



garantía y concreción en las correspondientes convocatorias de acceso a plazas de los centros sanitarios del SAS.

A la que a fecha de cierre de este informe aún no se ha recibido respuesta por el organismo obligado a ello.

1.6.2.3 Salud

Analizando las quejas recepcionadas durante 2015 desde la perspectiva de género, contabilizamos algunas relacionadas con los temas que tradicionalmente traemos a colación en este apartado, en la medida en que se refieren a **itinerarios asistenciales protagonizados por mujeres, por causa de procesos propios de las mismas**.

Así en el Informe correspondiente a 2014 dimos cuenta de la nueva consideración de la problemática suscitada por un grupo de matronas en paro, en relación con la diferencia acusada de estas profesionales en razón de la provincia, en el ámbito de la atención primaria de la salud.

Durante el pasado ejercicio concluimos la queja 13/6808, tras formular una resolución conteniendo **Sugerencia**, en la que reflejamos tres tipos de argumentos:

- En primer lugar retomamos las actuaciones que llevamos a cabo en el expediente 07/2272 y dejamos constancia del contenido de la resolución emitida en su día.
- En segundo lugar discrepamos de la afirmación administrativa sobre la escasa variación del número de matronas en atención primaria, pues si bien desde 2008 a 2013 solo se aprecia una reducción de tres efectivos, la cuenta desde el estudio realizado a finales de 2006 arroja un saldo negativo de 24 profesionales.
- En tercer lugar consideramos que los criterios conforme a los cuales la Administración considera que debían determinarse las necesidades (índice de natalidad, envejecimiento de la población, dispersión geográfica,...) no se vienen aplicando en realidad, salvo si acaso para amortizar las plazas cuando las titulares se jubilan, por lo que la desigual distribución actual sigue respondiendo a razones históricas, más que a criterios racionales.

En definitiva, **propusimos que se realizara un estudio sobre la plantilla de matronas** que tuviera en cuenta los criterios que se consideraran idóneos para hacer eficiente este recurso, y que las actuaciones futuras se ajustaran al mapa de recursos que resultara del mismo, pero la Administración Sanitaria no aceptó esta medida, por lo que aunque las interesadas han seguido instándonos a continuar en la defensa de los posicionamientos que hemos asumido en este tema, hemos tenido que explicarles que la valoración de la respuesta administrativa a las medidas contempladas en nuestras resoluciones conlleva la conclusión de nuestras actuaciones en el expediente, sin perjuicio de que dicho posicionamiento sea tenido en cuenta, de forma que se comunique en quejas similares que se nos puedan plantear, o en otras resoluciones a la Administración que pudieran versar sobre cuestiones que aparezcan relacionadas.

Por lo que hace a los **tratamientos de reproducción asistida**, la problemática que suscita esta prestación sanitaria ha sido objeto de análisis reiterado por parte de esta Institución, por un lado con carácter individualizado en razón de las quejas recibidas, que en algún momento llegaron a tener una incidencia bastante significativa; por otro lado con carácter general, por medio de quejas de oficio, para tratar de canalizar desde una perspectiva global la multiplicidad de aspectos que plantea este asunto.

A pesar de que el número de quejas en esta materia ha fluctuado en los últimos quince años (135 en total), y de que ciertamente se viene apartando de los picos que en otros momentos presentó (33 quejas en el año 2009), no por ello han cesado las reivindicaciones (16, 22, 6, 7 y 15 quejas en los últimos cinco ejercicios).

Durante algún tiempo nuestra intervención ha venido marcada por los posicionamientos adoptados, fundamentalmente en las quejas de oficio 04/1439 y 09/1337, y las respuestas recibidas a los mismos. En la tramitada bajo el número 04/1439 llegamos a emitir las siguientes Recomendaciones:

1. que se lleve a cabo un estudio sobre la situación de las TRA en Andalucía en orden a incrementar los



recursos y la accesibilidad a las mismas.

2. que se mejore la gestión de la lista de espera adoptando las medidas organizativas necesarias, y
3. que se fijen plazos de garantía de respuesta asistencial para las TRA.

Para cumplimentar estos requerimientos de nuestra resolución, la Administración Sanitaria nos remitió un informe en el que nos daba cuenta de la realización del análisis de situación propuesto y de las medidas previstas:

- Posibilidad de realizar estudio básico de esterilidad en todas las áreas hospitalarias y duplicar el número de centros que ofertan técnicas básicas.
- Ampliación del número de centros que realizan técnicas avanzadas y reordenación de los flujos poblacionales adaptándolos a los nuevos recursos.
- Proposición al menos de un centro de referencia de donación de semen y otro de donación de ovocitos.
- Ampliación de la oferta de técnicas hasta entonces no disponibles (lavado de semen y laboratorio de seguridad biológica, biopsia testicular y diagnóstico genético preimplantacional).

