de Almería, **decenas de quejas de los trabajadores**



por las largas esperas on-line y el mal funcionamiento en general del Portal, con el perjuicio que eso está ocasionando a los usuarios a la hora de realizar la baremación de los méritos a alegar para participar en las Ofertas de Empleo Público que se convocan.

Las personas que utilizaron esta vía electrónica para su autobaremación accedieron con su usuario y contraseña a la web de atención profesional del SAS, pero, al parecer, no ha quedado registrado ese autobaremo de forma física, no pudiendo justificar lo contrario, debido a lo cual se les ha inhabilitado el mismo.

Al poder verse afectado por estos hechos los derechos reconocidos en el Título I del Estatuto de Autonomía para Andalucía, se procedió a la apertura de oficio de la [queja 17/3654](#) y a solicitar el correspondiente informe a la Dirección General de Profesionales del SAS.

En el informe remitido por la Administración sanitaria se hace constar que se han adoptado todas las medidas de índole técnica, procedimental y de formación necesarias para facilitar al máximo la presentación de méritos por vía telemática, lo que ha permitido que 5.318 personas, el 98% de las requeridas, hayan aportado su documentación por esta vía.

Este informe que se encuentra en la actualidad en fase de estudio para su valoración y adopción de la decisión correspondiente.

## 1.5.3 Quejas de oficio, colaboración de las Administraciones y Resoluciones

...

· [Queja 17/0372](#) dirigida a la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, relativa a discrepancia con el acuerdo para iniciar proceso de estabilización de eventuales del SAS.

...

· [Queja 17/3654](#), dirigida a la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, sobre el mal funcionamiento de la "Ventanilla Electrónica de la persona Candidata" (VEC), para que las personas que participan en las Ofertas de Empleo Público puedan validar sus méritos.

...

## 1.6 POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO

### 1.6.1 Introducción

...

Por otra parte, **el rol de género tampoco es ajeno a la salud**. La desigualdad a la hora de la distribución del poder repercute negativamente en la salud de las mujeres. Los factores que determinan esta situación tienen un carácter muy diverso, unos son biológicos, y otros ambientales pero, en definitiva, el modelo sanitario actual estudia fundamentalmente al hombre y relega la mujer al ámbito de la salud sexual y reproductiva. Es en este ámbito en el que se producen la mayoría de intervenciones de esta Defensoría, así como aquellas otras quejas relacionadas con procesos o patologías fundamentalmente femeninos, como es el caso de la hipertrofia mamaria, y la exclusión de la cartera de servicios de todos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos con finalidad estética.

...



## 1.6.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

### 1.6.2.2 Empleo

...

En cuanto al tercer grupo, tenemos la queja 17/0761 en la que se denunciaba por parte de la persona interesada la existencia de una posible vulneración de derechos, ante la imposibilidad de ejercer su derecho a la movilidad, -para poder conciliar su vida laboral y familiar-, bien mediante Concurso de Traslado, bien mediante Comisión de Servicio, al tener la condición de funcionaria pública perteneciente al Cuerpo de Titulados Superiores, escala Facultativa Sanitaria Especialidad Farmacia, de la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Extremadura, y siendo dicho Cuerpo similar al Cuerpo Superior Facultativo, especialidad Farmacia (Farmacéuticos A4), de la Junta de Andalucía.

Tras admitir la queja a trámite, se recibió el informe interesado a la Dirección General de Profesionales del SAS, del que no se deducía irregularidad alguna en la actuación de la Administración sanitaria al haber aplicado la normativa en vigor en esta materia, esto es, el Pacto suscrito el 18 de mayo de 2010, sobre sistema de selección de personal estatutario temporal, la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, del Estatuto Marco de personal estatutario de los Servicios de Salud, en su artículo 39, y el artículo 43 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

...

### 1.6.2.3 Salud

El rol de género no es ajeno a la salud. La desigualdad a la hora de la distribución del poder repercute negativamente en la salud de las mujeres. Su forma de acceder a los servicios sanitarios es distinta, normalmente más tardía, y las posibilidades de que desarrollen acciones destinadas a su bienestar social, físico y psicológico son menores.

Los factores que determinan esta situación tienen un carácter muy diverso, unos son biológicos, y otros ambientales, pero en definitiva el modelo sanitario actual estudia fundamentalmente al hombre, y relega la mujer al ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Siendo conscientes de esta situación, y partiendo por tanto de la existencia de desigualdades sociales en salud, más difícil sin embargo resulta comprobarlo en el marco concreto del funcionamiento de nuestro servicio sanitario, sobre todo desde el limitado margen que implica la tramitación de las quejas que se formulan ante esta Institución.

Todo lo más nos dedicamos a concentrarnos en las que afectan a procesos o patologías fundamentalmente femeninos, en el intento de poder extraer algunas conclusiones.

Por ejemplo la problemática de salud que presentan muchas mujeres que padecen hipertrofia mamaria, no está a nuestro modo de ver, suficientemente atendida en nuestro sistema sanitario. Y es que la solución en muchas ocasiones pasa por una intervención de reducción de mamas, y esta última se contempla de manera absolutamente restrictiva.

La exclusión de la cartera de servicios de todos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos con finalidad estética (siempre que no guarden relación con accidente, enfermedad o malformación congénita), y la necesidad de deslindar lo que tiene ese carácter respecto de lo que no, sirve de excusa para el establecimiento de unos requisitos que reducen bastante el grupo de mujeres que puede beneficiarse de aquella.

En esta tesitura no podemos menos que considerar que factores ajenos a los criterios clínicos también son tenidos en cuenta, no en vano este tipo de operaciones, no sujetas a garantía de plazo de respuesta,



tienen poco espacio en el marco de las programaciones quirúrgicas, y sufren demoras considerables a la hora de llevarse a cabo.

Ciertamente no deja de resultar curioso que el contenido de las prestaciones sanitarias se defina en último término por circulares o instrucciones internas que no tienen carácter de norma jurídica, y que el mismo pueda estar sujeto a determinaciones cambiantes.

En resumidas cuentas al final persisten mujeres con problemas de salud ocasionados por la hipertrofia mamaria, a las que el sistema no ofrece la solución más apropiada, por lo que están condenadas a convivir con el dolor, y a recibir tratamiento puramente sintomático.

En este sentido durante el pasado ejercicio recibimos reclamaciones relacionadas con el retraso en este tipo de intervenciones (queja 17/1952 y queja 17/6321), así como enérgicas protestas por la negativa reiterada a dispensar la intervención (queja 16/5462), e incluso abiertas solicitudes de información en torno a las circunstancias que determinan que aquella se lleve a cabo en el sistema sanitario público.

Llama la atención sin embargo que cuando el problema se presenta en el ámbito masculino, con repercusión exclusivamente estética, no se haga preciso acreditar ningún perjuicio funcional, ni se establezcan criterios delimitadores de lo operable. En este sentido el interesado en la queja 16/2628 padecía una ginecomastia leve, y aún cuando las argumentaciones relacionadas con el retraso en la práctica de la intervención resultan equiparables, no en vano las recogimos en una [resolución](#) con emisión de Recomendaciones, sin embargo no tuvo inconveniente alguno para ser incluido en lista de espera quirúrgica.

Por otro lado la práctica de tratamientos de reproducción asistida sigue siendo fuente inagotable de reclamaciones, no sólo por las largas esperas que la acompañan, de lo que ya dimos cuenta en este mismo apartado del Informe del año pasado, sino por otro tipo de circunstancias. Por ejemplo la [queja 16/2681](#) y la queja 16/5035 incorporan sendas peticiones para la aplicación de la técnica del diagnóstico genético preimplantatorio, mientras que en la queja 16/3934 la interesada plantea su disconformidad con la negativa a ser sometida a tratamiento.

El informe del hospital da cuenta del itinerario asistencial de la interesada, y de la decisión adoptada en sesión clínica por los profesionales de la unidad de RHA, de no llevar a cabo la punción ovárica previa a la FIV, por considerar que existe riesgo de hemorragia para la paciente, así como de transferencia de la patología hematológica al recién nacido, de acuerdo a lo previsto en la ley de reproducción humana asistida.

La interesada aporta el informe que se elaboró desde el servicio de hematología para actualizar el que ella presentó en la primera cita, y que había de servir de base a la decisión de la comisión, el cual afirma que puede someterse a estimulación ovárica, tratamiento de FIV, y quedarse embarazada. Señala que la patología es de carácter leve, y que aunque se transmita al recién nacido, seguirá teniendo dicha naturaleza, viéndose obligada la solicitante a asumir el riesgo en su caso.

A nuestro modo de ver este criterio resulta absolutamente contradicho por la decisión y no se ofrece ninguna explicación para ello que pueda justificar el apartamiento del mismo. Además nos parece un contrasentido que se pueda realizar el tratamiento a personas con enfermedades transmisibles mucho más graves, genéticas o infecciosas, y se niegue en este caso, existiendo además la alternativa de la donación de ovocitos, que específicamente se prevé en los de enfermedad hereditaria de la mujer o la descendencia. No obstante la [Recomendación](#) emitida en este caso no ha sido aceptada.

En el ámbito de la espera para las intervenciones quirúrgicas, el año pasado determinamos la conclusión de nuestras actuaciones iniciadas de oficio en la [queja 16/0714](#) sobre lista de espera para reconstrucción mamaria.

En general, por lo que hace a la [Recomendación](#) para la agilización de los plazos para las operaciones, tanto en primera instancia, como las sucesivas que se hagan necesarias, consideramos aceptados los términos de nuestra resolución con el anuncio de elaboración y, más aún, por la publicación, de la Orden que establece la garantía de plazo de respuesta para estos procedimientos.



Ahora bien, en lo que respecta a la cartera de servicios de los centros la Administración se limitaba a constatar que existe claridad al respecto de la misma, considerando irrelevante la disponibilidad de especialistas en cirugía plástica, teniendo en cuenta que las pacientes que lo precisen pueden ser derivadas a los centros adecuados en función de la técnica que se vaya a utilizar. Por nuestra parte manteníamos dudas, en la medida en que la información proporcionada por la Administración clasificaba entre las pacientes pendientes de intervención en hospitales que no cuentan con cirugía plástica en su cartera de servicios, algunas pendientes de procedimientos quirúrgicos complejos, que por tanto estaban llamados a ser realizados por dichos especialistas.

En esta tesitura además cobraba relevancia la denuncia efectuada por el colectivo de especialistas en cirugía plástica sobre la realización de intervenciones de reconstrucción por profesionales que carecen de la competencia necesaria para ello.

De ahí que solicitáramos un informe aclaratorio de los procedimientos quirúrgicos que deben ser llevados a cabo por cirujanos plásticos y los que pueden practicarse por otros especialistas, reflejando conforme a dicho criterio los que se practican en cada centro del Sistema Sanitario Público de Andalucía. En este punto también preguntamos por los conciertos suscritos a este fin y el ámbito de cobertura de los mismos, así como el número de derivaciones intercentros que por esta causa se ha llevado a cabo en los dos últimos años.

