



13. Salud

1.10 SALUD

1.10.1	Introducción	3
1.10.2	Análisis de las quejas admitidas a trámite	4
1.10.2.1	Salud Pública	4
1.10.2.2	Atención Primaria	5
1.10.2.3	Atención Especializada	6
1.10.2.3.1	Autorizaciones para tratamiento en centros ajenos al SSPA	7
1.10.2.3.2	Atención al ictus	7
1.10.2.3.3	Cirugía plástica, reparadora y estética	8
1.10.2.3.4	Rehabilitación	9
1.10.2.3.5	Reproducción asistida	9
1.10.2.4	Atención sanitaria de urgencias	10
1.10.2.4.1	Urgencias extrahospitalarias	10
1.10.2.4.2	Urgencias Hospitalarias	11
1.10.2.5	Tiempos de respuesta asistencial	13
1.10.2.6	Praxis médica	15
1.10.2.7	Derechos de los usuarios	16
1.10.2.8	Farmacia	18
1.10.2.9	Centros Sanitarios	20
1.10.2.10	Enfermos mentales	20
1.10.3	Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones	23

ESTE TEMA EN OTRAS MATERIAS

1.3 DEPENDENCIA Y SERVICIOS SOCIALES

1.3.2	Análisis de las quejas admitidas a trámite	24
1.3.2.2	Personas con discapacidad	24
1.3.2.2.7	Salud	24
1.3.2.4	Servicios Sociales	27
1.3.2.4.1	Personas sin hogar	27

1.4 EDUCACIÓN

1.4.2	Análisis de las quejas admitidas a trámite: Enseñanzas no universitarias	28
1.4.2.3	Instalaciones escolares	28
1.4.2.6	Equidad en la educación	29
1.4.4	Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones	31



1.5 EMPLEO PÚBLICO

1.5.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	31
1.5.2.2 Quejas relativas a la provisión temporal (bolsas)	31
1.5.2.2.2 Transparencia en la gestión de las bolsas de empleo público	31
1.5.2.5 En relación a las políticas de empleo	33
1.5.2.5.3 Conflictos laborales	33

1.6 POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO

1.6.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	34
1.6.2.2 Empleo	34
1.6.2.3 Salud	35

1.7 JUSTICIA, EXTRANJERÍA Y PRISIONES

1.7.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	40
1.7.2.2 Prisiones	40

1.8 MEDIOAMBIENTE

1.8.1 Introducción	44
---------------------------	-----------

1.9 MENORES

1.9.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	45
1.9.2.2 Maltrato a menores	45
1.9.2.6 Menores en situación de especial vulnerabilidad	46
1.9.2.6.3 Menores con trastornos de conducta	46

3. OFICINA DE ATENCIÓN CIUDADANA

3.3 Datos estadísticos sobre las consultas	48
3.3.4 Distribución de consultas atendiendo a las materias	48
3.3.4.6 Salud	48

4. QUEJAS NO ADMITIDAS Y SUS CAUSAS

4.2 De las quejas remitidas a otras instituciones similares	49
4.2.9 Salud	49
4.3 De las quejas rechazadas y sus causas	49
4.3.3 No irregularidad	49
4.3.4 Jurídico-privadas	50
4.3.5 Sin competencia	50
4.3.6 Sub-iudice	51
4.3.7 Sin interés legítimo	51
4.3.8 Sin recurrir previamente a la administración	51
4.3.9 Sin pretensión	52



1.10 SALUD

1.10.1 Introducción

Durante el ejercicio de 2016, se registró un **aumento significativo del número de las quejas** en materia de salud (se cifra aproximadamente en un tercio de las recibidas en el año 2015), sin que dicha incidencia pueda imputarse a alguna reclamación que se haya formulado de manera reiterada, o algún aspecto polémico emergente, sino que su reparto indiscriminado entre los apartados que conforman el estudio que incorporamos a continuación, **evidencia un incremento de la preocupación de los ciudadanos por la cuestión sanitaria**, tal y como se viene poniendo de manifiesto últimamente por otros mecanismos.

Y es que el período que tomamos en consideración para efectuar el relato de la actuación de esta Institución, como garantía de derechos fundamentales, en relación con el derecho a la protección de la salud, viene caracterizándose, sobre todo por lo que hace al último tramo del año, por la contestación ciudadana frente a las tradicionales bondades esgrimidas en relación con nuestro Sistema Sanitario Público.

Nunca hasta ahora en nuestro ámbito autonómico se había cuestionado tanto y por tantos su normal funcionamiento, hasta el punto de que una parte importante de la ciudadanía considerara menoscabado su derecho, y ha llegado a expresarlo reiteradamente en forma de masivas manifestaciones en varios puntos de nuestra geografía.

En el origen de este movimiento ciudadano y profesional, confluyen sin lugar a dudas la adopción unilateral de cambios organizativos en materia asistencial (las denominadas **fusiones hospitalarias**), obviando los cauces establecidos para la participación de los sectores implicados; y al mismo tiempo la sensación de pérdida de **calidad de la atención sanitaria** que, en forma de recortes de diverso tipo por causa de la crisis económica, ha ganado a sectores importantes de la población.

Por nuestra parte, y al margen del incremento meramente numérico de los expedientes de queja, ya en los últimos años hemos venido aludiendo a las consecuencias que sobre el ejercicio de determinados derechos está teniendo la crisis económica, en las referencias monográficas que hemos venido dedicando a la misma.

Partiendo del reconocimiento que los niveles alcanzados en la asistencia sanitaria de la población andaluza sin duda merece, y teniendo en cuenta la limitación de recursos que de forma crónica va a afectar siempre al sistema sanitario, nos parece que es hora de avanzar en aquellos aspectos que presentan amplias posibilidades de mejora, al tiempo que se determinan los **límites infranqueables de la sanidad pública**.

Resultando complicada la identificación de todas las fuentes del descontento, no nos cabe duda de que los **excesivos tiempos que marcan el acceso a muchas prestaciones** constituyen una causa principal, puesto que si no aisladamente, la suma de los plazos que implican las diversas actuaciones que se suceden a lo largo de un mismo proceso asistencial, pueden convertir en auténtico calvario la obtención del diagnóstico o el acceso a los tratamientos.

Precisamente la sostenibilidad económica, junto a la que se predica en otras facetas (social, ambiental, y del conocimiento, investigación e innovación en salud) forma parte de los conceptos que justifican la iniciativa legislativa de la que ya el año pasado dábamos cuenta en esta misma sede, como respuesta a las medidas que por causa de la crisis se podían derivar de las regulaciones adoptadas en el ámbito estatal.

Significativamente, el anteproyecto de **Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía**, ha sido sometido a audiencia de diferentes agentes interesados (sindicatos, colegios profesionales, sociedades científicas y asociaciones diversas), habiéndose seguido además una estrategia específica de participación que ha llevado consigo la celebración de diversos foros de diálogo en cada una de las provincias andaluzas, con intervención de entidades ciudadanas, asociaciones de pacientes y grupos de profesionales.

No deja de resultar llamativa la coincidencia temporal entre el proceso participativo desarrollado formalmente como parte del procedimiento de elaboración y aprobación de esta Ley, y unas movilizaciones ciudadanas impulsadas, entre otras razones y según sus promotores, por la falta de diálogo y participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones de la Administración sanitaria.



Nos preguntamos si no habría que buscar nuevas fórmulas participativas que trasciendan de los formatos actuales y propicien un debate real entre la ciudadanía, los grupos de interés y el poder público en el proceso de elaboración de aquellas disposiciones de mayor alcance y trascendencia, como sin duda es el caso de la prevista Ley de garantías y sostenibilidad del Sistema Sanitario.

A este respecto, es necesario reseñar que el **proyecto de ley** resultante, que fue **aprobado por el Consejo de Gobierno el pasado 5 de diciembre**, y que debe seguir ahora su andadura parlamentaria, se presenta como un *"auténtico contrato social en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, mediante el que todos los agentes participantes del sistema de salud participen de forma leal en la consolidación y fortalecimiento del propio sistema, teniendo en cuenta el elevado impacto que unas políticas de salud eficaces y un sistema sanitario eficaz y eficiente, tienen sobre la economía de la Comunidad Autónoma, traducido en generación de empleo y riqueza y, especialmente, sobre la salud de las personas y también sobre la propia economía de las familias andaluzas"*.

Por lo demás la estructura de esta parte del informe no difiere sustancialmente de la que habitualmente seguimos en este trabajo, de manera que junto a la relevancia significativa de las quejas por **demora en la asistencia**, que se extiende respecto a las diversas modalidades que puede revestir la misma (consultas, pruebas, intervenciones quirúrgicas,...), dedicamos comentarios a los diferentes ámbitos de la **atención sanitaria** (primaria, especializada y urgencias); las denuncias relacionadas con la **praxis médica**, la infracción de los derechos reconocidos a los usuarios, la **prestación farmacéutica**, los dispositivos sanitarios, fundamentalmente por lo que hace a las incidencias atinentes a la edificación de nuevas infraestructuras, y en último término, una consideración específica de la problemática que afecta a la **atención sanitaria de las personas afectadas por enfermedad mental**.

En otro orden de cosas nos parece oportuno terminar este apartado introductorio significando que la relevancia de lo sanitario nos ha llevado a escoger este ámbito de nuestra actividad para elaborar durante el ejercicio de 2017 uno de nuestros informes especiales, para lo cual estamos llevando a cabo los contactos y trabajos preparatorios.

La actualidad del tema, por las iniciativas legislativas que se están promoviendo tanto a nivel estatal como autonómico, y el tiempo transcurrido desde que entró en vigor la ley andaluza reguladora, nos ha hecho centrar nuestra investigación en torno al concepto de **muerte digna**, y a plantearnos el objetivo de conocer la medida del cumplimiento de los derechos que la norma referida reconoce para garantizar la dignidad de la persona en el proceso de muerte

1.10.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.10.2.1 Salud Pública

Conviene comenzar este apartado enlazando con algunas actuaciones mencionadas en el informe del año pasado. Concretamente, entonces ya reflejamos algunas de las respuestas de las administraciones implicadas, a las Resoluciones emitidas en los expedientes de queja tramitados, para analizar la **incidencia de los factores ambientales en un posible incremento del riesgo de padecer determinadas enfermedades, en las áreas geográficas de Huelva (queja 09/1699) y el Campo de Gibraltar (queja 10/3859)**.

Tras exponer los pareceres de las Consejerías de Salud y de Medio Ambiente, quedábamos a la espera de recibir la respuesta de alguno de los Ayuntamientos afectados, recepcionándose la de Huelva durante 2016, el cual, aun manifestando la necesidad de que concurren todas las voluntades de las Administraciones y organizaciones implicadas para poder dar cumplimiento a las recomendaciones de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) que fueron asumidas por esta Institución, muestra la mayor disponibilidad para colaborar con el objetivo propuesto en la medida de sus posibilidades.

Por su parte, en el expediente alusivo a la zona del Campo de Gibraltar dimos traslado de las respuestas recibidas al promotor del mismo, al objeto de que manifestara las alegaciones oportunas, que se saldaron con la aportación de conclusiones y recomendaciones que en general apuntan la inconcreción de aquellas, por falta de activación de medidas específicas.



De todas formas, el análisis de toda la documentación reunida nos ha permitido considerar en ambos casos que **existe una voluntad de aceptación de las Resoluciones dictadas por esta Institución por parte de las Administraciones** interpeladas, y concluir de esta forma nuestra intervención, sin perjuicio de lo que pueda resultar de las actuaciones de seguimiento que se lleven a cabo para verificar su efectivo cumplimiento.

