



13. Salud

1.10 SALUD

1.10.1 Introducción	4
1.10.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	5
1.10.2.1 Salud Pública	5
1.10.2.2 Atención Primaria	6
1.10.2.2.1 Déficit de matronas en atención primaria	7
1.10.2.2.2 Plan de verano 2005 en atención primaria de Sevilla	8
1.10.2.2.3 Déficit de medios personales y materiales en el DCCU de Sevilla	9
1.10.2.3 Atención especializada	10
1.10.2.3.1 Autorizaciones para tratamiento en centros ajenos al SSPA	11
1.10.2.3.2 Reproducción Humana Asistida	12
1.10.2.3.3 Atención al Ictus	13
1.10.2.4 Atención Sanitaria de Urgencia	13
1.10.2.4.1 Urgencias extrahospitalarias	13
1.10.2.4.2 Urgencias hospitalarias	14
1.10.2.5 Tiempos de respuesta asistencial	17
1.10.2.6 Praxis Médica	19
1.10.2.7 Derechos de los usuarios	19
1.10.2.8 Farmacia	21
1.10.2.9 Enfermos mentales	24
1.10.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones	26

ESTE TEMA EN OTRAS MATERIAS

1.3 DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES

1.3.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	29
1.3.2.2.7 Actuaciones en materia de salud	29
1.3.2.3 Personas mayores	29
1.3.2.4.1 Personas sin hogar	30

1.4 EDUCACIÓN

1.4.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite: Enseñanzas no universitarias	33
1.4.2.6 Equidad en la Educación	33
1.4.3 Análisis de las quejas admitidas a trámite: Enseñanzas universitarias	33
1.4.3.1 Acceso a la Universidad	33



1.5 EMPLEO PÚBLICO

1.5.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	34
1.5.2.1.4 Bolsas de personal sanitario	34
1.5.2.1.4.1 Reconocimiento de servicios prestados en centros sanitarios concertados (estatutario)	34
1.5.2.1.4.2 Criterios y procedimiento de certificación de la experiencia en bolsa (funcionario)	35
1.5.3 Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones	36

1.6 IGUALDAD DE GÉNERO

1.6.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	37
1.6.2.2 Empleo	37
1.6.2.3 Salud	39
1.6.2.9 Violencia de Género	43
1.6.2.9.2 Ayudas Sociales y Económicas a las Víctimas	43

1.7 JUSTICIA, PRISIONES Y EXTRANJERÍA

1.7.1 Introducción	44
1.7.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	45
1.7.2.2 Actuaciones relativas a Prisiones	45
1.7.2.3 Actuaciones relativas a Extranjería	47
1.7.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones	49

1.8 MEDIOAMBIENTE

1.8.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	50
1.8.2.2 Contaminación hídrica derivada de los vertidos residuales urbanos sin depurar	50
1.8.2.4 Las actividades de granjas y fincas ganaderas que generan afecciones en el espacio urbano	51
1.8.2.11 Sobre la conveniencia de restringir los cultivos transgénicos en algunos espacios del territorio andaluz	52

1.9 MENORES

1.9.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	54
1.9.2.2 Maltrato a menores	54
1.9.2.6 Menores con necesidades especiales	54
1.9.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones	56



3. QUEJAS NO ADMITIDAS Y SUS CAUSAS

3.2 De las quejas remitidas a otras instituciones similares	57
3.2.7 Medio ambiente	57
3.2.9 Salud	57
3.3 De las quejas rechazadas y sus causas	57
3.3.3 No irregularidad	57
3.3.5 Sin competencia	57
3.3.6 Sub-iudice	58
3.3.8 Sin recurrir previamente a la administración	58
3.3.10 Transcurso de más de un año	58
3.3.11 Desistimiento	58

2. OFICINA DE ATENCIÓN CIUDADANA

2.2 Datos estadísticos sobre las consultas	58
2.2.4.3 Menores y Educación	58
2.2.4.6 Salud	59



1.10 SALUD

1.10.1 Introducción

En los dos últimos años nos hemos detenido a valorar la controversia surgida a raíz de la aparición del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de **medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud** y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Dos aspectos venían centrando la discusión, pues por un lado, las limitaciones establecidas en cuanto al ámbito subjetivo del derecho, específicamente por lo que hace a la exclusión que supone de la titularidad del mismo para las personas extranjeras que carecen de autorización de residencia, se ha entendido como una quiebra de la universalidad; mientras que, por otro, la previsión de aportaciones económicas para sufragar el coste de determinadas prestaciones, afectaba directamente al principio de gratuidad, todo ello en el marco de un proceso de crisis económica que ha empobrecido a importantes sectores de la población.

Ya en 2014 aludimos a algunos mecanismos correctores de estas prescripciones que habían ido surgiendo, fundamentalmente diversas iniciativas autonómicas para proporcionar asistencia sanitaria a los inmigrantes en situación irregular, junto a la falta de desarrollo de las previsiones de copago, que nos llevaban a pensar en un cambio de actitud en este aspecto.

La polémica en torno a esta norma no ha cesado, hasta el punto que se avanzan iniciativas para su derogación valiéndose de la nueva composición de las cámaras legislativas, aunque desde nuestro ámbito autonómico se ha optado por tratar de neutralizar lo que se consideran efectos perniciosos de aquella, a través de la apuesta normativa que representa el **Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)**.

Y es que por medio del mismo se trata de obviar, o al menos paliar, las medidas introducidas con la justificación de la crisis económica, en quiebra de los **principios de universalidad y equidad**, y por este mismo motivo, su articulado abunda en definiciones de principios y garantías, asegurando entre otras cosas la universalidad de la atención sanitaria para toda la ciudadanía, la igualdad efectiva en el acceso, la equidad y superación de las desigualdades territoriales y sociales en la prestación de los servicios,...

En este sentido, define a los titulares del derecho a la asistencia sanitaria por remisión al art. 3 de la Ley 2/98, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, y veda las posibilidades de **copago** en las prestaciones de la cartera complementaria de servicios, previendo al mismo tiempo el establecimiento de medidas que permitan minimizar aportaciones o reembolsos que en normativa básica estatal pudieran recogerse para el acceso a las prestaciones de la cartera común de servicios, al objeto de reducir su impacto, para que nadie pueda quedar excluido de las mismas por razones económicas.

Por lo que hace al principal cometido de esta Institución, que vela por los derechos de los ciudadanos, cabe destacar el establecimiento de un nuevo catálogo de los derechos de los usuarios, que vendría a sustituir al que contempla el art. 6 de la Ley de Salud de Andalucía (que se deroga expresamente).

En definitiva, y sin lugar a dudas, la aprobación y entrada en vigor de dicha ley se considera un objetivo principal de esta nueva legislatura, por lo que asistiremos con interés a su tramitación parlamentaria, y a las modificaciones de que pudiera ser objeto, en un período en el que el protagonismo sanitario se ha reforzado tras la reestructuración de Consejerías, en la medida en que las competencias en esta materia están llamadas a ser ejercidas como dedicación exclusiva (aunque se han incorporado también las políticas de consumo), desde la nueva Consejería de Salud.



1.10.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.10.2.1 Salud Pública

Esta Institución viene interviniendo en el conflicto suscitado entre diversas organizaciones y las Administraciones Públicas, en orden a determinar si es cierta la existencia de un mayor **riesgo para la salud de la población de las áreas de Huelva y el Campo de Gibraltar**, como podría evidenciarse de una superior tasa comparativa de afectación por cáncer en relación con el resto de España, y verificar si dicho riesgo es consecuencia de **factores ambientales vinculados a la concentración** industrial en estas zonas.

Tras la recepción de los estudios individualizados que con carácter excepcional se encargaron por esta Institución a la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), así como las alegaciones que los promotores de la queja 09/1699 y la queja 10/3859 realizaron tras la presentación de aquel, quedábamos pendientes el pasado año de evaluar toda la información recibida y adoptar una decisión definitiva en estos expedientes.

Esta Institución, desde la prudencia que exige la complejidad técnica de este asunto, considera que ha quedado suficientemente acreditada la existencia de una situación de salud pública en la población asentada en las zonas que consideramos comparativamente peor que la de otras poblaciones similares asentadas en otras zonas del territorio.

Asimismo, la incidencia negativa que en tales realidades han tenido los factores sociales y económicos que históricamente han confluído en estas zonas, coincidiendo con los autores del Dictamen en la importancia que tiene la adopción de medidas que mejoren dichas condiciones sociales y económicas para una evolución positiva de los indicadores de salud pública en la zona.

Entiende también esta Institución que **resulta razonable pensar que los factores ambientales han tenido y tienen una incidencia en el estado de salud de la población**, llegando a esta conclusión conforme a los numerosos datos y estudios que acreditan con carácter general la relación existente entre la contaminación industrial y los problemas de salud pública.

La cuestión es que **no podemos valorar el grado exacto de incidencia de estos factores ambientales, pues resultan insuficientes los datos de los que disponemos** a la presente fecha sobre los elementos contaminantes presentes en ambas zonas, y no son suficientemente concluyentes los estudios que, con alcance muy limitado, se han realizado sobre los riesgos para la salud derivados de la presencia de elementos potencialmente contaminantes de origen industrial.

Por ello estimamos conveniente que se lleven a cabo cuantos estudios se estimen necesarios a juicio de los expertos para disponer de datos y elementos de juicio suficientes para formular una conclusión fundada, ponderada y motivada.

Asimismo, y hasta tanto no se disponga de conclusiones definitivas, entendemos que **cualquier decisión que pueda redundar en un aumento significativo del riesgo ambiental debería venir precedido de estudios rigurosos que, bajo la premisa del principio de precaución, acrediten la oportunidad y conveniencia de dicha decisión.**

Consideramos, además, que cualquier decisión de esta índole debería ser objeto de un proceso previo de debate y reflexión, en el que tuviesen cabida todos los sectores y colectivos sociales de la zona.

A tal efecto apoyamos la Recomendación del Dictamen de la SEE que aboga por la **creación de un Foro de Salud Pública**, que suponga un canal estable de comunicación e intercambio de información sanitaria entre los distintos organismos de la Junta de Andalucía (Consejería de Salud, Consejería de Medio Ambiente) y los grupos y asociaciones ciudadanas más representativos de la sociedad civil, aunque consideramos que dicho Foro debería incluir además de la información sanitaria, la información ambiental.

Esta Institución lleva ya muchos años interviniendo en este asunto y tratando de mediar en el conflicto



social existente en torno al cuál debe ser el futuro de estas zonas, sin que podamos afirmar que se hayan conseguido los resultados pretendidos que, a nuestro modo de ver, pasan por la búsqueda de modelos consensuados que aúnen la pervivencia de un sector industrial generador de empleo y riqueza, con la supeditación del mismo al cumplimiento de elevados estándares de calidad ambiental y con la progresiva implementación de un nuevo modelo económico basado en la sostenibilidad ambiental y la recuperación de los espacios degradados.

Por tanto hemos emitido nuevas [Resoluciones \(queja 09/1699, queja 10/3859\)](#) encaminadas a que cada una de las Administraciones implicadas den cumplimiento efectivo a las recomendaciones contenidas en el [Dictamen evacuado por la Sociedad Española de Epidemiología](#) en marzo de 2014 por encargo del Defensor del Pueblo Andaluz.

Las respuestas recibidas hasta el momento, tanto desde la Consejería de Salud, como desde la de Medio Ambiente, realizan una aceptación formal de nuestra Resolución, con explicación pormenorizada de las iniciativas que entienden dan cumplimiento a las recomendaciones del dictamen en el caso de la ría de Huelva, y de forma más escueta en el del Campo de Gibraltar, pero en ambas, alusivas a un compromiso para la reducción de las desigualdades en salud, potenciación de los sistemas de vigilancia de salud pública, y difusión de información a la ciudadanía, aunque en lo relativo a la constitución de Foro de Salud Pública, solamente en el segundo de los casos se acredita su constitución efectiva, aludiéndose en el primero a la confluencia de los distintos agentes en jornadas organizadas por la Administración Sanitaria y puesta a disposición del grupo de trabajo que ha elaborado el dictamen encargado por esta Institución, de los estudios realizados.

En la medida en que aún resta recibir la respuesta de algún Ayuntamiento, por parte de esta Institución solamente procede valorar el ajuste de aquellas a la Recomendación emitida, con carácter previo al cierre de los expedientes.

La preocupación por la incidencia de los riesgos ambientales para la salud no se agota en estos casos, articulándose en ocasiones como requerimiento de información (por ejemplo solicitud de información epidemiológica sobre la incidencia de cáncer en la localidad de Martos, en la queja 14/4963), o como denuncia por las consecuencias de un agente concreto en la provocación de graves enfermedades (riesgo para la salud por amianto en la construcción del nuevo apeadero de Renfe en Sevilla, en la queja 15/0726).

Otros aspectos tradicionalmente incluidos en este apartado son las [vacunas o los programas de cribado](#). En el primer caso debido a la iniciación de oficio de un expediente para investigar la [disponibilidad y pautas de dispensación de la vacuna de la tosferina a las embarazadas \(queja 15/5229\)](#), y en el segundo, por el anuncio de [puesta en marcha del programa de cribado de cáncer de colon](#), que motivó actuaciones en ejercicios anteriores (queja 12/7129), y que al parecer ya ha comenzado en algunos centros de salud con intención de extenderse a todo el ámbito de la Comunidad Autónoma, lo que sin duda nos obligará a intervenir para efectuar un seguimiento del proceso en orden a comprobar su velocidad, y evitar que los plazos de implantación provoquen desigualdad en el acceso.

1.10.2.2 Atención Primaria

La [atención primaria](#) entraña el primer nivel de la asistencia sanitaria del sistema con visos de integralidad, y por tanto, constituye el punto de referencia fundamental de los usuarios para la demanda de asistencia y el seguimiento de sus procesos a lo largo de toda su vida. Al mismo tiempo se configura como filtro que facilita el acceso a otros niveles asistenciales cuando las circunstancias del caso lo requieren

Con carácter general este nivel asistencial viene representando un foco para el planteamiento de quejas con un contenido muy heterogéneo, aunque en el último año han prevalecido las que tratan de poner de manifiesto los [déficits de determinados dispositivos en relación con las necesidades de sus zonas de referencia, tanto en el ámbito material, como fundamentalmente, en el de la dotación de los distintos](#)



profesionales que integran los equipos.

Así se han concluido actuaciones iniciadas el año pasado, como la queja 14/2936 por **déficit de calidad en el centro de salud de Guillena**, o la queja 14/2785, por **infradotación de facultativos en el centro de salud de Lepe**, y han surgido otras nuevas, como la que reivindica **mejoras en la atención sanitaria en la localidad de La Palma del Condado** (queja 15/5600).

1.10.2.2.1 Déficit de matronas en atención primaria

Después de algunos años de nuestra primera consideración del asunto, hemos retomado la cuestión relativa a la **escasez relativa de matronas** en este nivel de atención, merced a una denuncia del **colectivo "matronas andaluzas en paro"**, muy similar a la que fue objeto de tramitación en la queja 07/2272, y que después se ha instrumentado a través de la queja 13/6808.

De esta cuestión también dábamos cuenta el año pasado, pues se ponía de manifiesto las **diferencias existentes entre las distintas provincias andaluzas en cuanto a la ratio de matronas de los centros de salud**, de lo que las promotoras derivaban una situación desigual en la atención a la salud de las mujeres.

Teniendo en cuenta los antecedentes aludidos, consideramos interesante retomar su análisis desde el momento en que lo dejamos, para constatar los avances o retrocesos que se hubieran producido, y el grado de cumplimiento de las conclusiones del estudio elaborado por la propia Administración Sanitaria para evaluar las necesidades formativas de matronas, cuyas previsiones quisimos extender en orden a la creación de nuevas plazas para cubrir las necesidades detectadas, por lo que llegamos a recomendar que se articulara el incremento de la plantilla de atención primaria con las plazas de matronas correspondientes a cada provincia según aquel, estableciéndose un calendario para su dotación presupuestaria, priorizando las provincias más deficitarias, al objeto de que a la mayor brevedad contaran con uno de estos profesionales en todos los distritos sanitarios de Córdoba y Almería

En la respuesta a nuestra recomendación, la Administración apuntó que la necesidad de optimización de las plantillas de matronas vendría dada por la confluencia del estudio de necesidades comentado, y la aplicación de determinadas variables, a saber, demográficas, epidemiológicas, de necesidades de salud, oferta de servicios, y recursos humanos, entre otras.

Ahora bien, en el nuevo análisis efectuado hemos apreciado en primer lugar un descenso significativo del número de efectivos (si bien desde 2008 a 2013 solo se aprecia una reducción de tres matronas, la cuenta desde el estudio realizado a finales de 2006 arroja un saldo negativo de 24 profesionales), y además hemos advertido 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 han ofrecido ningún atisbo de crecimiento en la presencia de las matronas en atención primaria, ni siquiera en aquellas provincias en las que los desequilibrios se hacían más evidentes.

Seguimos por ello sin entender las enormes diferencias de matronas de atención primaria entre las distintas provincias, y lamentamos sinceramente no encontrar entre las argumentaciones ofrecidas hoy y anteriormente, ninguna que pueda justificarlo razonablemente.

En definitiva, y dado que la misma Administración Sanitaria reconoce que en el conjunto de profesionales que pueden llevar a cabo las funciones previstas en el proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio, las matronas conllevan un valor añadido, emitimos una **Recomendación** para que se realice un estudio sobre la plantilla de matronas que tenga en cuenta los criterios que se consideren idóneos para hacer eficiente este recurso, y que las actuaciones futuras se ajusten al mapa que resulte del mismo.

En la medida en que la respuesta recibida no incorpora novedad significativa, ni referencia alguna a la propuesta, esta Institución no ha podido considerar aceptada nuestra resolución, circunstancia que entre otras cosas justifica la exposición obligada en este Informe de dicho expediente.



1.10.2.2.2 Plan de verano 2005 en atención primaria de Sevilla

Modificaciones de plantilla con repercusión asistencial fueron igualmente esgrimidas por un **grupo de profesionales que presta servicios en centros de salud de la ciudad de Sevilla, con especial repercusión en la época estival** (queja 15/3003).

Así, a las reivindicaciones tradicionales relacionadas con la exigencia de un tiempo mínimo de 10 minutos para atender a cada paciente, la denuncia de implementación de los cupos asignados por encima de los óptimos, e incluso de los máximos; y la disminución progresiva de profesionales por amortización de sus plazas (jubilaciones) y falta generalizada de sustitución de las ausencias reglamentarias (bajas laborales, vacaciones, formación obligatoria,..); se unía la medida de cierre de la mayoría de los centros de salud durante las tardes del verano.

En este sentido, referían que desde principios de julio hasta el 11 de septiembre, la mayoría de los centros de salud cerrarían a las 15 horas, y solamente ocho permanecerían abiertos hasta las 20 horas, continuando posteriormente la atención sanitaria de urgencia a través del dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU).

Afirmaban que la organización dispuesta conlleva la disponibilidad de un médico para cada 70.000 ciudadanos aproximadamente en dicha franja horaria, el cual se ve obligado a atender a pacientes de centros de salud distintos, e incluso a población pediátrica, para la cual señalaban no encontrarse preparados. Además al parecer solo se destinaba un facultativo a la realización de la asistencia domiciliaria.

De ahí que durante las mañanas los médicos que trabajan en cada centro de salud tenían que atender las citas de los compañeros que estaban de vacaciones, y a partir de las tres, tenían que repartirse la atención a urgencias de adultos y niños en los ocho centros que permanecían abiertos, estimando que este estado de cosas resultaba injusto tanto para los ciudadanos como para los trabajadores.

El informe administrativo recibido desde la Dirección del Distrito Sanitario ofrece respuestas a problemas generales relacionados con el funcionamiento de la atención primaria (régimen de sustitución de vacaciones, ILT y cobertura de jubilaciones), así como explicaciones para justificar el sistema de atención diseñado en el ámbito del Distrito durante las tardes del verano, aparte de profusos datos de actividad y dotación de personal por centros.

Por lo que hace a la problemática general que afecta al desenvolvimiento de la atención primaria, esta Institución es plenamente consciente, y de hecho en mayor o menor medida, ha venido tratando esta materia en sus informes anuales al Parlamento.

Ahora bien, en cuanto al **diseño de la atención durante el verano**, la Administración Sanitaria nos ha ofrecido datos de actividad de todos los profesionales de los distintos centros de atención primaria del distrito, sin que se puedan extraer conclusiones generalizadas en relación con la oscilación de la actividad en la temporada veraniega en horario de mañana, pues si bien en algunos casos se aprecia descenso significativo, en otros no se presentan diferencias con la actividad registrada en otros meses del año.

En todo caso, la cobertura de las ausencias por vacaciones se produce a veces por sustitución de jornadas contratadas, y en otros, por reparto entre los compañeros con atención a los criterios establecidos por la dirección, comprobándose que aun dándose esta circunstancia los índices de actividad no experimentan variaciones significativas.

Carecemos sin embargo de información para comparar la actividad que se desempeña en jornada de tarde durante el verano y el resto del año, pues solamente se nos han remitido datos de la primera, pero hemos podido contrastar con aquellos la afirmación que se contiene en el informe administrativo, de que la actividad de tarde en los centros designados es relativamente escasa: promedio de 227 pacientes al día durante el mes de julio, lo que significa una media de 15 pacientes/día por cada profesional.

En esta tesitura, y aunque la centralización de la asistencia en determinados dispositivos durante la horquilla horaria que consideramos pueda conllevar alguna molestia para los pacientes, no parece que el nivel de actividad compense una apertura generalizada, teniendo en cuenta que por otro lado solamente supone un promedio de 1,5 tardes para cada profesional en este período.



1.10.2.2.3 Déficit de medios personales y materiales en el DCCU de Sevilla

El DCCU de Sevilla también fue cuestionado por algunos de los profesionales que lo integran, que protestaron por **insuficiencia de las unidades previstas para la atención** (queja 15/1165), **tanto en los dispositivos fijos (UCCU) como los móviles (EM)**, todo ello relacionado con el volumen de población asistida y el nivel de actividad.

Así, respecto de las Unidades fijas se cifraba la disconformidad en su número (7) para una población de 700.000 habitantes, y la escasez de los refuerzos, que aparecen limitados en su distribución espacial, horaria y temporal (solo fines de semana y festivos); se reclamaba un incremento del personal de seguridad, por la conflictividad detectada, y una medida específica de adelanto del inicio de la actividad de estas unidades en una hora, para evitar las aglomeraciones previas.