Con posterioridad a esta respuesta, pudimos acceder a la información facilitada por la Consejería de Salud en orden a la puesta en funcionamiento de algunas de estas medidas. En concreto se aludía a la dotación de unidades para la realización de estudios de esterilidad e inseminación artificial en todas las áreas hospitalarias de Andalucía antes de 2007, y por otro lado se preveía la potenciación de las tres existentes para la práctica de técnicas avanzadas (fecundación in vitro y microinyección espermática) y la dotación con este tipo de unidades para otros seis hospitales, en concreto Jaén y otra unidad en Sevilla (previstas para 2005), y Puerta del Mar, Reina Sofía, Juan Ramón Jiménez y Torrecárdenas (para los años 2006-07).

Ya en la apertura de la queja de oficio 09/1337 teníamos la impresión de que una parte importante de estas previsiones no se había cumplido y que esta circunstancia repercutía en las listas de espera para el sometimiento a técnicas complejas, que en algunos centros de referencia alcanzaban plazos insostenibles (tres años en el hospital Virgen del Rocío por entonces).

Por otro lado en algún momento también asistimos a declaraciones de la entonces titular de la Consejería de Salud para el establecimiento de un plazo de garantía de 180 días en estos casos, dentro del curso de la legislatura entonces vigente.

A la vista de la información recabada en este expediente, sobre todo los datos de actividad, tiempos medios de demora, y personas pendientes de tratamiento, elaboramos una nueva Resolución que incluía Recordatorio de Deberes Legales y las siguientes Recomendaciones:

1. Que se adopten las medidas necesarias para agilizar el inicio de la actividad de las unidades para la realización de técnicas de reproducción asistida complejas previstas en los hospitales Torrecárdenas (Almería), Puerta del Mar (Cádiz), Juan Ramón Jiménez (Huelva), y Virgen de Valme (Sevilla), de manera que se cumplan las previsiones temporales para las mismas.
2. Que se adelante la elaboración de las listas de espera relativas a dichas unidades, con la derivación de pacientes que van a corresponder a las mismas, siempre y cuando no deban ser atendidas en los centros hospitalarios en cuyas listas de espera actualmente se encuentran, antes del inicio del funcionamiento de aquéllas.
3. Que se estudie la necesidad de elaborar un plan de choque que contemple la concertación con centros



sanitarios privados que estén acreditados para la realización de estos tratamientos, con el objeto de derivar a los mismos para que sean asistidas, las parejas que excedan de la posibilidad de atención de los centros del sistema sanitario público en plazo razonable.

4. Que tras el análisis del contexto al que hemos aludido, se determine el plazo razonable para la dispensación de las técnicas de reproducción asistida, y se valore la posibilidad de considerar el mismo como tiempo de garantía de respuesta asistencial, cuando se inicie el funcionamiento de las unidades pendientes y se concluya el proceso de derivación de pacientes.

El SAS entonces nos remitió sendos informes en la segunda mitad del año 2009 por medio de los cuales nos explicó que ya se habían abierto las unidades de tratamiento FIV de los hospitales Torrecárdenas y Puerta del Mar, y que se mantenían las previsiones para las que habían de ubicarse en los centros Juan Ramón Jiménez (prevista también para ese año) y Virgen de Valme.

Por otro lado se indicaba que con carácter previo al inicio de actividad de una nueva unidad, se elaboraba la lista de espera con los usuarios que provienen de las listas de los centros que hasta ese momento se consideraban de referencia, decidiéndose el punto de corte que debía deslindar los que permanecían en la lista primitiva, y los que se traspasaban a la nueva unidad.

Ahora bien, al mismo tiempo se afirmaba la necesidad de ponderar los resultados de las últimas actuaciones administrativas en este tema, antes de adquirir compromisos contractuales con la sanidad privada, teniendo en cuenta la situación financiera en esos momentos; y además se reiteraba el compromiso manifestado por la entonces Consejera de Salud de garantizar el inicio de la aplicación de la técnica más adecuada en el plazo de 180 días.

Desde entonces hemos permanecido atentos a la evolución de esta problemática y transcurrido un período suficiente para que las medidas previstas se hayan materializado, nos planteamos retomar este tema, pues si bien intuimos que en algunos centros la situación puede haberse normalizado, por lo que respecta a otros creemos que el problema subsiste.