Pues bien el nuevo informe recibido niega tajantemente que el tipo de intervención venga determinado por la cartera de servicios del hospital de referencia de la paciente, señalando que en caso de que este último no disponga de los especialistas que su intervención precisa, puede ser remitida al hospital más cercano que sí los posea. Además, apunta que la determinación de la concreta intervención se lleva a cabo mediante un proceso de decisión consensuado con la paciente, que tiene en cuenta el tipo de tumor, sus características personales y sus deseos, a la vista de las posibilidades que presenta su caso.

En este sentido se ofrecen datos correspondientes a los ejercicios 2015 y 2016 sobre número y porcentaje de pacientes intervenidas en los hospitales de referencia que cuentan con cirugía plástica y reparadora, que sin embargo pertenecen a otras áreas hospitalarias. Así de 866 intervenciones practicadas por dichos especialistas en 2015, 454 (52%) lo fueron de pacientes derivadas desde sus centros de referencia, ascendiendo dicho número a 549 (el 54%) de las 1.016 intervenciones llevadas a cabo en el año 2016.

Por lo que hace a la clarificación de los procedimientos que se llevan a cabo por unos u otros profesionales, y por tanto en unos u otros centros hospitalarios, el informe apunta a la cartera de servicios de procedimientos que aparece publicada en la página web del SAS, a cuya consulta nos remiten.

De todas maneras adjuntan cuadros recopilatorios de los que integran la cartera de servicios de cirugía plástica y reparadora, con expreso señalamiento de los procedimientos que solamente se practican por estos especialistas, e igualmente de los que pueden llevarse a cabo indistintamente por varios profesionales.

Por nuestra parte subsisten algunas dudas en cuanto a los aspectos que determinaron la solicitud del informe aclaratorio, pues aún cuando constatamos la existencia de derivaciones a hospitales de referencia para intervenciones que se practican exclusivamente por cirujanos plásticos, se sigue sin explicar que existan pacientes pendientes de este tipo de intervenciones en hospitales que en principio no cuentan con dichos especialistas.

Por otro lado también advertimos procedimientos que figuran en la cartera de servicios de cirugía plástica como exclusivos de la especialidad (por ejemplo mastectomía subcutánea unilateral con implantación simultánea, código 85.33), que también figuran en las carteras de ginecología y cirugía general con posibilidad de ser realizados indistintamente por varias especialidades.

En todo caso por lo que hace al objetivo fundamental que perseguíamos con la tramitación de esta queja tenemos que considerar que nuestras recomendaciones se han aceptado, sin perjuicio de que tanto los tiempos de respuesta, como el resto de las cuestiones que analizamos, puedan continuar siendo valorados en cada caso concreto. En este sentido durante 2017 recibimos algunos otros planteamientos relacionados con este asunto (queja 17/4016).



## 1.6.2.10 Violencia de Género

...

Descendiendo al plano de las actuaciones concretas que esta Defensoría ha venido realizando en materia de violencia de género, se han de poner de manifiesto varios aspectos:

Por una parte, el hecho de que, hasta la fecha, el peso específico de las quejas recibidas en esta materia ha sido escaso, si lo comparamos con el volumen de las que se plantean en otras materias.

Que, además, son numerosas las ocasiones en que a pesar de romper la barrera de compartir la preocupación y dirigirnos un escrito, las remitentes no nos facilitan datos esenciales para poder ayudarlas (en ocasiones, ni siquiera su nombre completo, teléfono o dirección). Lo hacen desde el anonimato.

Y, finalmente, que también es frecuente que, identificadas o no, no perseveren en su escrito inicial y que desistan tácitamente de la petición dirigida.

La razón de esta prevalencia tan pobre, puede ser múltiple, pero consideramos que, entre las causas, podría encontrarse una cuestión simplemente competencial. Es decir, el hecho de que la violencia de género ya denunciada tiene una vertiente judicial inevitable, tanto penal o de enjuiciamiento del presunto culpable, como de adopción, en su caso, de medidas civiles en relación con la disolución del vínculo conyugal y de alimentos de los hijos e hijas. Ámbitos estos que escapan a la posibilidad de intervención del Defensor del Pueblo Andaluz, salvo en cuanto a posibles demoras en la tramitación de los procesos respectivos.

No obstante, es importante saber que la violencia de género tiene también un enfoque administrativo importante, centrado en la víctima, relativo a los recursos y ayudas de que puede beneficiarse, en el que sí cabe y puede ser de utilidad la intervención de la Defensoría.

Otra de las razones de la escasez de quejas y del abandono de las iniciadas, podría venir propiciada por la difícil situación anímica en que se encuentran las víctimas de violencia de género, que las sitúa en un estado psicológico que las priva de capacidad de reacción y de lucha activa, no deseando más que acabar cuanto antes con un problema que pone su vida patas arriba por todo lo que arrasa a su paso.

La insuficiencia de recursos, de asistencia psicológica adecuada y de ayuda económica, tampoco contribuye a aportar la serenidad de ánimo que se precisa para demandar apoyo externo.

Ahondando en los recursos y ayudas de carácter administrativo, ámbito propio de actuación de esta Defensoría, comenzaremos por uno de los primeros, el derecho a la información, tanto la LO 1/2004 como la Ley 13/2007 reconocen este derecho y su contenido, con específica referencia a garantizar su ejercicio a las mujeres víctimas con mayor dificultad de acceso a la información. Este derecho se canaliza a través de los Centros de información a la mujer y a través de las páginas web de las Administraciones públicas competentes.

El derecho de información también se contempla en normas específicas de desarrollo de los derechos legales, como ocurre por ejemplo en el Real Decreto 1917/2008, de 21 de noviembre, que regula el Programa de Inserción Sociolaboral, que prevé que los órganos administrativos competentes organicen campañas de divulgación informativa sobre las medidas de inserción laboral que contempla y la coordinación entre los servicios públicos de empleo, los organismos de igualdad, casas de acogida y los servicios sociales.

Pues bien, como botón de muestra de lo que hasta aquí vamos describiendo, tenemos la queja 17/2592, en la que su promovente nos decía que: *"Llevo varios años sufriendo malos tratos por parte de mi pareja, es mi segunda relación, de la primera tengo dos hijos a los cuales he tenido que dejar con su padre porque la situación aquí se ha vuelto una locura. He pedido ayuda al punto de información a la mujer, a asistenta y a todo lo posible, menos a la policía la verdad por miedo y me han dado las citas estos centros para mediados de mayo desde marzo que fui a hablar con ellas en persona desesperada, ya que tengo un bebé de 19 meses y estoy embarazada de seis meses lo cual a él le da igual, aun así me insulta , amenaza , golpea y tira objetos*



*cerca de mi intentando darme y me hace cada día la vida imposible; tengo audios en los que me amenaza y en los que me insulta y incluso amenaza con sacarme de los pelos de la vivienda; yo misma he intentado buscar un piso de alquiler desesperada por la situación ya que a veces estoy tan hundida que hasta morir deseo, cada vez que vienen mis otros dos hijos el la lía para no dejarme disfrutar de ellos, mi pequeño de 19 meses no habla y sólo el escuchar cualquier sonido más alto de voz o el ver incluso a sus hermanos mayores pelear en broma, lo hace reaccionar con miedo. No sé qué hacer ya que aquí no me puedo quedar, puesto que cada día que viene es una tortura; me voy a ir de alquiler realmente sin recursos, pero realmente no veo ayuda por ninguna parte y no puedo más con esta situación ya que me está costando la salud y tengo miedo por mi embarazo. No sé qué hacer ni a quién acudir para recibir consejo y algún tipo de ayuda, sólo sé que aunque pase hambre me marchare de aquí ya que no puedo más con esta situación es una tortura, es lo peor que le puede pasar a una persona.*

*Espero respuesta suyas y que por favor me den una solución para recibir algún tipo de orientación o ayuda”.*

La remitente no nos proporcionaba ningún dato con el que poder comunicar ágilmente con ella, ni su nombre, ni su lugar de residencia, ni un número de teléfono. La situación que describía nos parecía sumamente delicada, máxime estando embarazada, así que le contestamos al correo electrónico pidiéndole que contactara por teléfono con esta Institución tan pronto como pudiera y, en todo caso, le facilitamos la información siguiente: Número 016 y el 900 del IAM y recomendación de acudir al Centro de Información de la mujer o a los Servicios Sociales: aunque, como nos dijo, el problema era la tardanza de la cita y la premura de su situación ... No llegó a contactar con nosotros, ni nos envió escrito alguno.

También en la queja 17/2744, la compareciente mostraba su decepción por el mal funcionamiento del Instituto Andaluz de la Mujer y un concreto PIM de un Ayuntamiento. Específicamente destacaba que ambos organismos estaban descoordinados y eran ineficientes y refería que las citas en el PIM eran escasas y tardías, en el IAM no le quisieron prestar terapia psicológica remitiéndola al PIM, se la negaron a sus hijos mayores, por no ser hijos del agresor y, a su juicio, relativizaron la entidad del maltrato sufrido por ella. Tampoco nos suministró nunca los datos que le requerimos hasta en dos ocasiones.

No obstante, también hemos de resaltar cuando se produce un buen funcionamiento por parte de la administración, así en la queja 17/3217, la compareciente nos trasladaba las dificultades a que se enfrentaba como víctima de violencia de género, por la falta de ayudas administrativas y de apoyo institucional. Específicamente decía lo siguiente: *“Quiero expresar mi indignación contra este sistema que supuestamente de ayudas tenemos. Mi expareja trepó por la fachada y tras destrozar persiana y cristales accedió a mi casa y me dio un golpe en la cara del que me tuvieron que dar 8 puntos de sutura. Le han puesto una orden de alejamiento. El caso es que sigo en esta casa. Lo que tenía para el alquiler del mes he ido tirando y he puesto el cristal y la persiana. Y aquí estoy. He acudido a los servicios sociales para que me ayuden a poder cambiar de residencia y encontrar un alquiler en otro sitio que el agresor no conozca en el que mi hijo de 5 años y yo podamos vivir medio tranquilos, pero como tengo que empezar ahora a percibir la ayuda familiar, no tengo derecho a nada.*

*A ello se añade que aquí no hay ni psicóloga para la mujer y hay que desplazarse a 60 kms, y para el niño es tan sencillo como que lo derive un pediatra. ¿Dónde está la ayuda? Hasta he tenido que pedir dinero a familiares para poder arreglar la persiana y cristales por donde entró mi agresor.”*

El completo informe recibido del Centro Municipal de Información a la Mujer de la localidad de la afectada, detalló todas las actuaciones realizadas con aquélla.

En cuanto al derecho a la asistencia jurídica especializada y gratuita (artículo 20 LO y 27 y 35 a 38 Ley 13/2007), hemos de decir que no ha habido quejas relevantes salvo en lo concerniente a las Unidades de Valoración Integral de la violencia de género (artículo 37) que se incluyen en las medidas de atención jurídica, cuya actuación sí ha sido objeto de quejas, fundamentalmente por dos razones: las demoras en las citas que lastran el proceso penal y la falta de valoración de la violencia psíquica y subestimación de la misma.