En cuanto a los EM se afirmaba su reducción progresiva, de los ocho con los que se contaba al principio, hasta los cinco actuales, así como la del número de equipos que los conforman, la sobrecarga asistencial, fundamentalmente en épocas de alta frecuentación, y el incremento de los tiempos de respuesta. A lo anterior se unían reivindicaciones de carácter material sobre la obsolescencia de los vehículos y el aparataje.

En el tiempo transcurrido desde la presentación de esta queja, y antes de la recepción del informe administrativo, se sucedieron las reivindicaciones de los afectados, al punto de alcanzar acuerdos con la Administración Sanitaria, que en parte han venido a subsanar la problemática puesta de manifiesto.

El informe recibido del Distrito enumera por un lado las UCCU actualmente funcionales, con explicación de los centros de salud en los que se ubican, y los que quedan dentro del área de cobertura de cada una.

Los datos de actividad que se ofrecen son generales y van referidos al período anual, por lo que teniendo en cuenta que solamente resultan fiables desde 2012, lo primero que se aprecia es que no existen alteraciones numéricas importantes, por lo que cabría decir que la actividad de las UCCU se ha mantenido en términos muy similares.

Ciertamente, las diferencias se aprecian entre centros, de manera que las cifras de algunos representan la mitad o incluso la tercera parte de las de otros. Sorprende que en principio el personal que se dispone para la atención sea el mismo en todos ellos (un equipo), a menos que dicha diferencia se justifique fundamentalmente por el incremento de actividad durante los fines de semana y festivos, que son las fechas en las que se concentran los refuerzos, pues solamente en la UCCU de Amate se prevé un refuerzo de médico y enfermero los días laborables, en horario de 20 a 24 horas.

De todas formas, realizados los cálculos oportunos, la actividad diaria incluso en las UCCU más concurridas, resulta alejada del número de asistencias que según los interesados se han llegado a atender con carácter máximo (hasta 400), lo que sin embargo no nos lleva a negar este dato, teniendo en cuenta que la información analizada traduce datos globales, y las ratios por mes o por día no son más que medias aritméticas teóricas, por lo que es posible que se conjuguen días de escasa actividad, con otros altamente frecuentados.

Nos parece por tanto que es posible profundizar en el ajuste de medios personales, y reaccionar con prontitud ante las situaciones de saturación que pudieran presentarse, introduciendo en el análisis de los medios otras variables (períodos de alta frecuentación ligados a la estacionalidad: gripe y otros virus).

La dotación de las UCCU con personal de seguridad también es objeto de controversia, aunque parece razonable que en principio la cobertura se produzca en los centros que presentan mayor nivel de conflictividad.

En todo caso, por lo que hace a las concretas reivindicaciones de los interesados, se ha determinado la apertura de los puntos fijos de atención urgente con media hora de antelación respecto del horario anterior, por lo que confiamos en que así puedan resolverse los problemas de aglomeración, allí donde se presentaban.

En relación con los **equipos móviles** el informe no explica las causas de la reducción previa a la operada en 2012, pues antes de eliminar uno de estos dispositivos, se hizo lo propio con otros dos en años anteriores, arrojando esta transición un descenso de operativos desde ocho hasta cinco.



La última modificación se justifica en datos de actividad, y el exceso de jornadas como consecuencia de la modificación normativa operada en este ámbito, que aumentó la de estos profesionales desde las 1.483 horas anuales, hasta las 1.530.

A nuestro modo de ver este último aspecto podría justificar la reducción del número de equipos que conforman los dispositivos, la cual también se ha producido, llegando en la actualidad a 26, pero no necesariamente habría de conllevar la desaparición del sexto equipo móvil.

En todo caso, los datos de actividad de los últimos años son bastante parecidos, cifrándose la atención principalmente en las demandas de asistencia clasificadas con nivel de prioridad 2 (urgencias no demorables), para las que quizás los tiempos de respuesta reseñados (en torno a los veinte minutos) pueden resultar apropiados, aunque no podemos decir lo mismo si los referimos a las demandas clasificadas con nivel de prioridad 1, que aunque en menor medida, también se atienden por este tipo de dispositivos, resultando alejados de los tiempos que emplea el dispositivo de emergencias 061 para el mismo tipo de demandas en el ámbito urbano (10´13´´ en Sevilla durante 2014).

El informe administrativo nos comunica que en este punto las negociaciones con los representantes del personal han desembocado en la incorporación al DCCU de un vehículo de intervención rápida con una dotación completa de personal, para prestar servicio en el período comprendido entre noviembre y febrero, por lo que también esperamos que esta medida contribuya a descongestionar la actividad de los EM los meses que presentan mayor demanda de su intervención.

En último término, el documento que nos ha sido remitido refleja una mejora significativa en lo que se refiere a los **medios materiales**, al menos por lo que hace a la sustitución de vehículos ambulancias (se han adquirido cinco), y los desfibriladores (se incorporan también cinco nuevos), aunque las discrepancias en la ratio de utilización de las tablets en relación con otros distritos, pensamos que obliga a analizar detenidamente este asunto.

En atención a lo expuesto, creemos que la problemática sujeta a nuestra consideración se ha solucionado parcialmente, aunque sea preciso esperar al análisis de resultados de las medidas introducidas.

1.10.2.3 Atención especializada

Sin lugar a dudas este subapartado engloba un número importante de las quejas, las cuales por su elevada diversidad resultan muy difíciles de sistematizar, pues en principio reflejan las múltiples incidencias que son susceptibles de acaecer en el curso de un proceso asistencial, que en este nivel adquiere un mayor grado de complejidad, pues puede conllevar desde simples consultas o práctica de pruebas sencillas, a intervenciones quirúrgicas y sofisticados tratamientos, sin olvidar que algunas de estas actuaciones implican períodos más o menos largos de ingreso en centros hospitalarios, circunstancia que también conlleva una ampliación significativa del universo de lo reclamable.

Nos encontramos con problemas relacionados con la **citación para consultas o pruebas** (queja 15/4465); solicitudes de **alternativas terapéuticas** (tratamiento para los acúfenos de su hijo en la queja 15/3638, o trasplante en la queja 15/2728); dificultades o **demora en la recepción de tratamientos** (para el cáncer de vejiga en la queja 15/0084, de rehabilitación por falta de acompañamiento al paciente, en la queja 15/4292, o de logopedia tras un ictus en la queja 15/4612); protesta por la **negativa a determinadas intervenciones quirúrgicas** (de hipertrofia mamaria en la queja 15/3616, o prolapso uterino en la queja 15/2651)...



1.10.2.3.1 Autorizaciones para tratamiento en centros ajenos al SSPA

La solicitud de **autorización para derivación a efectos de asistencia y tratamiento en centros que se incardinan en otros servicios de salud, fuera del ámbito de nuestra Comunidad Autónoma**, han gozado de cierta reiteración.

A mediados del año, la Administración Sanitaria refundió las regulaciones existentes en torno a este asunto en la Circular 203/15, de 15 de julio, que contiene instrucciones sobre derivación de pacientes desde centros del SSPA. Primeramente determina los supuestos que legitiman el procedimiento (imposibilidad acreditada de realizar la asistencia en un centro sanitario, público o concertado, o justificación adecuada de la conveniencia de efectuarla en un centro ajeno determinado, considerando a estos efectos la no disponibilidad o disponibilidad limitada de un procedimiento por complejidad tecnológica, o porque requiera alta especialización facultativa, a lo que también se añade la baja prevalencia de la patología que haga ineficiente la prestación de asistencia con medios propios); y a continuación diseña el procedimiento de autorización, el cual incluye solicitud acompañada de informe clínico y propuesta de centro suscrita por el gerente del hospital y el director de la UGC correspondiente, e informe de respuesta de la Subdirección de accesibilidad y continuidad asistencial, información de los datos clínicos y administrativos del caso desde el centro de origen al de destino, y registro de los datos en el sistema de información del Fondo de Cohesión Sanitaria (SIFCO), cuando se prevea tramitar la asistencia por esta vía.

Pues bien dicha Circular contiene algunas previsiones sobre algunos procedimientos en particular, figurando entre los mismos un grupo de pacientes que, en cierto número, se han dirigido a esta Institución: los **lesionados medulares**. En su mayoría han requerido nuestra intervención para superar los obstáculos que desde la Administración Sanitaria se han interpuesto a la continuidad de sus revisiones en el hospital de paraplégicos de Toledo.

La Administración Sanitaria ha establecido como pauta general que actualmente en Andalucía se realizan todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos consolidados para la lesión medular salvo la implantación de marcapasos diafragmático que puede resultar indicado en lesiones medulares altas (C1-C3).

Algunos afectados sin embargo estiman que los centros de referencia para el tratamiento de los lesionados medulares en el SSPA no les pueden proporcionar las mismas atenciones que el hospital de Toledo (especialistas, pruebas específicas, instalaciones adecuadas), mientras que otros afirman que las revisiones en los mismos les han generado menoscabo de su estado de salud (por ejemplo incremento muy significativo del número de infecciones urinarias), y en términos generales se cuestionan por qué los pacientes andaluces son los únicos en todo el territorio del Estado que han visto limitado el acceso a dicho centro.

Por lo visto el SSPA cuenta con tres unidades para atender al paciente medular traumático, y señala haber ido organizando y mejorando la atención a este colectivo a raíz de la puesta en marcha del Plan de Accidentabilidad en el año 2007. De ahí que aunque al principio de este proceso se autorizara la derivación de algunos pacientes a Toledo, a causa de la disponibilidad limitada en sus áreas de referencia, aseveran que en la tesitura actual esta pauta de actuación no está justificada.

Por nuestra parte en principio tenemos que entender este posicionamiento, a falta por otro lado de un señalamiento específico de la carencias comparativas de un sistema respecto del otro, aunque también pensamos que, sin perjuicio de la regla general, pueden existir casos en los que, por su elevada complejidad, o la concurrencia de otras circunstancias excepcionales, pueda defenderse la derivación, tesis que resulta confirmada por la constatación efectiva de la resolución favorable de algunas solicitudes, por lo que en último término habrá que estar a la opinión de los profesionales de referencia.

A la vista de esta opción mantenida por la Administración Sanitaria, llama la atención que en otros casos no considere tan factible el establecimiento de pautas generales de derivación. Nos referimos en este punto a una de las medidas incorporadas a la **Resolución** emitida de forma conjunta para la queja 15/0328, la queja 14/0306, y la queja 15/1856, en las cuales la **solicitud de derivación aparecía dirigida a un centro de referencia para el tratamiento de la malformación de Chiari** (hospital Vall d'Hebrón).



Por nuestra parte llegamos a proponer medidas de diversa naturaleza que incluían la agilización del diagnóstico de la malformación de Chiari y la adopción de la decisión terapéutica procedente en cada caso; la realización de una auditoría de los casos de malformación de Chiari tratados en el SSPA con evaluación de resultados de la práctica quirúrgica, de los cuales se diera conocimiento a los afectados y la ciudadanía en general, la adopción de criterios comunes en orden al tratamiento, fundamentalmente por lo que hace a las intervenciones quirúrgicas y la técnica empleada en las mismas, y la definición de pautas comunes para la derivación a centros de referencia fuera de nuestra Comunidad Autónoma.

No podemos negar que la respuesta emitida a nuestra resolución nos ha resultado sorprendente, no ya porque formalmente rechace los términos de aquella sin ninguna contemplación, que entra dentro de lo esperable si no se comparten nuestros razonamientos; sino singularmente porque pensamos que no se ha entendido en absoluto el tenor de nuestro discurso o se ha malinterpretado.

En nuestra resolución nos limitamos a transmitir el relato de los hechos que realizan los interesados, junto al contenido de los informes administrativos recibidos en cada caso; nos mostramos expresamente incapacitados para medir la competencia técnica de los equipos o la pericia de los profesionales, y lejos de pronunciarnos sobre las causas, nos limitamos a poner de manifiesto una realidad, en la que al parecer también coincide la Administración, que no es otra que la existencia de una desconfianza generalizada de los afectados por esta patología y sus allegados para ser tratados adecuadamente en el marco del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Por lo demás por nuestra parte también aludimos a un documento de consenso promovido por el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, y reflejamos algunas de sus conclusiones para apoyar nuestras recomendaciones (dificultades de diagnóstico, falta de consenso sobre el origen de la enfermedad y la manera de afrontarla, falta de evidencia científica contrastada de las intervenciones terapéuticas, que permiten distintas recomendaciones de tratamiento, e incluso diversas técnicas para llevar a cabo las intervenciones quirúrgicas). Cuestiones, que en la respuesta de la Administración Sanitaria ni siquiera se mencionan.

En todo caso nos parece que la problemática de las derivaciones no se encuentra ni mucho menos agotada, y que las quejas atinentes a las mismas continuarán presentándose en relación con patologías diversas. Sin ir más lejos la [Federación Española de Enfermedades Raras](#) también ha comparecido recientemente (queja 15/5392) para darnos cuenta de la compleja situación que atraviesan estos enfermos, y las dificultades que vienen encontrándose fundamentalmente en diversos ámbitos de la asistencia sanitaria, entre los que figura la derivación a centros, servicios y unidades de referencia (CSUR).

Partiendo de estos últimos como eje central en la atención a las personas con enfermedades poco frecuentes, según dispone la Estrategia Nacional de Enfermedades Raras, puesto que deben dar cobertura a todo el territorio nacional y atender a los pacientes en igualdad de condiciones, independientemente de su lugar de residencia; la Federación ofrece datos cuantitativos que representan un porcentaje elevado de denegación de solicitudes de derivación a CSUR, estimando aquella que muchos se beneficiarían de la recepción de información y asesoramiento por parte de los mayores especialistas

En esta tesitura la interesada apunta un agravamiento de esta problemática con la aplicación de los nuevos presupuestos generales del Estado, y la conversión en partida de carácter extrapresupuestario del Fondo de Cohesión Sanitaria, afirmando que en adelante la financiación de los centros de referencia va a obedecer a un sistema de compensación de gastos en el que la responsabilidad pertenecerá a las Comunidades Autónomas.

1.10.2.3.2 Reproducción Humana Asistida

En el informe correspondiente a 2014 dimos cuenta de la novedad normativa que había supuesto la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, y analizamos algún aspecto específico suscitado por la incorporación prematura de uno de los criterios de exclusión de los tratamientos previstos en aquella, en la versión reformada de la Guía de Reproducción Humana Asistida en el SSPA (Resolución 545/2013, de 23 de diciembre).



La prestación de asistencia sanitaria especializada que conlleva la dispensación de **técnicas de reproducción asistida** ha estado siempre rodeada de múltiples matices, por lo que su consideración en este informe ha devenido casi permanente. 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).

Desde entonces hemos permanecido atentos a la evolución de esta problemática, y en la actualidad pensamos que ha transcurrido un período suficiente para que las medidas previstas se hayan materializado, de manera que nos planteamos retomar este tema. Y es 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.

Para valorar principalmente estos dos aspectos hemos iniciado recientemente de oficio la **queja 15/2594**, en la que hemos solicitado datos de actividad, tiempos de respuesta, y procedimientos de suministro de información, que esperamos nos permitan seguir incidiendo en este tema.

1.10.2.3.3 Atención al Ictus

Significativo resulta el silencio de la Administración Sanitaria en torno a la Sugerencia que le planteamos en la queja 14/2535. Aunque centrada aquella en una concreta medida para completar la cartera de servicios del hospital Virgen del Rocío, en tanto que unidad de referencia contemplada en el **Plan Andaluz de Atención al Ictus**, en el curso de nuestra resolución reflexionábamos sobre el sistema diseñado por este último, para concluir que en el plazo de vigencia de dicho plan los medios que conforman el modelo escalonado de atención no se habían completado.

Similar conclusión alcanza la Cámara de Cuentas en un profundo informe de fiscalización que ha llevado a cabo en relación con el mencionado Plan, cuyas conclusiones y recomendaciones entendemos muy merecedoras de ser tenidas en cuenta para implementar la respuesta sanitaria, por fuerza tiempo-dependiente, en una de las patologías estadísticamente más mortales, en cuya atención hay uno de los mayores riesgos de inequidad.

1.10.2.4 Atención Sanitaria de Urgencia

1.10.2.4.1 Urgencias extrahospitalarias

Continúan los cuestionamientos por la atención recibida en el ámbito de las urgencias extrahospitalarias, bien por demora en la activación o respuesta de los dispositivos, o también por disconformidad con la actitud terapéutica adoptada.

En este sentido en la queja 15/0281 nos vimos en la tesitura de valorar la idoneidad del **triaje telefónico** efectuado desde el centro coordinador de urgencias. Conscientes de la dificultad que entraña esta labor, en el caso concreto concluimos la existencia de un déficit en la clasificación de prioridad otorgada, pensando que debió ponerse el acento en el síntoma principal (disnea), y teniendo en cuenta las dificultades aludidas, optar por un nivel superior al otorgado.

La **duplicidad de dispositivos de atención urgente en localidades que cuentan a su vez con un centro hospitalario de nivel comarcal**, o de alta resolución, se está revelando últimamente como asunto litigioso. Por la información que hemos podido obtener en la queja 14/497, la puesta en funcionamiento del hospital de alta resolución puede tener repercusiones de muy diversa índole en relación con las urgencias de atención primaria: desde que no afecten en absoluto al entramado organizativo de las mismas, pasando porque se reajusten los equipos (principalmente los móviles), hasta que queden completamente integradas en el servicio de urgencias del nuevo centro hospitalario, configurándose como las únicas que permanecen.



Con la anticipada aseveración administrativa de la garantía de la asistencia en todo caso, en la queja de referencia se planteó la demora en la apertura del servicio de urgencias del hospital de Alcalá la Real, mientras que en la queja 15/1903, los profesionales del servicio de urgencias de atención primaria que desde tiempo atrás se venía prestando en el hospital comarcal de Baza, demandaron precisamente su vuelta al entorno del centro de salud, negándose a la anunciada absorción por la unidad hospitalaria, apoyados en este caso por numerosas firmas de vecinos de la localidad.

La inactividad del servicio de urgencias del hospital de alta resolución de Alcalá la Real, a pesar del tiempo transcurrido desde que la instalación empezó a funcionar, no es óbice a tenor de la información administrativa, para que la Administración Sanitaria continúe manifestando su empeño de puesta en funcionamiento cuando exista disponibilidad presupuestaria para ello.

Lo cierto es que con los hospitales de alta resolución la Administración ha realizado una apuesta por una modalidad asistencial innovadora, y que la misma incluye la atención de urgencia.

En este marco organizativo, la continuidad asistencial, concebida como algo que trasciende de la mera coordinación entre niveles asistenciales, se erige como elemento clave, y en garantía de su satisfacción participa el área de urgencias en la misma medida que el resto de unidades asistenciales.

Es verdad que la planificación operativa para la implantación de este tipo de centros hospitalarios se ha visto afectada por la actual crisis económica. El estado de cosas actual ha motivado la dinámica de puesta en funcionamiento progresiva para estos centros, que lógicamente se ha proyectado más intensamente sobre los últimos que se han inaugurado, y es de suponer que sobre los que están próximos a ello.

En esta tesitura hay que contemplar la situación de los hospitales de alta resolución de Alcalá la Real y Loja, que iniciaron su andadura en el año 2011. El tiempo transcurrido, más de cuatro años y medio, nos lleva a dudar sobre la intención real de puesta en funcionamiento del área de urgencias, pues si bien la activación progresiva puede resultar entendible en el contexto aludido, un período tan prolongado va más allá de lo que puede entenderse razonable, incluso en las circunstancias actuales.

Conscientes de la pluralidad de objetivos a los que La Administración debe dirigir su esfuerzo inversor, en esta Institución abogamos por realizar un cuidadoso estudio de necesidades, de forma que se pueda establecer un orden lógico de prioridad que permita sacar el mayor provecho a los fondos disponibles, sin obviar otro tipo de circunstancias (equilibrios territoriales, actuación en zonas deprimidas,...).

En todo caso pensamos que la lógica impone priorizar la culminación de lo ya empezado, y por eso en este expediente hemos emitido una **Recomendación** para que se adopten las actuaciones necesarias para la puesta en funcionamiento de la unidad de urgencias de este hospital.

Por lo que respecta a las urgencias de Baza al parecer existe un compromiso administrativo de realización de un estudio técnico, dependiendo de los resultados que se obtengan, la decisión definitiva que se adopte.

1.10.2.4.2 Urgencias hospitalarias

Iniciamos el año alertados por las noticias que salpicaron los medios de comunicación sobre los **elevados índices de demanda de asistencia urgente en los hospitales** de varias ciudades andaluzas, y las consecuentes demoras que esta circunstancia estaba produciendo en el circuito de atención sanitaria, con reflejo en altos niveles de permanencia en el servicio, saturación de las unidades de observación, retraso del ingreso en planta,...

En un primer momento iniciamos algunos expedientes de oficio para investigar las circunstancias concretas de la asistencia proporcionada a algunos pacientes que habían terminado falleciendo, pero con posterioridad utilizamos el mismo procedimiento para generalizar el planteamiento de este tema, teniendo en cuenta que la situación que se ponía de manifiesto en muchos hospitales del SSPA había sido precedida del anuncio de un denominado **Plan de mejora de las urgencias**, así como que por parte de esta Institución y del resto de comisionados participantes, se había dado conocimiento del estudio elaborado conjuntamente



sobre **“Las urgencias hospitalarias en el SNS: derechos y garantías de los pacientes”**, y necesitamos confrontar las conclusiones alcanzadas en el mismo con la realidad asistencial en nuestro territorio.

Por lo que hace a los primeros realizamos una valoración conjunta de los informes recibidos en la queja 15/0066, queja 15/0102 y queja 15/0250, los cuales apuntaban a que los pacientes que fallecieron en urgencias durante este tiempo, lo hicieron después de haber sido atendidos y tratados adecuadamente en cada caso.

Lamentablemente, y sin dudar de la afirmación anterior, dichos informes no nos permitían deducir aspectos fundamentales de dicha atención, significativamente de lugar y tiempo, con el fin de valorar circunstancias añadidas a la estricta prestación asistencial.

En todo caso, a tenor de los datos suministrados no nos pareció que en los casos analizados se produjeran dilaciones excesivas en la asistencia inicial de los pacientes, y que por lo tanto dicha circunstancia incidiera en el desenlace.