Por otro lado, también recogíamos el anuncio de puesta en marcha del **programa de cribado de cáncer de colon**, que comenzaba su andadura en determinados centros de salud. Durante este año hemos podido conocer cómo el número de centros que lo vienen desarrollando se ha incrementado, pero al parecer no resulta aún suficientemente significativo, tal y como pudimos desprender de las informaciones ofrecidas por las distintas juntas provinciales de la Asociación Española contra el Cáncer en Andalucía, con las que mantuvimos reunión en nuestra Oficina, lo cual sin duda generará próximamente la incoación de expediente de queja de oficio, para efectuar el seguimiento de la implantación del programa al cual nos comprometimos

Tradicionalmente, el apartado **vacunas** es otro de los que habitualmente desarrollamos dentro de este epígrafe. El año pasado dimos cuenta de la iniciación de oficio de un expediente relacionado con la vacuna de la **tosferina** a las embarazadas (queja 15/5229), y tras la resolución de la problemática generada a este colectivo, surgió, consecuentemente, la que afectó **a los niños/as que según el calendario oficial de vacunación debían recibir a los seis años una dosis** de aquella, y como consecuencia de la situación global de desabastecimiento han visto demorada la aplicación, por la reserva de existencias efectuada precisamente para tratar a las mujeres embarazadas, y evitar así el riesgo para la salud de los recién nacidos hasta la aplicación de la primera dosis, que se había concretado en algunos fallecimientos.

Tras recibir las denuncias de múltiples ciudadanos que se veían sorprendidos por la falta de vacunación de sus hijos, decidimos iniciar de oficio la queja 16/1969 pues aun conociendo por nuestra parte el estado de la cuestión, y habiendo ofrecido explicaciones sobre el mismo a los interesados, detectamos desconcierto en estos últimos por la falta de información desde los centros de salud, que se limitaban a emplazarlos a acudir de nuevo al transcurrir un período indeterminado, sin que nadie fuera capaz de explicarles cuándo podrían ser vacunados sus hijos/as.

Una vez ofrecidas explicaciones sobre la manera en la que se han distribuido las dosis disponibles entre las Comunidades Autónomas, y cómo la nuestra las ha repartido entre centros de salud y puntos de vacunación, la Administración sanitaria lanza un mensaje de tranquilidad refiriendo que la protección que se alcanza con las tres primeras dosis de la vacuna es muy alta, y que el retraso en la administración de esta dosis de recuerdo no conlleva mayor riesgo, al tiempo que afirma que una vez se dispongan de las dosis necesarias se harán campañas específicas de captación de los niños que no estén vacunados.

El inicio de la **vacunación frente al neumococo** también se ha traducido en expedientes de queja, en un principio dirigidos a conseguir su efectiva dispensación desde el sistema sanitario público de Andalucía (queja 16/2826), (pues hay que tener en cuenta que hasta primeros de diciembre de 2016 solamente recibían la vacuna quienes la adquirían por sus propios medios); y después (queja 16/6478, queja 16/6479, y queja 16/3586) encaminados a evitar discriminaciones en su administración para quienes habiendo recibido ya una dosis según la sistemática antes indicada, están en plazo de recibir las sucesivas, pero se ven excluidos de las mismas por la regla que determina que se proporcione exclusivamente a los nacidos a partir del 1 de octubre de 2016.

1.10.2.2 Atención Primaria

La atención que se proporciona desde los dispositivos que se insertan en el nivel de la **atención primaria** de la salud no ha sido una de las más cuestionadas, a la luz del número de quejas que se contabilizan en el sistema de registro informático de esta Institución, lo cual sin duda llama la atención teniendo en cuenta que se trata del escalón inicial del sistema, y se revela como llave para el acceso a otro tipo de atenciones más especializadas y complejas.

Las cuestiones que se han suscitado ante esta Institución son muy diversas, y se relacionan con los diversos aspectos del funcionamiento de los centros, tales como **horarios de apertura o dispensación**



de determinadas prestaciones (queja 16/2561), falta de **sustitución de las bajas** prolongadas de los profesionales de referencia, fundamentalmente médicos (queja 16/3184), esperas no razonables para **citas** (queja 16/5890), discrepancias en cuanto a las **recetas** (queja 16/0642), o falta de derivación a especialistas (queja 16/0786).

En cuanto a las reivindicaciones que traducen denuncias por déficits globales en este campo en una determinada zona geográfica, el año pasado anunciábamos la conclusión de algunas actuaciones y dábamos cuenta como novedad de la atinente a la **atención sanitaria en La Palma del Condado** (queja 15/5600).

Este ejercicio recibimos la información solicitada al Distrito Sanitario correspondiente, y valoramos su respuesta a la solicitudes de incremento de la dotación de personal, y ubicación de una base del 061 o desplazamiento de la UVI móvil emplazada en Bollullos a la localidad; disminución de los plazos de espera en los servicios ofrecidos, adopción de medidas para la promoción de la salud, y adecuación de las instalaciones, considerando en su caso la procedencia de edificar un nuevo centro de salud.

En relación con los asuntos enunciados, el informe administrativo ofrece diversas explicaciones sobre las ratios de personal (1/1401 en el caso de los médicos, 1/2088 en el de los enfermeros, y 1/1050 y 1/984, para los pediatras respectivos), dinámica de funcionamiento de la atención urgente (horario de 20 a 8 horas de lunes a viernes, y 24 horas los sábados, domingos y festivos, para lo que dispone de dos equipos formados por médico y enfermera y un celador-conductor, así como ambulancia convencional, encontrándose al mismo tiempo bajo la cobertura del equipo móvil ubicado en Bollullos), desarrollo en el centro de toda la cartera de servicios (incluyendo atención odontológica, radiología, fisioterapia y rehabilitación), además de albergar una unidad de salud mental comunitaria.

La aspiración de contar con una atención sanitaria de calidad es muy legítima, teniendo en cuenta además la importancia del bien al que afecta, que no es otro que la salud de los ciudadanos, pero la suficiencia de los medios debe analizarse desde la perspectiva de la limitación de recursos que siempre va unida al sistema sanitario, incluso en períodos no afectados por la crisis económica, por lo que teniendo en cuenta estos parámetros no pudimos encontrar en la situación descrita en cuanto al centro de salud de La Palma del Condado, una posición de singular desventaja en relación con poblaciones de características similares, por lo que concluimos no estimando necesaria nuestra intervención.

Ciertamente, estas reflexiones se sitúan al margen de las que pudiéramos realizar en el capítulo oportuno sobre las demandas encabezadas por los profesionales sanitarios, las cuales en algunos casos pueden resultar colindantes en interés con los temas ofrecidos en el presente, en la medida en que las cuestiones planteadas pueden tener igualmente influencia sobre la calidad de la asistencia que se ofrece.

En este orden de cosas, y aun cuando la atención primaria de la salud no se revele ante esta Institución como un tema esencialmente conflictivo durante el ejercicio que comentamos, somos conscientes de que los principales problemas que han afectado a la misma, transcurrido un plazo suficiente desde la reconversión de las estructuras correspondientes a este ámbito, pueden subsistir en mayor o menor medida (saturación de consultas, tiempo mínimo de atención al paciente, cobertura de bajas,...), por lo que no podemos sino congratularnos del **Plan de Renovación de la Atención Primaria**, que haciéndose eco en parte de la impresión enunciada, incorpora múltiples estrategias para conseguir que este nivel de la atención se constituya en el verdadero *"agente vertebrador de la atención sanitaria en Andalucía"*, y confiar en que decididamente las medidas previstas en este instrumento de planificación reviertan en la práctica.

1.10.2.3 Atención Especializada

Mucho más intensa ha sido nuestra intervención en lo que se refiere al ámbito de la **atención especializada de la salud**, pues los ciudadanos nos han hecho llegar muy diversos planteamientos vinculados a la problemática que ha regido sus procesos asistenciales. En algunos casos simplemente se sienten desatendidos en sus dolencias, solicitan alternativas terapéuticas a las empleadas hasta entonces, consideran inadecuado el seguimiento que se realiza de sus patologías, o discrepan de la negativa a dispensarles determinados tratamientos, incluidos los quirúrgicos. En otros casos, ponen de manifiesto dificultades en los procedimientos, gestión de las citas, derivación entre hospitales y demoras en la atención.



También a veces realizan una llamada genérica de atención sobre los déficits que a su modo de ver presiden la asistencia de determinadas patologías (queja 16/0354, relativa al incumplimiento de la Guía de atención a **mujeres con endometriosis**), solicitan un tratamiento unificado en torno a un determinado asunto (queja 15/6116 por la que se solicita la elaboración de un protocolo para la retirada de un concreto **método anticonceptivo**), o reclaman contra el cierre de algunas unidades asistenciales (queja 16/2197 sobre la **unidad del dolor del hospital de Osuna**, tras la cual se incoó de oficio sobre el mismo tema la queja 16/1642).

1.10.2.3.1 Autorizaciones para tratamiento en centros ajenos al SSPA

En el informe de 2015 ya dimos cuenta de la falta de aceptación administrativa de la **Resolución** emitida conjuntamente en la queja 15/0328, las quejas 15/1856 y 14/0306, en relación con distintas solicitudes de derivación a un hospital de Barcelona de personas afectadas por **malformación de Chiari**, así como las discrepancias que manteníamos con el contenido de la respuesta emitida, aunque al producirse el cierre del expediente durante el año que es objeto de este informe, cumplimos aquí con nuestra obligación legal de reflejo en el mismo.

Dicha actuación, sin embargo, no ha evitado que en el 2016 se repitan otras quejas con idéntico motivo (queja 16/0164), y que se sucedan otras que incorporan pretensiones de derivación a otros centros y por causa de otras enfermedades (al mismo hospital de Barcelona para confirmar diagnóstico de síndrome de fatiga crónica en la queja 16/6619, o a un centro de Madrid para revisiones de patología ocular en la queja 16/4896)

Con respecto a las dificultades que para la **derivación a centros de referencia (CSUR) para el tratamiento de enfermedades raras** puso de manifiesto la delegación en Andalucía de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) en la queja 15/5392, el informe de la Administración ha querido señalar que los criterios que la determinan son los mismos que presiden cualquier otra derivación entre Comunidades Autónomas, es decir, que no se dispongan de los medios necesarios para llevarlos a cabo, o bien porque justificadamente (por la alta especialización o complejidad) se estime conveniente que se practiquen en aquellos.

En nuestra opinión, la mayoría de las veces no llega a producirse la denegación, puesto que la Administración Sanitaria estima que cuenta con medios para el diagnóstico/tratamiento de la enfermedad, y en esta tesitura el especialista que viene tratando al paciente no asume la propuesta para la derivación, y por lo tanto no la solicita, teniendo en cuenta que la decisión le corresponde al profesional con el visto bueno de la gerencia de su hospital.

En definitiva, desde esta Institución pensamos que la posibilidad de acceso de las personas con enfermedades raras a los CSUR, al menos para recabar su apoyo en cuanto a la confirmación diagnóstica, definición de estrategia terapéutica y consultoría, tal y como viene definido en la norma reguladora de los mismos, debería flexibilizarse, estableciendo otro tipo de justificaciones para posibilitarla, aunque dicha determinación precisaría una regulación de carácter estatal, y por lo tanto, fuera del ámbito de nuestra competencia, a pesar de lo cual no descartamos la posibilidad de llegar a trasladar este asunto a la Defensora del Pueblo del Estado.

1.10.2.3.2 Atención al ictus

Después de una dilatada espera, en 2016 por fin recibimos la respuesta a la **Sugerencia** emitida por esta Institución en la queja 14/2535, iniciada de oficio, resaltándose por la Administración en primer lugar la reciente evidencia sobre la efectividad de los procedimientos de terapia endovascular en los pacientes con **ictus**, procediéndose a continuación a modificar las guías y la práctica clínica, a fin de que aquella se lleve a cabo en los ictus seleccionados en los que aparezca indicada.



Para cumplimentar esta determinación se aludía al diseño de las guardias de la especialidad correspondiente (neuro-radiología intervencionista), y se anunciaba la designación de cinco centros de referencia, al objeto de dar cobertura a toda la población andaluza.

A este respecto, se señalaba que ya había dos **centros de referencia de Ictus** (hospitales Reina Sofía y Puerta del Mar) que contaban con atención en neuro-radiología intervencionista durante las 24 horas, previéndose que a lo largo de este año se pusieran en marcha las otras tres (en concreto en septiembre la referida al hospital Virgen del Rocío, que fue el centro sobre el que versó inicialmente nuestra resolución).