Escritos de queja sobre esta cuestión, junto con otra serie de circunstancias de las que tuvo conocimiento este Defensoría, han dado pie a una actuación de oficio, [queja 17/4155](#), cuya argumentación se basa en que la lucha contra la violencia de género, dirigida a su erradicación, no sólo ha de abordarse desde la necesaria perspectiva de su represión penal, sino que, centrando especialmente la atención en las víctimas



causadas por esta lacra social, es esencial que todas las Administraciones implicadas arbitren las medidas que posibiliten la prevención, atención y recuperación de aquéllas, mediante una actuación global e integral.

Es destacable reseñar que, a pesar de las dificultades que entraña el hecho de que sean diferentes Administraciones Públicas las competentes en los diversos aspectos que engloba la atención integral a las víctimas de violencia de género, entendemos que una respuesta eficaz ha de implicar que el abordaje de la misma haya de enfocarse, a efectos externos, como un sistema: el Sistema frente a la Violencia de Género. Y, desde esta perspectiva, las diversas Administraciones autonómicas deben asumir en su ámbito territorial, un papel fundamental por lo que a la unificación, coordinación, cooperación y organización de dicho Sistema se refiere.

Al margen de otros impulsos y actuaciones precedentes, en la actualidad este compromiso se encuentra asumido en Andalucía mediante el Acuerdo por el que se aprueba el Procedimiento de Coordinación y Cooperación Institucional para la Mejora en la Actuación ante la Violencia de Género en Andalucía, de 3 de junio de 2013, cuya aplicación práctica desembocó en el correspondiente Protocolo Marco de Coordinación Institucional de 14 de julio de 2016, que responde al objetivo de delimitar el campo concreto de actuación competencial de cada recurso o servicio especializado en violencia de género y sus protocolos internos de actuación, en conjunción con su coordinación con los restantes, de tal manera que se posibiliten circuitos de atención y asistencia y derivación entre los mismos, que eviten la victimización adicional de las mujeres.

Toda iniciativa que, ciñéndose a las exigencias legales o incluso mejorando sus mínimos, emane de los poderes públicos y pretenda implantar políticas públicas a favor de las víctimas de violencia de género, preventivas, asistenciales o de otro orden, merece un juicio favorable por parte de esta Institución. Dignas de apoyo son también las reformas y adaptaciones de los instrumentos adoptados cuando, con un fundamento empírico, buscan perfeccionar y pulir las disfunciones detectadas.

De los antecedentes expuestos no se desprende que, a simple vista, sea un defecto de regulación o de previsión de las políticas públicas el que podamos citar como causa de la insatisfacción y confusión que en diversas quejas dirigidas a esta Defensoría, han exteriorizado directamente mujeres víctimas de violencia de género que se han visto en la tesitura de transitar por los recursos y procedimientos de diversos ámbitos del "Sistema", así como asociaciones de afectadas, y, con mayor objetividad, los profesionales, letradas y letrados, que asisten y asesoran en Derecho a las primeras.

Más bien pudiera residenciarse el defecto en razones relacionadas con la aplicación práctica de los protocolos y de inadecuada gestión de la coordinación; si bien, esta concreción es uno de los objetivos perseguidos con esta investigación.

Consideramos igualmente destacable, que, con independencia de la buena voluntad de los poderes públicos, las medidas adoptadas por las diferentes Administraciones públicas y, por lo que a nosotros interesa la Administración autonómica andaluza, en la materia que nos ocupa, constituyen prestaciones exigibles por sus destinatarios y destinatarias, en el sentido de que, estando protocolizados sus instrumentos y formas de actuación, han de aplicarse de forma homogénea y uniforme. Lo que exige, además de la coordinación, la adecuada publicidad e información.

Sobre las premisas antedichas, esta Defensoría, en el ejercicio de su competencia en materia de defensa de los derechos fundamentales, acordó iniciar de oficio la tramitación de actuaciones dirigidas a conocer, analizar y valorar el grado de cumplimiento y eficacia de las previsiones establecidas en el Acuerdo de 3 de junio de 2013, por el que se aprueba el Procedimiento de Coordinación y Cooperación Institucional para la Mejora en la Actuación ante la Violencia de Género en Andalucía, así como en el Protocolo Marco de Coordinación Institucional de 14 de julio de 2016 y restantes elementos de aplicación.

El análisis habrá de alcanzar, necesariamente, a los diversos ámbitos comprendidos en el Acuerdo y en el Protocolo Marco, tanto desde el punto de vista de la aplicación interna de sus respectivos protocolos o procedimientos de intervención, como desde la óptica imprescindible de su coordinación institucional.



En este cometido nos hemos dirigido en consecuencia, a las administraciones que a continuación se relacionan, sin perjuicio de su ampliación a otras diferentes, a la vista del resultado de la información obtenida y conforme vaya precisando la adecuada cumplimentación del objeto de nuestra investigación: Consejería de Justicia, Consejería de Salud, Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Consejería de Educación y entes locales.

...

## **1.6.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas**

### **1.6.3.1 Actuaciones de oficio**

...

· [Queja 17/4155](#), dirigida a la Consejería de Justicia e Interior, Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y Consejería de Salud, relativa al procedimiento de coordinación y protocolo marco ante la violencia de género.

...

## **1.7 JUSTICIA, PRISIONES, EXTRANJERÍA Y POLÍTICA INTERIOR**

### **1.7.1 Introducción**

...

Por otro lado, también incluimos las actuaciones que nacen de las peticiones o iniciativas de personas que se encuentran internas en centros penitenciarios y cuya especial sujeción a tal circunstancia condiciona de manera evidente el ejercicio de sus actividades. El papel que acomete el Defensor viene presidido por la perfecta titularidad de los derechos que ostenta una persona interna en prisión, más allá de la circunstancia que sin duda dificulta o condiciona determinadas iniciativas, pero que, en modo alguno, puede llegar a limitarlas o, sencillamente, a perder su efectivo acceso o disfrute. En este elenco de situaciones destacamos el derecho a la salud y el acceso efectivo a sus prestaciones sociales por parte de internos en prisión.

...

### **1.7.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite**

#### **1.7.2.2 Prisiones**

...

Partimos de una premisa, y es que la condición de estar interno en un centro penitenciario no puede restringir ni limitar el derecho a la salud y a recibir la asistencia necesaria que precise una persona enferma, esté o no ingresada en dependencias penitenciarias.



En el modelo asistencial implementado en Andalucía la atención primaria se realiza en los centros penitenciarios a cargo de la administración penitenciaria, y la atención especializada a través de los centros hospitalarios públicos del Servicio Andaluz de Salud, estableciéndose unos centros de referencia para cada centro penitenciario y las unidades de custodia hospitalaria (UCH) como las dependencias habilitadas para los internos que necesitan ingresar en los centros hospitalarios.

Este modelo requiere de un **alto nivel de coordinación entre ambas administraciones, estatal y autonómica**, ya que toda disfunción repercutiría en la **calidad de la asistencia sanitaria** recibida por el interno. Ejemplo de dicha falta de coordinación puede ser el expediente de queja 16/4357 en el que el interno acude a esta Institución mostrando su disconformidad con la asistencia sanitaria recibida, consistente en una reducción del tratamiento que venía recibiendo, y no atender a su solicitud de cita con la subdirección médica del centro y centro hospitalario de referencia.

Procedimos a dar por concluidas nuestras actuaciones tras ser informados de los distintos aspectos, entre ellos por el centro hospitalario de que se iba a gestionar de forma urgente la cita solicitada con el servicio de oftalmología. Posteriormente recibimos nueva información desde el centro hospitalario, comunicando que *“según información que nos traslada el Centro Penitenciario Puerto III, el interno ya no se encuentra en ese Centro y nos solicitan que se anule la cita que tiene pendiente en oftalmología”*, para ser informados en la misma fecha por la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias que *“el interno es consumidor activo de sustancias tóxicas, motivo por el cual fue derivado al centro de tratamiento de adicciones de Puerto II”*. Es decir, el interno es trasladado de centro pero sin que se modifique el centro hospitalario de referencia, motivo por el que procedimos a la reapertura del expediente de queja.

El referido expediente culminó tras ser informados por la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias que *“... el hecho de ser la misma localidad nunca se anulan las citas hospitalarias por traslado de internos entre ambos centros penitenciarios. En el presente caso, erróneamente, posiblemente por una excepcional deficiencia en la comunicación entre el hospital y el centro penitenciario Puerto III, se anuló la cita cuando el interno se encontraba en el Puerto II. Ya se está tramitando nueva cita hospitalaria”*. No obstante, se realizó un seguimiento, siendo informados de que la cita programada se llevó a efecto y que el interno recibió el alta médica.

Ya en el anterior Informe hacíamos referencia a los expedientes de queja 15/0844 y queja 16/5822 donde se nos informó respecto a las **conducciones hasta los diferentes recursos sanitarios de los enfermos que se encuentran cumpliendo condena**. Los Convenios entre el Ministerio del Interior y las Administraciones Andaluzas son la fórmula pactada para garantizar la calidad asistencial de estos pacientes, convenios que se fueron renovando hasta el último que estuvo vigente hasta finales de 2013. No obstante, se dieron instrucciones a los hospitales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) para que, con independencia de la vigencia o no del convenio, se continuara con dicha prestación asistencial a todas las personas internas en establecimientos penitenciarios de Andalucía.

Por otro lado, la colaboración entre la Consejería de Salud e Instituciones Penitenciarias se ha seguido manteniendo, habiéndose realizado actuaciones sobre coordinación y cooperación asistencial (gestión de citas, horarios de atención diferenciados, intervenciones en acto único, Telemedicina, Comisiones de Armonización Asistencial, etc).

A este respecto, la grave carencia de efectivos de Fuerzas de Seguridad para ejecutar dichas conducciones, así como para mantener las custodias durante las estancias de estas personas para ser atendidas ha provocado una serie de deficiencias en los recursos policiales destinados a los restantes servicios de seguridad ciudadana. Para racionalizar estos recursos en septiembre de 2016 se llevó a cabo una primera reunión en la que participaron los directores de los centros penitenciarios de la provincia de Sevilla, representantes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, directivos de los centros médicos afectados y de la Delegación de Igualdad, Salud y Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía. En aquella ocasión quedó constituido un grupo de trabajo, con ámbito de aplicación en todo el territorio andaluz, con el objeto de conseguir una mayor eficiencia en la asistencia sanitaria a las personas internas en centros penitenciarios.

Sabemos que las labores continúan y, reiterando nuestra vocación colaboradora, prestaremos toda la atención que estos contactos merecen para garantizar estos servicios esenciales en el marco de la organización de la atención sanitaria a estos enfermos, así como para las necesidades ordinarias de los servicios policiales.