Pensamos ciertamente que los servicios de urgencia de los hospitales reciben demandas de atención de muy diversa gravedad, y el fallecimiento de pacientes en las dependencias de los mismos no puede considerarse un evento extraño.

Ahora bien también consideramos que la atención de urgencias de determinados pacientes, que por su avanzada edad (85, 88 y 72 en estos casos), y su comorbilidad (cáncer al parecer en al menos dos de los pacientes considerados), revisten un grado elevado de vulnerabilidad, exige a nuestro modo de ver medidas facilitadoras de la asistencia, significativamente la priorización, para evitar que sufran padecimientos adicionales en el proceso normalizado de atención urgente, que repercutan en la vulneración de su dignidad e intimidad.

De ahí que emitiéramos a la Administración Sanitaria **Recomendación** para que se adopten medidas dirigidas a la **priorización de la asistencia de urgencias de pacientes especialmente vulnerables por razón de su edad y comorbilidad**.

La respuesta a la misma abunda en la línea que marca la atención prioritaria de los pacientes frágiles, vulnerables o en riesgo social dentro de su mismo nivel de gravedad, dentro del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, aplicándose también esta medida a los pacientes que poseen la tarjeta más cuidados.

Al mismo tiempo se avanza que antes de finalizar este ejercicio se va a llevar a cabo una modificación del sistema estructurado de triaje, que implica la puesta en marcha del SET, el cual no solo permite priorizar a un paciente vulnerable entre los que comparten el mismo nivel de gravedad, sino incluso otorgarle una prioridad superior, que resulte indicativa por tanto de una necesidad de respuesta médica en menor tiempo.

En cuanto a la queja 15/0161 iniciada de oficio y relacionada con la **saturación de las urgencias hospitalarias**, confluyeron en este expediente distintas realidades. Así, por un lado se nos explicó que la situación que por entonces se estaba viviendo en los servicios de urgencia de varios centros hospitalarios del SSPA evidenciaba niveles de frecuentación anormales, nunca alcanzados hasta el momento, a pesar de lo cual se afirmaba que se había producido una respuesta ágil para atajar la situación, la cual unía una serie de medidas específicas a las ya contempladas en el plan de mejora de las urgencias, iniciado en junio del año pasado, de cuyo contenido se nos daba cuenta.

Esta alusión nos permitió, tras analizar toda la documentación con la que contábamos, advertir en el citado plan medidas que ya aparecían recogidas en los planes funcionales de los antiguos servicios de cuidados críticos y urgencias, junto a otras que podíamos considerar novedosas.

El referido plan de mejora ha implicado al parecer la evaluación particularizada de los servicios de urgencia de todos los hospitales y el establecimiento de un programa singularizado de medidas a adoptar por cada uno de ellos en función de las necesidades detectadas.

Ahora bien, también se nos decía que dicho plan acogía la mayoría de las cuestiones que se incluían en el estudio sobre **“Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud: derechos y garantías**



de los pacientes”, elaborado por el Defensor del Pueblo del Estado y los Defensores autonómicos, entre los que figura esta Institución.

De ahí que optáramos por elevar a la Administración Sanitaria Andaluza algunas de las **Recomendaciones** aludidas, bien porque no nos constara su mención en el plan de mejora, o bien porque no tuvieran una implantación definitiva.

Por nuestra parte, al recibir la respuesta singularizada a las mismas, nos encontramos que efectivamente algunas de las propuestas del estudio participado por esta Institución se encuentran previstas, pero no realizadas.

En este sentido tenemos que destacar necesariamente la evaluación de la atención extrahospitalaria urgente, la cual se asume como compromiso de la Administración en el propio plan de mejora, y que al parecer está dando sus primeros pasos con el envío de cuestionarios de autoevaluación para los dispositivos fijos y los móviles.

En segundo lugar también tenemos que situar en el ámbito de lo programable, la consideración del proceso asistencial de urgencia en la Estrategia de Seguridad, y aunque sin duda nos congratulamos de que la Administración Sanitaria comparta esta idea, los trabajos para su implantación aún se encuentran poco avanzados, y junto a la elaboración de protocolos consensuados para el ingreso hospitalario, insistimos en la necesidad de reevaluar los protocolos y las guías de práctica clínica que se vienen aplicando en la atención hospitalaria de urgencias.

Por lo que hace a la adaptación de la estructura de los servicios de urgencia hospitalarios a los estándares arquitectónicos y funcionales con mayor nivel de consenso, se asegura que se ha efectuado una comparación de aquellos con los estándares recogidos en el Manual de acreditación de SEMES, y que en los escasos supuestos en que se han advertido desajustes, se han ordenado modificaciones, a llevar a cabo en la medida en que exista disponibilidad presupuestaria.

La garantía de la suficiencia en la dotación de las plantillas constituye sin lugar a dudas uno de los aspectos más discutidos, pues la Administración Sanitaria realiza el cálculo de recursos tomando en cuenta los médicos adjuntos y los residentes a partir del segundo año, mientras que los estándares aludidos (SEMES) sin embargo no permiten que el cómputo de los mismos se realice indistintamente, pues el MIR a partir del segundo año debe contabilizarse como medio adjunto.

En cuanto a la realización de auditorías de estructura y funcionamiento enfocadas a la salvaguarda de la autonomía de la voluntad, la dignidad e intimidad de los pacientes, se alude a las evaluaciones mensuales en el seno del plan de urgencias, y en la medida en que estas se encaminan a garantizar una atención adecuada al paciente, se consideran englobados estos aspectos, pero no se explica si en dichas evaluaciones existen indicadores específicos para los mismos

Por lo que hace a la agilización de la salida de los pacientes de los servicios de urgencia una vez finalizada su atención, se trata quizás de uno de los problemas cuya resolución aparece más directamente vinculada al funcionamiento de las medidas adoptadas a raíz del plan de mejora, y por lo tanto su satisfacción se encuentra estrechamente relacionada con los resultados que ofrezcan estas últimas (consenso de criterios de ingreso por especialidades, altas tempranas, tiempo límite para el traslado tras el alta,...)

Las Recomendaciones 6, 7 y 8 iban dirigidas a permitir la identificación de determinados grupos de pacientes al objeto de aplicarles medidas específicas.

Respecto de los afectados por patologías crónicas se trata de evitarles desplazamientos inútiles a los servicios de urgencia hospitalarios reconduciendo su atención a otros dispositivos más adecuados. En este sentido parece que cobra virtualidad la funcionalidad del nuevo CMBD de urgencias, por lo que habrá que estar a la explotación que se haga del mismo.

Por otro lado las propuestas pretendían garantizar el acompañamiento y la priorización de la asistencia a determinados colectivos (menores, mayores con déficit cognitivo, enfermos mentales, ...), así como manifestar



la preocupación por las personas en riesgo de exclusión social, para las que reclamamos atención a sus problemas de salud y continuidad asistencial.

En relación con el procedimiento de **atención a pacientes en situación de exclusión social**, de cuyo nuevo protocolo de atención en los servicios de urgencia hospitalarios ya dimos cuenta en el Informe del año pasado, hemos iniciado de oficio la **queja 15/4983**, mediante la cual hemos recabado información para comprobar los resultados de su anunciada evaluación.

En otro orden de cosas, y en relación con las medidas para promover la acreditación de los servicios de urgencia hospitalarios, se prevé la publicación de un manual específico para ello por parte de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, y una posible evaluación externa para completar la de dicho organismo

Por último en lo referente a las reclamaciones, se nos dice que ya se están teniendo en cuenta en la evaluación del plan de mejora, y que se tiene mucho interés en el análisis de las mismas para la mejora del servicio, aunque a nuestro modo de ver este propósito no se ajusta en muchas ocasiones al tratamiento que en la actualidad se está dando a las reclamaciones de los usuarios, cuya respuesta viene presidida habitualmente por la demora, y su contenido escasamente explicativo de su objeto, y menos aún de las medidas que pudieran adoptarse para subsanar la deficiencia puesta así de manifiesto.

1.10.2.5 Tiempos de respuesta asistencial

Los tiempos de respuesta que presiden las distintas actuaciones sanitarias constituyen uno de los indicadores fundamentales del funcionamiento de un sistema sanitario, y desde luego uno de los argumentos más reiterados en la crítica de los usuarios.

En este sentido, determinadas intervenciones quirúrgicas, primeras consultas de especialidades, y procedimientos diagnósticos tienen señalados plazos máximos de realización en la normativa vigente, y aunque sin lugar a dudas hay que reconocer su incidencia en el cómputo total del tiempo que abarca el proceso asistencial, a menudo nos encontramos con obstáculos previos al diagnóstico, o dificultades inherentes al tratamiento, que afectan a la percepción global de aquel.

Por ejemplo para investigar la repercusión que en el cumplimiento del **plazo de garantía de primeras consultas de especialidades** ha producido el cierre de agendas durante el verano en el Complejo hospitalario universitario de Huelva, hemos iniciado de oficio la **queja 15/3646**.

El informe que nos ha remitido el centro explica que los médicos de familia solo pueden citar directamente un tramo de las agendas de cada especialidad para primera consulta, y que por la problemática organizativa que conlleva el verano, con las consabidas vacaciones del personal, unido a la gran variabilidad de las consultas, el tramo de citación directa al que antes nos referíamos no se encuentra abierto, lo que no impide que la solicitud se registre y la citación se produzca desde el hospital, conforme se va abriendo la agenda de la especialidad.

Ahora bien este modus operandi nos genera dudas sobre la forma en que se produce en estos casos la inscripción en el registro, por lo que hemos dirigido al centro hospitalario una nueva petición de informe para saber quién realiza entonces la inscripción, cuándo se lleva a cabo, y cómo se asegura que la fecha de inscripción en el registro coincide con la de la solicitud de cita por el médico de atención primaria.

En la queja 14/0919 son las derivaciones sucesivas de un paciente para ser intervenido en otros centros por no incluirse el procedimiento concreto (artroscopia de cadera) en la cartera de servicios de su hospital de referencia, y las denegaciones encadenadas de aquellos, las que provocaron un largo peregrinaje que rebasó con creces el plazo de garantía asistencial establecido, y nos llevó a formular a la Administración Sanitaria Recordatorio de Deberes Legales por este motivo, y sendas Recomendaciones.

En virtud del informe de respuesta, se insiste en indicar la naturaleza excepcional de las peculiaridades del proceso asistencial del interesado, al tiempo que manifiestan la innecesariedad de modificar las actuales



directrices en relación con las derivaciones interhospitalarias, pues por un lado esgrimen que el rechazo de una derivación solo puede obedecer a causas muy estrictas, mientras que en lo referido a la inscripción en lista de espera, ratifican que la misma se lleve a cabo cuando el último hospital al que se derive el paciente acepte la propuesta.

En nuestra opinión y a diferencia de lo señalado, las razones para no aceptar la derivación del paciente en este caso no pueden ajustarse a los criterios aludidos, y el mecanismo previsto para la inscripción en el registro de demanda quirúrgica, cuando existen múltiples derivaciones, no asegura el cumplimiento de la garantía del plazo de respuesta, pues desplaza el inicio del cómputo de la misma todo el tiempo que se haya invertido en dichos trámites, por lo que a tenor de lo referido no podemos considerar que por parte de la Administración se hayan aceptado los términos de nuestra [Resolución](#).

Más allá de la garantía de plazo, el ejercicio de 2015 no representa nada nuevo en este campo, puesto que hemos computado múltiples quejas por demora en citas de especialistas, habitualmente para recogida de resultados de determinadas pruebas diagnósticas, también para consulta en unidades específicas dentro de una unidad de gestión clínica (rodilla, pie, retina, ...), o bien para ser revisados o seguidos de sus patologías o tratamientos, apartándose en estos casos de los plazos directores establecidos.

Con carácter general esta Institución se ha pronunciado reiteradamente en cuanto a que la falta de cobertura de la garantía asistencial no puede equivaler a ausencia de plazo para llevar a cabo estas actuaciones, pues en todo caso las mismas deben practicarse en un plazo razonable para garantizar el derecho a la protección de la salud. En estos términos nos expresamos en las resoluciones recaídas en la [queja 14/3497](#), la [queja 14/4790](#) y la [queja 15/0410](#).

Por lo demás en el expediente que iniciamos de oficio para analizar los [tiempos de respuesta asistencial en intervenciones no sometidas a plazo de garantía](#) (queja 14/3235), ya dimos cuenta en el informe del año pasado de la explicación administrativa que habíamos recibido.

En la actualidad, tras la valoración de aquel, y reconociendo la apuesta decidida de la Administración Sanitaria por la disminución de los tiempos de espera quirúrgica en las intervenciones más relevantes, así como su necesaria priorización, junto a las que se correspondan con procesos urgentes; pensamos sin embargo que esta opción no puede hacerse valer en detrimento del resto de intervenciones que no gozan de dicho beneficio, que si bien resulta lógico que se practiquen en un plazo superior al de las operaciones garantizadas, lo que ya no lo es tanto es que dichos plazos difieran de una manera tan marcada.

A la vista de los datos que se recogen en el cuadro reflejado en el informe, de los 25 procedimientos quirúrgicos mencionados, solamente cinco tienen asignados tiempos medios inferiores al término de lo que hemos considerado como razonable (180 días), elevándose el plazo medio que marca la práctica del conjunto de las intervenciones relacionadas en el mismo (284 días) más de 100 días respecto del plazo de referencia.

Por otro lado en relación con las intervenciones no cubiertas por la garantía de plazo máximo, el tiempo medio de respuesta se eleva exponencialmente en los últimos ejercicios, en concreto, 62 días entre 2012 y 2014 (25 días el primer año, y 37 días el segundo).

En este orden de cosas, y por muy benignas que puedan estimarse las patologías comprendidas en este grupo (lo cual en algunos casos resulta más que discutible), hay procedimientos quirúrgicos que precisan uno, dos, e incluso casi tres años para ser llevados a cabo, en clara vulneración del derecho a la asistencia sanitaria reconocido en el art. 43 de nuestra Constitución.

Esta constatación nos ha llevado a emitir en este expediente una [Resolución](#) que contiene Recordatorio de deberes legales y diversas Recomendaciones, a las que recientemente se ha dado respuesta, pendiente aún de valorar su ajuste a los términos de aquella.



1.10.2.6 Praxis Médica

Las **quejas por mala praxis asistencial** constituyen un componente habitual de nuestra dación de cuentas anual. Como ya hemos explicado, las posibilidades de actuación de la Institución en estos casos aparecen limitadas por la falta de medios para comprobar el ajuste a la *lex artis* (*conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los enfermos en el momento presente*), lo cual nos obliga a explicar con claridad a los reclamantes los términos en los que se produce la admisión de sus quejas a trámite, que no dilucidan este aspecto, sino otros conexos y circunstanciales que pongan de manifiesto déficits funcionales o de procedimiento.

En todo caso, la comparación con protocolos asistenciales o guías de práctica clínica, cuando podemos contar con ellos, sí nos ha permitido a veces advertir el incumplimiento de los mismos, y ante la duda generada por esta situación, constanding un daño o perjuicio para el afectado, reclamar de la Administración Sanitaria la incoación de oficio del procedimiento en cuyo seno se puede analizar con detalle, si existe responsabilidad patrimonial de la Administración Sanitaria.

En este sentido procedimos en el ejercicio que comentamos con la queja 14/0623, tras manifestar la interesada que había acudido reiteradamente a urgencias con episodios de cólicos biliares de repetición, de los que informó a su médico de atención primaria, sin que en ningún momento le hubieran realizado indicación quirúrgica, de manera que fue empeorando su estado hasta provocarle una pancreatitis necrohemorrágica grave que requirió ingreso en UCI y determinó la instauración de una diabetes insulínica dependiente.

Tras comprobar, por la profusa documentación presentada, que en las hojas de consulta de atención primaria constaba al menos en dos ocasiones la entrega de informes correspondientes a los episodios aludidos, y aun cuando no se puede considerar que los mismos revistieran gravedad, no se cumplimentó la actitud terapéutica que establece el proceso asistencial integrado colelitiasis/colelitis ante la presencia de cólicos típicos y litiasis comprobada ecográficamente, que consistía en la remisión de la paciente a cirugía, por lo que terminamos elaborando una **Resolución** para recomendar la adopción de medidas para garantizar el cumplimiento del PAI referido, y la iniciación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, aunque a la postre en lo tocante a este aspecto ya se había anticipado la interesada.

La tramitación de los expedientes administrativos que deben conducir a una resolución sobre la existencia de responsabilidad, constituyen la otra vertiente de este asunto, pues la superación holgada del plazo que a estos efectos establece la normativa vigente viene siendo habitual, de forma que **al daño que una mala praxis asistencial ha podido provocar, se une el retraso en obtenerse la debida reparación, cuando procede.**

Ya este año comentamos la incidencia que en la demora estaba ocasionando el **retraso en la remisión de la documentación necesaria para la tramitación de los expedientes**, en algunas de las cuales (queja 15/1126 y queja 14/5961) hemos concluido elaborando **Resolución**, que incluye Recomendación para que se inste a los centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, de los que se está a la espera de recibir documentación necesaria para la tramitación de expedientes de responsabilidad patrimonial, más allá del plazo de un mes previsto en la Resolución 39/2010, de 27 de enero, a revisar todos los requerimientos pendientes en esta materia, y dar cumplimiento a los mismos a la mayor brevedad.

1.10.2.7 Derechos de los usuarios

La ley 2/1998, de 15 de junio de salud de Andalucía, establece la relación de derechos de los ciudadanos con respecto a los servicios sanitarios públicos. Algunos de ellos han visto reforzada su posición tras ser igualmente recogidos en el Estatuto de Autonomía de Andalucía, y otros han sido objeto de regulaciones específicas.

Ahora bien, como punto de partida del reconocimiento y disfrute de los mismos figura el **respeto de la personalidad, la dignidad humana y la intimidad**, aspectos que entroncan con la proclama de humanización de la asistencia que como demanda transversal venimos reclamando desde hace mucho tiempo.



El año pasado ya hacíamos referencia a la dificultad que para esta Institución entraña investigar las denuncias sobre menoscabo de dicha dignidad, cuando aquel se vincula a trato vejatorio, humillante o descortés, el cual generalmente se produce en el marco de las relaciones interpersonales entre los profesionales y los usuarios. Con independencia de recordatorios generales para la salvaguarda del respeto que se debe a los ciudadanos, pensamos que este tipo de reclamación no debería saldarse con una afirmación igualmente genérica sobre la profesionalidad y bondad de dichos profesionales en su actuar cotidiano, sino que debería provocar al menos el inicio de una indagación reservada donde pudiera tomarse declaración a los implicados, confrontar las mismas, y aplicar los medios de prueba de los que la organización sanitaria pudiera valerse para esclarecer lo ocurrido, concluyendo en su caso con las explicaciones oportunas.

En este sentido nos manifestamos en la queja 15/2335, cuya promotora nos dio cuenta del maltrato que a su modo de ver había padecido en su condición de usuaria y de enferma mental, el cual se tradujo en un lío burocrático que dilató un trámite que necesitaba con urgencia, pues la audiometría y el informe por los que acudía a consulta de ORL le eran necesarios en el trámite de reconocimiento de su grado de discapacidad.

Desde el hospital se reconoció que a la interesada se le causaron molestias, e implícitamente que el trato que recibió no resultó adecuado, en la medida en que le solicitaron disculpas por ello, pero por nuestra parte echamos de menos la investigación detallada de lo sucedido a la que antes nos referíamos, y sobre todo la adopción de medidas que evitaran reiteración de comportamientos similares en el futuro.

Ahora bien las manifestaciones verbales o de comportamiento que evidencian el trato dispensado a los usuarios no son la única vía para atentar contra la dignidad, sino que la vulneración de este valor puede tener otras muchas causas. Así en la queja 14/4578 venía motivada por cuestiones relacionadas con el estado de las instalaciones y el funcionamiento del hospital: limpieza, enseres, falta de material, seguridad, recursos humanos, y a su juicio, mala gestión de las camas, que hacía que los enfermos pasaran horas en los pasillos sin apenas asistencia, intimidad e higiene.

En este punto nos reiteramos en nuestra reivindicación de que el **principio de humanización** impregne la actividad asistencial, y aunque reconocemos que el establecimiento de protocolos como los reflejados en los informes administrativos (reparación de mobiliario, sustitución de cortinas, limpieza, climatización), puede propiciar la aplicación práctica de aquel, su sola existencia, por mucho que contemplan medidas de reparación de las deficiencias observadas, no lo garantiza.

En definitiva concluimos dirigiendo al hospital implicado **Recomendaciones** para que adoptara las medidas organizativas necesarias para garantizar un nivel de atención personal e individualizado que asegure el respeto de los valores de la dignidad y de la libre personalidad, así como para que se realizaran las comprobaciones oportunas sobre las denuncias relacionadas con dichos principios, y se evaluaran los protocolos vigentes para hacerlos efectivos, en orden a acreditar el adecuado funcionamiento de los mismos, y por lo tanto la oportuna detección y corrección de deficiencias.

También son comunes las invocaciones relacionadas con **la intimidad, la información, el consentimiento informado, el acceso a la historia clínica o la libre elección de médico**.

Así la interesada en la queja 15/776 entendía vulnerada la primera tras detectar el conocimiento generalizado que en el centro sanitario en el que trabaja tenían sobre determinados aspectos de su estado de salud, lo cual consideraba consecuencia de una consulta indebida de sus datos en las aplicaciones informáticas correspondientes.

Por su parte el promotor de la queja 15/3925 denunciaba la falta de información y solicitud de consentimiento para actuaciones relacionadas con su hija, afectada de síndrome de Down, respecto de la cual ostenta la patria potestad rehabilitada, tras la declaración de incapacidad de aquella.

Después de la resolución reflejada en el Informe correspondiente a 2014 para reivindicar el derecho a la libre elección de psiquiatra, incluso fuera de la unidad de salud mental comunitaria de referencia, la cual terminó siendo aceptada por la Administración Sanitaria con muchas reticencias; este año nos encontramos en la queja 15/4809 con un supuesto similar, pues el interesado pretende cambiar de especialista y de unidad, y aunque realizó el trámite formal hace ya bastantes meses, se han limitado a indicarle que su solicitud precisa de tramitación y que para la misma no existe plazo.