A pesar del escaso tiempo transcurrido, la recepción en esta Oficina de algunas comunicaciones cuestionando la efectividad del sistema, y afirmando que existen provincias donde subsisten las demoras para el sometimiento a estos tratamientos, con el consiguiente riesgo para la recuperación de los pacientes, y necesidad de derivación a otros centros, nos ha llevado a realizar un seguimiento de la materialización de las medidas anunciadas por la Administración.

Con este objetivo le hemos solicitado un nuevo informe en el que le rogamos que nos indique dónde se van a ubicar las otras dos unidades de referencia y cuál va a ser el ámbito de cobertura de cada una de ellas; en qué momento se encuentra la implantación de las medidas que determinan la existencia de estas unidades (fundamentalmente la posibilidad de recibir la terapia que consideramos durante las 24h, todos los días de la semana) y cuándo se prevé que empiecen a funcionar; y por último, también queremos conocer si conforme a la evidencia científica aludida, la terapia endovascular está llamada a ser aplicada en ambos tipos de ictus, y la dotación de medios cubre esta eventualidad, para lo cual le hemos solicitado el detalle de los mismos.

1.10.2.3.3 Cirugía plástica, reparadora y estética

La cartera de servicios del sistema sanitario público no incluye la **cirugía plástica** más que en los supuestos previstos normativamente (apartado 5 del anexo III del R.D. 1030/2016, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios del SNS y el procedimiento para su actualización: «se excluyen todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con finalidad estética que no guarden relación con accidente, enfermedad o malformación congénita...»).

Para deslindar lo que se considera meramente estético de lo que no lo es, la Administración Sanitaria ha venido fijando los criterios que determinan el ámbito de "*lo operable*", estableciendo con precisión los requisitos que deben concurrir para intervenir por ejemplo la hipertrofia mamaria, o el exceso de piel sobrante tras una previa intervención de cirugía bariátrica, que son las situaciones que con más frecuencia se nos presentan.

Sucede que dichos criterios se han modificado últimamente puesto que los previstos en la Circular 1/93, de 11 de julio, se han sustituido por los enumerados en la Circular 41/15, de 9 de marzo, con la pretensión, en palabras de la propia administración, de actualizarlos desde una perspectiva estrictamente técnica y resolver dudas interpretativas que estaban conduciendo a situaciones dispares.

Ciertamente, en lo referente a la dermolipectomía antes se consideraba un complemento necesario de la cirugía de **obesidad mórbida**, y ahora se viene exigiendo acreditada repercusión funcional (faldón abdominal que rebase la sínfisis del pubis, y de esta manera dificulte la deambulación), mientras que en el caso de la **hipertrofia mamaria** el defendido beneficio que se dice incorpora la nueva regulación para las pacientes afectadas (reducción del volumen mamario exigido y aplicación del índice de masa corporal en función de la altura) tampoco hemos comprobado que se traduzca en un incremento de su acceso a la cirugía por esta causa.

En todo caso, nos parece que las decisiones de la comisión encargada de estos asuntos deberían incorporar la mención de los requisitos que son incumplidos, cuando resultan denegatorias de la cirugía por esta causa, y seguirse de las medidas adecuadas cuando los mismos pudieran resultar subsanables (por ejemplo derivación al especialista correspondiente para tratamiento de reducción de peso, cuando la circunstancia que obstaculiza la intervención de hipertrofia mamaria es la obesidad).



1.10.2.3.4 Rehabilitación

Detectamos una cierta relevancia de las quejas relacionadas con este asunto durante el ejercicio de 2016, fundamentalmente sobre la **demora en el tratamiento de rehabilitación**, poniendo en peligro su eficacia, y por lo tanto las posibilidades de recuperación que se le asocian.

Esta situación se evidencia en la queja 16/2435, en cuya tramitación pudimos acreditar el transcurso completo de un año, antes de poder recibir el tratamiento prescrito, el cual se planeaba con carácter previo a una valoración de opción quirúrgica. En concreto, pasaron seis meses desde que el neurocirujano recomendó el tratamiento hasta que el paciente fue visto por el especialista rehabilitador, y otros seis como mínimo, hasta que se dispensó la fisioterapia.

Con arreglo a la Guía de procedimientos de rehabilitación y fisioterapia en atención primaria, la caracterización de una propuesta como normal determina la inexigencia (entre otras condiciones) de que haya riesgo de que la demora en el tratamiento incida en la posibilidad de revertir los déficits o evitar la aparición o incremento de la discapacidad del paciente; pero ello no permite obviar el señalamiento de un plazo también para la misma, dentro del cual (cinco semanas) debe dispensarse el tratamiento para conseguir los fines que con el mismo se persiguen. Es decir que aunque pudiera estimarse que la demora no implicara el riesgo antes aludido, es evidente que prolongaba la situación de ausencia de funcionalidad, y por lo tanto el sufrimiento (paciente con agudización de síntomas en su proceso de estrechamiento del canal espinal).

Concluimos emitiendo una **Resolución** en la que significamos que ninguna de las instancias administrativas que debía intervenir para proporcionar al interesado el tratamiento recomendado por el neurocirujano, había actuado en tiempos que pudieran entenderse razonables y que resultaran ajustados en el marco de los principios que definen una buena Administración, ni el hospital para facilitar la atención del rehabilitador, ni el distrito sanitario para favorecer el acceso a la sala de fisioterapia, vulnerándose en este caso la previsión temporal que recoge la propia guía a la que nos referíamos.

Al margen de la demora también nos encontramos con **discrepancias respecto a la duración de los tratamientos**, y las circunstancias que motivan la terminación de los mismos (queja 15/4612, queja 15/4292, queja 15/6093, queja 16/2207 y queja 16/3837).

1.10.2.3.5 Reproducción asistida

Resulta oportuno completar este apartado dando cuenta de las actuaciones practicadas en la queja 15/2594, que se inició de oficio en 2015 a fin de valorar dos aspectos fundamentales en el marco de esta prestación sanitaria, a saber, los tiempos que marcan todo el proceso asistencial que determina su recepción, y los **defectos de información** que se vislumbran en las distintas etapas del mismo.

Por lo que hace al primer punto teníamos que tener en cuenta no solo los **plazos de lista de espera** propiamente dicha, sino también los que implican la derivación desde centros de nivel inferior y realización del estudio básico de esterilidad, llegando así a apreciar que con carácter general para la lista de espera hay un plazo medio de 13,5 meses, aunque hay centros que lo superan bastante.

En cuanto a los procedimientos de derivación son diversos y en conjunto pueden llegar a suponer seis meses más, todo ello sin contar con que solo el hospital Virgen del Rocío precisa en torno a los 10 meses para la derivación a su unidad de RHA.

Por su parte, advertimos que la información resulta falta de sistemática y uniformidad en cuanto a los medios y los momentos temporales en los que se ofrece, constándonos múltiples supuestos en los que las solicitantes no han sabido que estaban excluidas del programa hasta que se han interesado personalmente por su posición en la lista de espera.

Concluimos elaborando una **Resolución** que contiene Recomendaciones diversas, respecto a las cuales se nos ha ofrecido respuesta singularizada, destacándose a este respecto el anuncio de constitución de un grupo de expertos para la revisión de los documentos informativos actuales y el diseño de otros comunes para todas las unidades de RHA, así como la elaboración de estudios para poder llevar a la práctica la



posibilidad de consulta del estado de situación de la demanda en el registro a través de Salud Responde, y en otro orden de cosas, el ya más que repetido establecimiento de plazos máximos de referencia, ciñéndose el compromiso de llevarlo a cabo a este mismo año.

1.10.2.4 Atención sanitaria de urgencias

1.10.2.4.1 Urgencias extrahospitalarias

Prevalciendo los cuestionamientos globales sobre la suficiencia de los medios puestos a disposición de la **atención sanitaria urgente en determinadas áreas rurales**, se contabilizan igualmente denuncias vinculadas a supuestos concretos en los que la demanda de atención sanitaria urgente no se cumplimentó de manera satisfactoria, fundamentalmente por los tiempos invertidos.

En este segundo grupo nos detuvimos a analizar las circunstancias concretas que presidieron la atención relatada en la queja 15/2631 y concluimos emitiendo sendas **Recomendaciones** para análisis del caso en la comisión de seguimiento y **mejora de la coordinación de urgencias y emergencias del Distrito**, así como adopción de medidas para garantizar la obligación de los dispositivos de comunicar al centro coordinador los diversos estados que se suceden durante su movilización.

Otros dos casos polémicos, sustanciados a través de la queja 16/2515 y la queja 16/2881, pusieron de actualidad la conocida problemática sobre la **atención extrahospitalaria urgente en la zona de Badolatosa (Sevilla)**, sobre la cual hemos intervenido con reiteración, solventándose hasta el momento la demanda realizada por la población de la zona, una vez acreditada la posibilidad de ser atendida en el punto de urgencias de Jauja, con la utilización de la ambulancia ubicada en este último para la realización de desplazamientos que sean necesarios al hospital de Osuna, de forma coordinada con uno de los equipos móviles del punto de atención urgente de Estepa, que completará el traslado tras la recogida del paciente en una localización convenida entre ambos.

La solicitud de un **equipo médico adicional para** la atención urgente es el hilo conductor de sendas reclamaciones referidas a los municipios de **Alhaurín el Grande y Estación Cártama**. Con un ámbito parecido de cobertura poblacional, plantean esta pretensión para evitar la desatención que al entender de sus promotores se produce, cuando el único médico de guardia en el centro de salud de la localidad debe desplazarse en ambulancia para atender las urgencias fuera del mismo, llegando incluso a prolongarse esta situación durante un tiempo considerable.

Tras la puesta en relación de los medios disponibles en ambos casos y los datos de actividad ofrecidos, pensamos que en Alhaurín el Grande en principio no parece que las activaciones del equipo móvil, ni los tiempos que entrañan las mismas, distorsionen excesivamente la dinámica de atención en el propio centro de salud de los profesionales que conforman el dispositivo de atención a urgencias, en relación con la franja horaria controvertida; mientras que en Estación de Cártama solo durante los fines de semana podría resultar discutible.

Ahora bien, ello no quita que la actividad asistencial pueda verse salpicada de disfunciones, puesto que la coincidencia o sucesión de demandas de atención con elevado nivel de prioridad en un corto espacio de tiempo, unido a la concurrencia de activaciones del equipo móvil, incluso para dar cobertura secundaria a otras localidades, puede originar en determinados momentos situaciones de difícil atención, incumbiendo a la Administración la función de minimizarlas y tratar de responder de la mejor manera posible.

A pesar de todo, traemos a colación la previsión que en el denominado **Plan de Mejora de las Urgencias Hospitalarias** se contiene en relación con la elaboración de un plan de mejora de las urgencias prehospitalarias (dispositivos de cuidados críticos y urgencias de atención primaria y 061), y el compromiso asumido por la Administración en la respuesta a las **Recomendaciones** emitidas en la queja de oficio tramitada por esta oficina sobre urgencias hospitalarias (queja 15/0161) para llevarlo a cabo, dándose cuenta de los primeros pasos que se estaban adoptando



Como nos parece que la valoración que conlleva la elaboración del mencionado plan es el método más efectivo para evaluar situaciones como las que se plantean en estas quejas, nos hemos propuesto realizar el seguimiento de su oportuna materialización.

Por otro lado, quisiéramos dejar constancia de la resolución favorable de la problemática originada por la denunciada inactividad del **servicio de urgencias del centro hospitalario de alta resolución de Alcalá Real (queja 14/0497)**, tras la comunicación por la Administración Sanitaria de la existencia de un compromiso de apertura a lo largo de 2016, y sobre todo tras conocer por diversos medios de comunicación, que definitivamente se completó la cartera de servicios de dicho centro, poniéndose en funcionamiento dicha prestación con fecha 1 de abril.

En cuanto a las **urgencias de Baza**, que constituían el objeto de la queja 15/1903, estimamos oportuno solicitar a la Administración Sanitaria el traslado de una copia del estudio técnico realizado para analizar la situación.

A la vista de los datos de actividad obtenidos en un determinado período, aquella llega a la conclusión de que el servicio de urgencias del hospital puede asumir la atención de los pacientes que vienen siendo atendidos por la UCCU de atención primaria, sin superar el estándar recomendado (tres pacientes por hora para cada facultativo en todos los tramos horarios).