Así, tras realizar a la Administración Sanitaria un Recordatorio de la normativa para garantizar el eficaz prestación del derecho a la protección de la salud y el acceso equitativo a los servicios sanitarios de la población reclusa, y la Sugerencia de establecer mediante la colaboración de todas las Administraciones afectadas las mejores condiciones de organización del servicio de conducciones y custodias como acciones necesarias de garantía del derecho la salud para el colectivo de personas internas en prisión, se nos comunicó que en enero de 2017 se mantuvo una reunión del Viceconsejero de Salud con el Secretario General de Instituciones Penitenciarias con objeto de abordar diversos temas (nuevo convenio Consejería/IIPP, Deuda de ejercicios anteriores y Transferencias de la sanidad penitenciaria).

De la misma forma, en el mes de marzo de 2017 se recibe carta del Secretario de Estado de Seguridad instando al Consejero de Salud a iniciar los cauces de negociación para la transferencia de la sanidad penitenciaria a la Comunidad Autónoma de Andalucía. Se remitió escrito por la Consejería de Salud en mayo de 2017 al Ministerio de Interior manifestando la voluntad de iniciar las reuniones técnicas bilaterales para avanzar en el análisis de la transferencia de los servicio e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias, incluyendo al mismo tiempo la formalización de un nuevo convenio y el abordaje de la deuda pendiente. De todo este proceso seguiremos atentos a su desarrollo y conclusión.

Volviendo a las actuaciones sobre coordinación y cooperación asistencial entre la Consejería de Salud e Instituciones Penitenciarias, debemos hacer especial referencia a una de las cuestiones que se nos trasladaba, cual es la elaboración de protocolos conjuntos de atención y establecimientos de criterios de derivación, basados en los Mapas de Procesos Asistenciales Integrados del SSPA, siendo actualmente los **protocolos** con mayor nivel de implantación los concernientes a **VIH/SIDA y Hepatitis C**.

A este respecto, y con independencia de los distintos expedientes individuales, como pueden ser la queja 17/4121, queja 17/5995 o queja 17/6741, en el presente curso ha sido concluido el expediente de queja 14/1378, en el que se acordó su incoación de oficio a fin de canalizar, de manera sistematizada, la problemática de la atención sanitaria a la población enferma de hepatitis C interna centros penitenciarios.

Tras el completo informe de la entonces Consejería de Salud, Igualdad y Políticas Sociales, y recabar la colaboración del Defensor del Pueblo estatal -por cuestiones competenciales- para poder conocer con mayor detalle los datos que podían elaborar la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), se abordó por el Defensor del Pueblo Andaluz una nueva actuación de oficio específica a través de la ya referida queja 15/0840 tras detectarse discrepancias a la hora de poder acceder a determinados tratamientos contra los genotipos más graves del VCH.

Dicha queja de oficio propició la Sugerencia de adoptar la instrucciones oportunas que garanticen el acceso efectivo a los tratamientos de "sofosbuvir" para la población reclusa en Andalucía para aquellos enfermos cuya gravedad y criterio clínico aconseje su dispensación en las mismas condiciones de equidad respecto de la población común.

En la respuesta recibida destacamos la posición decidida del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) para ofrecer a los pacientes internos en prisión los tratamientos y fármacos que resulten prescritos en régimen de equidad respecto de la población general. Así, tras la información que se le solicitaba para conocer el régimen de dispensación de estos tratamientos, concluye la respuesta de la Consejería indicando que *"su Sugerencia viene a reforzar la apuesta de esta Consejería por la equidad en la atención a las personas con Hepatitis C en Andalucía, priorizando la población reclusa por su elevado riesgo y vulnerabilidad"*.

De la respuesta de la Consejería de Salud destacamos, por lo que respecta a la implantación de ese criterio, la transmisión de instrucciones ofrecidas al conjunto del sistema hospitalario del SSPA para que se dispense a cargo de las unidades de Farmacia Hospitalaria tales tratamientos, sin perjuicio de acordar los mecanismos de resarcimiento de dichos gastos generados ante la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

Esta Institución del Defensor del Pueblo Andaluz ha centrado su esfuerzo en atender esta situación desde una doble perspectiva. De un lado, atendiendo las quejas que individualizadamente se nos hace llegar por las personas enfermas que nos plantean sus dificultades en los procesos asistenciales; y de otro lado, abordando de una manera global y sistemática el propio modelo organizativo que se ha otorgado a la sanidad penitenciaria.



Por tanto, esta Institución se ha posicionado claramente por un **cambio en el modelo organizativo**, promoviendo la incorporación de los recursos de la sanidad penitenciaria en el conjunto del SSPA, a través de los correspondientes traspasos desde la Administración General del Estado.

El argumentario de tal diseño creemos que está sobradamente expuesto en el cuerpo de dicho Informe Especial sobre “Las Unidades Hospitalarias de Custodia: la asistencia sanitaria especializada para personas internas en prisiones en Andalucía”, así como desarrollado en las exposiciones ofrecidas ante la Comisión de Salud del Parlamento de Andalucía (DSPA X, nº 128, de 2 de Junio de 2016) para debatir dicho estudio con los Grupos Parlamentarios; o con motivo de la celebración de una Jornada técnica el pasado 30 de Mayo de 2016, organizada por esta Institución donde tuvieron cabida las opiniones y argumentos de la dirección de la Consejería de Salud, Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, grupos de apoyo al colectivo de presos, entidades científicas y la propia APDH-A promotora de muchas iniciativas que han tenido su meritada acogida por parte de esta Institución.

En otro orden de cuestiones, esta Institución continua colaborando activamente con el Defensor del Pueblo estatal en el marco del **Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura** (MNPT), realizándose varias visitas conjuntas de ambas Defensorías -Estatal y Autonómica-, al centro penitenciario Puerto I (queja 17/2273), al centro penitenciario Sevilla II (queja 17/2932), y la Unidad de Agudos de Salud Mental del centro hospitalario San Lazaro de Sevilla (queja 17/2934).

En las visitas a los centros penitenciarios se explica el sentido de la visita y su duración, añadiendo la petición de diversa documentación y listados para realizar las comprobaciones objeto de análisis, siendo preguntados los responsables de los centros sobre diferentes cuestiones de organización. En los centros penitenciarios la visita versa sobre distribución de los internos por módulos, incidencias destacables, situación del Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAIEM), sistema de video-vigilancias, o el programa de seguimiento y de prevención que se realiza a los internos FIES (fichero de internos de especial seguimiento), manteniéndose entrevistas personales con los internos del módulo de aislamiento con objeto de conocer mediante un cuestionario test analizar su situación penitenciaria y la asistencia médico-psiquiátrica que reciben: En la Unidad de Agudos del centro hospitalario, entre otras, se realiza una visita de las instalaciones, se indica que los principales controles se realizan por el Juzgado que hace visitas de su titular y el forense dos veces por semana -coincidiendo con la inspección de la titular del Juzgado de 1ª Inst. Nº26-, y se informa sobre las estancias medias, la escasez de plazas, mecanismos de contención, etc.

No obstante, del resultado de la visita y sus detalles destacados, queda constancia en el expediente, procediendo a dar por concluidas nuestras actuaciones en relación a la visita, puesto que el resultado final se contiene en los informes que anualmente elabora la institución estatal. Todo ello, sin perjuicio de que esta Institución continuará junto al Defensor Estatal promoviendo su apoyo en estas acciones de mutua colaboración dentro del MNPT.

También, atentos por la disposición de recursos sanitarios para los internos procurando un nivel de equidad con la población general, nos interesamos por la situación del personal facultativo de psiquiatría destinado al **Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP) de Sevilla**.

En concreto, las circunstancias del caso aludían a que *“a pesar de la que la relación de puestos de trabajo (RPT) contempla una dotación de cuatro médicos psiquiatras, tan sólo hay en plantilla uno”*. Se describieron diversos incidentes y problemas en la asistencia que deben prestar estos especialistas, que redundan en graves disfunciones en las actividades ordinarias del Hospital. Del mismo modo, las posibles carencias asistenciales podrían revertir en la derivación de cargas de trabajo en los servicios psiquiátricos de referencia que, probablemente, podrían ser evitadas de contar con la dotación sanitaria prevista en el Hospital específico.

La Secretaría General nos informó cumplidamente de que:

*“Efectivamente se han reducido en tres los efectivos los médicos-psiquiatras por cuestiones ajenas a la voluntad de esta Administración -concretamente estas bajas se han producido a petición de los interesados para desempeñar otros puestos fuera de esta Institución-. No obstante se trabaja*



*para reponer, cuando las posibilidades lo permitan, estos recursos humanos, si bien, por parte de la dirección del Hospital se han adoptado medidas de gestión para optimizar y adaptar los recursos disponibles de forma que no se produzcan disfunciones en la actividad ordinaria del centro.”*

En todo caso, y más allá de las directrices para que los médicos generalistas complementen las tareas de los especialistas psiquiatras, la situación confirmada describía una severa reducción de la disponibilidad de psiquiatras (de cuatro en plantilla ejerce uno) lo que, sin duda, revierte de manera negativa en las capacidades del servicio en unas dependencias del HPP específicamente concebidas para la prestación de esta especialidad médica. Por ello, hemos de insistir en la importancia de agilizar al máximo las gestiones anunciadas y lograr la cobertura de estas plazas ciertamente esenciales para el Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP) de Sevilla.

En los mismos términos ofrecimos esta información a las entidades ciudadanas de apoyo a estos internos, así como a las distintas personas que, a título individual, se nos han dirigido poniendo de manifiesto la situación creada en el HPP. Con ello, y tras el despliegue de las medidas anunciadas, confiamos en que las situaciones que motivaron la presente actuación queden superadas recuperando los niveles adecuados de asistencia médica.

...

### 1.7.2.3 Actuaciones en materia de Extranjería

...

Fue también una autorización de residencia por circunstancias excepcionales, pero esta vez por enfermedad, lo que nos llevó a intervenir con la queja 17/570.

La promotora de la misma nos hizo partícipe de lo complicado que era para ella el día a día. Su hijo de 11 años de edad, autista, fue diagnosticado de epilepsia en un grado muy severo. Esto lo estaba llevando a un progresivo deterioro, con un riesgo continuo para su vida. Desde su país de origen reconocían no contar con recursos para poder tratarlo, recomendando que lo trataran en el extranjero. Esto los llevó a cambiar por completo sus vidas, girando todo alrededor del menor. Contaban con recursos en su país, pero la enfermedad del hijo los había llevado a trasladarse a España.

Por este motivo habían solicitado una autorización de residencia por circunstancias excepcionales por razones humanitarias, con la sorpresa de ser denegada por falta de informes clínicos, sin requerimiento alguno. Se presentó recurso aportando los informes clínicos necesarios, estando a la espera de respuesta y considerando la situación de extrema necesidad como para pedir nuestra intervención.

Tras las gestiones pertinentes garantizaron desde la Subdelegación del Gobierno que recabarían los informes clínicos pertinentes. Una vez contasen con los mismos resolverían el escrito en un sentido u otro. Al tiempo pudimos conocer que el estudio de esos informes había dado lugar a que se estimase el recurso y se le concediera la residencia al menor.