El acceso al contenido de la historia clínica también es motivo habitual de comparecencia ante esta Institución. En concreto en la [queja 15/3579](#) se discute si el contenido de este derecho alcanza la obtención de [copias de las pruebas de imagen](#), pues al interesado en la misma se le facilitaron únicamente los informes correspondientes a las practicadas a su madre, con la excusa genérica de lo establecido en la Ley 41/20002, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En opinión de esta Institución el derecho de acceso a la historia clínica se manifiesta en aquella con un carácter completo, pues se refiere a la documentación que integra la misma, y a la obtención de copia de los datos que figuren en ella, registrándose únicamente dos limitaciones, a saber, la que marca el derecho a la confidencialidad de los datos de terceras personas que se hayan recogido en interés terapéutico del paciente, y la reserva que puedan ejercitar los profesionales de las anotaciones subjetivas reflejadas en aquella.

No resultando de aplicación ninguna de esas limitaciones en el supuesto que examinamos, contamos con pronunciamientos jurisdiccionales que incluyen expresamente a las placas o imágenes de radiografías, TAC, u otras pruebas diagnósticas, como parte de la historia clínica del paciente, además de constarnos que el objeto de la petición del interesado deviene absolutamente pacífico en otros centros integrantes del SSPA, los cuales proporcionan sin más copias de las imágenes, que a mayor abundamiento se encuentran totalmente digitalizadas, lo que sin duda facilita su copia y entrega a través de soportes de dicha naturaleza (CD o DVD).

1.10.2.8 Farmacia

En el Informe Anual del 2014 apuntamos la [problemática suscitada por el acceso de las personas afectadas por hepatitis C a los fármacos innovadores](#). Dimos cuenta del proceso para la autorización de estos medicamentos, y su incorporación a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, y detectamos a finales de 2014 un desconcierto importante en profesionales y pacientes, que originó quejas ante esta Institución.

Algunos afectados nos trasladaron su preocupación por que los especialistas que los trataban no se habían atrevido a prescribirles las nuevas terapias, a pesar de considerarlo adecuado; otros, aun contando con la prescripción, no habían obtenido la prestación en el servicio de farmacia del hospital correspondiente.

Decidimos por ello iniciar de oficio la [queja 14/5665](#), cuya tramitación se ha dilatado a lo largo de 2015, paralelamente a las novedades que se han ido registrando en este asunto, fundamentalmente por lo que hace a los sucesivos cambios en las estrategias de tratamiento.

El contenido del informe de la Administración Sanitaria, que data de enero de 2015, resulta ilustrativo de una parte del devenir que hemos manifestado, y alude sucesivamente a la *“Estrategia terapéutica recomendada para el uso de inhibidores de la proteasa para el tratamiento de la hepatitis C crónica en pacientes monoinfectados en el ámbito del SNS”*, que fue revisada en 2014 tras la actualización de los informes de posicionamiento terapéutico de boceprevir y telaprevir, y supuso la inclusión dentro del ámbito de los pacientes a tratar de los que tuvieran grado de fibrosis F2; mientras que la comercialización de simeprevir y sofosbuvir exigió una nueva revisión, que cristalizó en un nuevo documento de la Comisión Permanente de Farmacia del SNS a finales de ese mismo año, contemplando el procedimiento estándar para la instauración de tratamiento a los pacientes con hepatitis C.

No obstante, con posterioridad a dicho informe se decidió acometer un Plan Nacional de Hepatitis C en el ámbito del SNS, que no vio la luz hasta marzo, en el cual los criterios de ordenación de fármacos volvieron a revisarse.

Las quejas individuales promovidas ante esta Institución por pacientes que reclamaban tratamiento datan todas de este período, y por ello no es extraño que reflejen confusión en el comportamiento de los profesionales y los centros, aunque es preciso reconocer que las respuestas concretas en cada caso recibidas han puesto de manifiesto un paulatino encauzamiento de la situación, de manera que los que las impulsaron han accedido



a los tratamientos previstos y, en adelante, este tipo de reivindicaciones no se nos ha vuelto a presentar, por lo que habrá que entender que la problemática inicial se ha ido diluyendo, y la atención de estos pacientes se ha normalizado.

En todo caso, puestos a completar la información recibida, así como a trasladar a la Administración Sanitaria las inquietudes de las asociaciones de afectados con las que tuvimos ocasión de reunirnos, decidimos requerir nuevos datos al mismo organismo administrativo, resumiéndose el contenido del informe de la manera siguiente:

- Elaboración del Plan Integral de hepatitis C en Andalucía durante el primer semestre de 2016.
- Disponibilidad de un procedimiento de receta electrónica desde febrero de 2015, año para la aplicación y dispensación de medicamentos destinados a la hepatitis C, de uso obligatorio para los especialistas.
- Previsión en el futuro plan de actuaciones de prevención y un programa de criba
- Inaplicación de los tratamientos mencionados a la población pediátrica

Atendiendo a lo expuesto, y a salvo de dificultades que se proyecten sobre casos individuales, o novedades que surjan en la materia, hemos decidido concluir nuestras actuaciones, considerando que el asunto se encuentra en vías de solución.

El conflicto relacionado con la **dispensación de fármacos innovadores** sin embargo tiene cada año múltiples manifestaciones. Impotentes para valorar la eficacia de aquellos con criterios estrictamente técnicos, o adentrarnos en razonamientos de coste-efectividad, hemos tratado de analizar este asunto desde la perspectiva de la equidad, a la vista de la heterogeneidad demostrada en el comportamiento de los diversos centros que conforman el SSPA.

Ciertamente las exigencias que derivan del uso racional de los medicamentos obligan a múltiples controles, cuya reiteración por parte de entidades diversas hemos llegado a criticar. Pero **aún reconociendo el papel de las comisiones que para la selección de los medicamentos se constituyen en todos los hospitales, resulta desconcertante que las mismas alcancen posicionamientos diversos en cuanto a un mismo fármaco, lo que se traduce en una desigualdad** que, lejos de fundamentarse en las circunstancias particulares de los pacientes, como a veces se ha intentado desde la Administración Sanitaria, derivan directamente de la actuación de aquellas.

Por ejemplo en cuanto al fármaco Fampridina ya aludimos en el Informe 2014, a las quejas recibidas por denegación de su dispensación (quejas 14/122 y acumuladas), a pesar de que se encontraba autorizado, y existía recomendación facultativa.

En un primer momento, la Administración Sanitaria nos explicó que los servicios de farmacia de los hospitales han venido fabricando Fampridina como fórmula magistral, por expresa petición de los servicios de neurología y para atender prescripciones individualizadas, pero quiso dejar sentado que el pretendido beneficio de este fármaco es escaso y discutible, por lo que las autorizaciones de comercialización expedidas por los organismos estatal y europeo, están condicionadas a los resultados que ofrezca una investigación que debe proseguir.

Este es el motivo que también se aduce para que el medicamento no se haya incluido en las guías farmacoterapéuticas de ningún hospital, y tampoco haya existido petición para que se instruya el procedimiento centralizado por parte de la Comisión asesora para la armonización de los criterios de utilización de medicamentos de especial impacto sanitario, social, o económico, cuya actuación se había sugerido desde esta Institución.

Ahora bien, con posterioridad tuvimos conocimiento de que el tratamiento se había incluido en el protocolo de la esclerosis múltiple tras la revisión que se llevó a cabo por parte de la comisión asesora centralizada de esta enfermedad, para la atención de pacientes adultos con esclerosis múltiple y discapacidad en la marcha (puntuación EDSS entre 4 y 7), previendo la realización de una prueba cronometrada de marcha basal y otra a las dos semanas desde el inicio de aquel, de forma que su continuidad se supedita a la observación de una mejora significativa, cuantificada al menos en un incremento del 20% de la velocidad, procediendo en otro caso su suspensión.



La Administración Sanitaria señala a este respecto que la incorporación de este medicamento al protocolo centralizado, conlleva la inclusión del mismo en las guías farmacoterapéuticas de todos los hospitales del SSPA, permitiendo su uso homogéneo y armonizado, y garantizando el acceso en igualdad de condiciones a los pacientes que cumplan los requisitos fijados.

Congratulándonos con esta decisión, no podemos sino llamar la atención en cuanto al giro producido en este asunto, sin que las circunstancias aparentemente hayan cambiado, o al menos sin que se alegue ninguna modificación de las características de eficacia y seguridad que desaconsejaban esta medida, pues simplemente se alude a la actualización de los criterios consensuados para el tratamiento de la enfermedad y la necesidad de homogeneizar el acceso al mismo.

Mientras tanto los pacientes han venido padeciendo una dualidad de actitudes en el seno de una misma Administración, a saber, la de las comisiones de farmacia de los hospitales, y la de los facultativos que les hacían el seguimiento de su patología.

Puede que como señala la Administración los puntos de vista de ambos sean diferentes, pues la primera considera al paciente en el conjunto de la población, y los segundos lo hacen individualmente; pero no tiene sentido que esta dicotomía les alcance y perciban las versiones contrapuestas de ambas partes, generándoles enorme desconcierto y perjuicios asociados.

En definitiva, entendemos que la incorporación de los medicamentos recién autorizados puede desarrollarse a través de un proceso de menor o mayor duración, e incluso que la opinión en torno a los mismos pueda variar en función de nuevas circunstancias (resultados que aumenten la valoración de la eficacia, precios que mejoren la eficiencia,...), pero pensamos que el posicionamiento del hospital, en todos sus niveles, debería ser uniforme en este punto, salvaguardando lógicamente el derecho de los usuarios a la información sobre las alternativas disponibles de tratamiento, y coherente con el momento concreto en el que dicho proceso se encuentre, con indicación realista de las expectativas de eficacia de los nuevos fármacos y de las opciones de su acceso dentro de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público.

Pues bien con el fin de que *“la evaluación, selección y utilización de los medicamentos se realice conforme a unos rigurosos criterios de eficacia, seguridad y eficiencia, y muy especialmente que los mismos se apliquen de forma homogénea en todos y cada uno de los centros”*, la Administración Sanitaria ha establecido una serie de instrumentos, entre los que destaca la Comisión central para la optimización y armonización farmacoterapéutica, cuya composición y funciones, así como las de los comités vinculados, ha regulado mediante la resolución 81/15, de 13 de abril.

Dado que entre aquellas se incluyen las de establecer el método y criterios de evaluación que han de seguir las comisiones de cada hospital para la selección de los medicamentos; la posibilidad de asunción de este procedimiento directamente respecto de algunos de alto impacto sanitario o económico, de manera que sus conclusiones se incluyan en la guía de referencia con carácter obligado para todos los centros; la de exigir dictamen favorable previo para el inicio y continuación de determinados tratamientos, o para la utilización de determinados medicamentos en situaciones especiales, entre otras, **pensamos que la comisión puede configurarse en un mecanismo eficaz en la lucha contra la desigualdad.**

Por eso, y frente a las críticas que algún colectivo de pacientes nos ha trasladado en relación con dicho mecanismo (queja 15/2342), desde esta Institución, en principio, no podemos sino apoyar la línea directriz que inspira su creación, pues nuestra experiencia de actuación nos ha llevado a conocer situaciones marcadas por la diversidad en lo que se refiere al acceso a los fármacos, e incluso a veces de inequidad, pareciéndonos por tanto adecuado que la valoración de la incorporación de determinados medicamentos a las guías de farmacoterapia se produzca de manera centralizada, y que en este punto las decisiones de la comisión central obliguen a los centros.

Este posicionamiento obedece lógicamente a una perspectiva estrictamente teórica, pues por lo que hemos podido saber, la citada comisión central aún no se ha constituido, lo cual no impide que alberguemos expectativas en relación con su funcionamiento, y también que podamos evaluar el mismo e intervenir cuando



lo consideremos oportuno, si advertimos desajustes o perjuicios concretos para los pacientes que puedan verse afectados.

Por el momento, y con ocasión de la [queja 15/1700](#) que iniciamos de oficio en relación con el [uso compasivo de medicamentos](#) en el ámbito del SSPA, respecto al cual también habíamos detectado diversidad en las autorizaciones atinentes a los mismos fármacos, y propugnábamos por ello el establecimiento de criterios homogéneos de dispensación, hemos considerado la posibilidad de ver cumplida nuestra aspiración por la vía del dictamen favorable previo a la propuesta de tratamiento, que puede exigir el comité técnico para la utilización de medicamentos en situaciones especiales y de los no incluidas en la financiación del SNS.

1.10.2.9 Enfermos mentales

Nuestra [preocupación por la protección de los derechos de las personas que vienen afectadas por alguna enfermedad mental](#) continúa manifestándose con elevado nivel de interés, no ya solo por nuestra tradicional atención a la situación de este colectivo, sino también por la recepción continuada de quejas.

Los planteamientos que nos llegan son muy diversos, pero generalmente se impone el que incorpora el relato de la atención proporcionada a un paciente afectado por trastorno mental grave, respecto al cual se vienen desplegando importantes esfuerzos desde los ámbitos asistencial y familiar, que se traducen en su acceso a numerosos dispositivos, alternativas ocupacionales o laborales, e intensa actuación de seguimiento, con modificaciones de tratamiento farmacológico, que sin embargo no consiguen, al menos con un grado de continuidad suficiente, normalizar la vida de quien lo padece, lo que conduce a pedir para el enfermo su acceso a un dispositivo residencial donde puedan proporcionarle asistencia especializada y los cuidados precisos.

Tras la elaboración por parte de esta Institución de un Informe Especial sobre [“La situación de los enfermos mentales en Andalucía”](#), en el que pretendimos realizar un retrato ajustado de la atención sanitaria y social que se proporciona a los afectados y sus familias, y planteamos un conjunto de Recomendaciones; el año pasado quisimos resaltar la enriquecedora experiencia que había supuesto nuestra participación en la comisión técnica de seguimiento de la [“Guía de intervención en procesos de jurisdicción civil relativos a personas con discapacidad derivadas de distintos tipos de problemas psíquicos”](#), lo que había conducido a una actualización de la misma, incorporando propuestas de actuación fundadas en la coordinación de los recursos existentes, así como de creación de otros nuevos, entre los que figuraban estructuras residenciales más específicas para personas con Trastornos Mentales Graves, asociados con factores de complejidad, como son el deterioro cognitivo y la desorganización conductual, la presencia de conductas disruptivas graves y el consumo de sustancias.

Pues bien, junto a ello abogamos por la generalización de los equipos de atención asertiva, en los que se incluyeran personas expertas en el tratamiento de las drogodependencias, para atender en la comunidad los casos más problemáticos y complejos; así como la clarificación de las vías de acceso a los distintos recursos, que debía compaginarse con la contemplación de un procedimiento de urgencia para situaciones de grave necesidad.

[Es nuestra intención continuar promoviendo estas medidas, de manera que en el ejercicio de 2016 nos planteamos investigar la actividad de los equipos de tratamiento asertivo comunitario con los que cuenta el SSPA, y más concretamente la red de atención a la salud mental, a fin de conocer datos fiables sobre su presencia en el mapa territorial que conforman las distintas áreas de salud mental, su composición, criterios y nivel de actuación, y a ser posible, rango de resultados.](#)

Por otro lado, la suscripción del protocolo para la mejora de la coordinación y atención a las personas con discapacidad en situaciones de dificultad y apoyo de las mismas en los procesos de incapacitación, con la Consejería competente de la Junta de Andalucía, y otras entidades, de la que dimos cuenta en el Informe Anual de 2014; también nos obliga a interesarnos por su efectiva aplicación, de forma que igualmente nos planteamos cuestionar a la Administración sobre la constitución de los dispositivos previstos en los mismos, los criterios de selección de los casos, y el inicio de su actividad.



En otro orden de cosas, también decidimos retomar nuestras actuaciones en relación con las **medidas de prevención del suicidio**, desde el convencimiento de la necesidad de establecer estrategias globales que las contemplen.

Iniciamos de oficio con esta intención la **queja 15/2789**, para responder a una demanda que no solo proviene de profesionales del sector de la salud mental, sino también de la ciudadanía, pues en esta Institución hemos recibido a asociaciones de afectados que nos han trasladado diversas reivindicaciones: una extensión de la estrategia preventiva más allá del ámbito de la enfermedad mental (educativo, laboral,...), una mayor especialización de los profesionales, una actuación decidida en relación con los supervivientes, y una meditada difusión a través de campañas institucionales, similares a las que pudieran venir realizándose en otros aspectos (accidentes de tráfico, drogas, violencia de género,...).

En el curso de la tramitación de la queja 12/7112, conocimos la intención de la Administración Sanitaria de elaborar un protocolo de prevención de suicidios de manera conjunta con los servicios sociales.

Por otro lado también hemos podido saber, por el Informe de la Defensora del Pueblo del Estado correspondiente al pasado ejercicio, que la Administración sanitaria a nivel estatal trabaja en el establecimiento de una estrategia global y multisectorial de prevención del suicidio, mediante la actividad desarrollada por un grupo específico a la que están llamadas a incorporarse las aportaciones de las distintas Comunidades Autónomas, con el fin de llevar sus resultados a la nueva Estrategia de Salud Mental.

Para dar respuesta a nuestro requerimiento de información, la Administración Sanitaria nos ha enviado un informe recopilatorio de diversas iniciativas, algunas de las cuales se insertan en el denominado proyecto Euregenas, mientras que otras se vinculan a la estrategia de salud mental del SNS, o a la elaboración del III Plan integral de salud mental de Andalucía.

Así el primero prevé medidas preventivas en el ámbito de la educación, con el desarrollo de un documento sobre "Prevención de la conducta suicida e intervenciones tras el suicidio. Recomendaciones para el ámbito educativo", la cuales se están pilotando en un instituto de educación secundaria, al tiempo que se prevé para este curso escolar, la introducción de una línea de educación socio-emocional ("Creciendo en salud" y "Forma joven en el ámbito educativo" para las etapas de educación infantil y primaria por una lado, y secundaria por el otro) dentro de los programas de promoción de la salud en el ámbito educativo.

También contempla el proyecto aludido la formación de profesionales, para llevar a cabo en cascada desde las unidades de gestión clínica de salud mental, a las unidades de salud mental comunitarias, y a los centros de salud de sus áreas de referencia; así como la incorporación a la historia clínica digital en el ámbito de la atención hospitalaria, de un guión para la exploración del riesgo de suicidio, y la implementación de un programa de prevención del suicidio en todas las UGC de salud mental como objetivo recogido en el acuerdo de gestión clínica.

Ahora bien, con respecto a dos de las cuestiones más reivindicadas por los ciudadanos y asociaciones que nos han trasladado su inquietud en esta materia, la Administración reconoce que existe poca experiencia de apoyo mutuo entre personas en duelo por suicidio, y con independencia de la posibilidad de que puedan ser derivados para atención a los servicios de salud mental, se alude a alguna modalidad de colaboración en algún distrito sanitario, que incluye formación a los profesionales de los servicios sociales comunitarios, sobre la base del documento denominado "*Establecimiento y mantenimiento de grupos de apoyo para personas con duelo por suicidio: Herramientas para facilitadores*".

Por otro lado no existe planteamiento de campañas institucionales en medios de comunicación, como las que están proponiendo algunos de nuestros interlocutores, al entender que este punto reviste gran complejidad, y que los programas de educación masiva tienen una eficacia limitada, en favor de los dirigidos a grupos específicos. No obstante aluden a la elaboración de un reportaje sobre prevención del suicidio ("Apostar por la vida") para el programa Reporteros, que ha sido presentado como ejemplo de buena práctica en la conferencia final del proyecto Euregenas mencionado.

Por último se nos da cuenta de la propuesta para una **estrategia andaluza de prevención de la conducta suicida** que se ha trasladado desde el SAS y FAISEM a la Consejería de Salud, así como de la contemplación



de objetivos y líneas de actuación relacionadas con la prevención del suicidio dentro del III PISMA que en la actualidad se está elaborando.

Algunas de estas iniciativas por lo tanto permanecen aún en el marco estrictamente teórico, mientras que otras ya se están pilotando en algunos dispositivos, lo que nos lleva a desear la pronta valoración de sus resultados, a fin de que se puedan extender en el menor tiempo posible al resto del territorio.

1.10.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones

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

- [Queja 15/0066](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud y al Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz, en Jerez de la Frontera, relativa al fallecimiento de un paciente en la sala de espera del servicio de urgencias del hospital de Jerez en la noche del 5 de enero de 2015.
- [Queja 15/0102](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud y al hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, relativa al fallecimiento de una paciente en la sala de observación-sillones del servicio de urgencias del hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.
- [Queja 15/0150](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud y al hospital Virgen Macarena de Sevilla, relativa al fallecimiento de un paciente en el hospital Virgen Macarena, en cuya planta de hospitalización ingresó desde el servicio de urgencias del centro, tras permanecer en este último más de doce horas, esperando en una silla de ruedas.
- [Queja 15/0161](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, relativa a la saturación en la atención hospitalaria de urgencias.
- [Queja 15/0852](#), dirigida al hospital Puerta del Mar de Cádiz, relativa a fallecimiento de un bebé de cuatro meses tras demandas reiteradas de asistencia urgente en el hospital Puerta del Mar.
- [Queja 15/1059](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud y al hospital Juan Ramón Jiménez, de Huelva, relativa a la negativa del hospital a la solicitud realizada por los padres de un niño de once años de edad, para que pueda acceder a un medicamento (Translarna) como uso compasivo para el tratamiento de su enfermedad.
- [Queja 15/1700](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, relativa al uso compasivo de medicamentos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- [Queja 15/2594](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, relativa las técnicas de Reproducción Humana Asistida en el ámbito del SSPA.
- [Queja 15/2789](#), dirigida al Servicio Andaluz de Salud, relativa a medidas para la prevención del suicidio.
- [Queja 15/3496](#), dirigida al Complejo Hospitalario Universitario de Huelva, relativa al incumplimiento de plazo de garantía en primeras consultas de especialidades del hospital de Huelva por cierre de las agendas.
- [Queja 15/3646](#), dirigida a la Consejería de Salud, relativa a Impago de subvenciones a los CAITs de Sevilla.
- [Queja 15/4983](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, relativa a la evaluación del procedimiento de atención en los servicios de urgencia hospitalarios de las personas en situación de riesgo social.



- [Queja 15/5229](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, relativa a la vacuna contra la tosferina para la embarazadas.
- [Queja 15/5234](#), dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, relativa a material de apoyo para cuidados de pacientes en el domicilio.
- [Queja 15/5474](#), dirigida a la Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería, hospital Puerta del Mar de Cádiz, hospital Regional Reina Sofía de Córdoba, hospital Virgen de las Nieves de Granada, hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, Complejo hospitalario Ciudad de Jaén, hospital Carlos Haya de Málaga, hospital Virgen del Rocío de Sevilla, relativa al establecimiento de un sistema de reclamaciones y sugerencias en la gestión de los servicios públicos, y en concreto de los servicios sanitarios, por ser una herramienta básica de garantía de calidad de tales servicios.