Partiendo de esta premisa se postula un nuevo modelo de atención a urgencias en la zona que conlleva la eliminación del punto fijo de atención primaria de urgencias, de manera que en el horario ordinario de funcionamiento del centro de salud (desde las 8 hasta las 20 horas) se proporcionará por los facultativos del mismo, y por el equipo móvil allí ubicado en cuanto a la atención de urgencias en el exterior; trasladándose este al hospital en el tramo que va desde las 20 horas hasta las 8, y durante los fines de semana, y dispensándose desde aquella atención urgente ininterrumpidamente a quienes la demanden, o sean derivados por los equipos móviles o desde los centros de salud.

Lógicamente, desde esta Institución no podemos discutir los parámetros de actividad tomados como referencia, aunque estimamos irregular el mantenimiento de una duplicidad de módulos de atención urgente en un mismo dispositivo que se reparte los pacientes conforme a criterios artificiosos, y creemos que, al margen de que las decisiones adoptadas puedan entenderse adecuadas o no, obedecen a la mecánica que ha precedido su adopción en otras ubicaciones, tras la valoración específica de los principales indicadores en estos casos (población, cronas, recursos y frecuentación).

1.10.2.4.2 Urgencias Hospitalarias

En el informe de 2015 dimos conocimiento de la iniciación de un expediente de queja de oficio (queja 15/4983) para investigar la implantación en todos los centros hospitalarios que cuentan con servicios de urgencia, del **protocolo de atención en las Urgencias a las personas en situación de riesgo social**, a fin de conocer los resultados de la evaluación de funcionamiento, que al cabo de un año, estaba llevando a cabo la Administración Sanitaria.

En este orden de cosas, quisimos conocer si todos los centros contaban con los requisitos básicos establecidos en el mencionado protocolo, a saber, si se había adaptado aquel y con qué fecha, si tenían disponible la guía de servicios sociales comunitarios, se habían establecido las actuaciones de la unidad de trabajo social (UTS) y definido la estrategia ante la falta de recursos de servicios sociales, se contaba con un sistema de registro en funcionamiento, se habían desarrollado acciones formativas del personal y se contaba con espacio que preservara la intimidad de las entrevistas.

A este respecto, el informe remitido de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS nos indicó que la totalidad de los hospitales públicos cuenta con un procedimiento específico de atención, habiéndose adaptado el mismo al protocolo actualizado con anterioridad a 2015 en un 51,65% de los casos, y durante dicho ejercicio en el 48,39%.

También señala el informe que todos cuentan con una guía de servicios sociales comunitarios y disponen de un profesional de trabajo social de referencia (excepto el hospital Alto Guadalquivir que se vale del apoyo



de profesionales de atención primaria y servicios sociales), llevándose siempre a cabo un seguimiento de las personas acogidas al procedimiento, tanto en urgencias, como después del alta.

Al mismo tiempo, refiere que el 96,77% de los hospitales ha definido una estrategia específica para el caso de inexistencia de recursos sociales, encontrándose aquella en elaboración en el hospital de Riotinto; y que un 83,87% tiene un sistema de registro específico para esta tipología de proceso, mientras que el resto se vale de los sistemas de información general del hospital.

Por otro lado, el 70,97% de los centros dispone de un espacio para llevar a cabo las entrevistas en el ámbito de urgencias, mientras que los demás los tienen en otros servicios.

Por último, y por lo que respecta a la formación de los profesionales de urgencias y los responsables de la utilización de la guía de servicios sociales comunitarios, se alude a su desarrollo al momento de elaboración del informe, incorporándose otras actividades de esta naturaleza al plan de formación del año 2016.

Pues bien, junto a estos datos, también solicitamos que se cuantificaran los casos de pacientes en situación de riesgo social que se habían detectado en el período que estamos considerando de vigencia del procedimiento, clasificados por centro hospitalario, y atendiendo al criterio de inclusión en la categoría reseñada (personas con discapacidad que acuden solas, o acompañadas por persona que presenta dificultades para atenderle, ancianos con sospecha de malos tratos o abandono, mujeres o menores con sospecha de malos tratos, y personas sin hogar).

Además, en relación a este último colectivo (**personas sin hogar**) quisimos conocer aproximadamente la tipología de las afecciones que motivó la comparecencia en urgencia, el contenido de las intervenciones de la UTS que se desarrollaron, el número de casos en los que se determinó la derivación a un recurso de servicios sociales y la tipología de los mismos, así como el de supuestos en los que se acordó la prolongación de la estancia hospitalaria para garantizar la continuidad asistencial, el tiempo que alcanzó la misma y la dependencia del centro donde se llevó a cabo.

Sobre el particular el informe comenta que entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2015, comparecieron en los servicios de urgencia de hospitales públicos andaluces 1.591 personas que cumplían alguno de los criterios de riesgo social contemplados en el protocolo, se menciona que 966 fueron derivados a algún recurso social, (60,72%), y 383 prolongaron la estancia en el centro.

Del cuadro explicativo que se adjunta puede desprenderse que los hospitales que recibieron un mayor número de pacientes de estas características fueron, en orden decreciente: Virgen del Rocío (215 casos), Torrecárdenas (118), Virgen Macarena (110), Regional de Málaga (107) y Costa del Sol (103).

Ahora bien, en la medida en que no se distingue por criterio de inclusión, no podemos contabilizar cuáles de estos casos se correspondieron con la tipología de personas sin hogar, y por lo tanto cuál fue la pauta de intervención más frecuente en los mismos, y el tipo de recurso utilizado para la derivación, cuando se pudo poner en práctica esta vía.

No está de más hacer esta precisión puesto que una de las observaciones que desde esta Institución realizamos a la propuesta de protocolo, es que no existen espacios sociosanitarios a los que estas personas puedan acceder temporalmente en tanto se resuelve la enfermedad o al menos la crisis de la misma, y mientras se analiza su situación con idea de alcanzar otra solución que pudiera resultar definitiva en relación con la problemática social que les afecta.

En esta tesitura reflejamos también que los centros residenciales que se integran en el sistema de servicios sociales especializados no se conciben como dispositivos temporales para recibir cuidados y atención sanitaria, y que no está previsto un acceso inmediato a los mismos, el cual normalmente exige el reconocimiento de dependencia y la instrumentación de un largo procedimiento.

En todo caso, se nos dice que las derivaciones se han producido, con carácter general, a los siguientes tipos de recursos: centros residenciales, centros de acogida, centros de atención a drogodependencias, ayuda a



domicilio, centro de atención a la mujer, servicio de protección de menores, servicios sociales comunitarios, dispositivos de salud mental, unidades de estancia diurna, ONG y viviendas de apoyo a enfermos de SIDA.

En definitiva, se afirma que el procedimiento se está aplicando en todos los hospitales, planteándose como áreas de mejora los tres puntos que se reflejan a continuación: diferenciar criterios de riesgo social y urgencia social, para poder establecer un nivel real de prioridad en la atención a personas vulnerables; determinar protocolos consensuados con los organismos de los que dependen los recursos sociales más utilizados, e incrementar la formación,

Como consecuencia de la evaluación practicada, se avanza como resultado una nueva versión actualizada del protocolo (fecha del 07.08.2015 viene a sustituir a la que lo fue el 16.03.2014), tras cuyo análisis, aparte de algunas precisiones terminológicas, se descubre un nuevo apartado dedicado a la descripción de funciones, tanto del personal de triaje, como del equipo responsable, en el que se contemplan aspectos más relacionados con la asistencia de urgencias propiamente dicha.

Del análisis de su contenido nos gustaría destacar tres aspectos:

1. la anticipación de la atención a los pacientes incluidos en el ámbito de aplicación del protocolo, una vez asignado nivel de prioridad y circuito de atención, respecto de los pacientes de igual grado de prioridad asistencial
2. la valoración de la necesidad de practicar una exploración analítica y radiológica básica, con independencia del motivo de la consulta, cuando se detecten factores de exclusión social que limiten el acceso a los servicios de salud, y
3. la limitación de la permanencia en urgencias a un período de 24 horas, cuando sin haber criterio de ingreso se decide prorrogar la estancia hospitalaria por razones de desprotección o vulnerabilidad social, debiéndose en este tiempo, si no hay resolución del caso, indicar el procedimiento para establecer la unidad de gestión clínica hospitalaria de destino del paciente.

Atendiendo a lo expuesto, podemos **concluir** que los requisitos básicos del protocolo se cumplen de manera casi generalizada en los hospitales del sistema sanitario público, que de hecho ya se está funcionando con el mismo y se ha detectado un número concreto de pacientes con criterios para ello, de los cuales algunos se han beneficiado incluso de la medida excepcional de prórroga de la estancia hospitalaria que contempla.

Por otro lado, en la nueva versión del protocolo se vislumbran algunos aspectos que entroncan más directamente con la asistencia sanitaria propiamente dicha que se proporciona a estos pacientes, y por lo tanto, en cierta medida, se aproximan a algunas de las sugerencias que sobre este punto se plantearon desde esta Institución.

1.10.2.5 Tiempos de respuesta asistencial

Probablemente no hay un indicador de la calidad de la asistencia que aparezca más íntimamente ligado a los niveles de satisfacción de los usuarios que los **tiempos de respuesta asistencial**.

En el cómputo general de las quejas recibidas, las relacionadas con los tiempos que marcan las intervenciones quirúrgicas, las pruebas diagnósticas y las consultas de especialidades representan aproximadamente el 25%, mientras que la tramitación de los expedientes en este ámbito ha generado el grueso de las Resoluciones emitidas.

Partimos de un posicionamiento muy consolidado de esta Institución en torno a la **exigencia de plazos razonables** para las distintas actuaciones, demandando medidas para que se respeten los tiempos máximos que se han establecido normativamente, y reclamando en caso de superación de los mismos que se notifique dicha circunstancia a los usuarios, para que puedan ejercer el beneficio asociado (posibilidad de requerir que la actuación sanitaria en cuestión se les proporcione en el ámbito asistencial privado); pero reclamando también que las actuaciones que no gozan del beneficio de garantía de plazo de respuesta se desarrollen conforme a los criterios que determinan una buena Administración.



Para valorar el nivel de observación de los plazos de garantía de atención en primeras consultas de especialidades en el [hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva](#), cuyas agendas de citación se habían cerrado durante el verano, iniciamos de oficio la queja 15/3496.

En el curso de su tramitación llegamos a solicitar tres informes de la Dirección Gerencia del centro, saldándose el último de ellos con la remisión de los cuadros incorporados en Boletín de la Subdirección técnico asesora de gestión de la información del SAS, comparativos de visitas de atención primaria solicitadas y citadas por área hospitalaria y especialidad, y porcentajes de tramos de demora en consultas externas, relativos al ejercicio de 2015.

No podemos dejar de reseñar que la interpretación de los cuadros remitidos nos resulta bastante complicada, a pesar de lo cual tenemos que concluir, a la vista de los datos aportados, que la información periódica que sirvió de base para la iniciación del expediente no resulta acreditada, y por ello hemos decidido concluir nuestras actuaciones en el mismo, no sin antes advertir que en la información sobre listas de espera que se publica con posterioridad a su inicio (junio de 2016), se realiza un reconocimiento explícito del incumplimiento del plazo de garantía para la especialidad de traumatología, cuya espera media se sitúa aproximadamente en el doble de aquel (137 días).

Y es que, con independencia de los plazos que son objeto de publicación anual como resultado de un cálculo medio, en esta Institución hemos podido constatar directamente el incumplimiento de los términos máximos en supuestos concretos relacionados con todas las categorías “protegidas” por este sistema de garantía.

Así por ejemplo nos hemos manifestado en las Resoluciones emitidas para [primera consulta de especialista](#) (digestivo) en la [queja 16/1985](#), procedimientos [diagnósticos](#), en la [queja 15/3670](#) (colonoscopia), la [queja 16/1801](#) (colonoscopia con sedación), y la [queja 15/5427](#) (ecografía abdominal); e [intervenciones quirúrgicas](#), en la [queja 15/5439](#) (hernia discal).