...



## 1.7.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones

### 1.7.3.1 Actuaciones de oficio

...

· [Queja 17/2424](#) ante la Consejería de Justicia e Interior relativa a Expedientes de incapacitación de personas mayores en las provincias de Huelva y Sevilla.

· Queja 17/2934 ante la Consejería de Salud relativa a Actuación MNPT: visita Unidad de agudos de Salud Mental en San Lázaro, Sevilla. 22 de Mayo 2017.

...

· Queja 17/1947 ante el Servicio Andaluz de Salud relativa a Carencia de psiquiatras en el Hospital Psiquiátrico-Penitencio de Sevilla.

...

· Queja 17/3191 ante el Servicio Andaluz de Sadud, relativa a Interno fallecido por crisis cardíaca en CP. de Jaén.

...

## 1.8 MEDIOAMBIENTE

### 1.8.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.8.2.4 Vertederos

...

La situación y gestión del [vertedero de Nerva](#) (Huelva) originó la presentación de la queja 16/4386 en la que el promotor de la queja, un grupo municipal del Ayuntamiento de dicha localidad, denunciaba, en síntesis, el incumplimiento de las condiciones iniciales para la instalación del vertedero de residuos peligrosos de Nerva, la falta de convocatoria de la Comisión de Seguimiento de Depósito de Seguridad existente en Nerva, creada a propósito del Protocolo de Intenciones suscrito entre la Consejería de Medio Ambiente, la Universidad de Huelva y el Ayuntamiento de Nerva: el desconocimiento vecinal del estado de los expedientes sancionadores e informativos incoados a la empresa que gestiona el Vertedero en relación a las instalaciones de Nerva; el incumplimiento, siempre a juicio de este grupo municipal, de las proposiciones no de ley aprobadas en la Comisión de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio del Parlamento de Andalucía, así como de las mociones del Pleno del Ayuntamiento de Nerva y, por último, la necesidad de redactar un nuevo plan de prevención de gestión de residuos peligrosos en Andalucía, en el que se prevea el cierre del vertedero de Nerva y se planifique la construcción de un nuevo sistema de recogida.

Las consideraciones que elaboramos sobre el asunto, una vez que recibimos los informes preceptivos, fueron amplias y se pueden consultar en nuestra página web.

Aquí nos limitamos a mencionar la [resolución](#) que formulamos a la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio tras una valoración de toda la información recibida. A la citada Consejería trasladamos las siguientes Sugerencias:



1. Sugerencia para que, de acuerdo con las conclusiones a las que se llega en el informe sobre el vertedero de Nerva por parte del Coordinador de la Dirección General de Prevención y Calidad Ambiental, **se haga un seguimiento**, por parte de los órganos que corresponda de esa Consejería, sobre el cumplimiento de las propuestas de actuación que se incluyen en tales conclusiones, informando a esta Institución del resultado del mismo.

En el supuesto que se haya cometido, presuntamente, alguna infracción en fecha posterior a la del último expediente sancionador del que se nos ha informado (2011), interesamos nos informe si se ha incoado expediente sancionador y estado de tramitación en el que se encuentre.

2. Sugerencia a fin de que, sin perjuicio de que se convoque la Comisión de Seguimiento, a cuyos efectos vamos a formular Recordatorio de deberes legales a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Nerva, esa Consejería informe, a la mayor brevedad posible, sobre el volumen y toneladas actualmente depositadas en el vertedero y **las previsiones** que existan respecto de su futuro, trasladando esa información también a esa Institución.

3. Sugerencia para que se valore si la ampliación del vertedero y la admisión de residuos peligrosos provenientes del exterior de la Comunidad Autónoma de Andalucía han supuesto nuevas afecciones no previstas inicialmente para el municipio de Nerva y, en tal caso, se valore la oportunidad, previos los trámites legales necesarios, de **compensar a este municipio** con medidas de distinta naturaleza por este motivo.

4. Sugerencia a fin de que, en lo sucesivo, cuando se vaya a implantar, por motivos de interés público, unas infraestructuras y/o instalaciones que supongan un coste ambiental para el territorio y/o población donde se tenga previsto ubicar, se informe desde el principio, con total transparencia, de la entidad de la **obra y/o instalación a realizar**, de la actividad que desarrollará, del tiempo -si se puede conocer de antemano- en el que entrará en funcionamiento esta infraestructura y de cualesquiera otros extremos que se consideren puedan ser de interés para el conocimiento de una población que, en beneficio de la mayoría, va a soportar la carga de las afecciones que se generan en su término municipal.

Asimismo, a la Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Nerva, después de informarle de la resolución que habíamos dirigido a la Consejería por estimar que era, también, de su interés conocerla, le formulamos la siguiente **resolución**:

1) Recordatorio del deber legal de convocar la **Comisión de Seguimiento del Depósito de Seguridad**, habida cuenta de la importancia e interés público que para el municipio tiene el funcionamiento de este vertedero y de las funciones que tiene atribuidas la citada Comisión de Seguimiento.

2) Recomendación para que, con carácter urgente, proceda a convocar esta Comisión a fin de valorar, de acuerdo con las competencias asignadas, la **situación del vertedero** y, en su caso, las actuaciones a realizar dentro de las competencias municipales.

...

### 1.8.2.7 Granjas, animales e insalubridad

El denominador común de estas quejas suele ser que se trata de granjas, corrales de ganado, lugares de estabulación de éste, aperos, etc., que por su ubicación y/o carencia de los requisitos técnicos adecuados en su funcionamiento, generan, con carácter permanente, malos olores, insectos, que dañan la calidad ambiental y de vida de las personas que residen en su entorno.

Es un porcentaje elevado, por su ubicación incompatible con el uso residencial del suelo en su entorno, la única alternativa es el cierre y traslado y, en otras, cuando no reúnen los requisitos legales para evitar estas graves molestias y, a veces, situación de insalubridad, no hay más alternativa que afrontar las medidas correctoras que exige la ley o proceder a su cierre.



Se trata de un problema recurrente que nos llega todos los años y que exige un posicionamiento claro y compartido de las administraciones autonómica y local pues, en muchos casos, sin ayudas para facilitar el traslado o la adopción pública de medidas correctoras es materialmente imposible que voluntariamente el infractor acceda al traslado o ejecución de tales medidas.

Es el caso de la queja 15/2707, en la que los interesados manifestaban su indefensión ante el hecho de que llevaban padeciendo los malos olores a excrementos y plagas de insectos (moscas, pulgas, mosquitos) molestos procedentes de un corral de ganado de ovejas existente en el interior de un polígono en la ciudad de Colmenar (Málaga), que les impedía abrir las ventanas y salir a exteriores. Esta situación se convertía en insostenible e insalubre.

Otro ejemplo es la queja 15/4635, en la que la interesada, que residía en el municipio granadino de Gójar, nos indicaba que venía sufriendo, desde hacía años, *“insufribles quebrantos y padecimientos con motivo de la explotación ilegal de una vaquería (...) contigua a la vivienda propiedad de la compareciente. A los quebrantos provocados con motivo de la explotación ilegal de dicha vaquería, ubicada en pleno centro urbano de Gójar, se une la inactividad del Ayuntamiento de Gójar para poner remedio a esta injusta situación, pese a los numerosos requerimientos efectuados por la compareciente a dicho Ente Local”*.

En la **queja 16/0268**, el reclamante manifestaba que en el año 2011, cuando compraron un solar sin edificar, a una distancia de 80 a 100 metros existía una explotación caprina con, en aquellos momentos, 20 cabras *“conforme pasó el tiempo, aumentó la explotación y a día de hoy tiene más de 200 cabras, que duermen y ordeñan a 3 metros de mi vivienda. Sufrimos graves picaduras de pulgas, reconocidas por Sanidad y otras plagas como roedores, etc. El Ayuntamiento de Santiponce tiene constancia de todo esto y no ha solucionado nada al respecto. Otros Ayuntamientos como Valencina, el SEPRONA [Servicio de Protección de la Naturaleza de la Guardia Civil] de Aznalcázar y la OCA [Oficina Comarcal Agraria] saben del caso. Temo por mi salud que ya empieza a pasarme factura y por la de mi hijo que tan solo tiene 8 años, sufriendo en su cuerpo todo esto”*.

Por último, en la queja 16/5995 el motivo de la misma fue la inactividad del Ayuntamiento de Baeza (Jaén) ante varias denuncias por la instalación de una explotación avícola, con 200 palomas, en una vivienda colindante a la vivienda de la denunciante, lo que generaba diversas incidencias a quienes residían en viviendas cercanas, tales como ruidos, suciedad, excrementos, fuertes olores, piojos, piojillo, presencia de roedores, agravamiento de alergias, etc.

## 1.8.2.8 Contaminación acústica

### 1.8.2.8.3 Sobre la modificación del Nomenclátor y Catálogo de Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y Establecimientos Públicos de Andalucía

La valoración general que la Institución puede hacer del actual Decreto 78/2002, de 26 de febrero, por el que se aprueba el Nomenclátor y el Catálogo de Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y Establecimientos Públicos de Andalucía (en adelante D. 78/2002), en aras a establecer un entorno claro sobre el espacio de actividades que pueden generar contaminación acústica en locales de hostelería, es bastante positiva.

Esto por cuanto se trata de una norma muy clara, en línea con las existentes en el derecho comparado que permite determinar, sin necesidad de mediciones, **qué tipología de locales y con qué características pueden emitir música pregrabada o en vivo y cuáles no**.

Cualquier modificación que se pretenda realizar del Decreto, que introduzca discrecionalidad, conceptos jurídicos indeterminados o flexibilidad a la hora de autorizar estas actividades generará un riesgo extraordinario muy difícil de combatir ante los efectos que la contaminación acústica puede generar por la emisión de música en locales no adecuados para ello.



Por este motivo admitimos a trámite la [queja 16/5658](#), que se presentó por la inseguridad que a una ciudadana y a su comunidad de propietarios les había causado las noticias aparecidas en la prensa en las últimas semanas sobre la tramitación de un nuevo Decreto, propuesta en fase de información pública, para regular las “modalidades y condiciones de celebración de espectáculos públicos y actividades recreativas, los tipos de establecimientos públicos, su régimen de apertura o instalación, los horarios que rigen su apertura y cierre, y se aprueban el Nomenclátor y el Catálogo de Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y Establecimientos Públicos de Andalucía”. Dicha propuesta de nuevo Decreto vendría a derogar, entre otras normas, el vigente D. 78/2002.