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 al ajuste a derecho de la exigencia de limitación funcional para legitimar la práctica de dermolipectomía en pacientes que han sido intervenidos de obesidad mórbida, y en su caso, se concreten los requisitos que determinarían su existencia, en la prevista revisión de los criterios de inclusión/exclusión en la oferta de servicios de la especialidad de cirugía plástica, reparadora y estética, que se contemplan en la Circular 1/2003, de 11 de julio, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, en el curso de la [queja 13/3089](#).
- Resolución relativa al espera de nueve horas tras el alta para trasladar a paciente de 84 años a su casa, dirigida al hospital Virgen Macarena, de Sevilla, en el curso de la [queja 13/6740](#).
- Resolución relativa a propuesta de realización de un estudio sobre la plantilla de matronas en el ámbito de la atención primaria de la salud de nuestra Comunidad Autónoma, mediando la aplicación de los criterios que se consideren más idóneos para garantizar la eficiencia de este recurso, rentabilizando el valor añadido que dicha profesional incorpora, y se planifiquen las actuaciones futuras en torno al mapa de recursos que resulte del mismo, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, en el curso de la [queja 13/6808](#).
- Resolución relativa al establecimiento de mecanismos directos de derivación entre hospitales por razón de la cartera de servicios, y especificación de las causas por las que un determinado centro pueda oponerse a aquella en un caso concreto, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Servicio Andaluz de Salud, en el curso de la [queja 14/0919](#).
- Resolución relativa a la propuesta para que se adopten las medidas organizativas oportunas para que se respete el plazo máximo previsto normativamente para la práctica de las intervenciones quirúrgicas, y que en los casos en los que se supere el plazo máximo establecido sin que la intervención quirúrgica se haya realizado, y siempre que no hayan concurrido circunstancias que determinen la suspensión del mismo o la pérdida de la garantía, se comunique a los ciudadanos la posibilidad de acudir a un centro privado para someterse a la intervención que precisa, dirigida al hospital Virgen de las Nieves, de Granada en el curso de la [queja 14/1116](#).
- Resolución relativa a la solicitud de paralización de la aplicación del criterio exclusión para la prestación sanitaria de reproducción asistida, que consiste en la esterilización voluntaria previa, así como de otros requisitos limitativos que se recogen en la Guía de Reproducción Humana Asistida del SSPA, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud, en el curso de la [queja 14/1414](#).
- Resolución relativa a propuesta para que se adopten las medidas organizativas oportunas para que se respete el plazo máximo previsto normativamente para la práctica de las intervenciones quirúrgicas, así



como que, en los casos en los que se supere el plazo máximo establecido sin que la intervención quirúrgica se haya realizado, y siempre que no hayan concurrido circunstancias que determinen la suspensión del mismo o la pérdida de la garantía, se comunique a los ciudadanos la posibilidad de acudir a un centro privado para someterse a la intervención que precisan, dirigida al hospital Virgen Macarena, de Sevilla, en el curso de la queja 14/3305. (Finalmente, se recibe un nuevo informe del hospital aceptando la Resolución).

- Resolución relativa a solicitud a la Comisión de Genética y Reproducción de valoración de la modalidad de tratamiento propuesta por la interesada, y en su caso, se acceda a dispensarle un segundo ciclo de fecundación in vitro con Diagnóstico Genético Preimplantatorio, dirigida al Hospital Virgen del Rocío, en el curso de la [queja 14/3948](#).

- Resolución relativa a que en las demandas de atención sanitaria urgente gestionadas por el CCUE, en las que la disnea aparezca como síntoma principal para la clasificación del nivel de prioridad, a la vista de las dificultades que conlleva la valoración telefónica, y la diversa gravedad de los padecimientos que pueden causarla; se profundice en el interrogatorio de preguntas para investigar su origen, y en caso de duda sobre dos niveles, se propicie la asignación del superior, a fin de asegurar la idoneidad de la asistencia, dirigida a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias en Sevilla, en el curso de la [queja 15/0281](#).



ESTE TEMA EN OTRAS MATERIAS

1.3 DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES

1.3.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.3.2.2.7 Actuaciones en materia de salud

Destacamos, por su relevancia, el problema detectado en una queja, referente a la asistencia sanitaria que recibe un menor de edad discapacitado (queja 14/5053).

La protección de los derechos de uno y otro colectivo, y específicamente aquellos que se proyectan en el ámbito de la salud, tiene una especial consideración normativa, tanto en el marco jurídico internacional, como en el ordenamiento interno.

Podríamos así citar por un lado las previsiones que se contienen en la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos del niño, y la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y atención al menor de Andalucía; mientras que por otro lado la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, el Texto refundido de la Ley general de derechos de personas con discapacidad y su inclusión social (Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre), y la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad de Andalucía, también alumbran la necesidad de una atención específica desde las Administraciones Públicas en el ámbito sanitario.

En definitiva el paciente que estamos considerando presenta una condición doblemente vulnerable, como menor y como discapacitado, y por lo tanto debería ser sujeto de las actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes que para niños y personas que padecen enfermedades invalidantes, entre otros supuestos, propugna la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

Estas consideraciones nos han llevado a dirigir al centro hospitalario del menor una doble Recomendación, que ha sido aceptada, para que se intervenga quirúrgicamente al menor a la mayor brevedad posible y se adopten medidas organizativas en relación con la atención bucodental que se proporciona en el Hospital Carlos Haya a personas discapacitadas que son remitidas por requerir anestesia o sedación, a fin de hacer realidad sus necesidades de atención preferente, de manera que se traduzcan en una reducción significativa de los tiempos de espera para las intervenciones.

1.3.2.3 Personas mayores

...

En lo que respecta a los servicios que se prestan en los centros para personas mayores, destacamos por su interés una queja en la que se plantea la limitación de **información sobre el estado de salud de una residente en un centro residencial para mayores**, pues los trabajadores del mismo han recibido la instrucción, proveniente de una hija de la persona mayor que reside en el centro, de no dar información sobre la afectada a otra hija suya que vive fuera de España.

En esta queja nos dirigimos al Fiscal Jefe Provincial de Córdoba, el cual ha dictado un Decreto en el que se informa que una hija no tiene potestad para limitar o impedir a la Dirección de un Centro que se facilite información a los demás familiares directos de un residente y ello aún en el caso de que llegara a ser nombrada tutora de la misma. Los familiares tienen derecho básico y natural a obtener información suficiente sobre su familiar residente y solo la autoridad judicial en caso de grave riesgo o perjuicio para la persona vulnerable, podría limitar o restringir este derecho. Finalmente señala que los residentes gozan de todos los derechos reconocidos en la Ley 6/1999 de Atención a las Personas Mayores en Andalucía (**queja 14/4899**).

...



Una cuestión que reviste un interés especial en lo que respecta a las personas mayores, y que afecta de forma especial a aquellas que padecen enfermedades mentales de carácter degenerativo, como el Alzheimer, es la referida a los procesos de capacidad de las personas.

A este respecto, cabe reseñar que el Alzheimer es una enfermedad que en la mayoría de los casos se desarrolla de una forma lenta y progresiva, por lo que resulta especialmente complejo determinar el momento en que la persona pierde la capacidad de autogobierno. Además, no es infrecuente que se sucedan períodos de desorientación parcial o total con periodos de relativa lucidez, lo que obliga a extremar la cautela a la hora de iniciar procesos que modifiquen la capacidad civil de la persona.

Es necesario además añadir que tras la aprobación de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad, el paradigma de la capacidad jurídica ha cambiado, pues dicha Convención conmina a los Estados para que adopten las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

Por lo tanto, lo que deben hacer los poderes públicos, como en el caso de una queja que hemos recibido (queja 15/3037), es adoptar las medidas menos restrictivas para la persona, facilitando que, en la medida de lo posible, ejerza su propia autodeterminación.

...

1.3.2.4.1 Personas sin hogar

Las personas sin hogar en Andalucía son el principal exponente de la exclusión social que como consecuencia de la crisis ha crecido dramáticamente en nuestra Comunidad Autónoma. Así, según el Informe FOESA 2014, el espacio social de la exclusión social, que suponía en torno a un 15,8% de los hogares en 2007, había aumentado casi 2 puntos en la primera etapa de la crisis, pero esa expansión se intensificaba notablemente después hasta el 21,9% de los hogares en 2013. Y si hablamos en términos de población y no de hogares, este empeoramiento se manifiesta todavía con más claridad, al ser los hogares de mayor tamaño los que más afectados se han visto, siendo los ámbitos del empleo (y su incidencia en los ingresos), de la vivienda y de la salud los que más han aportado al aumento de la fractura social.

En 2014 iniciamos de oficio, la queja 14/5644, referente a la atención que se presta a las personas sin hogar en Andalucía en la campaña de frío. Concretamente, solicitamos a todas las corporaciones locales, capitales de provincia, información acerca de su capacidad de acogida y alojamiento, equipos de calle y unidades móviles, número de demandas recibidas y personas atendidas, así como que nos trasladasen cualesquiera otras consideraciones que pudieran resultar de interés para la adecuada valoración de la queja.

Tras el análisis de la información recibida, hemos dirigido una **Resolución** a las referidas Corporaciones, así como a la Secretaría General de Servicios Sociales, que contiene una serie de Sugerencias y Recomendaciones.

Así, sugerimos mejorar la atención a las personas sin hogar, desde la óptica del reconocimiento de los derechos básicos que le son dados en el actual marco normativo, donde tenga cabida como principio el respeto a su dignidad y de atención a su situación de necesidad y vulnerabilidad, para lo que es necesario fortalecer la red de atención, contando para ello con todos los actores y entidades que trabajan con este colectivo, coordinando sus acciones y estableciendo mecanismos para la detección de necesidades y demandas.

Propugnamos también que desde la Junta de Andalucía se impulse un marco normativo que venga a especificar el nivel de competencia de las distintas Administraciones en la resolución de un problema que supera el ámbito local, por las propias características y movilidad de esta población.

En cuanto a la denominada campaña de frío, es necesario incrementar las plazas de alojamiento, la apertura de centros de baja exigencia así como el establecimiento de alertas de calle para intentar acoger a todas y cada una de las personas que se encuentren sin alojamiento y dada la existencia en muchos centros de la limitación del número de pernoctaciones, evitar la salida a la calle al menos durante este período.



Finalmente **sugerimos la reelaboración del concepto de “personas sin hogar”**, para así confeccionar Planes Adecuados que pueden satisfacer los intereses de aquellas personas potencialmente encuadrables en ese concepto que sea evaluable, paliando muchos de los problemas que tales situaciones conllevan.

Junto a estas Sugerencias, hemos dirigido a todas las corporaciones locales objeto de esta queja una serie de Recomendaciones, que no reproduciremos en su totalidad por razones de economía, pero que vienen a incidir:

- En la coordinación de los recursos y el establecimiento de un recorrido de inclusión.
- En la realización de un censo de esta población.
- En el diseño de una política de vivienda propia para atender a este colectivo de personas.
- Y, finalmente, en la promoción de equipos o unidades de intervención de calle.

En el mes de diciembre de 2015 hemos terminado de recibir las respuestas a esta Resolución. Todas las Administraciones Públicas a las que nos hemos dirigido han mostrado, en general, su conformidad con las Sugerencias y Recomendaciones del Defensor del Pueblo, expresando cada una de ellas su valoración y aportando, en algunos casos, algunas reflexiones complementarias, por lo que procederemos al archivo de la queja, sin perjuicio del seguimiento de la misma en un periodo razonable de tiempo y sin perjuicio de las actuaciones concretas que seguiremos desarrollando cuando tengamos conocimiento de casos en los que la atención a las personas sin hogar sea insuficiente.

También tenemos que hacer referencia a algunas quejas referentes a la atención que se viene prestando a este colectivo en el municipio de Sevilla.

En primer lugar, la **queja 15/4843**, incoada de oficio tras la recepción de quejas en esta Defensoría, tanto individuales como colectivas de Asociaciones y entidades ciudadanas de **ayuda y apoyo a las personas sin hogar de la ciudad de Sevilla**, en las que se denunciaba el trato otorgado a las personas sin hogar y una deficiente prestación del servicio que tiene encomendado la entidad adjudicataria del contrato de gestión del Centro Nocturno de Baja Exigencia dependiente de esa Administración Municipal.

Entre las circunstancias denunciadas se encuentran la falta de plazas para atender a todas las personas sin hogar que diariamente acuden a solicitar cobijo en el citado alojamiento; la no concesión de plaza a personas enfermas necesitadas de una cama para poder recuperarse o la falta de supervisión de los menús por un nutricionista.

Una vez incoada la queja, procedimos a realizar una inspección del Centro Nocturno de Baja Exigencia, haciendo coincidir la misma con el momento de la admisión de las personas usuarias en el centro, así como del proceso de distribución de éstas por habitaciones y servicio de cena.

En dicha actuación pudimos comprobar el buen hacer del personal asignado al Centro, que desarrolló sus cometidos con gran profesionalidad, empatía y eficiencia. No obstante, la visita nos suscitó algunos interrogantes acerca de la infraestructura del centro (principalmente la accesibilidad del mismo), la organización, los criterios de admisión, la intervención que se realiza con las personas usuarias y las normas de régimen interior, por lo que hemos continuado la investigación con una solicitud de informe al Ayuntamiento de Sevilla, de cuyo resultado daremos cuenta en el informe correspondiente al ejercicio 2016.

Otra queja que se encuentra en trámite y de la que también daremos cuenta en el próximo informe ha sido presentada por una Asociación, ante la **falta de respuesta a su petición de cesión de un espacio para atender a las personas sin hogar** que no tengan cabida en los dispositivos municipales. Igualmente, reclaman que no se ha contestado a su solicitud de información acerca de los recursos municipales destinados a las personas sin hogar, entidades con las que tiene establecido concierto y el presupuesto destinado a asistencia social (queja 15/4834).

Otras dos quejas se han incoado de oficio ante el lamentable fallecimiento de sendas personas sin hogar en las calles de Sevilla. En la primera de ellas (**queja 14/5991**), se da la circunstancia de que el fallecido no



había tenido contacto, en ningún momento, con los servicios sociales municipales, por lo que en dichos servicios se desconocía la grave situación del mismo.

Más compleja es la segunda de las quejas (queja 14/4161), aún en proceso de investigación. Consideran que desde el comienzo de la crisis económica en el año 2007, se ha triplicado el número de personas que pernoctan en la calle en Sevilla, resultando que este incremento ha desbordado la capacidad de respuesta institucional de los Servicios Sociales para atender a este colectivo desde una perspectiva integral para la recuperación de su nivel de vida.

En concreto expresan que el Centro de Orientación e Información Social (COIS) no ha aumentado el número de profesionales para la atención y seguimiento de los usuarios, atendiendo en la actualidad a unas 36 personas semanales para una demanda que supera las 20 personas diarias y critican la externalización de la Unidad Móvil pues supone una merma de la calidad del servicio que se presta a la ciudadanía.

Por otro lado, señalan la concentración de todos los recursos de atención a las personas sin hogar en una misma zona de la ciudad, lo cual entienden que no es adecuado y destacan la existencia de una importante lista de espera para el CAM, así como que el Centro de Baja Exigencia "Virgen de los Reyes" de reciente creación tiene una capacidad para 40 personas y deja sin poder dar cobertura a 30-40 personas diariamente, indicando además que este centro estaba concebido como recurso de apoyo y no de sustitución del eliminado Centro de Baja Exigencia "Juan Carlos I" que tenía 20 plazas de acogida en horario de 17h a 8h.

Como se ha señalado, esta queja se encuentra aún en tramitación, encontrándonos al cierre de esta memoria a la espera del segundo informe solicitado al Ayuntamiento de Sevilla. No obstante, sin perjuicio de la respuesta que recibamos, cabe señalar la inexistencia de un censo o al menos una valoración del número de personas sin hogar que pernocta en la calle, lo cual nos resulta imprescindible para la planificación de la política de atención a este colectivo. Sobre este particular, aunque no ha sido en respuesta a esta queja sino en respuesta a la Recomendación remitida en la queja 14/4661, el Ayuntamiento de Sevilla nos ha comunicado su intención de realizar un **censo de personas sin hogar**.

Aludimos finalmente a otra queja de oficio (**queja 15/4151**), iniciada tras tener conocimiento de la situación vivida por una persona sin hogar, que al parecer no solo sufrió una brutal agresión mientras pernoctaba en el porche de un cajero automático de una entidad bancaria, sino que además pudo haber recibido una atención médica inadecuada en el servicio de urgencias del Hospital Virgen Macarena de Sevilla y tampoco consiguió, una vez dado de alta en el hospital, una plaza en un centro de atención social en el municipio de Sevilla.

Esta actuación podría haber conculcado el derecho de acceso en condiciones de igualdad a las prestaciones de los sistemas públicos de salud y de servicios sociales y a la atención social a las personas que sufren marginación, pobreza o exclusión y discriminación social, por lo que se inició la referida actuación de oficio. Esta queja se encuentra en trámite al cierre de este informe, pendientes de recibir el informe solicitado al Hospital Virgen Macarena de Sevilla.



1.4 EDUCACIÓN

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

1.4.2.6 Equidad en la Educación

...

Destacamos también los retos a los que se enfrentan algunas familias con hijos afectados por trastornos de conducta. Y es que los chicos y chicas 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 abocarles a continuos conflictos en el colegio, tanto con el profesorado como con los compañeros, siendo objeto con mucha frecuencia de medidas disciplinarias.

El absentismo escolar, la desescolarización, o los problemas de convivencia están presentes en la vida de muchos de estos menores, en la mayoría de los casos como reflejo de su actitud de constante desafío a la autoridad y a las reglas establecidas socialmente. Por su parte, el fracaso y el retraso escolar son las consecuencias más palpables de su difícil adaptación a un entorno como el educativo que exige de constancia y disciplina.

Por lo señalado, no resulta tarea fácil para los profesionales 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**. Unos Equipos que 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.

Pero ocurre que, en alguna ocasión, los profesionales del centro no siempre tienen el convencimiento de la necesaria colaboración con los mencionados equipos especializados, obviando que dicha cooperación es fundamental para la buena marcha académica del menor, y olvidando que, en cualquier caso, no se trata de un personal externo al centro sino de equipos especializados con demarcación geográfica provincial para la atención educativa a los alumnos y alumnas con disfunciones específicas (**Resolución 15/1844**).

...

1.4.3 Análisis de las quejas admitidas a trámite: Enseñanzas universitarias

1.4.3.1 Acceso a la Universidad

...

Cuestión distinta y de muy difícil solución es la analizada en la **queja 14/2761**, iniciada de oficio por esta Institución con objeto de **buscar solución a la situación en que se encuentran algunas personas que, por sufrir una enfermedad o enfrentarse a una intervención quirúrgica de importancia, no pueden iniciar o continuar sus estudios universitarios**. El problema surge tanto por la exclusión de este supuesto en el procedimiento fijado por la Comisión de Distrito Único Universitario de Andalucía para el acceso a los estudios universitarios de Grado, como por la negativa de algunas Universidades andaluzas a admitir la solicitud de traslado de expediente desde otra Universidad española por esta causa.

Centrado nuestro análisis en el marco regulatorio de los traslados de expediente a las distintas Universidades, poníamos de manifiesto las diferencias detectadas en cuanto a los supuestos y condiciones en que se admite la solicitud de traslado. Incluso, dentro de una misma Universidad, se advertían situaciones de distinto



tratamiento atendiendo a los estudios universitarios de que se trate, dándose las mayores dificultades en los Grados de la rama de Ciencias de la Salud.

Ante esta situación de heterogeneidad en la regulación, consideramos oportuno trasladar a todas las Universidades andaluzas y a la Comisión de Distrito Único **Resolución** concretada en la siguiente **Sugerencia**: ***“Que por parte de esa Universidad se promueva la aprobación por el Consejo Andaluz de Universidades de unas pautas mínimas que permitan cierta homogeneidad en la respuesta de las Universidades andaluzas a las solicitudes de traslado de expediente académico instadas ante situaciones de enfermedad o en aquellas otras que se consideren pertinentes”.***

La respuesta a esta Resolución ha sido dispar entre las universidades interpeladas, contrastando la aceptación sin condiciones de la mayoría de ellas con las retenciones mostradas por las Universidades con un mayor volumen de alumnado, que resultan ser también las más solicitadas en estos procesos de traslado de expediente. En todo caso, cerramos provisionalmente de forma favorable el expediente al informarnos **la Comisión de Distrito Único que se iba a someter nuestra propuesta al Consejo de Universidades. Estaremos pendientes del acuerdo que se adopte.**

...

1.5 EMPLEO PÚBLICO

1.5.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.5.2.1.4 Bolsas de personal sanitario

1.5.2.1.4.1 Reconocimiento de servicios prestados en centros sanitarios concertados (estatutario)

Sin duda, las bolsas de empleo del Servicio Andaluz de Salud, en todas sus categorías de personal estatutario, sanitario y no sanitario, y las bolsas de Educación, en todos sus cuerpos y especialidades de personal docente, conforman el grueso principal del acceso al empleo público temporal de la Administración andaluza, aspecto que no solo denota su importancia en el empleo público de los colectivos más jóvenes y con mayor capacitación (médicos, enfermeros, profesores, etc.), como también en los datos estadísticos de la Encuesta de Población Activa.

Así pues, de un tiempo a esta parte, de forma reiterada se venían presentando en esta Institución quejas referidas al reiterado incumplimiento del Servicio Andaluz de Salud (SAS), en concreto la Dirección General de Profesionales, de las sentencias dictadas en relación a la no valoración de la experiencia profesional por los servicios prestados en centros sanitarios concertados a efectos de la Bolsa Única del SAS, cuestión que abordamos, entre otras muchas, en la **queja 15/3630**.

Así, los interesados nos exponían que la no consideración de estos servicios, por parte de las Comisiones de Valoración de la citada Bolsa, daba lugar a constantes alegaciones frente a los listados provisionales y recursos potestativos de reposición frente a los definitivos, viéndose impelidos a la ulterior impugnación ante los Juzgados Contencioso-Administrativos que, finalmente y con cierta reiteración, mediante sentencia vienen a reconocer tal experiencia profesional, fallo judicial que para su efectividad y en ejecución de sentencia había de ser objeto trasladarse a las Comisiones de Valoración, para la debida corrección y valoración del mérito del afectado en la citada Bolsa.