Con respecto a las [intervenciones quirúrgicas que no tienen señalado plazo de garantía](#), el año pasado dimos cuenta de la Resolución elaborada en la queja de oficio [14/3235](#), sin llegar a comentar la respuesta recibida, la cual analizada con posterioridad, no nos ha permitido considerar aceptados los términos de aquella.

Así, por un lado la Administración afirmaba que el incremento de medios personales y materiales que proponíamos no siempre soluciona la problemática que se ponía de manifiesto, y se invocan para ello diversas medidas (mejora de los sistemas de información, reorganización de los servicios, revisión de protocolos y autoevaluaciones), que en su opinión ya se vienen practicando, porque resultan implícitas en el modelo de gestión clínica, o se exigen a efectos de la acreditación, aunque en nuestra opinión, sin cuestionar la validez de dichos instrumentos para lograr la mejora de la calidad, los mismos resultan insuficientes para disminuir la demora que preside la práctica de las intervenciones que consideramos, como de hecho queda demostrado por el aumento sucesivo del tiempo medio de respuesta del conjunto de las veinticinco intervenciones más frecuentes entre las mismas, en los años a los que se refieren los datos suministrados en el informe administrativo.

Recordamos la mención que de este aspecto hacíamos en nuestra resolución, por el aumento de 62 días experimentado entre 2012 y 2014, período en que sin lugar a duda ya venían funcionando los mecanismos más arriba aludidos, sin que ello tuviera una incidencia significativa en la resolución del problema.

En segundo lugar, y por lo que hace a nuestra propuesta de publicación de información sobre lista de espera para estas intervenciones, se rechaza esta posibilidad alegando que estos procedimientos quirúrgicos son muy heterogéneos, que intervienen distintas especialidades y a veces se realizan en distintos tiempos, por lo que su sistematización es dificultosa para que resulte comprensible.

A nuestro modo de ver, las argumentaciones expuestas no desvirtúan la posibilidad de ofrecer información sobre los procedimientos más frecuentes, tal y como se hizo con esta Institución en el informe remitido, pues las dificultades de comprensión sobre la misma se sitúan en el mismo nivel de las que afectan a la información sobre algunos de los procesos que están sometidos a garantía de plazo, y que por el contrario son repetidamente exhibidos.



Por otro lado, la aludida posibilidad de consulta de los tiempos de espera para las intervenciones por parte de los pacientes a las que se les han recomendado, solamente aparece referida en la web institucional del SAS, vinculada a los operativos Inters@s y Salud Responde, a los procedimientos que vienen amparados por la garantía de plazo.

En último término, se nos pone al corriente de una iniciativa de abordaje integral de la **obesidad mórbida**, para lo cual se va a constituir un grupo de expertos destinado a revisar la situación actual y establecer nuevos modelos organizativos para su atención, que resulten más eficientes.

Por la experiencia de esta Institución en el proceso asistencial de estos pacientes, el itinerario es largo y complejo, y en el mismo participan unidades especializadas y comités que deciden en torno a protocolos preestablecidos.

No dudamos que la revisión que se realice redundará en beneficio de la práctica quirúrgica que estos pacientes precisan, pero entendemos que esta cuestión, al margen de la previsión temporal que pudiera existir para su puesta en marcha, no permite por sí sola considerar aceptados los términos de nuestra resolución, desde una perspectiva global de la misma.

En todo caso, en este año, hemos tenido ocasión de pronunciarnos nuevamente en torno a la demora que preside este tipo de intervenciones (intervención de mandíbula en la [queja 15/2575](#), hemangioma en la [queja 16/1296](#) y cirugía bariátrica en la [queja 16/2626](#)).

Junto a **intervenciones quirúrgicas que no tienen plazo de garantía**, también se reclama por lo que podríamos llamar plazos intermedios: las citas para recogida de los resultados de las pruebas diagnósticas, las consultas para unidades especializadas en determinados procesos patológicos (traumatología, oftalmología), o el inicio de determinados tratamientos (rehabilitación, radioterapia) son las que realmente pueden llegar a eternizar un proceso asistencial, tanto en su faceta diagnóstica, como en la terapéutica.

Ciertamente resulta difícil imaginar, a tenor de la variabilidad de los itinerarios asistenciales, mecanismos que establezcan límites similares a los plazos de garantía en estos casos, pero merece la pena reflexionar al respecto, y sobre todo cabe reclamar un aumento de los medios en aquellos pasos intermedios que se han traducido en algunos casos en auténticos puntos negros del sistema (resoluciones sobre lista de espera para ser atendido en unidad de rodilla en la [queja 16/0183](#) y la [queja 16/4249](#), o en la unidad de retina en la [queja 16/4314](#)).

Con todo, en nuestra intención de tratar de seguir reconduciendo los tiempos de respuesta asistencial a niveles de razonabilidad, y teniendo en cuenta las esperas que se estaban barajando para la **reconstrucción mamaria** de las mujeres sometidas a mastectomías por causa de patología oncológica, hemos tramitado de oficio en este ejercicio la [queja 16/0714](#), habiendo llegado a elaborar **Recomendación** para el establecimiento de plazos de garantía de respuesta en los procedimientos quirúrgicos que conforman las diferentes fases del proceso de reconstrucción, que ha culminado en la publicación de la Orden de la Consejería de Salud de 22.10.2016, por la que se incorporan dichos procedimientos al Anexo I del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

1.10.2.6 Praxis médica

Con reiteración hemos explicado nuestro cometido en los expedientes de queja que incorporan denuncias de **mala praxis asistencial**, poniendo de relieve la imposibilidad de evaluar si se ha producido un apartamiento de la Lex artis, aunque mostrándonos dispuestos a valorar otras circunstancias del desenvolvimiento de los servicios que puedan considerarse susceptibles de mejora.

Aunque durante el ejercicio que comentamos se suscitaron algunas de estas demandas (en varios casos el asunto pendía de resolución judicial), ciertamente ha prevalecido en el conjunto de las quejas registradas, la problemática aparejada a la tramitación de los expedientes administrativos que deben conducir a un pronunciamiento sobre la concurrencia de **responsabilidad patrimonial**, partiendo precisamente de una decisión sobre la existencia de mala praxis.



En este orden de cosas, ya llevamos varios años llamando la atención sobre la incidencia que en la demora global que preside la resolución de estos expedientes, tiene el retraso en la aportación al servicio encargado de su tramitación, de los historiales clínicos o informes adicionales solicitados, desde los centros sanitarios en los que tuvo lugar la asistencia cuya corrección se discute.

La mayoría de las quejas se ciñen a dos hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y durante 2016 ha tenido especial protagonismo a estos efectos el **Complejo hospitalario universitario de Granada**, donde el retraso en algunos casos ha llegado a ser muy significativo.

Ya en el informe correspondiente a 2015 dimos cuenta de la Recomendación emitida a la Administración Sanitaria para que instara a los centros de los que se estaba 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.

Este ejercicio hemos tenido que volver a pronunciarnos por este mismo asunto en la queja 16/1702 y la **queja 16/2662**. Y es que si bien el hospital mencionado nos respondió indicando que se había solicitado al servicio gestor de estos expedientes información sobre aquellos respecto de los cuales el centro debía proceder a su agilización, para así facilitar la emisión de los dictámenes técnicos correspondientes, quedando a la espera de las instrucciones que considerara pertinentes de la Dirección General; por nuestra parte estimábamos que el hospital debía ser perfectamente consciente de los requerimientos recibidos, el plazo al que le obliga la resolución a la que más arriba nos referíamos, así como el que se establece en la normativa vigente para concluir la tramitación de aquellos, por lo que no necesita instrucciones adicionales a las ya emitidas por la Dirección General con carácter previo, para cumplir con las obligaciones que le atañen en este ámbito.

No obstante, y con el objeto de contribuir a facilitar la gestión que analizamos, y de acuerdo a las posibilidades que a esta Institución confiere el art. 29.1 de su Ley reguladora, acordamos elevar **Recomendaciones** en la referida queja 16/1702 para que la **Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS** tras la revisión de los expedientes de responsabilidad patrimonial en trámite que se encuentran pendientes de recibir documentación del Complejo hospitalario universitario de Granada, comunique a este último un listado de los mismos, instándole a su inmediata cumplimentación; así como para que la **Dirección Gerencia** de este último contacte con el Servicio de Aseguramiento y Riegos para clarificar las solicitudes de remisión de historias clínicas e informes médicos que estén pendientes, y se comprometa a dar respuesta inmediata a las mismas, y a respetar en el futuro el plazo de un mes previsto para este cometido en la Resolución 39/2010, de 27 de enero.

1.10.2.7 Derechos de los usuarios

Son habituales las reclamaciones relacionadas con la propia titularidad del derecho a la asistencia sanitaria del sistema público, y la expedición de los documentos que pueden utilizarse para hacerla valer; el acceso a la información sobre el proceso asistencial y el consentimiento informado previo a las distintas actuaciones asistenciales; la libre elección de profesionales sanitarios y centro hospitalario para someterse a intervenciones o tratamientos; o la obtención de copia de la historia clínica.

En este marco emitimos una nueva **Resolución** en materia de **libre elección de especialista psiquiatra** (queja 15/4809), asistimos también a otras reclamaciones para el **acceso a la información sanitaria de sus hijos por parte de cónyuges no custodios** (queja 16/1254, queja 16/4878 y queja 16/6339), o también recogimos una denuncia por la negativa a aceptar el ejercicio del **derecho a la segunda opinión facultativa** (queja 15/5392), aunque en estos casos estimamos que aquella puede soslayarse a través del de la libre elección de especialista y hospital.

Subsistiendo las reclamaciones sobre estos derechos que podríamos considerar convencionales, empiezan a cobrar relevancia otros más novedosos, significativamente el **derecho a la protección de datos de carácter personal**, en muy diversas vertientes.



Así se invoca el mismo en relación con la difusión impropia de información relacionada con el estado de salud de un paciente, más allá del restringido ámbito de personas que pudieran acceder a la misma por verse implicados en su tratamiento. Por ejemplo en la queja 16/1007 se trata de **datos sobre enfermedades de una persona sin hogar** en el anuncio efectuado para su localización por sospecha de padecimiento de grave enfermedad contagiosa. En la queja 15/3309 se sospecha del conocimiento que sobre un determinado episodio asistencial parecen tener el resto de pacientes ingresados en el mismo área del hospital. En la queja 16/1385 lo que se cuestiona es que el volante de derivación para la solicitud de cita de especialistas incorpore datos sobre los **antecedentes patológicos del paciente**. En la queja 16/6211 se denuncia la revelación por parte de un profesional médico del **estado de embarazo de una ciudadana a personas ajenas sin su previa autorización**. En la queja 16/844 lo que se cuestiona es la **remisión indiscriminada de información clínica** (incluidas las anotaciones subjetivas que constan en la historia) a la autoridad judicial, con ocasión de un procedimiento penal. Y por último en la queja 16/4589 se denuncia la entrega por dos veces de la historia clínica correspondiente a otro paciente.

En otros casos lo que se pretende es eliminar un determinado registro de la historia clínica, normalmente relacionado con el padecimiento de enfermedades mentales, mediante el ejercicio del **derecho de rectificación o cancelación**. De esta forma en la queja 15/4168 no se tuvo inconveniente en la eliminación de un determinado diagnóstico (esquizofrenia) por falta de motivación para su constancia en su historia clínica, dado que no se encontró ningún episodio ni tratamiento sugestivo del mismo, aunque el borrado del mismo, al conllevar la desaparición de la trazabilidad de dicho dato, impidió informar al interesado sobre quién lo introdujo, o cuándo.

También reviste interés la solicitud de información epidemiológica que se ventila en la queja 16/1661, pues mediante la misma se denuncia la negativa a proporcionar datos estadísticos de contagios de pacientes por *Klebsiella Pulmoniae* Carbapenemasa. La petición proviene de familiares de pacientes afectados, y la tramitación del expediente les ha permitido conocer el número total de casos declarados al Sistema de Vigilancia de Andalucía, así como el de brotes producidos por la bacteria, aunque la Administración Sanitaria estima que en ninguno de los pacientes afectados se ha evidenciado asociación causal entre infección por KPC y fallecimiento, debiéndose este en los pacientes que han muerto a la presencia de patologías de base de extrema gravedad, determinantes de la evolución y el pronóstico.