Tras proceder a estudiar el borrador del proyecto de nuevo Nomenclátor que se había elaborado por la Consejería de Justicia e Interior, consideramos que la inquietud de estos ciudadanos estaba plenamente justificada. La Institución hizo un amplísimo análisis de la relación que tiene el borrador propuesto y llegamos a la conclusión de que su [aprobación en los términos en que estaba redactado sólo beneficiaba a un sector muy pequeño de la hostelería](#), el relacionado con actividades con emisión de música pregrabada o en vivo, que ve una limitación en el hecho de que sólo en determinados locales insonorizados se puede emitir música (pub, bares con música, discotecas, salas de fiesta) y desea que se autorice en otros tipos de locales (restaurantes, bares, pizzerías, hamburgueserías, etc.) y que, además, se permita la emisión de música en el exterior de algunos locales (discotecas al aire libre) en determinadas circunstancias, en terrazas de los bares con música de “ambiente” y que, además, las discotecas y pubs puedan contar con terrazas y veladores, al menos en determinadas circunstancias.

Evidentemente, si la situación actual crea un sinfín de problemas a las autoridades locales, siempre muy limitadas en medios personales y materiales, con la normativa del D. 728/2002, que es muy clara y precisa sobre lo que es o no autorizable, si se aprobaba el borrador en los términos en los que estaba redactado, generaría un riesgo incompatible con el principio de precaución que debe tenerse siempre muy presente a la hora de regular materias que inciden en el derecho constitucional y estatutario a la protección de la salud y a un medio ambiente adecuado.

Por ello, tras un profundo análisis nos vimos obligados a formular una serie de sugerencias sobre aspectos que estimamos que era imprescindible que el proyecto de Decreto modificara. La respuesta que, en primer término, nos envió la Consejería de Justicia e Interior en modo alguno hacía desaparecer nuestra preocupación por los riesgos que iba a originar la nueva norma.

Sin embargo, el cambio de titular en la Consejería y su respuesta sí permitió albergar esperanzas de que, al menos, parcialmente nuestras sugerencias iban a ser aceptadas.

En efecto, en su respuesta percibimos una actitud favorable a tener muy presente el tan mencionado principio de precaución, pues al menos se nos decía que, además de que era necesario recabar, todavía, una serie de informes, que era fundamental “resaltar la vinculación y supeditación absoluta de este proyecto normativo a la modificación que la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio va a abordar del Reglamento de Protección contra la Contaminación Acústica y que puede implicar cambios y limitaciones en las condiciones de celebración y desarrollo de las actividades de hostelería y esparcimiento”.

De acuerdo con ello, enviamos el siguiente escrito a la Consejería de Justicia e Interior:

*A la vista de lo manifestado en el mismo y aunque continuamos manteniendo importantes discrepancias sobre el proyecto del Decreto que motivó la tramitación de la queja (de manera singular en lo que concierne a un uso excesivo de conceptos jurídicos indeterminados), nos permite entender que esa Consejería ha comprendido el sentido y alcance de nuestra resolución. Hecho éste que valoramos muy positivamente, pues la motivación última de esta resolución no era otra que se tuviera muy presente que, en nuestra Comunidad Autónoma, no se debía aprobar una nueva normativa que fuera regresiva, en lo que concierne a la tutela de los derechos de la ciudadanía, respecto de la protección que ofrece el actual Decreto 78/2002, de 26 de febrero, por el que se aprueba el Nomenclátor y el Catálogo de Espectáculos Públicos, Actividades Recreativas y Establecimientos Públicos de la Comunidad Autónoma de Andalucía.*



Éste era, justamente, el riesgo que el proyecto, en los términos en los que estaba redactado, representaba pues, a nuestro juicio, **rompía el imprescindible equilibrio que debe existir entre las pretensiones del sector de la hostelería, que oferta actividades de esta naturaleza, y la innegociable necesidad de proteger, no formalmente, sino de manera real y efectiva los derechos constitucionales de la ciudadanía a un medio ambiente adecuado**, a la protección de la salud -que incluye el derecho al descanso- y el derecho fundamental a la intimidad personal y familiar en el hogar. En definitiva, el derecho a un domicilio libre de ruidos que superen los límites máximos admitidos por la legislación aplicable, tal y como garantiza el Real Decreto Legislativo 7/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Suelo y Rehabilitación Urbana.

Es, pues, imprescindible que el legislador tenga muy presente que un modelo de desarrollo económico sostenible sólo puede tener lugar si es capaz, al mismo tiempo que genera crecimiento económico y empleo, de respetar los derechos constitucionales y estatutarios de la ciudadanía.

Un modelo de actividad turística y de hostelería que ignore estos derechos al no ser sostenible ni ambiental, ni socialmente, tampoco lo será económicamente a medio y largo plazo. Es verdad que, en la medida de lo posible, se debe intentar compatibilizar los intereses de distinta naturaleza, pero también lo es que cuando surge el conflicto hay que priorizar, y así lo reconoce la jurisprudencia, la tutela de los derechos de la ciudadanía.

Los estándares actuales de calidad apuestan claramente por modelos de ejercicio de la actividad empresarial de hostelería en los que la calidad ambiental de los espacios públicos y privados es una referencia obligada. Cuando esto no se observa, el conflicto con la ciudadanía residente en el entorno de estos establecimientos está asegurado y la respuesta, ante la frecuente inoperancia de la administración para solucionarlo genera una gran desafección de la ciudadanía hacia unos poderes públicos que se muestran incapaces de garantizar estos derechos.

En ocasiones, es necesario acudir a los tribunales, cuya respuesta tardía, al mismo tiempo que deja insatisfecha la tutela de los mencionados derechos durante un largo plazo de tiempo, sólo resuelve problemas puntuales y deja en evidencia la incapacidad de los poderes públicos para resolver, en sede administrativa, estos conflictos.

Para facilitar la eficiencia y eficacia en la tutela efectiva de estos derechos es imprescindible que el instrumento normativo que regule estas actividades esté redactado de una forma clara, que genere seguridad jurídica tanto en los operadores jurídicos como en sus destinatarios. La descripción de qué actividades son autorizables, o no, y el modo y límites en las que se deben desarrollar las autorizables, cuando tienen naturaleza contaminante, debe realizarse de manera que sean fácilmente identificables en la práctica.

Por otro lado, no se puede obviar la insuficiencia de medios materiales y personales de los Ayuntamientos y la dificultad, dada su cercanía a la ciudadanía, para imponer medidas restrictivas o sancionadoras a las empresas de hostelería. Esto conllevaría que una normativa que no exprese, con claridad, las actividades permitidas y las prohibidas en los locales de hostelería será ineficaz para tutelar estos derechos ante situaciones que suponen la generación de una contaminación acústica que la ciudadanía no tiene por qué soportar.

La normativa actual, no obstante sus carencias, al menos es bastante clara sobre las actividades que se pueden, o no, desarrollar según el tipo de establecimientos de que se trate, sin necesidad de acudir a mediciones de sonido u otras pruebas en municipios que, en la inmensa mayoría de los casos, carecen, como decimos, de esos medios materiales y personales.

En cuanto a la posición de la Consejería de Salud a la que se han dirigido, también, con motivo de la tramitación de este Proyecto de Decreto, desde luego no la compartimos por que tal y como, en diversas ocasiones, ha manifestado la jurisprudencia de nuestro Tribunal Constitucional y Supremo, la contaminación acústica generada por tales locales como consecuencia de la emisión de música puede llegar a causar serias afecciones al derecho constitucional a la protección de la salud.



*Por tanto, el principio de precaución en el ámbito de la salud creemos que debiera haber demandado un posicionamiento sobre el riesgo y la necesidad de investigarlo para la adecuada tutela de este derecho.*

*En fin, también creemos que, de acuerdo con el principio de precaución y de seguridad jurídica, ante las modificaciones que se proponen sería muy aconsejable que, con carácter previo a su aprobación, así parece desprenderse de su escrito, [la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio aborde la modificación del Reglamento contra la Contaminación Acústica](#).*

*Por último, queremos agradecerle muy sinceramente su respuesta por los motivos ya expuestos y esperamos que el nuevo texto normativo que resulte aprobado, a la vez que facilite el desarrollo de estas actividades empresariales, garantice eficazmente los tan citados derechos constitucionales de la ciudadanía.*

Esperamos que así sea y que el nuevo Decreto que regule el Nomenclátor no sea una norma claramente regresiva como, a nuestro juicio, es el actual borrador, para la garantía efectiva de los derechos de la ciudadanía que puedan resultar afectados por tales actividades al desarrollarse en locales y/o condiciones que no permiten garantizar el derecho a un domicilio libre de ruidos más allá de los límites tolerables en derecho.

### 1.8.2.8.5 Contaminación acústica provocada por el tráfico rodado

El tráfico rodado se ha convertido en una fuente permanente de contaminación de nuestras ciudades, causante de diversos daños ambientales y de un importante impacto en la salud de la ciudadanía. La emisión de gases y partículas afecta seriamente a la salud, a lo que se une la contaminación acústica provocada por el ruido.

La actual sensibilidad de la que se hizo eco la Directiva Europea 2002/49/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, y la Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del Ruido, ponen de manifiesto la trascendencia que en la actualidad tiene la lucha contra la contaminación acústica.

Pues bien, el tráfico rodado es el principal agente contaminante del ruido. De hecho, aproximadamente el 80% de esta contaminación tiene su origen en el tráfico rodado. Así lo tiene reconocido la OMS y la AEMA. En este sentido, se considera que el ruido provocado por el tráfico rodado es el segundo factor de estrés medioambiental más decisivo de Europa, por detrás de la polución atmosférica.

Debido a ello y con objeto de evaluar la situación y programar medidas que consideremos oportunas para que disminuya la contaminación acústica originada por los vehículos a motor, hemos iniciado la [queja 17/5612](#), en la que hemos elaborado un cuestionario que se ha enviado a todos los municipios de más de 10.000 habitantes.

En la [queja 15/1075](#), los promotores, con domicilio en el municipio gaditano de El Puerto de Santa María, exponían, en esencia, la problemática de ruidos que venían sufriendo por la carga y descarga de mercancías, en el espacio para ello autorizado por el Ayuntamiento, a un local de venta al por menor de ultramarinos y otros productos, situado bajo su vivienda. Sin embargo, también vendían, aseguraban, al por mayor frutas y verduras, de tal forma que la carga y descarga generaba elevados niveles de ruidos, insoportables por estar su domicilio justo sobre dicha zona de carga y descarga.

En este supuesto, como en otros anteriores, recomendamos al Ayuntamiento que se adopten todas las medidas legales que sean necesarias para eliminar la contaminación acústica que están padeciendo los promotores de la queja por la ubicación bajo su domicilio de la zona de carga y descarga del establecimiento sito en los bajos del mismo.



## 1.8.2.9 Contaminación atmosférica

No es habitual que se presenten quejas por contaminación atmosférica pese a la importante incidencia que tiene en el derecho a la protección de la salud. Habitualmente actuamos de oficio cuando tenemos conocimiento, normalmente a través de los medios de comunicación, de que se crea alguna situación que genera molestias o preocupación a un sector de la población. Tal es el caso de la **quema de residuos o incendios en vertederos, emisiones de olores desagradables o que están producidos por industrias**, etc.

En el supuesto de la **queja 17/0776** iniciamos una actuación de oficio al conocer, a través de los medios de comunicación, la queja de una asociación de vecinos de la zona de El Candado, en la ciudad de Málaga, por una posible falta de control de las Administraciones Públicas de la calidad del aire que se respira en la zona, debido fundamentalmente a las emisiones contaminantes a la atmósfera de una fábrica de cementos allí instalada.