Esta singladura administrativa-judicial se ha venido reiterando en los últimos años con ocasión de los cortes de baremación que se realizan con referencia al 31 de octubre, toda vez que las Comisiones de Valoración de la Bolsa no venían tomando en consideración la experiencia profesional prestada en servicios sanitarios



concertados, sin que esta doctrina jurisprudencial a favor de los interesados tuviera del debido reflejo en la actuación de dichas Comisiones.

Este cuestionado comportamiento administrativo, más allá del grado de ejecución de los mandatos judiciales al caso, ha supuesto una actuación administrativa irregular que obligaba a los interesados a un continuo planteamiento de alegaciones, reclamaciones, recursos administrativos y contencioso-administrativos con graves perjuicios en las ofertas de contratos de trabajo y costes económicos.

Ello motivó que por parte de esta Defensoría se iniciara actuación de oficio (expediente de queja 15/3630) en el seno de la cual y a nuestro requerimiento, la Administración Sanitaria nos informaba del reciente cambio normativo en la regulación de la Bolsa Única del SAS (Resolución de 21 de junio de 2010 modificada en este apartado por la Resolución de 12 de junio de 2015) y de la correcta actuación de las Comisiones de Valoración, toda vez que el apartado "experiencia profesional" del Baremo de méritos, se circunscribe a la valoración de los periodos de servicios prestados en centros hospitalarios concertado "en la totalidad de su cartera de servicios" con la Consejería de Salud. La página web del Servicio Andaluz de Salud, recoge como centros hospitalarios concertados, a los centros que están homologados por la Consejería de Salud.

Así pues, la nueva regulación barema en este apartado lo siguiente:

«Por cada mes completo de servicios prestados, en la misma categoría, en centros hospitalarios concertados en la totalidad de su cartera de servicios con la Consejería competente en materia de Salud, o adscritos al Sistema Sanitario Público de Andalucía en virtud de un convenio singular de vinculación: 0,10 puntos.»

A la vista de lo anteriormente expuesto, esta Institución procedió al cierre y archivo del expediente de queja citado, toda vez que tras la modificación de la normativa reguladora de la Bolsa del SAS, la actuación de las Comisiones de Valoración se adecuan, a partir de la misma, al marco jurídico de referencia.

1.5.2.1.4.2 Criterios y procedimiento de certificación de la experiencia en bolsa (funcionario)

En cuanto a las bolsas de personal funcionario sanitario (Farmacia y Veterinaria), por la representación de una Asociación de Farmacéuticos se discrepaba sobre los requisitos para el acceso a la bolsa de empleo temporal del Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones Sanitarias de la Junta de Andalucía, especialidades de Farmacia y Veterinaria, por entender que se incumplía el punto 1.5 de la Base reguladora Tercera de la Resolución de 30 de octubre de 2013, toda vez que mediante instrucciones internas de dicho Centro Directivo, a seguir y cumplimentar por las Direcciones-Gerencias de las Áreas Sanitarias, se disponía que para formar parte de las bolsas específicas del citado Cuerpo Superior Facultativo de Instituciones sanitarias, se exigía a los candidatos presentar un certificado de haber prestado más de 6 meses en las áreas específicas, con un 70% de dedicación en dichas Áreas y excepcionalmente entre un 50 y un 70% (ponderado) para otros casos, contraviniendo dichas instrucciones el marco normativo de referencia, al introducir exigencias no previstas en la norma de cobertura.

Ante las consultas planteadas por distintos centros sanitarios, así como por personas aspirantes que deseaban participar en esta bolsa, mediante Instrucciones internas se ordenó el procedimiento para la certificación de servicios prestados en cada área.

Desde nuestra perspectiva, aunque la Resolución citada regula la convocatoria para la creación de una determinada bolsa de empleo público, tiene una consideración mixta de disposición de carácter general a la vez que de simple acto administrativo, circunstancia que la asimila a la figura doctrinal de los "actos administrativos generales".

A favor de este carácter dual, la referida Resolución tiene un contenido normativo que se explicita en las bases reguladoras de la bolsa así como en el baremo de méritos anexo a la misma, siendo objeto de publicación en el correspondiente Diario Oficial (BOJA de 6 de noviembre de 2013), delimitando el derecho de acceso y situación de los participantes en la citada bolsa conforme a la puntuación total obtenida.



Por otro lado, la referida Resolución ofrece un carácter de acto administrativo, por cuanto se trata de una mera convocatoria de acceso al empleo público temporal (bolsa), cuya conformación tiene, igualmente, un carácter temporal que se agota con el mero uso instrumental de la misma, que no obstante es objeto de publicación en razón de la indeterminación del colectivo destinatario de la misma.

Ciertamente, el contenido de la citada Resolución delimita el derecho de los profesionales a integrarse, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en la misma, en la citada bolsa de empleo, derecho que si bien puede ser objeto de alteración mediante norma de igual rango y publicidad, en modo puede ser objeto de restricción en virtud de instrucciones de rango inferior ni por la práctica administrativa en contrario.

La circunstancia de que la gestión de la referida bolsa obligara a cursar instrucciones a las distintas autoridades con competencias de certificación sobre distintos extremos a acreditar por parte de los solicitantes, en modo alguno puede alcanzar a restringir el derecho conformado por las Resolución de referencia.

En este sentido, el apartado 1.5 de la Base Tercera del Anexo I (“Bases reguladoras de la convocatoria”), viene a establecer que la inscripción en las áreas específicas de la bolsa debe acreditarse bien por la experiencia profesional en el área por un determinado periodo o, en su defecto, por haber recibido y superado formación teórico-práctica, igualmente, en las áreas específicas a las que optan, sometiendo dichos extremos a determinados límites temporales (mínimo de 100 horas de formación y en los últimos 4 años).

La circunstancia de que a la hora de certificar estos extremos por dicho Centro Directivo se haya cursado instrucciones a los responsables Coordinadores y a las Direcciones de las Áreas de Gestión y Distritos Sanitarios, delimitando porcentualmente la adecuación del puesto desempeñado a las tareas propias de las áreas específicas (“al menos el 70%”), del grado de dedicación a tareas específicas (“entre el 50 y el 70%”), así como la ponderación del periodo acreditado (“coeficiente corrector del 0,8”), supone de hecho la modificación (por adición) del contenido normativo de la Resolución normativa de convocatoria (publicada en el BOJA) mediante meras instrucciones internas (no publicadas en el BOJA), lo que desde nuestra perspectiva supone la vulneración del principio de jerarquía normativa y de publicidad de las disposiciones que afectan a los derechos de la ciudadanía en sus relaciones con la Administración.

Aunque esta Institución es consciente de que las instrucciones dictadas a las instancias administrativas inferiores, a la hora de certificar los extremos descritos, derivan necesariamente en orden a una correcta conformación de la bolsa, en la medida que el contenido de las instrucciones conlleve una restricción del derecho de acceso a la misma respecto de aquellos aspirantes que no superen los “mínimos” de acreditación establecidos en las instrucciones, estas necesariamente han de abordarse mediante norma o instrumento jurídico de igual rango y con idéntica publicidad oficial que la Resolución reguladora convocante de la bolsa.

Por ello, dictamos resolución en orden a la adecuación de la Resolución de 30 de octubre de 2013, por la que se convoca proceso de selección de personal temporal de dichas especialidades de Farmacia y Veterinaria, en el sentido de incorporar a la misma los criterios de acreditación del requisito de experiencia y del procedimiento para la certificación de los servicios prestados en cada área, respecto a las áreas específicas de dichas especialidades, dando a dicho instrumento de adecuación la correspondiente publicidad en el BOJA.

1.5.3 Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones

• [Queja 15/2967](#), sobre el “bloqueo” de los procesos de movilidad interna del personal de gestión y servicios del Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla.

• [Queja 15/3630](#), en relación con el incumplimiento de valorar, en las Bolsas Temporales del Servicio Andaluz de Salud, la experiencia profesional en centros sanitarios concertados.



1.6 IGUALDAD DE GÉNERO

1.6.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.6.2.2 Empleo

...

Así, en 2015 se han presentado varias quejas relacionadas con el ejercicio, y la presunta vulneración, de diversos **derechos de maternidad y paternidad** reconocidos por el actual ordenamiento jurídico, de forma indistinta a las madres o a los padres, tras el nacimiento de hijos o hijas, como son la **horas de lactancia acumuladas** (queja 15/1249) o el **permiso de cuatro semanas retribuidas** adicionales a las dieciséis semanas ininterrumpidas que se conceden en caso de permiso por parto o aborto al personal Estatutario del Servicio Andaluz de Salud (queja 15/1723 y **queja 15/1923**).

...

En la primera de las cuestiones aludidas, hemos tenido ocasión de intervenir a raíz de la discrepancia planteada por la persona interesada, en este caso un varón, con el establecimiento del criterio de discriminación positiva por razón de género introducido en las bases de diversas convocatorias de plazas de los centros sanitarios del SAS (publicadas en el BOJA de 20 de abril de 2015, nº 74) para los casos de empate en la puntuación total obtenidas por las personas aspirantes.

La controversia surge a raíz de que la convocatoria efectuada en el BOJA de 20 de abril de 2015 de diversas plazas vacantes correspondientes a especialidades y categorías de personal al servicio de Instituciones Sanitarias dependientes del SAS que, en relación a determinadas especialidades y categorías contemplaba que «en caso de empate en la puntuación total, el orden se establecerá atendiendo a la mayor puntuación obtenida en la fase de oposición; en el caso de persistir el mismo, se atenderá a la puntuación obtenida en los distintos apartados del baremo de méritos y por su orden. Si se mantiene el empate, en aquellas especialidades indicadas en el Anexo IV se atenderá a la discriminación positiva de sexo femenino. En aquellas especialidades no indicadas en el Anexo IV, o en caso de persistir el empate, se resolverá, de acuerdo con los criterios de orden alfabético que constan en el Anexo V, (...)».

Examinada la diversas convocatorias (Resoluciones de 13 y 14 de abril de 2015 -BOJA del 20 de abril-), constatamos el establecimiento de este criterio de desempate por razón de género en las siguientes:

- Acceso libre y promoción interna de determinadas especialidades de Facultativo Especialista de Área (FEA). En concreto, para Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General y Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reparadora.
- Acceso libre y promoción interna de plazas de Auxiliar Administrativo/a, celador/a-Conductor/a, Telefonista, Celador/a, Limpiador/a y Personal de Lavandería y Planchado.
- Acceso libre y promoción interna de plazas de Técnico/a Medio-Gestión de Función Administrativa, opción Administración General, Ingeniero/a Técnico/a y Trabajador/a Social.
- Acceso libre y promoción interna de plazas de Administrativo/a, Cocinero/a y Técnico/a Superior de Alojamiento.

En este marco, lo que en la queja 15/1952 se cuestionaba era que el Servicio Andaluz de Salud hubiera adoptado medidas que ofrecían ventajas concretas destinadas a facilitar al sexo menos representado el ejercicio de actividades profesionales, o a evitar o compensar desventajas en sus carreras profesionales.

Una vez que ha quedado clara la voluntad del legislador comunitario y nacional no solo de declarar compatible la acción positiva con la prohibición de discriminación, sino incluso la de incentivar la adopción de este tipo de normas y prácticas, en la discriminación positiva y transversalidad por motivo de género en el ordenamiento jurídico andaluz, el primer precedente en atender la perspectiva de género en nuestro



ordenamiento jurídico autonómico lo tenemos en la Ley 18/2003, de 29 de diciembre, por la que se aprueban medidas fiscales y administrativas, y en el Decreto 93/2004, de 9 de marzo, por el que se regula el informe de evaluación del impacto de género en los proyectos de ley y reglamentos autonómicos.

Igualmente, y tras la aprobación del Decreto 275/2010, de 27 de abril, por el que se regulan las Unidades de Igualdad de Género en la Administración de la Junta de Andalucía, es obligado incorporar dicha unidad administrativa a fin de profundizar en la transversalidad y coordinar las distintas actuaciones entre órganos de la Administración Andaluza.

El Estatuto de Autonomía para Andalucía establece, en su artículo 114, que en el procedimiento de elaboración de las leyes y disposiciones reglamentarias de la Comunidad Autónoma se tendrá en cuenta el impacto por razón de género del contenido de las mismas. De esta forma la norma institucional básica de la Comunidad establece la necesidad de atender este impacto en las principales disposiciones generales emanadas de los poderes públicos de Andalucía, atendiendo al principio de transversalidad de género, principio dirigido a integrar la perspectiva de género en todas las políticas y los programas generales de la Comunidad Autónoma.

En este sentido, la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía, establece, en su artículo 6, la obligatoriedad de que se incorpore de forma efectiva el objetivo de la igualdad por razón de género en todos los proyectos de ley, reglamentos y planes que apruebe el Consejo de Gobierno, disponiendo que, a tal fin, en el proceso de tramitación de esas disposiciones, deberá emitirse un informe de evaluación del impacto de género del contenido de las mismas.

Asimismo, el artículo 31.3 de dicha Ley dispone que las ofertas públicas de empleo de la Administración de la Junta de Andalucía deberán ir acompañadas de un informe de impacto de género.

En este contexto normativa, el Decreto 17/2012, de 7 de febrero, regula la elaboración del Informe de Evaluación del Impacto de Género, disponiendo el carácter preceptivo de este informe para todo tipo de iniciativas legislativas o reglamentarias que apruebe el Consejo de Gobierno o que dicten las personas titulares de las Consejerías.

Finalmente, en lo que al fondo del asunto planteado en la queja que relatamos, se refiere, la transversalidad de género en el empleo estatutario sanitario andaluz, el Decreto 96/2015, de 3 de marzo, por el que se aprueba la Oferta de Empleo Público para el año 2015 de los centros Sanitarios del Servicio Andaluz de salud (SAS) alude en su preámbulo que en dicha oferta «se ha tenido en cuenta el principio de transversalidad de género (...), según el cual los poderes públicos integrarán la perspectiva de igualdad de género en la elaboración, ejecución y seguimiento de las disposiciones normativas, con el objeto de eliminar los efectos discriminatorios que pudieren causar y para fomentar la igualdad entre mujeres y hombres».

Desde nuestra perspectiva, la circunstancia de que el Decreto aprobatorio de la OPE del SAS (Decreto 96/2015, de 3 de marzo) habilita a la Dirección Gerencia del SAS para acometer la regulación y publicación de las distintas convocatorias relacionadas con las especialidades y categorías incluidas en la misma, corresponde a este mismo órgano introducir este criterio de desempate así como el alcance del mismo, sin que a este efecto pueda considerarse suficiente la mera referencia en su preámbulo, al expresar que se «tiene en cuenta el principio de transversalidad de género», al no incorporarse este extremo al articulado del mismo, siquiera en orden a la remisión de su determinación y al carácter temporal de la medida.

Con fundamento en el principio de legalidad, jerarquía normativa y seguridad jurídica, esta Institución considera que la discriminación positiva de la que aquí se trata, concretada en determinadas especialidades y categoría de personal, debería haberse abordado en la norma aprobatoria de la Oferta de Empleo Público de 2015, siquiera por vía de remisión al órgano competente convocante, sin perjuicio de someter su concreción y alcance al previo conocimiento de la Mesa Sectorial correspondiente y así se lo hicimos saber al organismo competente mediante la correspondiente Resolución de esta Defensoría, consistente en **Sugerencia, según la cual, en las futuras propuestas de aprobación de Ofertas de Empleo Público se considere la conveniencia de introducir en el articulado o dispositivo del Decreto las discriminaciones positivas por sexo, así como su naturaleza y alcance, en orden a reforzar su**



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.



El Ayuntamiento de Córdoba desde el 2014 tiene un acuerdo con el Colegio de Psicología de Andalucía Occidental, para llevar a cabo de manera inmediata y de carácter gratuito, la atención psicológica, para las mujeres maltratadas, que serán atendidas por psicólogos en la propia comisaría en menos de dos horas desde que presenten denuncia, así como también el servicio “pionero en España” de la atención inmediata a familiares, en los casos de muerte de la mujer víctima por violencia de género. Dicho acuerdo tiene una duración de un año y solo se limita al ámbito de la localidad.

En estos “Primeros auxilios psicológicos” en una situación extraordinaria desestabilizadora del medio físico, psicológico, social, económico y ambiental del individuo o/y de la familia y que para superarla se carecen de recursos propios suficientes o adecuados; se hace necesario el protocolizar la actuación y prestación de ayuda del psicólogo, estableciéndose distintos niveles de intervención; teniendo como objetivo el facilitar el proceso por el que se esta pasando y poder ayudar a la elaboración del duelo. El poder expresar en confianza el dolor es lo más necesario para la persona afectada. Una vez desarrollada la intervención en crisis, se hace necesaria la labor de enfrentamiento en la fase de post impacto, con el seguimiento y valoración de la evolución.

Concluía solicitando a esta Defensoría que pusiera fin a esta situación de desprotección y abandono de los hijos, padres y familiares en esos momentos del fuerte impacto psicológico que supone la pérdida de la madre, hija o hermana de manera inesperada y violenta; siendo muchos de los cuales testigos directos y presenciales.

Admitida la queja a tramite, nos hemos dirigido al instituto Andaluz de la Mujer sobre la posibilidad que hubiera de protocolizar a nivel regional la intervención psicológica a familiares de mujeres fallecidas a consecuencia de actos de violencia de género, en la situación de crisis, esto es, desde el mismo momento en que se produce el luctuoso hecho y llevar a cabo convenios con los Colegios Profesionales de Psicólogos para que presten la debida atención psicológica que ayude a la adecuada elaboración del duelo.

A fecha de cierre de este Informe Anual, aún no hemos recibido la respuesta del IAM.

...

1.7 JUSTICIA, PRISIONES Y EXTRANJERÍA

1.7.1 Introducción

...

El ejercicio de 2015 ha protagonizado la realización de un [Informe Especial sobre las Unidades de Custodia Hospitalarias](#). Estas UCH son dependencias que existen en los hospitales del SAS para acoger los ingresos de pacientes que provienen de centros penitenciarios. El Informe ha ampliado su perspectiva inicial, porque junto a estos recintos especiales, han surgido los problemas que se presentan para atender a estos enfermos que residen en las prisiones. [Hemos constatado severas lagunas en la asistencia sanitaria de estos enfermos](#). El principal origen de estas deficiencias es el modelo organizativo para realizar esta asistencia sanitaria. Un diseño duplicado en la asistencia sanitaria (Prisiones y el SAS) que termina provocando una ruptura en la atención integral del enfermo que deambula bajo dos sistemas sanitarios. Confiamos que este trabajo, y su tramitación parlamentaria, permita ayudar a analizar los problemas detectados y buscar las mejores soluciones entre todas las administraciones responsables.

...



1.7.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.7.2.2 Actuaciones relativas a Prisiones

...

La **asistencia sanitaria de las personas presas** es otro de los temas de especial trascendencia en los escritos que nos dirigen presos y familiares. Comenzamos el relato de estas cuestiones con la queja 15/1303, en el que la promotora del expediente nos trasladaba su preocupación por el estado de salud del padre de sus tres hijos; al parecer estaba a la espera de un trasplante de riñón que, a pesar de haberse realizado el mismo en el año 2002, estando en prisión en el 2006 lo rechazó, reiniciándose el tratamiento.

Según exponía, tenía hipertensión arterial aguda e hipotiroidismo a la espera de ser intervenido del mismo, habiendo sido intervenido varias veces para unir vena con arteria para poder practicarle la diálisis porque se le obstruyen las venas y las tiene calcificadas.

En el año 2004 lo operaron de un acceso vascular como última opción, recibiendo el alta a las doce horas con el problema de que se le infectaron los puntos que tenía en el brazo. A esto añadía que en marzo de 2015 recibió diálisis por la mañana, pero tras regresar al centro penitenciario tras varias horas lo enviaron de nuevo al Hospital, donde ingresó a la 1:00 de la madrugada. En ese transcurso al parecer le dio un infarto agudo grave por el cual tuvo que ser intervenido quirúrgicamente de urgencias.

Le practicaron una angioplastia reparándole varias arterias del corazón y colocándole 4 stents y quedando pendiente de reparar otra arteria. Después de la operación ingresó en la UCI hasta dos días después, que tras recibir diálisis lo trasladan al módulo de presos del hospital, recibiendo el alta al día siguiente, que es regresado al centro penitenciario. Ante lo expuesto, por el cuadro médico que presentaba y la necesidad de un trasplante de riñón estaban solicitando que se le aplicase el artículo 104.1, por enfermedad crónica incurable. Es decir había solicitado la clasificación en tercer grado por su gravedad para favorecer su salida de prisión.

Nos dirigimos a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y al Hospital, interesándonos en relación a su estado de salud, recibiendo informe desprendiéndose del mismo que, dado que padecía importantes patologías crónicas, se había acordado su progresión a tercer grado según dicho artículo 104 del Reglamento Penitenciario.

Por otro lado, recibimos informe del Hospital donde se nos informó de que estaba en el programa de Hemodiálisis del Centro de Diálisis. Además quedaba en lista de espera para trasplante en situación de "contraindicación actual" de forma prolongada. Se habían valorado una serie de contraindicaciones que, una vez superase esos problemas, sería necesario comprobar que mantenía una adecuada adherencia al tratamiento médico.

Y no menos delicada era la situación en la que se encontraba el titular de la queja 15/3877, que padecía diversas enfermedades, tanto psíquicas como físicas -trastorno de la afectividad, hipertensión, hepatitis crónica infecciosa, colon irritable, prostatitis, hernia de hiato- que lo acreditaban como afecto de una discapacidad del 65%. Sin embargo, no consideraba que se le estuviese proporcionando a tales enfermedades el tratamiento médico adecuado, principalmente porque las últimas revisiones hospitalarias se produjeron hacía ya varios años.

En concreto, su padecimiento de hernia de hiato se encontraba a la espera de intervención quirúrgica desde hacía tres años -afirmaba-, tiempo durante el que decía haber perdido más de 15 kilos por las limitaciones alimenticias que su padecimiento le imponía, lo que se podría solucionar con la práctica de la demorada intervención.

Su pretensión no era otra que la de tratar de conseguir que se proporcionara a sus diversas enfermedades el adecuado tratamiento médico, que se le realizaran las oportunas revisiones con más asiduidad y, en especial, que se le citase para la práctica de la intervención quirúrgica que, según aseguraba, tenía pendiente desde hacía tres años.