No es posible obviar que mientras tanto hemos asistido a un importante hito normativo, que ha traído consigo el desarrollo de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en este punto (Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización), de manera que por fin **se elevan al rango de norma jurídica las determinaciones sobre el acceso a los tratamientos, que antes se incorporaban a un mero protocolo**. En este sentido también se cuenta con una nueva **Guía de Reproducción Humana Asistida en el SSPA** (Resolución 545/2013, de 23 de diciembre).

Considerando que con ello algunos aspectos que antes eran controvertidos ahora han quedado resueltos, y sin perjuicio de que se susciten cuestiones puntuales que son objeto de tratamiento específico, **estimamos que el conflicto subyace aún respecto de los tiempos que marcan todo el proceso asistencial que determina el acceso a la prestación, sobre todo cuando se ven implicados diversos centros hospitalarios;** y en cuanto a los defectos de información que se vislumbran en las distintas etapas del mismo.

A tenor de lo expuesto, y para investigar este asunto, hemos iniciado de oficio la **queja 15/2594**, de cuyos resultados esperamos poder ofrecer datos en próximos informes.

Especial reflejo en éste sin embargo merece el relato de las interesadas en la queja 15/2182, que traduce su **protesta por los elevados plazos que rigen las intervenciones quirúrgicas de reconstrucción mamaria en el hospital de Jerez de la Frontera**.

En concreto refieren que el padecimiento de un cáncer conlleva una serie de repercusiones importantes en los planos laboral, familiar, y personal, ... de manera que cuando las mujeres que lo padecen consiguen superar la enfermedad, las que lo consiguen, desean normalizar su vida en la medida de lo posible, de



manera que cuando se dilata dicha normalización en el tiempo, quedan importantes secuelas psicológicas, que se añaden a las mencionadas.

En este sentido, señalan que los plazos que presiden la solución de este problema en el hospital aludido, se diferencian de los que se predicen en otras Comunidades Autónomas, e incluso en otros hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, pues una vez realizado el tratamiento (quimioterapia, intervención y radioterapia), la solicitud de la intervención quirúrgica se demora dos meses o más, alcanzando la lista de espera para la implantación de un expansor mamario a partir de entonces más de diecisiete meses, habiendo pacientes que tras trece o catorce meses de espera aún no tienen señalada fecha para dicho acto.

Aducen que la recomendación científica de permanencia del expansor una vez implantado es de seis meses, tras los cuales habría de procederse al implante, pero afirman que en la mayoría de los casos transcurren más de ocho meses sin que se haya señalado fecha para quitarlo.

Pues bien, ya en el curso de la queja tramitada en esta Institución sobre la **espera para intervenciones quirúrgicas que no están sometidas a garantía de plazo (queja 14/3235)**, la Administración Sanitaria nos informó que en 2014 el tiempo medio de espera fue de 431 días, así como de que había entorno a 450 pacientes pendientes de intervención.

En la **resolución** emitida en la misma efectuamos un reconocimiento de la apuesta decidida de la Administración Sanitaria por la disminución de los tiempos de espera quirúrgica en las intervenciones más relevantes, así como de la necesaria priorización de estas últimas, y lógicamente de las que se correspondan con procesos urgentes, para las que no rige más plazo del que estrictamente se haga necesario para llevarlas a cabo.

Pero también reflejamos que esta opción no puede hacerse valer en detrimento del resto de intervenciones que no gozan de la cobertura de plazo de garantía de respuesta, pues si bien resulta lógico a tenor de lo expuesto, que las operaciones garantizadas se lleven a cabo en un plazo inferior a las que no lo están, lo que ya no lo es tanto es que dichos plazos difieran de una manera tan marcada, habiendo detectado una elevación exponencial del tiempo medio de respuesta en este tipo de operaciones en los últimos ejercicios (en concreto, 62 días entre 2012 y 2014).

De ahí que abogáramos porque ni la complejidad, ni la necesidad de varios tiempos quirúrgicos sirvieran como excusa para posponer las intervenciones de reconstrucción mamaria, al entender que constituyen un imprescindible complemento del tratamiento del cáncer por el beneficio psicológico que conlleva la restauración de la imagen corporal.

En el informe que hemos recibido de la Dirección Gerencia del hospital de Jerez se nos da cuenta de las pacientes pendientes de intervención a mediados de noviembre de 2015, y de los tiempos que presiden sus procesos. En concreto, por lo que hace al primer tiempo quirúrgico (pendientes de colocar expansor) había 14 pacientes, mientras que en relación con el segundo (reconstrucción con prótesis o con colgajo abdominal o dorsal), se contabilizaban 85 y 35 respectivamente, junto a otras 22 a la espera de un tercer tiempo (reconstrucción de pezón).