Según la noticia de referencia, la asociación de vecinos en cuestión *“ha mostrado su preocupación por lo que considera «falta de control municipal y autonómico» sobre la calidad del aire en Málaga”*. Además, se decía en la misma que esta asociación de vecinos venía, desde el 2003, *“luchando en los tribunales contra las emisiones de la fábrica de cemento ..., para que las administraciones «lleven a cabo sus funciones de política medioambiental y urbanística»”*. A este respecto, recordaba el colectivo vecinal que esta cementera es la industria más contaminante de la provincia de Málaga y la tercera más contaminante de Andalucía.

El interesado de la **queja 17/1750** denunciaba en su escrito de queja las molestias, tanto por contaminación acústica como atmosférica, de *“los autobuses de gran recorrido (...), que salen de la estación de autobuses central y se incorporan a la avenida Andalucía por el paseo de los Tilos”*. Tras admitir a trámite la queja y dirigirnos al Ayuntamiento de Málaga, la Delegación Municipal correspondiente nos informó que esta contaminación es muy similar a la que provoca el tráfico en otras calles cercanas. En este sentido, de la información remitida se deriva que existe, según el índice Lden (índice de ruido día-tarde-noche), una alta contaminación acústica en el Paseo de Los Tilos, bastante superior al nivel recomendable por la OMS y la propia normativa de protección contra la contaminación acústica. Ello, con independencia de que en otras calles cercanas, la situación no es distinta.

Ante lo informado por el Ayuntamiento cabían dos opciones, la primera entender que, en principio, el problema no tiene solución, pues según se desprende del informe del Ayuntamiento, el alivio ambiental que se puede generar en la calle del interesado agravaría la situación de los residentes en las calles cercanas a donde se derivaría el tráfico de autobuses de la calle Tilos; la segunda intentar, no obstante la dificultad que entraña, dar una respuesta a una demanda social cada vez más presente en nuestras ciudades, de acuerdo con una nueva sensibilidad hacia este tipo de contaminación que está haciendo que nuestras ciudades adopten una diversidad de medidas, antes impensables, para aumentar la calidad de vida de la ciudadanía y su derecho a la protección de la salud y el descanso.

Justamente por ello enviamos Recomendación para que, con el fin de alcanzar los objetivos de calidad acústica a los que tienen derecho las personas residentes en esta calle, se adopten cuantas medidas sean necesarias (a título de ejemplo, instalar un tipo de asfaltado determinado, limitación de velocidad, colocación de radares, etc.) para disminuir el ruido al que están sometidos estos ciudadanos. Cuáles sean esas medidas concretas es una cuestión que corresponde a ese Ayuntamiento, en el ejercicio de sus competencias legales.

Ello, sin perjuicio de que dadas las características de la calle Los Tilos y si se comparte lo alegado por el interesado en relación de las consecuencias especialmente perniciosas que la contaminación genera en la misma debido a su estrechez, se estudie la posibilidad de cambiar el destino de algunos autobuses, singularmente de aquellos que por no ser urbanos generan una menor demanda por parte de los residentes en esta calle que, al parecer, tiene una población de cierta entidad.



## 1.9 MENORES

### 1.9.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.9.2.1 Menores en situación de riesgo

##### 1.9.2.1.2 Supervisión de las actuaciones de los Servicios Sociales Comunitarios

...

También nos hemos interesado por la [justificación documental de las faltas de asistencia a clase de los alumnos por motivos de salud por su trascendencia en la detección del absentismo escolar y posible situación de riesgo de los menores](#).

Este asunto se abordó en una queja por la decisión de la sección de pediatría de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Alcalá del Río (Sevilla) de no facilitar a los padres justificantes médicos de la asistencia a consulta de sus hijos, como tampoco del alta médica que traería como consecuencia la obligación de los alumnos de reincorporarse a las actividades docentes. Una decisión que vendría motivada porque algunos padres utilizaban los servicios sanitarios para justificar el absentismo escolar de sus hijos, sin que la causa fuese en realidad por enfermedad.

Ante la negativa a emitir los certificados, las familias decidieron plantear el caso a la trabajadora social de la UGC. Esta trabajadora a su vez entregó a la dirección de los centros escolares un escrito planteando la problemática y facilitaba su teléfono y correo corporativo para cualquier consulta que fuese necesaria desde los centros escolares sobre los menores atendidos en el dispositivo sanitario de pediatría o atención primaria.

A partir de aquí se produce un desencuentro entre las trabajadoras sociales de los servicios sociales municipales y las facultativas en pediatría, argumentando aquellas la necesidad de que se siguiesen emitiendo los justificantes de asistencia a consulta solicitados por los padres; y replicando éstas que no es responsabilidad de los profesionales sanitarios la justificación de las faltas puntuales de asistencia del alumnado.

No consideramos razonable, a nuestro juicio, que se exija de forma generalizada a todo el alumnado la aportación de justificantes médicos de la falta de asistencia a clase por motivos de salud. Los justificantes sólo deberían solicitarse para aquellos casos en que existiera algún indicio o sospecha de que la justificación aportada por los padres o tutores no responde a la realidad.

También entendemos que la administración sanitaria debe expedir documentos justificativos del estado de salud o de la mera asistencia a consulta médica en aquellos supuestos en que lo soliciten los padres o tutores, ello con la finalidad de cumplir con la exigencia impuesta por el centro educativo.

Y finalmente consideramos que la administración sanitaria y la educativa han de ser especialmente rigurosas en el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales respecto del tratamiento y cesión de los datos médicos contenidos en tales documentos.

Con estos fundamentos formulamos una recomendación a ambas administraciones respondieron de forma favorable a nuestra resolución, coincidiendo en que sólo deberían solicitarse justificantes para aquellos casos en que existiera algún indicio o sospecha de que la justificación aportada por los padres o tutores no responde a la realidad (queja 16/4127).

...



## 1.9.2.6 Menores en situación especial vulnerabilidad

### 1.9.2.6.3 Menores con trastornos de conducta

El conocimiento por parte de la ciudadanía de las actuaciones que esta Institución realiza como Defensor del Menor hace que en muchas ocasiones recibamos quejas de personas alertando del **comportamiento incívico de algún menor**, normalmente en edad adolescente, y cómo dicha conducta afecta no solo a otras personas sino también al propio menor, aparentemente atrapado en una espiral ascendente de comportamiento cada vez más dañino y que lo aboca a entornos marginales, llegando al extremo de ilícitos penales.

En esta situación no resulta extraño que sean los familiares directamente vinculados con el menor quienes nos soliciten **ayuda para que éste pueda beneficiarse de algún recurso socio-sanitario altamente especializado en el abordaje de problemas de comportamiento**.

Lo usual es que en ese momento ya hayan agotado todas las posibilidades, habiendo solicitado ayuda de los servicios sociales de zona, siendo derivados al equipo de tratamiento familiar; en lo relativo a salud mental acudieron al pediatra o médico de cabecera, equipo de salud mental de distrito y equipo de salud mental infanto juvenil, y en última instancia incluso solicitaron la intervención del Ente Público de Protección de Menores, para que asumiera la guarda y custodia del menor ante la imposibilidad de contener su conducta inadaptada (queja 17/0441, queja 17/3042, 17/2796, y queja 17/5776).

El Ente Público es consciente de este problema, que no solo afecta a menores cuyos familiares velan por ellos y actúan con diligencia dentro de sus posibilidades, sino que también afecta a menores cuya tutela ejerce la propia Administración, y por dicho motivo ha habilitado a algunos de los centros residenciales de que dispone para que ejecute de forma exclusiva un programa especializado en el abordaje de trastornos del comportamiento.

El contenido de este programa es similar, en cuanto a su faceta técnica, al que se realiza en los centros de internamiento para menores infractores, con la diferencia en este último caso que la intervención no se realiza de forma voluntaria sino obligatoriamente impuesta por un juzgado de menores, como medida reparadora del ilícito penal cometido.

En cualquier caso, hemos de reseñar que tanto el ingreso como la salida de estos centros de protección de menores que ejecutan un programa especial para atender a menores con problemas de comportamiento se ha de realizar conforme a las previsiones del Título II, Capítulo IV, de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, toda vez que están en juego derechos fundamentales de los menores allí atendidos al estar prevista la utilización de medidas de seguridad y restricción de libertades o derechos fundamentales.

## 1.9.3 Actuaciones de oficio, Colaboración con las Administraciones y Resoluciones

...

• **Queja 17/0951**, dirigida al hospital Juan Ramón Jiménez, relativa al fallecimiento de un menor tras caída en altura en zona restringida del hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

...

• **Queja 17/3387**, dirigida a la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario “Virgen Macarena” (Sevilla), relativa a la muerte de un bebé de siete meses por síndrome de niño zarandeado.

...



## 1.11 SERVICIOS DE INTERÉS GENERAL Y CONSUMO

### 1.11.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.11.2.1 Servicios de interés general

##### 1.11.2.1.1 Energía

...

En la [queja 16/6932](#) acudía a esta Institución el Alcalde de Villablanca (Huelva) denunciando las molestias que venían sufriendo desde hacía años, especialmente graves para personas mayores o una familia con un menor que necesita conexión a oxígeno. Desconocían si se trataría de falta de inversiones o mantenimiento o si las conexiones no serían las adecuadas para la red y el consumo. En este caso comprobamos que la Administración había detectado la necesidad de que la distribuidora incorporase una nueva línea de alta tensión que cubriese el hueco eléctrico existente en la cobertura de la zona afectada.

...

## 1.12 URBANISMO, OBRAS PÚBLICAS Y TRANSPORTES

### 1.12.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.12.2.2 Obras públicas e infraestructuras

##### 1.12.2.2.2 Rentabilizar las infraestructuras públicas

...

También iniciamos de oficio la [queja 16/0701](#) ante la preocupación que nos causó que no estuviera en servicio el centro hospitalario que se había construido en la ciudad onubense de Lepe.

Tras las diferentes actuaciones, en las que instamos a las tres administraciones implicadas en este asunto (Diputación Provincial de Huelva, Servicio Andaluz de Salud y Ayuntamiento de Lepe) a la observancia del principio de coordinación recogido en el artículo 103.1 de la Constitución Española y del artículo 44 del Estatuto de Autonomía para Andalucía que dispone que todas las actuaciones de las Administraciones andaluzas en materia competencial se regirán por los principios de eficacia, proximidad y coordinación entre las Administraciones responsables, conocimos el compromiso suscrito entre las administraciones.