Atendiendo a la petición que se nos hacía, consideramos que tratándose un tema que afectaba a un derecho fundamental como es el de la salud de un interno, debíamos dar traslado a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias poniendo de manifiesto su percepción de que no se le estaba proporcionando un tratamiento médico adecuado a sus numerosas dolencias.

De la información que al respecto nos remitió el centro directivo penitenciario se desprendía que todas las enfermedades que durante su estancia en el Centro se habían ido detectando, habían sido oportunamente diagnosticadas, constandingo 18 salidas al Hospital, la última de ellas para consulta especializada de urología.

Por lo demás, nos aseguraban que estaba siendo tratado con psicofármacos y el resto de tratamientos farmacológicos adecuados para sus diversas patologías, sin que se nos realizara ninguna mención respecto de que tenía pendiente de práctica intervención quirúrgica alguna.

Por nuestra parte, y tras darle traslado de la información que precede, dimos por concluidas nuestras actuaciones, permaneciendo, no obstante, a su disposición de plantear duda algún aspecto de los tratados o para cualquier otro asunto que en un futuro nos quisiera plantear.

Y dentro de este mismo bloque podemos comentar la queja 15/5349 donde el interesado exponía que llevaba tres años interno en prisión habiendo entrado ya con muletas al tener un problema serio de cadera desde el año 2010.

Según nos trasladaba, a medida que pasaban los días se encontraba peor, viendo cada vez más reducida su movilidad y extendiéndose los dolores. Ante esto los médicos del centro le informaron que debían esperar la cita del Hospital para la cadera y el fémur.

Atendiendo a lo anterior, creímos conveniente dirigir escrito al Hospital y a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, rogándoles nos remitieran el correspondiente informe clínico en relación al estado de salud del interno, el tratamiento que se le estaba dispensando al respecto, así como las posibles gestiones llevadas a cabo en relación a sus visitas al Hospital y posible futura intervención, si la requiriese.

Según informe recibido de Instituciones Penitenciarias, el interno fue valorado en 2012 por Servicio de Traumatología, el cual lo derivó a la Unidad de Cadera, por posible artroplastia de cadera izquierda. Fue incluido en lista de espera quirúrgica para ser intervenido de dicha cadera.

Desde entonces, y en vista de la tardanza en dar fecha para la intervención, se había reclamado, telefónicamente y por escrito, en varias ocasiones al Servicio de Traumatología dicha solicitud, realizándose hasta en dos ocasiones el estudio preanestesia, pero no llegó a realizarse la intervención. Y así se le había explicado en numerosas ocasiones al interno, que la cita dependía del Hospital y que estaban haciendo todo lo posible para acelerar su fecha. Es más; se le indicó al mencionado interno, que aprovechando sus permisos de salida, fuera él, al Servicio de Atención al Usuario interesándose por su cita, pero no llegó a hacerlo nunca.

Durante todo este tiempo, había tenido periodos de mejoría, sin apenas molestias y otros con impotencia funcional y dolor referido como importante, que había sido tratado con analgésicos-antiinflamatorios e incluso con opiáceos tipo tramadol y con relajantes musculares.

Finalmente se dio cita para intervención en noviembre de 2015, estando ingresado en Hospital en el momento de remitirnos el informe, evolucionando favorablemente en su postoperatorio y esperando una próxima alta.

...

Para terminar este apartado, dejamos mencionada la realización del Informe Especial sobre las Unidades de Custodia Hospitalarias. Efectivamente, con este [Informe Especial](#) nuestra Institución ratifica su atención en el ámbito penitenciario. No resulta una intervención novedosa, ya que este estudio es el número doce entre los trabajos en materia penitenciaria que el Defensor del Pueblo Andaluz ha realizado en sus treinta años de experiencia abordando este delicado escenario.



Baste un dato para dimensionar la cuestión: **en Andalucía existen 13.700 personas en 19 centros penitenciarios. Somos la Comunidad con mayor número de centros y que acoge al 32 % de la población reclusa de todo el país.**

La Ley no restringe ni limita a la persona presa su derecho a procurar un estado de salud y a recibir la asistencia necesaria cuando enferme, en los términos equiparables a la población general. Para atender y cumplir con esa garantía que asiste a las personas reclusas en prisión, las Administraciones han dispuesto un modelo de asistencia sanitaria —un complicado y mejorable modelo, debemos anticipar—. De manera esquemática, la atención primaria se ofrece a cargo de la administración penitenciaria en sus propios Centros, dotados con los recursos característicos de ese nivel asistencial básico; la atención especializada se ofrece mediante los organismos sanitarios públicos del Sistema Nacional de Salud, en concreto los servicios autonómicos que desempeñan esta labor en sus respectivos territorios.

Así está configurado en Andalucía. La prisión ofrece la atención sanitaria primaria y el Servicio Andaluz de Salud presta su asistencia especializada. Cuando estos pacientes necesitan ingresar en los centros hospitalarios, son atendidos en lugares especiales habilitados para asistirlos médicamente a la vez que se les dota de las medidas de seguridad necesarias. Estos lugares de cuidado y vigilancia son las Unidades de Custodia Hospitalarias (UCH), que hemos estudiado a lo largo de las diez instalaciones que están situadas en otros tantos hospitales del SAS repartidos por toda Andalucía. Como resultado de este Informe hemos elaborado una serie de **Resoluciones** que aportan las principales medidas que proponemos para avanzar en el mejor servicio a estos pacientes

...

1.7.2.3 Actuaciones relativas a Extranjería

...

Dentro de la misma temática pero tocando otro aspecto, algo tan delicado como es la sanidad, nos trasladaron desde una orden religiosa que el afectado de la queja 15/1045 planteaba requerir en su momento la asistencia sanitaria para la renovación de su autorización de residencia. Se trataba de un niño que estuvo en situación de desamparo, comunicada por la Delegación Territorial de Igualdad y Bienestar de Sevilla, en el año 2012.

Se reconocía que el menor fue puesto a disposición de la administración en diciembre de 2012 ingresando en un Centro de Acogida. Según la documentación nació en el año 1996, teniendo en aquel momento 16 años. Se le inició procedimiento de desamparo en febrero de 2013, y se declaró en desamparo.

Lo que se requería es que se le diese asistencia sanitaria en función de su condición de menor tutelado por la administración. Esto era preciso al objeto de la renovación de su residencia, ya que tuvo una autorización desde finales del año 2012 a principios del 2015, y le pedían acreditar este requisito para obtener la renovación

Realizamos una gestión con el INSS desde donde nos informaron que se solucionaría el caso concreto, habiendo requerido aclaración al Ministerio competente para el resto de asuntos similares que se les planteasen. De esto informamos a los interesados quienes en poco tiempo nos comunicaron que ya se había resuelto el problema.

...

Terminamos el presente apartado con una investigación de oficio que dio lugar a la queja 15/0492, que pasamos a relatar a continuación:



El pasado 2 de Febrero de 2015 se produjo un importante **incendio en un asentamiento situado en las inmediaciones del polígono San Jorge en la localidad de Palos de la Frontera (Huelva)**. En el incidente ardieron chabolas y sistemas efímeros de cobijo que ocupaban centenares de personas, en su mayoría extranjera, que vivían en la zona junto a sus enseres y algunos efectos personales. Según las informaciones ofrecidas por medios de comunicación, el incendio se propagó con gran virulencia debido al carácter altamente inflamable del material que compone estos cobijos, aunque, afortunadamente, no se produjeron víctimas de gravedad.

Evidentemente, nos encontramos ante una situación previa de gran impacto social que ha sido acometida por esta Institución del Defensor del Pueblo Andaluz en diversas actuaciones, afectante a las condiciones de vida de estas personas, su salud, atención a población menor, vivienda, etc.

Pero ahora, y más en concreto, las organizaciones de ayuda a estos colectivos destacaban que uno de los peores efectos que había supuesto este peligroso siniestro había sido la pérdida de la documentación que poseían muchas de estas personas y sus familias. Una documentación que siendo importante para el normal desenvolvimiento de todo ciudadano, en su caso, debido a su condición de extranjeros, adquiriría una especial relevancia.

Esta situación hacía prever la generación de una demanda destacada de gestiones para disponer de la documentación oportuna por su condición mayoritaria de extranjeros, lo que derivaría, probablemente, en una especial carga de trabajo en las dependencias y oficinas responsables.

Para intentar averiguar las medidas que, en su caso, pudieran adoptarse para atender esta singular situación, creímos oportuno conocer el criterio de los servicios municipales del Ayuntamiento de Palos de la Frontera que vuelcan sus labores en la asistencia de este colectivo, así como, en las propias dependencias de extranjería integradas en la Sub-delegación del Gobierno de Huelva, gracias a las vías de colaboración que cotidianamente ofrecen a las labores mediadoras de esta Institución del Defensor del Pueblo Andaluz.

Es por ello que, conforme a lo previsto en el apartado 1 del artículo 10 de nuestra Ley reguladora sobre la posibilidad de iniciar actuación de oficio, se consideró oportuno dirigir escrito ante el ayuntamiento de Palos de la Frontera y la Sub-delegación del Gobierno de Huelva, para conocer, en el ámbito de sus respectivas competencias :

“1.- Informe sobre las acciones adoptadas en relación con la demanda de documentación y requisitos formales del colectivo de personas extranjeras afectados por el incendio producido en el asentamiento del polígono San Jorge.

2.- Conocer las acciones de coordinación de la Administración Central competente junto a las intervenciones de los servicios municipales de apoyo para la gestión y desarrollo de estas posibles medidas”.

Pues bien, en poco tiempo recibimos un completo y detallado informe de la Sub-delegación de Gobierno de Huelva, en relación con la presente queja de oficio.

A tenor de dicha información, nos congratulamos de que, finalmente, se habían adoptado las medidas que ayudaban a solventar los problemas de documentación que nos habían hecho llegar las personas interesadas y algunas entidades ciudadanas tras el incendio. En estas ponían de manifiesto la coordinación llevada a cabo con el citado ayuntamiento.

Del mismo modo, y muy ligada a la actuación anterior, recibimos queja 15/1139 de un conjunto de entidades implicadas en la promoción de los derechos de los inmigrantes planteando en su conjunto la **grave situación de las personas que deambulan entre los numerosos asentamientos repartidos por varios municipios de la Huelva, sobre todo con vocación agrícola**. La cuestión había sido muy estudiada por estas entidades con una larga y acreditada trayectoria de trabajo en este campo y pudimos analizarla gracias a una reunión celebrada en Septiembre.

Esta suma de asociaciones había elaborado un documento integral de análisis y peticiones que ponía de manifiesto la pluralidad de intervenciones necesarias en las que estaban llamadas a desplegar sus competencias todas las Administraciones.



Por ello, decidimos canalizar nuestra investigación ante la entidad que resume en su seno esta voluntad coordinadora de políticas de atención a la inmigración, cual es el Foro Provincial de la Inmigración, residenciado en la Delegación del Gobierno de Huelva. Así nos dirigimos a su responsable trasladando las peticiones de las asociaciones y haciéndole ver:

“Destacamos la condición que ostenta esa Delegación del Gobierno, como departamento que preside y coordina las funciones asignadas al Foro Provincial de la Emigración de Huelva, según regula el Decreto 202/2005, de 27 de septiembre, por el que se crean y regulan los Foros Provinciales de la Inmigración y Decreto 284/2011, de 4 de octubre, por el que se modifica el Decreto 202/2005, de 27 de septiembre, por el que se crean y regulan los Foros Provinciales de la Inmigración. Hemos de entender, ya así lo indicamos, que las peticiones y propuestas que se han elaborado desde estas entidades ciudadanas encontrarían en ese Foro el escenario de debate y estudio, así como el cauce para garantizar un abordaje multidisciplinar y coordinado gracias a la completa representación de organizaciones y Administraciones relacionadas con las materias implicadas en torno al fenómeno migratorio. En concreto, y sin perjuicio de otras consideraciones que consideren oportunas remitirnos, nos permitimos solicitarle información relativa a las medidas que se hayan desplegado en relación con las peticiones expresadas por este grupo de entidades.

Quedamos a la espera de recibir una contestación que, al día de la fecha no se ha producido.

...

1.7.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones

- queja 15/0844, dirigida a la Consejería de Salud, relativa a situación de las Unidades de Custodia Hospitalaria y atención especializada a enfermos internos en prisión
- queja 15/1869, dirigida a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, relativa a Afectación de la asistencia sanitaria por falta de personal médico en el C.P. de Botafuegos (Algeciras).
- queja 15/1870, dirigida a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, relativa a falta de personal médico en el C.P. de Morón y posible afección a la asistencia sanitaria de los reclusos.
- queja 15/3444, dirigida a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, relativa a familiares de un interno enfermo mental exigen especialistas y un trato adecuado en C.P Morón.



1.8 MEDIOAMBIENTE

1.8.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.8.2.2 Contaminación hídrica derivada de los vertidos residuales urbanos sin depurar

Dentro de este epígrafe vamos a hacer mención a una serie de quejas, la mayoría iniciadas de oficio, que ponen su acento en la **contaminación que se produce en nuestros ríos como consecuencia de vertidos de origen residuales urbanos sin depurar**.

Es difícil de entender que, con los medios existentes y la “conciencia ecológica” que se ha ido creando poco a poco en estos últimos años, continúen produciéndose situaciones de abandono de espacios de alta calidad ambiental o, simplemente, que se tolere que todos los días del año **muchos municipios continúen vertiendo las aguas residuales urbanas sin depurar**.

En el supuesto de la **queja 14/4190** que iniciamos de oficio al conocer que **el municipio granadino de Monachil estaba vertiendo las aguas residuales urbanas sin depurar en el cauce del río** del mismo nombre, como en otros supuestos similares en los que hemos intervenido, hemos partido de la consideración de que aunque es cierto que, en principio, la competencia corresponde, en materia de saneamiento y depuración, a los Ayuntamientos, también lo es que, con objeto de auxiliar a aquellos que carecen de medios suficientes para afrontar estas obligaciones y con el fin de asumir el objetivo de asegurar el buen estado ecológico de las aguas en 2015, nuestra Comunidad Autónoma asumió en su momento la obligación de financiar determinadas obras de saneamiento y depuración declaradas de interés de la Comunidad Autónoma por el Acuerdo del Consejo de Gobierno de 26 de Octubre de 2010.

Lo anterior nos lleva a la conclusión de que la Comunidad Autónoma, con base a sus presupuestos y a los ingresos recaudados por el canon de mejora, debe también afrontar la financiación de la ejecución de estas obras, sin olvidar las competencias legales que tienen atribuidas los Ayuntamientos en esta materia.

En base a ello y otras consideraciones que se incluyeron en nuestra **resolución** sobre este asunto, se formuló a la Consejería Recordatorio del deber legal de afrontar el compromiso adquirido conforme a las previsiones de las siguientes normas: **Directiva 2000/60/CE**, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 23 de Octubre de 2000, por la que se establece un marco comunitario de actuación en el ámbito de la política de aguas; **Ley 9/2010**, de 30 de Julio, de Aguas de Andalucía; y **Acuerdo del Consejo de Gobierno de 26 de Octubre de 2010**, por el que se declaran de interés de la Comunidad Autónoma de Andalucía las obras hidráulicas destinadas al cumplimiento del objetivo de la calidad de las aguas de Andalucía, entre las que se incluye la mencionada en esta queja.

Nuestra resolución fue aceptada por la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, que se ha comprometido a realizar un seguimiento puntual de la ejecución de estas infraestructuras.

El estado de abandono en el que se encontraba la depuradora del municipio sevillano de Aguadulce, que estaba provocando que se realizaran **vertidos incontrolados sin depurar al río Blanco**, hizo que iniciáramos de oficio la **queja 15/4541** tras conocer que la EDAR de este municipio llevaba cuatro años sin funcionar, lo que provocaba que las aguas residuales que debería depurar, pese a que pasan por su conductos e incluso por la propia EDAR, son vertidas sin depurar al río Blanco y, posteriormente, al río Genil, del que aquél es afluente.

Un grupo municipal del Ayuntamiento de Almería se dirigió a esta Institución, en la **queja 14/2416** con motivo de la **proliferación de mosquitos y malos olores a consecuencia de la acumulación de aguas residuales en la desembocadura del río Andarax**, provocando diversas incidencias en vecinos de El Pucho, Los Molinos, Torrecárdenas, Recinto Ferial y Villa Blanca, de la capital almeriense. Tras recabar informes del Ayuntamiento de Almería, de la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio y de la Mancomunidad de Municipios del Bajo Andarax, se detectaron diversos incumplimientos en materia de infraestructuras de depuración de aguas residuales, vertidos y de compromisos adquiridos, atribuibles,



de una u otra forma, a todas las Administraciones implicadas, lo que motivó que se dirigiera a todas ellas Recomendación para que, a la mayor brevedad posible, se proceda de manera urgente a acordar una reunión entre Ayuntamiento, Consejería, Mancomunidad y Diputación Provincial, a fin de tratar las diversas causas de la proliferación de mosquitos, malos olores y otras alteraciones medioambientales en la desembocadura del río Andarax, y sus posibles soluciones y trabajos a desarrollar por cada Administración implicada. Ello, sin perjuicio de que ya estuvieran en marcha los trabajos de la EDAR El Bobar con los que, en principio, pudiera solventarse definitivamente este problema.

En fin, también iniciamos en 2014 actuaciones en la [queja 14/5109](#) cuando conocimos la situación en que se encontraba la ladera del castillo de Alcalá de Guadaíra (Sevilla), en terrenos aledaños a la nueva biblioteca municipal, en la que, siempre según las noticias que llegaron a esta Institución, existía un [vertedero ilegal de residuos](#). En este año hemos dado por concluidas nuestras actuaciones cuando el Ayuntamiento nos ha informado, entre otras cuestiones, que la Gerencia Municipal de Servicios Urbanos ha incoado expediente de contratación de contrato menor de servicios para el desbroce y limpieza de las laderas sur y oeste del recinto amurallado, por importe, aproximado, de 16.000 euros.

1.8.2.4 Las actividades de granjas y fincas ganaderas que generan afecciones en el espacio urbano

Sin lugar a dudas, uno de los sectores que deben ser impulsados en su desarrollo por los poderes públicos, de acuerdo con las previsiones constitucionales (art. 130 CE), así como con las estatutarias (art. 163 EAA), es el de la ganadería pues creemos que es un sector que supone una extraordinaria aportación no sólo al PIB andaluz y al empleo, sino que, además, tiene otros efectos colaterales positivos sobre el espacio rural y la población que allí reside.

Sin embargo, a veces la localización y/o la ausencia de medidas correctoras provocan importantes incidencias en la población, de manera muy especial cuando las instalaciones ganaderas y las granjas se localizan cerca, o lo que es peor, en el interior del espacio urbano.

Sirva de ejemplo la [queja 12/0332](#), en la que una comunidad de propietarios de un edificio de Estepa (Sevilla) presentó queja por la [inactividad del Ayuntamiento ante las reiteradas denuncias contra la propietaria de una vivienda](#) cuyo patio es colindante al edificio. [En dicho patio la propietaria tenía instalado un corral de gallinas](#).

En este sentido, las deficientes condiciones higiénico-sanitarias en las que se encontraba dicho corral afectaban sobremanera a los vecinos del bloque de viviendas y generaba afecciones a la salubridad de sus moradores, que se vieron incluso invadidos por la aparición de ingentes cantidades de cucarachas en algunas viviendas, deficiencias constatadas incluso por el propio Ayuntamiento, tanto que en su momento se dictó Decreto de la Alcaldía por el que se ordenaba a la vecina propietaria de las gallinas su retirada, advirtiéndole que de no proceder de tal manera la actuación se ejecutaría a su costa y de manera subsidiaria. Sin embargo, ni el Decreto llegó a cumplirse, ni tampoco a ejecutarse.

Formulamos resolución en la que, tras los oportunos Recordatorios legales, recomendamos al Ayuntamiento que procediera, sin más dilaciones ni apercibimientos, a la ejecución subsidiaria de la Resolución municipal de 2010 por la que se ordenaba la retirada de los animales molestos del corral, así como para su limpieza y desinfección. También formulamos Recomendación para que, llegado el caso, si la moradora de la vivienda en cuestión persistía en su negativa a permitir la entrada de los operarios municipales para ejecutar la resolución, se procediera, sin más dilaciones ni demoras injustificadas, a solicitar autorización judicial de entrada en el domicilio. Lamentablemente, no obtuvimos respuesta del Ayuntamiento de Estepa, por lo que tuvimos que proceder a incluir la queja en el Informe Anual al Parlamento de Andalucía.

En cuanto a la [queja 14/2882](#) el promotor, propietario y residente, durante largas temporadas, de una vivienda en el anejo municipal de Alomartes, en el término municipal de Íllora (Granada), denunciaba que junto a la misma se ubica un recinto y un pabellón donde se estabulan cuatro caballos, y más en algunas



ocasiones, provocando molestias de diversa índole y por las que en febrero de 2013 presentó denuncia en el Ayuntamiento de Íllora, que fue tramitada dando lugar, a su vez, a una Resolución municipal de abril de 2013, por la que se ordenaba el cese voluntario e inmediato de la actividad desarrollada, y se advertía que, en caso de incumplimiento, se procedería a la clausura y precinto del local. Para esta Resolución fue emitido informe jurídico en el que se decía que la actividad denunciada se estaba desarrollando sin licencia y que *“resulta incompatible con lo previsto en el planeamiento urbanístico, dado que el inmueble se encuentra en suelo urbano consolidado y calificado como residencial”*.

Ante la constatación de que el Ayuntamiento de Íllora, aduciendo falta de medios, no había ejecutado la resolución de Alcaldía, formulamos resolución dirigida al citado Ayuntamiento recordándole que los actos de las Administraciones Públicas son inmediatamente ejecutivos, salvo causa legal que en este caso, en apariencia, no se daba, recomendando que, sin más demoras, procediera con medios propios o con la asistencia de la Diputación Provincial, a dar cumplimiento forzoso a la resolución indicada de cese y clausura de la ilegal actividad.

El promotor de la [queja 13/5922](#), residente en el municipio gaditano de Arcos de la Frontera, nos exponía en su escrito de queja que en una parcela [colindante a su vivienda se había instalado, sobre el año 2011, un establo y varios corrales](#).