Por lo demás, también hemos tenido ocasión de valorar hasta qué punto se satisface el **derecho de un usuario a recibir respuesta escrita a su reclamación en los plazos reglamentariamente establecidos**, pues aun admitiendo la cumplimentación de estos aspectos (tiempo y forma) en la que se emitió al interesado en la queja 15/5551, pensamos que ello no bastaba para que la estimáramos adecuada, pues tal y como hemos podido comprobar también en otras ocasiones, nos parece que aquella no iba más allá de la realización de proclamas y manifestación de intenciones, pero no analizaba el problema planteado, es decir, si existía o no déficit de medidas de seguridad en la unidad hospitalaria de salud mental del centro, y no se pronunciaba en torno a medidas para combatirlo, en caso de que se apreciara aquel.

La normativa que regula el Libro de Reclamaciones de la Junta de Andalucía, así como el tratamiento que de las mismas se hace en la Carta de Servicios del SAS, obliga a comunicar actuaciones, y en su caso, medidas adoptadas, y no creemos que la respuesta a la reclamación del interesado respete estas prescripciones, y por lo tanto, sirva a la finalidad que debe presidir el sistema de reclamaciones, que no es sino la de detectar deficiencias y tratar de buscarles solución, propiciando al mismo tiempo la participación de los usuarios.

A tenor de lo expuesto, formulamos **Resolución** al hospital recomendando que la formulación de Reclamaciones y Sugerencias por el funcionamiento del servicio sanitario se siga de un análisis pormenorizado del asunto planteado que permita detectar déficits y valorar posibilidades de mejora, de forma que la respuesta emitida a las mismas, más allá de manifestaciones de intenciones, se centre en comunicar las actuaciones indagatorias realizadas y las medidas adoptadas en el caso concreto, sin perjuicio de otro tipo de evaluaciones globales que de manera periódica se puedan llevar a cabo.

En este orden de cosas, la demora en la remisión de algunos de los múltiples informes solicitados en el curso de la queja de oficio 15/5474, que se inició el año pasado sobre el establecimiento de un sistema de reclamaciones y sugerencias en la gestión de los servicios sanitarios públicos, nos ha impedido pronunciarnos



de forma generalizada sobre este asunto, por lo que esperamos poder dar cuenta de nuestras actuaciones en el mismo en un próximo informe.

1.10.2.8 Farmacia

En el conflicto de competencias suscitado entre el INSS y la Administración Sanitaria Autónoma en orden a la resolución de las reclamaciones por discrepancia en cuanto a los grupos de **copago** asignados, o el reconocimiento de la exención del mismo, que motivó la iniciación de oficio de la queja 12/5032, determinamos tras la recepción de los correspondientes informes, la derivación del asunto a la Defensora del Pueblo del Estado.

Durante bastante tiempo dicha Institución ha tramitado este tema hasta el punto de que, tras considerar que no resulta excesivo interpretar que entre las variaciones de la condición de asegurado o beneficiario se debe entender comprendida la decisión sobre el tipo de aportación farmacéutica que corresponde a cada usuario de un sistema de salud, formuló diversas Recomendaciones al Ministerio de Empleo y Seguridad Social para que las entidades gestoras de la Seguridad Social asumieran la competencia sobre resolución del tipo de aportación farmacéutica, así como al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para que impulsara las modificaciones normativas oportunas que permitieran garantizar adecuadamente los derechos de los ciudadanos en esta materia, ofreciendo seguridad jurídica a todas las partes implicadas.

A este respecto el primero de los organismos citados, aun continuando con el rechazo de la competencia, afirmó su voluntad en avanzar en la solución del problema y propuso la firma de un convenio marco entre los dos Ministerios implicados, que permitiera instrumentar una encomienda de gestión desde la Administración Sanitaria, manifestando también el segundo de ellos su prediposición para alcanzar un acuerdo.

Pues bien, durante el pasado ejercicio recibimos una comunicación de la Defensora del Pueblo del Estado manifestándonos la conclusión de actuaciones en el expediente, a la que se llega tras informar de la reunión mantenida en junio de 2016 por el Secretario General de Sanidad y Consumo, la Directora del INSS, y dos subdirectores generales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y se da conocimiento de la creación de unos grupos de trabajo que “de facto están funcionando para gestionar adecuadamente los problemas planteados que van surgiendo”.

La vigencia simultánea de normativa estatal y autonómica relacionadas con la **indicación, uso y autorización de medicamentos y productos sanitarios por parte del personal de enfermería**, motivó la comparecencia en esta Institución de algunos integrantes del mismo a fin de manifestar su preocupación por la situación de inseguridad jurídica que a su modo de ver les viene afectando, aludiendo en este sentido a órdenes contradictorias, informaciones y advertencias .

Y es que la Comunidad Autónoma Andaluza es la única que ha regulado esta materia, a través del Decreto 307/2009, de 21 de julio (BOJA del 5 de agosto), de manera que al amparo del mismo los profesionales venían desarrollando la aludida labor en tres ámbitos concretos: la denominada prescripción colaborativa, en orden al seguimiento de tratamientos que están sujetos a prescripción facultativa; la prescripción de fármacos que no están sujetos a receta médica; y los denominados productos sanitarios.

En este orden de cosas, dichos profesionales han sido acreditados por la Administración Sanitaria autonómica, una vez realizada la pertinente formación, y por otro lado se ha producido la aprobación de diversos protocolos en cuyo marco la aludida prescripción colaborativa ha venido teniendo lugar.

Pues bien, con posterioridad a dicha regulación, (que resulta incluso anterior a la modificación de la antigua Ley 29/2006, de 28 de julio, de Garantías y Uso Racional del Medicamento, por la Ley 28/2009, de 30 de diciembre), y dando cumplimiento a las previsiones de esta última, que luego se incorporaron al actual Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, por parte del Gobierno del Estado se ha elaborado el Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos de uso humano por parte del personal de enfermería.



Con independencia de la discusión que se cierra sobre la legalidad de algunos aspectos de su texto, que ha motivado la formulación de diversos recursos jurisdiccionales, en el ámbito territorial andaluz además se prevé un conflicto de competencia por entenderse que la normativa estatal invade competencias propias de la Comunidad Autónoma Andaluza.

Y es que desde el ámbito autonómico se estima como propia, atendiendo a la naturaleza ejecutiva de estas funciones, la competencia de acreditación en la materia de formación del personal sanitario, correspondiéndole a su entender el desarrollo de la oferta formativa, la exigencia de los programas formativos, la autorización y el procedimiento para su obtención, pudiendo el Estado fijar las bases que podrían consistir en la fijación de los criterios generales de la formación necesaria para obtener las competencias que deben poseer los enfermeros acreditados por las Comunidades Autónomas y establecer los necesarios mecanismos de coordinación.

Pues bien, a nuestro modo de ver, aun cuando las funciones comentadas vienen siendo avaladas por la Administración Sanitaria Andaluza, ello no impide su cuestionamiento desde entornos profesionales y sindicales, cuando no desde profesionales de otros estamentos sanitarios en el ámbito estrictamente laboral, que han tildado de intrusismo este tipo de actuaciones.

Es por eso que desde esta Institución suscitamos ante esta última, así como ante la Defensora del Pueblo el Estado, con el fin de que se lo trasladara al Ministerio de Sanidad, una doble alternativa temporal de solución.

Así por un lado propusimos un acuerdo de reconocimiento de la acreditación de los profesionales que ya venían desempeñando estas funciones (conforme a la D.T. única apartado 3 del R.D. 954/2015, de 23 de octubre), o en todo caso, una solicitud al mencionado Ministerio de impulso de la acreditación de las solicitudes individuales que pueda formular el colectivo amparado por dicha previsión.

Por lo que hace a la Administración Autonómica hemos recibido el informe que habíamos pedido, en virtud del cual, teniendo en cuenta su firme convencimiento en cuanto a sus propias competencias en materia de formación y acreditación, no entiende posible ni necesario el acuerdo que proponemos, aunque muestra su disponibilidad a certificar los reconocimientos o experiencias profesionales de los que tengan constancia, y que pudieran solicitarle.

Por su parte la Defensora del Pueblo estatal nos ha remitido el informe recibido del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por el cual tampoco consideran viable el acuerdo referido, en la medida en que “puede suponer que se ignore una norma jurídica vigente”, aunque al mismo tiempo señala en relación con las solicitudes individuales de acreditación, que se vienen tramitando las que se han recibido (370) dentro de los plazos legalmente establecidos, y que se han emitido las primeras.

Consideramos, por tanto, que de esta forma se cuenta con un mecanismo para legitimar la situación de los profesionales que aún pueden mantener dudas sobre la legalidad de su cometido, aun cuando la Administración Sanitaria Andaluza en su informe muestra su interés en disipar cualquier tipo de incertidumbre de los profesionales en este campo, y a este respecto da cuenta de las iniciativas llevadas a cabo para contribuir a esta finalidad: nota de la gerencia del SAS para dar respuesta a comunicado del Satse; comunicación de la aseguradora Zurich, y explicaciones ofrecidas en la mesa sectorial de sanidad del día 29 de abril.

En este sentido llega a afirmar que “tiene el convencimiento de que las actuaciones de sus profesionales de enfermería respecto de la prescripción farmacéutica están totalmente amparadas por las normas vigentes y cubiertas por la póliza de responsabilidad civil sanitaria que tenemos suscrita”.

En otro orden de cosas la falta de interoperabilidad de la **receta electrónica** ha motivado también algunos conflictos para los usuarios que han pretendido utilizar las mismas en sus desplazamientos fuera de nuestra Comunidad Autónoma (queja 16/0029, queja 16/3502 y queja 16/5209), a los cuales hemos explicado el proyecto que se está llevando a cabo desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en orden a permitir que los ciudadanos puedan llegar a obtener su medicación en cualquier oficina del país,



independientemente del lugar donde les hayan realizado la prescripción en dicha modalidad de receta, aunque el mismo aún se encuentra en fase de desarrollo.

1.10.2.9 Centros Sanitarios

Aunque en este epígrafe englobamos normalmente múltiples problemas que afectan a los dispositivos asistenciales de todo tipo, relacionados sobre todo con las condiciones materiales de los mismos: habitabilidad (queja 16/3599 sobre inadecuación de la sala de espera de un centro de diálisis, y queja 16/2827 sobre malas condiciones de la sala de espera de UCI del hospital de Valme), limpieza (queja 16/5098 sobre suciedad en dependencias del hospital Virgen de las Nieves, y queja 16/4452 relativa a suciedad en escalera de incendios del hospital de Jerez) ..., pero con incidencia en lo que venimos en llamar estrategia de humanización de la relación asistencial, también incluimos todas aquellas reclamaciones que se relacionan con la dotación, reforma o incorporación de **nuevas infraestructuras sanitarias**.

En las reflexiones que desde esta Institución hemos llevado a cabo sobre la afectación de los derechos de los ciudadanos por causa de la crisis económica, hemos evidenciado la paralización de las inversiones en este ámbito, afectando de muy diversa forma a los proyectos que pudieran plantearse en función del estado de situación de los mismos, hasta el punto de encontramos con hospitales o centros de salud prácticamente construidos, pero que no llegaban a ponerse en marcha, junto al incumplimiento de los compromisos temporales previstos en la edificación de otros.

Ello no obsta para que durante este período hayan continuado los contactos con la Institución, fundamentalmente por parte de asociaciones vecinales o plataformas ciudadanas que se han constituido para alcanzar el objetivo de dotar de un equipamiento sanitario a una determinada área geográfica o localidad, con el objeto de que atienda las necesidades asistenciales de la población de las mismas.