Al mismo tiempo nos hablaban de las medidas adoptadas para tratar de mejorar la situación, que incluyen aumento de jornada del segundo cirujano desde el 75% al 100%, derivación de toda la patología menor al hospital Juan Grande, para poder dedicar los quirófanos propios por completo a la patología compleja y reconstrucciones; y conversaciones con dicho centro para que contrate a un cirujano plástico que pueda llevar a cabo las intervenciones de mediana complejidad.

Pendiente aún de valorar esta respuesta, y dado que según nos comunican se interviene según estricto orden de antigüedad, tratando a los tres tiempos quirúrgicos con la misma prioridad clínica, nos gana la impresión de que la conjunción de las tres etapas puede implicar un plazo significativo.

Por otro lado en la queja 15/0621 la presidenta de la Asociación de transexuales de Andalucía denunciaba la falta de reconocimiento en la práctica de los derechos recogidos en la Ley 2/2014 integral para la **no**



discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía.

Y es que la Ley establece un principio de proximidad del paciente al centro de Salud para evitar su discriminación y segregación, pero la interesada afirmaba tener conocimiento de casos en los que la comparecencia de personas transexuales en el centro sanitario elegido por ellos para someterse a tratamiento hormonal o a cualquier otro necesario para su transexualidad se había solventado con el rechazo de los facultativos, alegando la falta del protocolo asistencial que se describe en el artículo 10.3 de aquella, cuyo deber de establecimiento se consideraba incumplido por aquella.

En virtud del informe administrativo, se refiere la designación de hospitales de referencia provinciales, con equipos multidisciplinares, para garantizar la proximidad en la atención sanitaria a las personas transexuales. Al mismo tiempo se prevé la posibilidad de derivarlas directamente a dichos centros desde atención primaria, y se determinan las actuaciones que habrían de proporcionarse desde las mismas, a saber, terapia hormonal e intervenciones previas de reasignación de sexo, a salvo de las intervenciones genitales complejas que seguirán realizándose en Málaga, en tanto no sea posible practicarlas en otros centros hospitalarios con el mismo nivel de seguridad y calidad.

También se explican medidas para gestionar la lista de espera que la UTIG de Málaga tiene en la actualidad, y por último se alude a la elaboración del proceso asistencial integrado (PAI) para la atención a las personas transexuales, por parte de la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

Por nuestra parte apreciamos la existencia de actuaciones que resultan plenamente exigibles en la actualidad, y algunas otras que se están desarrollando, o están solamente previstas, a pesar de lo cual nos parece que el informe recibido demuestra una inequívoca voluntad administrativa de cumplir la ley, y a este respecto queremos hacer hincapié en la remisión a los centros de unas Instrucciones para la organización asistencial de la atención a las personas transexuales en Andalucía.

En todo caso le hemos mostrado a la interesada nuestra disponibilidad para supervisar el ritmo de las adaptaciones, y reclamar el cumplimiento de estas prescripciones, para lo que las instrucciones referidas se convierten en un importante instrumento de evaluación.

Por eso la hemos emplazado a que inste a las personas interesadas para que se pongan en contacto con nosotros, si tiene conocimiento de situaciones particulares en las que las determinaciones ya vigentes no se estén cumpliendo.

1.6.2.9 Violencia de Género

1.6.2.9.2 Ayudas Sociales y Económicas a las Víctimas

...

En el ejercicio 2015, el protagonismo sobre la necesidad de la puesta en marcha de nuevas ayudas en materia de violencia de género, lo ha tenido el asunto planteado en la queja 15/2869, en la que la Asociación promotora nos decía que **desde el año 2000, 202 mujeres han sido asesinadas por sus maridos o parejas en Andalucía, muchas de ellas en presencia de hijos o de algún familiar.**

Entre las reivindicaciones recogidas por dicha Asociación, resultado de los dos encuentros realizados en Córdoba en los años 2011 y 2012 con familiares afectados, la demanda más inmediata y reiterada era la **necesidad de ayuda psicológica en situación de crisis (momento inmediato al suceso) y el apoyo continuado en el tiempo para las familias, si se considera imprescindible.**

Añadía que la asistencia inmediata ha sido una cuestión de “buenas voluntades” exenta de cualquier protocolo o convenio que lo respalde, ya que tanto los profesionales del IAM o del SAVVA solo pueden prestar sus servicios en horarios determinados y siempre en el lugar del trabajo.