Tras diversas actuaciones, con fecha 20 de junio de 2014 recibimos un último escrito del afectado indicando que *“hasta la fecha todo sigue igual que la primera vez que nos pusimos en contacto con Vd. Estamos siendo objeto de abandono por parte de esta Administración Local, la cual aún a sabiendas de que se está incumpliendo la legislación vigente en varias materias no hace nada al respecto, amparando dicha ilegalidad. No entendemos la protección que está recibiendo el arrendatario de dicha finca y propietario de los animales por parte del Ayuntamiento”*.

Todo ello puso de manifiesto una injustificable pasividad por parte del Ayuntamiento, con pleno conocimiento de que la actuación que se venía desarrollando no era ajustada a derecho. A la fecha de cierre de Informe Anual y pese a diversas actuaciones realizadas, no se ha obtenido respuesta a la resolución.

1.8.2.11 Sobre la conveniencia de restringir los cultivos transgénicos en algunos espacios del territorio andaluz

Con ocasión de la tramitación de la [queja 14/0752](#) trasladamos a la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural nuestra posición sobre los [cultivos transgénicos en Andalucía](#), considerando que su cultivo no debe ser autorizado en espacios naturales protegidos y en zonas donde la producción ecológica o tradicional tiene una presencia importante y resulta de interés social y económico, sugiriéndole que se articule, a la mayor brevedad posible, un cauce para que la ciudadanía participe activamente en el debate sobre los transgénicos, poniendo a su disposición la información sobre estos cultivos a la que no se le haya reconocido el carácter de confidencial, sugiriendo también que se estudie informar al Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente de una modificación sobre la normativa de etiquetado, a fin de facilitar a los consumidores una información veraz y transparente sobre la presencia de transgénicos y no sólo de aquellos alimentos en los que la participación de estos sea superior al umbral del 0,9%.

Con la tramitación de esta queja, hemos querido proponer la articulación de unas medidas que faciliten dar cumplimiento a una [Proposición No de Ley del Parlamento de Andalucía](#) y que había quedado suspendida de facto. Con ello, dábamos respuesta a la pretensión de una plataforma ciudadana que se oponía a la utilización de cultivos transgénicos en Andalucía, al tiempo que interesamos que se adopten medidas para garantizar una mayor participación y transparencia en los procesos de autorización.

A nuestro juicio, la entrada en vigor de la nueva Directiva 2015/412 (en adelante D 2015/412), del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de marzo de 2015, por la que se modifica la Directiva 2001/18/CE en lo que respecta a la posibilidad de que los Estados miembros restrinjan o prohíban el cultivo de Organismos



Modificados Genéticamente (en adelante OMG's) en su territorio, abría la posibilidad ampliamente reivindicada por distintos colectivos, asociaciones, etc., de estos países, de que un país miembro pueda solicitar durante el procedimiento de autorización de un OMG's el ámbito geográfico de la solicitud e, incluso, después de que haya sido autorizado, prohibir o restringir su cultivo con base a los motivos que figuran en el Considerando 13 de la D 2015/412.

No en vano, el Considerando 8 de esta Directiva es claro cuando menciona la posibilidad de presencia accidental de OMG's en otros productos y lo pone en relación con la necesidad de garantizar la libertad de elección de los consumidores, agricultores y operadores.

En base a esta legislación, así como al análisis que hicimos sobre el derecho de acceso a la información ambiental, dictamos la siguiente resolución, que dirigimos a la Consejería de Agricultura, Pesca y Desarrollo Rural:

“SUGERENCIA para que, previa valoración del marco normativo actual a partir de la entrada en vigor de la Directiva 2015/412 del Parlamento europeo y del Consejo y en aras a la ejecución de la proposición no de Ley del Parlamento de Andalucía adoptada con fecha 26 de septiembre de 2013, se proponga a la Administración del Estado para que, a su vez, se haga llegar a las autoridades comunitarias, previos los trámites legales oportunos, que se prohíban los cultivos transgénicos en espacios naturales protegidos y en zonas en donde la producción ecológica o tradicional tiene una presencia importante y resulta de interés social y económico. A estos efectos se deberá con carácter previo definir con la suficiente precisión el concepto jurídico indeterminado que integra la propuesta sobre prohibición de estos cultivos en las zonas “donde la producción ecológica tiene una presencia importante y de interés social y económico”, a fin de garantizar la adecuada seguridad jurídica a la hora de prohibir o autorizar un cultivo de esta naturaleza.

SUGERENCIA para que se fomente y exija la participación de la ciudadanía en las decisiones que afectan a sus derechos e intereses legítimos.

RECORDATORIO de lo establecido en la Sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (Sala Cuarta), caso Commune de Sausheim contra Pierre Azelvandre, de 17 de febrero de 2009, que establece que la información relativa al lugar de la liberación de un OMG, conforme al artículo 25, apartado 4, primer guión, de la Directiva 2001/18, en ningún caso puede mantenerse en secreto.

RECORDATORIO de lo establecido en el art. 20 de la Ley 9/2003, cuyo apartado 2 dice que «No tendrán carácter confidencial las informaciones y datos relativos a la descripción de organismos modificados genéticamente, a la identificación del titular, a la finalidad y al lugar de la actividad, a la clasificación del riesgo de la actividad de utilización confinada y a las medidas de confinamiento, a los sistemas y medidas de emergencia y control y a la evaluación de los efectos para la salud humana y el medio ambiente».

RECOMENDACIÓN a fin de que, en todo caso, y de conformidad con lo establecido en la citada Sentencia del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas y en el artículo 20.2 de la Ley 9/2003, se ponga a disposición, en los términos contemplados en la citada sentencia y ley, de cualquier persona o ente interesado que lo solicite, la información sobre cultivos transgénicos a la que no se le haya reconocido el carácter de confidencial.

SUGERENCIA para que se estudie informar al MAGRAMA sobre la conveniencia de que, previos trámites legales oportunos, se proponga a las autoridades comunitarias una modificación de la normativa sobre etiquetado que se menciona en este escrito a fin de facilitar al consumidor una información veraz y transparente sobre la presencia de transgénico cualquiera que su participación y no declarando exenta, como hasta ahora cuando la participación de estos en el alimento no supera el umbral del 0,9%”.



1.9 MENORES

1.9.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.9.2.2 Maltrato a menores

...

Así ocurrió con la madre de una recién nacida ante la intervención de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Virgen Macarena, de Sevilla. Nos decía que los servicios sociales del hospital habían emitido un informe en el que **la acusaban de maltrato prenatal, sin que para emitir dicho informe dispusieran de datos concluyentes**. También se quejaba de la difusión de dicho informe a otras Administraciones en perjuicio de su intimidad, honor e imagen personal.

La Unidad de Trabajo Social del Hospital justificó que su actuación vino motivada por la derivación del caso por los facultativos que venían atendiendo a la madre, por considerar que se trataba de un caso de embarazo no convenientemente controlado, constando así en la historia clínica, y siendo éste uno de los indicadores de maltrato prenatal incluidos en el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil en Andalucía. Es por ello que, en base a los datos obtenidos de diferentes servicios sanitarios que pudieran haber tenido relación con el caso, también por las entrevistas mantenidas con sus familiares y con la madre, **se actuó conforme al protocolo establecido en dicho Sistema, cumplimentando la correspondiente ficha de Información para su remisión al Servicio de Protección de Menores**. Al considerarse el caso de riesgo grave para el menor, en protección de sus derechos y supremo interés, se coordinó también la intervención de los servicios sociales comunitarios y equipo básico de atención primaria (queja 14/4065).

...

1.9.2.6 Menores con necesidades especiales

...

En el ejercicio al que se refiere esta Memoria hemos culminado nuestra intervención respecto de la actuación de diferentes hospitales públicos de Andalucía en relación con diversas **trabas burocráticas para la expedición del certificado de nacimiento de menores inmigrantes cuyas madres en esos momentos carecían de suficiente identificación documental**.

Las dificultades burocráticas expuestas cobran especial dimensión si se tiene en cuenta la exigencia impuesta en el artículo 46 de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil, a la dirección de hospitales, clínicas y establecimientos sanitarios, para comunicar, en el plazo de 24 horas a la Oficina del Registro Civil que corresponda cada uno de los nacimientos que hayan tenido lugar en su centro sanitario.

Dicho artículo establece que el personal sanitario que asista al nacimiento deberá adoptar las cautelas necesarias para asegurar la identificación del recién nacido y que habrá de efectuar las comprobaciones establecidas reglamentariamente para determinar su filiación. Cumplidos los requisitos para la inscripción, la comunicación se realizará mediante la remisión electrónica del formulario oficial de declaración debidamente cumplimentado y firmado por los padres, siendo así que los firmantes deberán acreditar su identidad por los medios admitidos en Derecho.

Así pues, habida cuenta la reiteración de problemas burocráticos para la identificación de estos recién nacidos, nos cuestionamos la necesidad de unas instrucciones sobre el modo de proceder en tales supuestos que garantizasen un trámite ágil en estas situaciones sin merma de las garantías jurídicas para el menor y su madre.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud vino a reconocer la existencia de algunos problemas burocráticos puntuales en la gestión de dicha documentación, y como para su solución se encontraban en trámite de aprobación unas Instrucciones que se harían llegar a los distintos centros sanitarios afectados (**queja 14/5834**).



Pero los problemas para la documentación de recién nacidos, hijos de madres inmigrantes, no sólo se dan en los hospitales donde éstos pudieran haber nacido, también hemos recibido quejas alusivas al Registro Civil. Así nos los hizo saber la dirección de la casa de acogida de Cruz Roja en Sevilla al mostrar su disconformidad con la actuación del Registro Civil de Sevilla al negar la inscripción de un recién nacido, hijo de una inmigrante irregular carente de documentación.

Nos decían que se habían dirigido al citado Registro en dos ocasiones presentando el certificado de nacimiento expedido por el hospital y que la respuesta del Registro había sido que no se podía registrar a un menor indocumentado aunque apareciera su nombre y el de su madre en un documento expedido por el profesional que ha asistido al parto.

Toda vez que el órgano administrativo cuya actuación se sometía a nuestra supervisión estaba incardinado en Administración del Estado, dimos traslado de la queja al Defensor del Pueblo Español, institución que nos informó que se había solicitado información a la Secretaría de Estado de Justicia acerca de los requisitos para la inscripción de nacimientos ocurridos en España. En su respuesta, el citado organismo señala que la Ley del Registro Civil establece en su artículo 16.1 que los nacimientos se inscribirán en el Registro Municipal o Consular del lugar en que acaecen (queja 1 5/1619).

...

La problemática que envuelve a los menores afectados por **trastornos de conducta** ha seguido ocupando una parte importante de la actividad de la Institución durante 2015. Y ello porque se siguen produciendo quejas que reiteran los retos a los que se deben enfrentar estos chicos así como sus familias ante la ausencia de recursos asistenciales especializados. Dicha ausencia y la falta de un abordaje integral para con el menor adecuado a sus circunstancias personales culmina en muchas ocasiones con el ingreso de éste en un centro de internamiento para infractores tras la comisión de un acto delictivo.

Como ejemplo traemos a colación la queja 14/4455 en la que una madre nos trasladaba su preocupación ante la conducta disocial de su hijo. Nos decía que ninguna de las Administraciones Públicas a las que se había dirigido le ofrecía una solución satisfactoria y es por ello que solicitaba la intervención del Defensor del Menor de Andalucía. Lamentablemente, el avanzado estado de deterioro de su hijo hizo que uno de los incidentes protagonizado motivase su ingreso, por decisión judicial, en un centro para menores infractores. La madre nos comunicó que, a pesar de lamentar su ingreso en un centro de estas características, en dicho recurso el menor estaba teniendo una evolución muy satisfactoria.

En otras ocasiones la familia nos muestra, no sin razón, su estupor por el hecho de que los recursos residenciales específicos para los menores con trastornos de conductas estén destinados de modo exclusivo para los chicos y chicas del Sistema de Protección. Tal fue el caso de la queja 15/0532 donde el interesado nos decía que su hijo adolescente estaba afectado por un trastorno del comportamiento agravado por el consumo de drogas. Relataba como había intentado que lo atendieran en salud mental y en los servicios sociales, y que no había tenido éxito alguno. En un última instancia había llegado a pedir que lo ingresasen en un centro de protección de menores especializado en trastornos de conducta y le habían dicho que al no estar desamparado no podían atender su demanda.

Tras interesarnos por el caso, en el Servicio de Protección de Menores nos manifestaron que se había recepcionado diferente información sobre el menor de la que se deducía que la atención de sus padres era diligente, preocupándose por obtener solución a su conducta agresiva, insultos y vejaciones. Consideraban en Protección de Menores que el menor estaba correctamente diagnosticado de un trastorno de conducta y que por tanto dicho padecimiento debía ser atendido en atención primaria tanto por los equipos de salud mental como por los servicios sociales comunitarios.

El Servicio de Protección argumentaba que las medidas de protección sobre un menor son consecuentes con una situación de desprotección, que tienen que ver fundamentalmente con el inadecuado ejercicio de los deberes inherentes a la paternidad. Las necesidades de los menores que presentan trastornos mentales deben ser atendidos en diferentes dispositivos más adecuados al perfil que presentan y no en centros con menores de protección.



También aludía el Servicio de Protección que para asumir la tutela de un menor es necesaria no sólo una resolución fundamentada de declaración de desamparo, conforme a las previsiones del Decreto 42/2002 de 12 de febrero (artículo 20), sino además, en el caso de adolescentes, ser oídos previamente. De este modo, el adolescente permitirá una adecuada intervención psicoeducativa tanto nivel familiar como individual. Asimismo, se evitaría los problemas graves de adaptación al centro en el que fuese ingresado, conductas agresivas y de riesgo, como las que se originan por la ausencia del propio centro con absoluta falta de control del adolescente, justo lo contrario a la medida protectora que se intenta evitar.

En resumen, el Ente Público de Protección consideraba que en esos momentos no se daba en el menor una situación de desprotección y que en caso de llegar a valorarse tal posibilidad, deberían de contar con la aceptación del adolescente de ser ingresado en un centro de protección para el tratamiento de sus problemas de conducta.

Y finalmente traemos a colación el caso de la madre de una adolescente, tutelado por la Junta de Andalucía, e interno en un centro residencial básico de protección de menores. La madre nos decía que el motivo principal por el que la Administración asumió la tutela de su hijo obedeció a los problemas de conducta que éste presentaba, siendo así que el abordaje de la problemática del menor se venía realizando en un centro residencial básico, con citas periódicas en la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, siendo su evolución negativa. Por todo ello solicitaba su traslado a un centro especializado en el abordaje de trastornos de conducta.

Sobre este asunto en Protección de Menores nos informaron que el menor tenía reconocida una minusvalía del 67% y el motivo que determinó la adopción de la medida de protección con respecto a él, tal y como consta en la resolución de desamparo provisional, se fundamentó no únicamente en los problemas conductuales que éste presentaba sino también en la incapacidad de ambos progenitores para atenderlo debidamente y ejercer adecuadamente sus funciones parentales con respecto a su hijo.

Es por ello que en esos momentos se estaba realizando un estudio de la situación sociofamiliar para programar una posible intervención con la familia previa al retorno del menor, o bien a determinar la necesidad de mantener la custodia del menor y atenderlo en un recurso social especializado (queja 15/767).

...

1.9.3 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones

· [Q15/4462](#), dirigida al Ayuntamiento de Castilblanco de los Arroyos (Sevilla), relativa a la investigación de los hechos por los que la ambulancia de Castilblanco no traslada al hospital a un niño con asma y posible neumonía.



3. QUEJAS NO ADMITIDAS Y SUS CAUSAS

3.2 De las quejas remitidas a otras instituciones similares

3.2.7 Medio ambiente

El interesado de la queja 15/5399, vecino de Almería, nos exponía que el motivo de la misma estaba relacionada con los trabajos de carga y descarga de graneles que se realizan en el Puerto de Almería a cielo descubierto y sin ninguna medida de prevención. Nos manifestaba que estos trabajos ocasionan entre otros, problemas como enfermedades respiratorias, ruidos, deterioro de sus fachadas que, a su entender, tenía fácil solución, ya que si las empresas concesionarias como los entes que ejercen el control de vigilancia sobre éstas, cumplieran las medidas correctoras que exige la legislación vigente, se minimizarían. Se trata de un organismo de competencia exclusiva de la Administración del Estado por lo que remitimos a la queja a la Defensora del Pueblo de las Cortes Generales.

3.2.9 Salud

En **materia de salud** han sido 2 las quejas que se han remitido a la Defensoría del Pueblo Estatal. De ellas mencionamos la queja 15/1196, que incorporaba una denuncia de trato negligente a paciente marroquí en el hospital de Ceuta.

3.3 De las quejas rechazadas y sus causas

3.3.3 No irregularidad

En **Salud**, entre las 42 quejas que no se han admitido a trámite en 2015 por esta causa, podemos destacar aquellas en las que las personas interesadas manifestaban su desacuerdo con el porcentaje de copago asignado a la hora de acceder a los medicamentos prescritos, como es el caso de la queja 15/1113, queja 15/1527 y queja 15/2520.

Merecen también cita aquellos expedientes motivados por discrepancia con el alta médica recibida, como son la queja 15/2526, queja 15/2894, queja 15/4440, queja 15/4925 y queja 15/5727.

Otras quejas son aquellas relacionadas con algunos problemas para acceder a un tratamiento de reproducción asistida, como es el caso de la queja 14/5841, queja 15/0746 y queja 15/4892.

3.3.5 Sin competencia

En **Salud**, han sido 3 las quejas que no se han admitido a trámite por no tener competencia sobre el asunto planteado. De entre ellas se destaca la queja 15/4886, atinente al problema surgido al interesado para la continuidad de las revisiones de la enfermedad de su esposa con el mismo facultativo que las había venido realizando, a la vista de la baja de este último en su relación de servicios con la entidad aseguradora a la que estaban adscritos. A este respecto le indicamos que esta Institución no tenía competencia para intervenir en este asunto, puesto que su esposa recibía asistencia sanitaria en calidad de afiliada o beneficiaria de Muface, y esta entidad se insertaba en el ámbito de la Administración central del Estado, extendiéndose nuestras posibilidades de actuación exclusivamente en relación con la Administración Autónoma Andaluza.



3.3.6 Sub-iudice

Son 2 las quejas han tenido esta causa de inadmisión en temas de **Salud**. De ellas mencionamos la queja 15/2410, en la que la persona reclamante denunciaba la desproporción en el trato dado a un enfermo mental en las urgencias de un hospital público andaluz. Dado que el problema había sido planteado ante un órgano jurisdiccional, nos vimos obligados a dar por concluidas nuestras actuaciones.

3.3.8 Sin recurrir previamente a la administración

Dentro de las 3 quejas que en la materia que tratamos no se han admitido a trámite por esta causa en materia de **Salud**, podemos citar la queja 15/3437, en la que la persona interesada manifestaba su voluntad de ejercer su derecho a la libre elección de especialista, en este caso de médico psiquiatra. A este respecto dirigimos escrito a la interesada aclarándole que era ella la que debía llevar a cabo la solicitud, y que podía formularla a través de su médico de atención primaria, el cual le informaría del procedimiento y de las opciones que se le presentaban para ello.

3.3.10 Transcurso de más de un año

Son 2 las quejas que han tenido esta causa de inadmisión en el **Área de Salud**. De ellas traemos a colación la queja 15/1775, por mala praxis en proceso asistencial acaecido hace treinta años, en concreto una intervención quirúrgica de histerectomía a la que fue sometida la interesada, y la que posteriormente precisó para liberación del uréter, acompañando un informe médico pericial que vincula a dichas actuaciones las secuelas que actualmente padece.

3.3.11 Desistimiento

Se contabilizan 11 quejas en este epígrafe en **Salud**, versando algunas de ellas sobre demora en la práctica de intervenciones quirúrgicas o señalamiento de citas médicas, como es el caso de la queja 15/0254, queja 15/0618, queja 15/1551, queja 15/2199, queja 15/2429, queja 15/2759 o queja 15/4947.

2. OFICINA DE ATENCIÓN CIUDADANA

2.2 Datos estadísticos sobre las consultas

2.2.4.3 Menores y Educación

En relación con estas materias, destacan las consultas sobre temas de acoso escolar, falta de plazas en centros escolares, escolarización en colegios distintos de miembros de una misma familia, problemática de los comedores escolares y de transporte.

Nos han llegado denuncias sobre la existencia en edificios escolares de deficiencias, relativas a la seguridad y la accesibilidad que, en ocasiones, no se ajustan a las exigencias de la normativa aplicable.

También de desacuerdos entre los departamentos educativos autonómicos y las corporaciones locales, propietarias de las instalaciones, que producen retrasos significativos en la realización de las actuaciones imprescindibles para corregir las deficiencias, solicitando nuestra mediación para poder solucionar dichos problemas. (Colegio Piaget en Almería)

Con respecto al acoso escolar son frecuentes las consultas de padres que nos transmiten su preocupación por las situaciones de acoso padecidas por sus hijos en los centros docentes en los que están escolarizados,



señalando que sus denuncias ante los órganos de gobierno del centro y ante la administración educativa no habían dado lugar, a su juicio, a actuaciones eficaces para poner fin a dicha situación y donde muchas veces la única solución que se les ofrece es el cambio de centro sin modificar la situación de los acosadores.

Son también frecuente las consultas que nos dirigen con respecto a situaciones de conflictos entre padres separados por el incumplimiento de los acuerdos del convenio regulador.

En esta materia también queremos informar sobre la publicación de la [guía sobre el derecho a la salud de las personas menores de edad en Andalucía que publicamos en nuestra web](#) el pasado mes de junio.

2.2.4.6 Salud

En Salud son muchas las cuestiones objetos de consultas por parte de los ciudadanos: desde la problemática del copago farmacéutico de pensionistas y personas en situación de discapacidad, la denegación de asistencia especializada por no encontrarse en el catálogo de prestaciones o la problemática de los tiempos de respuesta asistencial.

Hemos de reseñar en este apartado que en la visita realizada por la Oficina de Información a Almería pudimos recoger de manera personal el agradecimiento de la familia del pequeño Joaquin al Defensor del Pueblo y a su equipo por las gestiones realizadas desde nuestra Institución ante la Delegación de Salud, para conseguir que le fuera [implantada al menor, una prótesis en la mano derecha para suplir la ausencia de mano desde su nacimiento](#).

En este apartado de Salud hemos publicado en nuestra web la guía sobre [los plazos de lista de espera](#) en atención sanitaria en nuestra Comunidad.