Nos congratulamos por ello de que algunas de estas aspiraciones vean pronta su realización, en algunos casos tras largos períodos de estancamiento. Por poner algunos ejemplos y tras cambiar la consideración expuesta en el primero de los informes emitidos en la **queja 13/6059**, se nos anuncia la puesta en marcha del **consultorio de Torre de Benagalbón (Málaga)**, poniendo de manifiesto las ventajas que supondrá para la población. En el mismo sentido, la ejecución de las **obras para la adaptación de la antigua Casa del Mar** a fin de abrir un nuevo centro de salud en el barrio de la Pescadería de Almería (queja 14/3121) se anuncian para su comienzo en el segundo semestre de 2017.

Por lo que hace al inicio de la actividad en el nuevo **centro de radioterapia vinculado al hospital de Jerez (queja 15/3946)**, se nos han explicado las incidencias que han acaecido en el proyecto de construcción del edificio, y las gestiones realizadas para dotarlo con un acelerador lineal, con indicación del tiempo que se hace preciso en relación con alguno de los trámites que preside su instalación.

Por contra, por lo que hace a la construcción del **nuevo centro de salud de Nerja (Málaga)**, que es objeto de la queja 14/5340, y encontrándonos aún a la espera de recibir el informe que pedimos con carácter complementario, no parece que tenga visos de activación, si nos atenemos a las noticias divulgadas por algunos medios de comunicación. El **CHARE de Aracena** (queja 15/5161) sigue pendiente de la resolución de recursos planteados en sede judicial con carácter previo a la posibilidad de llevar a cabo una nueva adjudicación de la obra. Y una problemática similar, principiada por el concurso de acreedores de la empresa adjudicataria de la construcción, viene afectando a la **ampliación del hospital de Algeciras**, la cual se reconoce en el informe recibido en la queja 15/5161, estar totalmente paralizada, aunque se plantea retomar esta actuación para el próximo período dentro del marco de financiación europeo para la provincia de Cádiz.

1.10.2.10 Enfermos mentales

Dando cumplimiento a la iniciativa que anunciamos en el informe del año anterior, durante 2016 hemos promovido un expediente de queja de oficio (queja 16/5473) sobre **tratamiento asertivo comunitario (TAC)** en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.



El II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA) establece el TAC entre sus estrategias prioritarias de actuación, y a raíz de dicha consideración se elaboró el documento marco "Desarrollo de Programas de tratamiento asertivo en Andalucía (Consejería de Salud/SAS, 2010)", en el que en relación a esta concreta modalidad de atención se establecen una serie de objetivos específicos, entre los que figura el de dotar a la red asistencial con los recursos necesarios para llevar a cabo estos programas.

En el Informe especial elaborado por esta Institución sobre "[La situación de los enfermos mentales en Andalucía](#)" se recogió la información suministrada en el II PISMA, en cuanto a las experiencias de este tipo que se habían puesto en marcha, advirtiendo que en la mayoría de los casos las mismas aparecían aisladas y dependientes de la coyuntura económica y política y, sobre todo, del voluntarismo de algunos directivos y profesionales más comprometidos con el objetivo de actuar «en y desde la comunidad» con aquellas personas afectadas de patología mental grave.

El documento más arriba señalado termina concluyendo que *"el TAC puede constituir un procedimiento de actuación eficaz para proveer una atención sanitaria de calidad a un perfil específico de personas usuarias: pacientes cuyas necesidades especiales pueden ser sólo parcialmente atendidas por los servicios de Salud mental al uso"*.

Se reconoce en este sentido que *"existen personas usuarias con altos niveles de disfuncionalidad que requieren respuestas más creativas y flexibles"*, y ciertamente el trabajo ordinario de esta Institución así lo ha puesto de manifiesto, pues muchas de las quejas que recibimos se relacionan con la atención sanitaria de pacientes que aparecen desvinculados de los servicios de salud mental, presentan mala adherencia a los tratamientos, padecen una evolución tórpida, son sujetos de ingresos continuados,...

Desconociendo por nuestra parte el progreso que haya podido experimentar esta iniciativa, hemos iniciado este expediente de queja para conocer su grado de aplicación en el ámbito de las unidades de gestión clínica de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía, interesando a este respecto información sobre cuáles de ellas cuentan con estos equipos en su cartera de servicios y cuántos están funcionando en la actualidad, su composición, y dedicación del personal que los integra y datos sobre número de pacientes que en la actualidad estén siendo atendidos por los mismos, así como sobre los que estén a la espera de acceder a este tratamiento, con expresión del tiempo aproximado que llevan en esta situación.

Por el momento nos encontramos a la espera de recibir la información requerida, habiendo remitido a la valoración que llevemos a cabo en el seno de dicho expediente, la consideración de algunos casos que se nos han planteado de manera individualizada, como es el relacionado con el cambio de ubicación del dispositivo para el tratamiento asertivo comunitario de la unidad de gestión clínica de salud mental Macarena (queja 15/5679).

El traslado de la Comunidad Terapéutica de dicha área también ha sido objeto de reclamación (queja 16/1013), y aun apreciándose falta de previsión, e inadecuación de la ubicación actual, hemos considerado que el asunto se encuentra en vías de solución, una vez constatado que se siguen desarrollando todas las terapias y actividades propias de dicho recurso, y fundamentalmente, que el emplazamiento actual se entiende provisional, llevándose a cabo en la actualidad una búsqueda activa de una alternativa.

Por otro lado la indignación de una ciudadana por el ingreso de su hija de catorce años en una unidad de hospitalización de salud mental de adultos (hospital de San Lázaro), instrumentada a través de la queja 16/2415, motivó por nuestra parte la revisión de la normativa autonómica que determina la hospitalización de menores en espacios específicos y adaptados, así como las previsiones contempladas a este respecto en los instrumentos planificadores, fundamentalmente el Programa para la atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia (PASMIA).

Subrayamos por tanto la infracción de deberes legales del hospital y emitimos al mismo tiempo **Recomendaciones** para que el centro se dotara con las zonas de hospitalización diferenciadas por tramos de edad (infancia y adolescencia) conforme a las previsiones establecidas en el PASMIA (en el área de pediatría para los menores de 14 años, y en área aneja, aunque separada de la unidad de hospitalización de adultos, para los comprendidos entre los 15 y 17 años), de forma que en tanto no se cuente con espacios diferenciados para la hospitalización de las personas menores de edad en la unidad ubicada en



el hospital de San Lázaro, se acuerde el ingreso de todos los menores del área de referencia del hospital Virgen del Rocío, en la planta de pediatría de dicho centro, con independencia de la Unidad de Salud Mental Comunitaria en la que vengán siendo asistidos.

La tramitación de una queja de oficio ([queja 16/0192](#)) a resultas de una noticia aparecida en algunos medios de prensa escrita sobre el descubrimiento de las [inhumanas condiciones de vida a las que presuntamente estaba siendo sometido un enfermo mental por su propia familia](#), nos permitió descubrir hasta qué punto un déficit de alerta por parte de los dispositivos sanitarios más cercanos, le había privado de la oferta asistencial que le correspondía a causa de su padecimiento.

Por nuestra parte repasamos los puntos más controvertidos de los hechos que habíamos llegado a conocer, a saber, que a un paciente nunca visto ni por tanto explorado por su médico de atención primaria, se le venía recetando medicación antipsicótica por conducto de sus familiares, sin que ni siquiera constara de dónde procedía la primera prescripción, ni estuviera claro el origen del diagnóstico; así como certificando reiteradamente su permanencia en cama y aislamiento domiciliario.

Contrapusimos este estado de cosas con las funciones que en el ámbito de la atención primaria de la salud están llamados a realizar los profesionales en cuanto a la atención y seguimiento de los pacientes afectados de enfermedad mental, y más específicamente de TMG, considerando que aquellos llegaron a conocer la existencia del paciente, y tenía indicios suficientes de su situación, pero no desplegaron la actividad que las normas y procedimientos instaurados les asignan, no pudiéndoles culpabilizar del estado de abandono del paciente, si es que llega a demostrarse, pero siendo responsables de que aquel no haya tenido la prestación asistencial que le correspondía, con las intervenciones que en cada momento se hubieran considerado adecuadas.

Resaltamos igualmente la extemporaneidad de las recomendaciones de la comisión de seguridad del paciente, extrañándonos fundamentalmente que se evidencie la falta de constitución de la comisión de TMG del área, y algunas otras medidas que se incorporan al proceso asistencial integrado de trastorno mental grave como características de calidad, y concluimos efectuando [Redondatorio de deberes legales y Recomendación](#) en la referida queja 19/0192 para que dichas medidas se adopten a la mayor brevedad, dándonos conocimiento de las mismas.

El interés de esta Institución también se cierne en cuanto a la dotación de plazas asistenciales de media/larga estancia, los mecanismos para el acceso a las mismas y la espera que pueda afectar a aquellos pacientes a quienes les han sido recomendadas.

Somos conscientes de que dicha tipología de recurso se contempla de una manera excepcional, pero también de que hay enfermos cuya evolución tórpida -evolución dificultosa, con frecuencia lenta-, falta de respuesta a las medidas de tratamiento adoptadas y agotamiento de recursos terapéuticos, demandan otro tipo de intervenciones, por lo que aparte de vernos obligados a recomendar que se considere esta opción terapéutica en algunos casos concretos (queja 16/1656), nos planteamos en el próximo ejercicio realizar una investigación de oficio sobre este asunto.

En concreto en el supuesto más arriba comentado emitimos [Resolución](#) para que junto a la recomendación de que se valore formalmente el acceso del paciente a plaza en hospital San Juan de Dios, se promueva su incorporación al programa de apoyo domiciliario de Faisem, así como la elaboración de informe médico suficientemente expresivo del cambio experimentado en su estado de salud respecto del que sustentó el reconocimiento de un grado I de dependencia, con el objeto de solicitar una nueva revisión del mismo, con vistas a la necesidad prevista de recurso residencial a medio-largo plazo.



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 16/0192**, dirigida al Área de Hospitalización de Salud Mental Ntra, Sra. de Valme, al Distrito de Atención Primaria Sevilla Sur y al Ayuntamiento de Dos Hermanas, relativa al **encierro de un enfermo mental por su familia en condiciones deplorables durante años**.
- **Queja 16/0714**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud, del Servicio Andaluz de Salud, relativa a la **lista de espera quirúrgica para las intervenciones de reconstrucción mamaria** que precisan las mujeres que han sido sometidas a una mastectomía.
- **Queja 16/1077**, dirigida al Hospital Virgen del Rocío y al Área de Bienestar Social y Empleo del Ayuntamiento de Sevilla, relativa al **fallecimiento de una persona en la puerta del hospital de la Mujer**, y las intervenciones previas de las Administraciones que hubieran estado llamadas a conocer de este asunto.
- **Queja 16/1402**, dirigida al Hospital Regional de Málaga, relativa al fallecimiento de un paciente en el Hospital Regional de Málaga porque no pudieron tratarlo en la UCI por **falta de camas**.
- **Queja 16/1642**, dirigida al Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Hospital Comarcal de la Merced, relativa a la **suspensión de actividad de la consulta para el tratamiento del dolor del hospital de Osuna**.
- **Queja 16/1969**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud, del Servicio Andaluz de Salud, relativa a la administración, diferida en el tiempo, de la **vacuna de la tosferina para los niños de 6 años**.
- **Queja 16/5473**, dirigida al Coordinador Autonómico de Salud Mental, relativa al **Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC)** en el SSPA.

Con respecto a la colaboración de las Administraciones con esta Institución la misma ha sido aceptable. No obstante, a continuación se destacan las **resoluciones 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 la adopción de medidas para la agilización del **diagnóstico de la malformación de Chiari y la adopción de la decisión terapéutica procedente en cada caso**; que se lleve a cabo una auditoría de los casos de malformación de Chiari tratados en el SSPA y se evalúen los resultados de la práctica quirúrgica, de los cuales se dé conocimiento a los afectados y la ciudadanía en general; que se adopten criterios comunes en orden al tratamiento, fundamentalmente por lo que hace a las intervenciones quirúrgicas y la técnica empleada en las mismas; se definan pautas comunes para la derivación a centros de referencia fuera de nuestra Comunidad Autónoma, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud, en el curso de las quejas 14/0306 y 15/0326.
- Resolución relativa a dictado de resolución expresa en relación a la solicitud presentada por la parte promotora de la queja, referente a expediente de **responsabilidad patrimonial, dirigida a Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Hospital "San Juan de Dios"**, en el curso de la **queja 14/1603**.
- Resolución relativa a la espera para la práctica de **intervenciones que no están cubiertas por la garantía de plazo de respuesta**, y por lo tanto, no tienen asignadas un tiempo máximo para su realización, prolongándose en muchos casos este último por un período que supera lo razonable, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultado en Salud, en el curso de la queja **14/3235**.