Éste se centraba en que el Ministerio de Fomento asumía la ejecución del Proyecto de Adecuación del enlace Lepe-Oeste y del Proyecto de Ejecución de la Vía de Servicio. Por ello, nos dirigimos, en vía de colaboración, a la Delegación del Gobierno en Andalucía para que nos facilitara información acerca del plazo aproximado en el que, tras los trámites necesarios, podrían dar comienzo las obras de ejecución de la vía de servicio que da acceso al CHARE, esperando que el resto de las obras de urbanización fueran ejecutadas de forma simultánea, lo que posibilitaría la puesta en servicio sin más demoras de esta instalación hospitalaria. La citada Delegación nos envió un informe del que se desprendía que se iban a afrontar tales infraestructuras.

Entendimos, por tanto, que no obstante la complejidad de los trámites y las importantes disfuncionalidades producidas, el problema de fondo se encontraba en vías de solución, pues la Dirección General de Carreteras había considerado prioritaria esta actuación.

...



## 2. SERVICIO DE MEDIACIÓN

### 2.2 Análisis de las quejas gestionadas a través de la mediación

#### 2.2.2 Análisis cualitativo

##### 2.2.2.5 En materia de salud

En este campo, el Defensor ha intervenido como mediador en un solo asunto, en concreto, en la queja 17/5417, que presentó en la Institución la [Plataforma de afectados por la Esclerosis Múltiple y Esclerosis Lateral Amiotrófica y Enfermedades Desmielinizantes](#) (en adelante, EM y ELA).

Dicha queja exponía que las personas afectadas venían recibiendo desde hacía unos 7 años unas terapias, fruto de un proyecto de investigación llevado a cabo en el marco de las actividades de la fundación pública FISEVI y con la dirección de investigadores del área hospitalaria Virgen Macarena, dependientes del Servicio Andaluz de Salud. Trasladaban que el objeto de la queja se centraba en sus preocupaciones acerca del aviso de desalojo que les había sido comunicado por parte del Ayuntamiento de Sevilla, en su calidad de titular del local sito en el Hogar Virgen de los Reyes, en el que hasta la fecha dichas terapias.

A partir de esta información, se decidió intervenir con mediación, en aras de provocar un encuentro entre las distintas administraciones y entidades involucradas en este conflicto, que tenía una delicada repercusión en la salud de las personas afectadas, amén de las posibles competencias e intereses de las demás partes.

Tanto el Ayuntamiento de Sevilla como el Hospital Virgen Macarena y la fundación antes citada aceptaron desde un inicio participar en las necesarias sesiones de trabajo para valorar opciones de solución a este asunto.

Debe resaltarse que esta queja aún permanece en estado de tramitación, por cuanto se han celebrado múltiples reuniones (siete en total, entre conjuntas y privadas con cada parte -administraciones y plataforma) y muchas conversaciones telefónicas y aún no se ha llegado a una solución final de consenso. Sin embargo, era conveniente reflejar el importante esfuerzo que se está llevando a cabo por parte de las personas afectadas y por todas las administraciones en pro de alcanzar un pacto que satisfaga a todos.

En ese sentido, se han valorado al menos seis propuestas alternativas que han ofrecido tanto la plataforma como el Ayuntamiento y el Hospital en nombre del SAS, además de haberse incorporado al análisis la Universidad de Sevilla, quien a través de su Rector y Vicerrector de Relaciones con las Instituciones Sanitarias, ha tomado un serio compromiso con la labor de búsqueda de un espacio idóneo para el desarrollo de las terapias y la instalación de las maquinarias que se precisan y, que hasta el momento, se encuentran ubicadas en el ya mencionado Hogar Virgen de los Reyes.

La principal dificultad que se ha encontrado ha sido hallar un espacio que reúna las condiciones idóneas de altura y dimensiones para instalar las máquinas que permiten la terapia, y que además el local se encuentre físicamente en el entorno del área hospitalaria Virgen Macarena, dado que las personas beneficiarias de la neurofisioterapia padecen enfermedades limitadoras en muchos sentidos, que les desaconseja desplazarse a menudo y, dado que el hospital les proporciona otras atenciones médicas en distintas especialidades, que deben seguir por mor de sus tratamientos ordinarios, prefieren no tener que multiplicar sus desplazamientos a otros puntos más alejados.

A todo ello se une que el expediente administrativo que contemplaba la permanencia de este proyecto de investigación en el Hogar Virgen de los Reyes se halla en un momento en el cual se ha dictado por parte del Ayuntamiento una orden de desalojo ya prorrogada que parece difícil de reanudar. Hasta la fecha, el consistorio ha permitido que la maquinaria se encuentre depositada en sus instalaciones, si bien no se están llevando a cabo las técnicas terapéuticas que derivarían del proyecto, por lo que las personas afectadas



precisan resolver esta controversia a la mayor brevedad para reiniciar sus actividades que, manifiestan, repercuten positivamente en su estado de salud.

Todas las partes están intentando resolver las dificultades existentes en torno a este asunto, para dar por finalizada la negociación y poder asumir un acuerdo que, sin perjudicar los intereses generales de las administraciones afectadas, procure una continuidad del proyecto de investigación que, por otra parte, la plataforma de afectados por EM y ELA desean que se incorpore a la cartera de servicios del SAS lo antes posible, a la luz de las evidencias positivas que se vienen desprendiendo de estas terapias, y con mayor abundamiento, por resultar el Hospital Virgen Macarena como una Unidad de referencia en esclerosis múltiple.

Pero con independencia del resultado que arrojen las negociaciones en esta mediación, ya puede desprenderse una primera conclusión positiva de esta intervención, que va ligada a la autonomía que la plataforma ha ido ganando en la autodefensa de lo que consideran son sus derechos e intereses. En la primera reunión, las personas afectadas acudieron a la defensoría con una actitud mucho más pasiva, solicitando una solución del Defensor ante una situación que además de su consideración de injusta, les superaba, en la medida en que no disponían de recursos para dirigirse con autoridad a las entidades que podían solventar su conflicto. Esperaban, por tanto, una solución, pero no se consideraban capaces de buscarla ellas mismas, se quejaban de la falta de atención de las instancias públicas y no se sentían con fortaleza para asumir de manera independiente una negociación al respecto.

A lo largo del proceso de mediación, las afectadas han ganado confianza como colectivo y han participado activamente. Por ejemplo, han elaborado propuestas, han trabajado en equipo tratando de coordinar a los propios integrantes del colectivo y han incorporado a otras instancias que pueden dar solución, como es el caso de la invitación a este procedimiento a la Universidad de Sevilla, que podría beneficiarse de la práctica de la fisioterapia para los estudiantes de esa disciplina y, con ello, incrementar el número de efectivos que presten servicios a los afectados. En resumen, la plataforma ha desarrollado habilidades y competencias muy importantes para la defensa de sus propios intereses.

Y por otra parte, las administraciones que no veían ninguna posible opción más allá de la inicial propuesta que realizaba el SAS (la puesta a disposición de un local en el centro de salud de Palmete), han estado abiertas a explorar nuevas y distintas posibilidades, por lo que su análisis se ha incrementado notablemente, lo cual estimamos puede resultarles muy ilustrativo para futuros asuntos de similares características que deban abordar.

## 3. OFICINA DE ATENCIÓN CIUDADANA

### 3.2 Datos estadísticos sobre las consultas

#### 3.2.4 Distribución de consultas atendiendo a las materias

##### 3.2.4.6. Salud

En materia de Salud son diversas las cuestiones que se nos trasladan, como la recurrente falta de Pediatras que existen en muchos municipios y que son cubiertas por médicos de familias, problemas con la fecundación in vitro.

Sobre prestaciones, podríamos destacar la C17/659 donde se nos traslada por el interesado que es enfermo de enfisema y tiene un concentrador de oxígeno todo el día, siendo su consumo muy grande. A tal gasto hay que sumar el copago de los medicamentos que necesita lo que supone un importe considerable. En nuestra respuesta le informábamos de la existencia de la Orden de 13 de febrero de 2014 que habla de las compensaciones a pacientes por determinados tratamientos domiciliarios.

Cuando las personas acuden a la Oficina sin encontrar solución a sus problemas, a veces, intervenimos directamente como fue el caso de L:



*Buenas tardes soy L.... tengo 32 años y un cáncer de mama triple negativo desde enero que me lo han diagnosticado y las palabras del medico fueron que era un hijo de puta que se podía clonar a otra parte. El proceso iba a ser duro pero que daba resultado así que me metieron en el grupo de ensayos clínicos 12 secciones de taxol y 4 secciones de la quimio roja. La cuarta no me la pudieron poner por que no me había hecho nada las anteriores, puesto el cáncer seguía con el mismo tamaño. Deciden operar tengo que esperar de 4 a 7 semanas para que cicatrice ... y ahora resulta que yo no puedo esperar mas tiempo si no mi cáncer aumentara dicho por el oncólogo. Me pongo la ultima quimio 18 de julio no me ponen la cuarta para no atrasar la operación y me dan la cita para el 19 de septiembre me quejo indignada porque todos los que me tienen que atender o no están, o están de vacaciones o simplemente se lavan las manos. Me lo han podido adelantar hasta el 14 pero a estas alturas después de todo lo que he pasado ahora ya si puedo esperar sin tratamiento me siento indignada que jueguen con mi salud con mi vida y que nadie se haga cargo los putos recortes si me operan y cuando abran se encuentran que tengo mas dañada. El problema es mio mas me quitan nadie se responsabiliza. La señorita Diaz se podía poner aunque sea solo un poquito en nuestro pellejo y vea y sienta nuestro sufrimiento. No se ya donde tengo que ir estoy desesperada y sin respuestas solo hay que resinarse, lo siento, pero no puedo, tengo un niño con 2 años y tengo que seguir luchando. Espero respuesta.*

Desde la Oficina de Información la llamamos, antes que nada para interesarnos por ella, darle ánimo e informarle de algunas alternativas: que llamara a su cirujana, que pusiera hoja de reclamación y en todo caso si no la atienden que el lunes viniera y vemos como la podíamos ayudar. Al final el caso se resolvió positivamente: L---- nos mandó un mensaje: *Buenas tardes ya me han llamado para la fecha prevista el día 5 ingreso. Muchas gracias por su atención.*

Otras cuestiones que nos plantean con regularidad son las siguientes: la problemática del **copago farmacéutico** de pensionistas y personas en situación de discapacidad o en desempleo, sin ningún tipo de recursos; la denegación de asistencia especializada por no encontrarse en el catálogo de prestaciones, o la problemática de los tiempos de respuesta asistencial.

En este apartado de Salud tenemos publicado en nuestra web la guía sobre **los plazos de lista de espera** en atención sanitaria en nuestra Comunidad.

### 3.2.4.7 Procedimientos de extranjería y cuestiones conexas

...

Uno de los problemas que tienen en la actualidad los **ascendientes de familiares comunitarios es la necesidad de poder tener asistencia sanitaria** previa para poder ejercer el derecho de tener una tarjeta de familiar de comunitario. Muchas veces es la pescadilla que se muerde la cola, ya que al ser mayores ninguna aseguradora le hace un seguro de asistencia sanitaria, y debido a ello no pueden tener la residencia. En estos casos informamos de la posibilidad de suscribir un convenio con el SAS y a partir de ahí poder regularizar su situación.

...