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 Personas con discapacidad

1.3.2.2.7 Salud

Tratamos de abordar aquí aquellas situaciones sometidas a nuestra consideración, en las que la discapacidad se constituye en elemento determinante del problema que se suscita en relación con la Administración sanitaria.

Ocurre, sin embargo, que las personas que comparecen ante esta Oficina raramente hacen mención de su condición de personas con discapacidad, o señalan la misma como circunstancia que pudiera menoscabar su posición a la hora de desenvolverse en el ámbito del Sistema Sanitario Público, lo cual no quiere decir que muchas de las personas que nos hacen llegar sus quejas no sean realmente discapacitadas, y que no piensen que dicha condición debería implicar algún tipo de medida que pudiera favorecer en muchos casos su itinerario asistencial.

Es más, en general la normativa sanitaria tampoco contempla a las “personas discapacitadas” como sujetos específicos de atención, pues cuando recoge las obligaciones de los poderes públicos en este ámbito, traducidos habitualmente en forma de programas específicos o medidas de diverso tipo, se refiere a «grupos de población de mayor riesgo» (Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad), o a «personas que padecen enfermedades crónicas e invalidantes» (Ley 2/98, de 15 de junio, de Salud de Andalucía).

De todas maneras, aunque escasamente, a veces quienes se dirigen a esta Institución por asuntos relacionados con la Administración sanitaria, aluden a dicha condición para hacer valer determinadas pretensiones. En este sentido, podríamos mencionar por ejemplo la de contar con intérpretes de lengua de signos en los centros, o la que frecuentemente recibimos solicitando la [exención del copago de medicamentos para este colectivo](#) (queja 16/2801).

Pero las más de las veces la condición de discapacitado debemos deducirla teniendo en cuenta determinados indicadores que se exponen en las quejas: carácter y gravedad de las enfermedades padecidas, solicitud de determinadas prestaciones, necesidad de material de apoyo y ayudas técnicas.

En este orden de cosas, comprendiendo tradicionalmente la actuación sanitaria actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras, quizás la primera y la tercera presenten connotaciones que directamente las vinculen en muchas ocasiones a la discapacidad.

La previsión de las deficiencias tiene procedimientos específicos, pero muchas de las quejas que anualmente recibimos ponen de manifiesto situaciones que realmente suponen un evidente riesgo de que la discapacidad aparezca. Así podríamos reflejar multiplicidad de expedientes en los que la demora en el diagnóstico y la adopción de las medidas terapéuticas (fundamentalmente la cirugía) impiden atajar las patologías invalidantes con la prontitud necesaria (por ejemplo, en la queja 15/0410 se denuncia la [demora en la cita](#) de resultados para paciente con paraparesia, o en la consulta con la unidad de columna de la queja 16/2485 y [queja 16/0771](#), o la unidad de retina en la [queja 16/4314](#)).

Ahora bien, como actividad esencialmente dedicada al tratamiento de déficits que pueden conducir a la discapacidad (aunque no siempre sea así), nos encontramos con la prestación de [atención temprana destinada a los niños que tienen problemas de desarrollo o presentan riesgo de padecerlos](#), la cual viene experimentando en los últimos tiempos importantes cambios no exentos de polémica.

El año pasado iniciamos un expediente de oficio ([queja 15/3646](#)) que, aunque inicialmente obedeció a las noticias a las que accedimos sobre el impago de subvenciones a los [centros de atención infantil temprana](#) (CAITs), posteriormente prosiguió en relación con la dinámica generada a partir del acuerdo marco que habría de regir la contratación de dichos centros, y las consecuencias perjudiciales que muchas asociaciones y usuarios derivaron de las condiciones que lo regían.



El problema de las subvenciones, causado por la sucesión de dos modalidades de gestión de la prestación que no se llevó a cabo sin solución de continuidad, se solventó a través de una convocatoria, que se tramitó y abonó a sus adjudicatarios; pero la denuncia sobre deterioro de la calidad del servicio, que se achacaba fundamentalmente a la insuficiente financiación que se otorga a los centros (escasez de sesiones, pérdida de la especialización de los CAITs, exclusión de la prestación para los menores a partir de 4 años que tengan algún apoyo en el ámbito educativo, demora en las valoraciones y el inicio de la prestación, ...), hizo que se modificara de manera sustancial el objeto del expediente, lo que nos llevó a solicitar la emisión de un informe complementario, que nos ayudara a conocer el estado actual de la problemática descrita.

En el curso de esta solicitud incorporamos múltiples peticiones de información para conocer el estado general de la prestación, las cuales tenemos que reconocer que no fueron respondidas en el informe que nos trasladó la Consejería de Salud.

A pesar de ello, tras la publicación del Decreto 85/2016 de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Temprana en Andalucía, del que aquel nos daba cuenta, y en plena fase de desarrollo del mismo, teniendo en consideración que intenta llevar a cabo una completa normación de la prestación, pensamos que no procedía una evaluación del sistema con nuestra anterior perspectiva, sino que la misma deberá llevarse a cabo bajo otras premisas, sin que esta Institución renuncie a acometerla en el momento en que se implante, siquiera mínimamente, el nuevo modelo.

En definitiva, por nuestra parte hemos venido apoyando el establecimiento del **régimen de concierto** para la gestión del servicio público de atención temprana, como medida para dotar de estabilidad financiera a los CAITs y eliminar las situaciones de inequidad en el acceso a la prestación, que hemos venido detectando; pero lo anterior no obsta para que mostremos nuestra preocupación en relación con el desenvolvimiento actual de la prestación, y la situación que pudieran venir padeciendo los destinatarios de aquella.

Somos conscientes de que hoy en día hay beneficiarios de la prestación que siguen teniendo problemas para acceder a la misma, o para recibirla en condiciones apropiadas a sus afecciones, por lo que a la espera de poder realizar el análisis antes mencionado, nos planteamos ejercer nuestra función de fiscalización de la actividad administrativa a través de la quejas individuales, poniendo de manifiesto los eventuales incumplimientos normativos que podamos detectar, y reclamando la adopción de las medidas oportunas para subsanarlos a través de nuestras resoluciones.

Pues bien, más allá de la prevención, **la asistencia rehabilitadora se configura como una prestación cercana al ámbito de la discapacidad**, que durante el período que consideramos para la elaboración de este informe, ha tenido una especial relevancia.

Esencialmente, la cartera de servicios del sistema sanitario público contempla la rehabilitación como tratamiento del déficit funcional recuperable, pero los protocolos aplicables para su dispensación no resultan ajustados en muchos casos a las expectativas de los pacientes o sus familiares, que de manera frecuente protestan por lo que consideran un cese anticipado del tratamiento.

En este sentido, se han manifestado ante esta Institución los promotores de diversas quejas, en varios casos en relación con la rehabilitación posterior al padecimiento de un ictus (queja 16/1638, queja 15/4612, y **queja 15/4292**), en otros la reclamación se motiva en la demora, llegando a emitir **Resolución** en la queja 16/2435, una vez que comprobamos que en el supuesto analizado en la misma se había tardado un año en dispensar al interesado el tratamiento que se le prescribió, mediando seis meses para la cita de rehabilitación, y otros seis meses para la del fisioterapeuta.

El **suministro de prótesis y material de apoyo técnico** constituye muchas veces un indicador de discapacidad, que con cierta regularidad también se sujeta a nuestra consideración.

Así, en la **queja 16/1710** la interesada, en tanto que usuaria de silla de ruedas eléctrica, nos explicaba que en un período aproximado de año y medio de uso de la que le habían suministrado, habían fallado las baterías y se habían desgastado las ruedas, hasta el punto de que aquella se encontraba inutilizable, pero a pesar de habersele prescrito la renovación de dichos componentes, no consiguió el necesario visado por



falta del transcurso del período que a estos efectos se establece en el catálogo (36 meses), por lo que como por otro lado si había pasado el período de garantía, se encontraba imposibilitada para poder desarrollar su vida independiente, y continuar su actividad laboral.

Ciertamente, el catálogo por el que se regula la prestación ortoprotésica en Andalucía, se aprobó hace ya bastante tiempo (Decreto 195/1998, de 13 de octubre), sin que por parte de la Comunidad Autónoma se hayan llevado a cabo las adaptaciones exigidas por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, para el cual el contenido de la prestación ortoprotésica estará determinado por aquellos artículos que expresamente se recojan en los catálogos que se elaboren en desarrollo de lo previsto en los apartados 6 a 10 del anexo VI.

Se da la circunstancia de que el catálogo de prestaciones que se incorpora a dicho anexo, que constituye cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (en terminología anterior al Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril), contempla como prestaciones, entre los accesorios para sillas de ruedas, la batería para sillas de ruedas eléctricas, y que la Guía descriptiva de ortoprotésis del Ministerio de Sanidad, que pretende definir el contenido común de la prestación, establece como vida media de aquella el período de un año, coincidiendo en este sentido con las manifestaciones de la interesada, según las cuales la reducción progresiva de calidad de las sillas a lo largo del tiempo, ha llevado consigo una importante reducción del período de vida útil de los mismos y sus componentes, de forma que en la actualidad no alcanzan el plazo marcado para la renovación, sino que duran en torno a los 15 a 18 meses.

En todo caso, el asunto expuesto se resolvió favorablemente, una vez que el hospital implicado lo revisó y determinó autorizar la renovación, tanto de la batería, como de las ruedas de la silla.

También el año pasado concluimos las actuaciones iniciadas de oficio en la [queja 15/5234](#), que tenía por objeto conocer la gestión del [material de apoyo para el cuidado de pacientes a domicilio](#), motivados por un lado por la demora que en ocasiones se había denunciado para su puesta a disponibilidad, así como por el escaso marco normativo que regula esta prestación (Orden de 9 de marzo de 2014 dentro del denominado Plan de Apoyo a las Familias).

Nos preocupaba que el acceso a este tipo de recursos (grúas para la movilización, camas articuladas, colchones antiescaras, ...) pudiera producirse de manera inequitativa; así como la calidad de la prestación, en la medida en que el nivel de existencias marcara también el umbral de accesibilidad, y con ello pudieran obviarse situaciones de necesidad.

De ahí, que nos interesáramos ante la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS por las siguientes cuestiones:

- Existencia de información centralizada a este respecto, bien en algún departamento de la Administración sanitaria, bien en la/s empresa/s suministradoras.
- Datos sobre las existencias de estos medios en los distritos, y los factores que marcan la dotación concreta de los mismos (población del área de cobertura, número de pacientes dependientes, ...) así como si se llevan a cabo nuevas adquisiciones para reponer el material deteriorado, o para aumentar la dotación en función de las necesidades detectadas.
- Procedimiento para la selección y dispensación a los beneficiarios, y la existencia de baremos o criterios de valoración unificados en orden a la adjudicación de cada uno de los medios considerados.
- Tiempos que marcan el acceso a estas ayudas técnicas a partir de su indicación (tiempos medios de acceso), desglosados por distritos, o al menos por provincias.

Con respecto a la primera cuestión, se nos dijo que existe una aplicación informática centralizada en dicha Dirección General, con múltiples funcionalidades, que permite comprobar los recursos y su disponibilidad.

De igual forma, se explica que se llevan a cabo compras centralizadas y en algunos casos contratos de arrendamiento para conformar la dotación de recursos y que los mismos se reparten en función de la edad de la población (mayor de 80 años), y el nivel de movilidad del material en cada provincia y distrito sanitario.



Se relata cómo se lleva a cabo la valoración de los pacientes por parte de profesionales de enfermería, conforme a protocolos unificados para cada tipo de recurso, y se menciona que el plazo medio de esperas es de 6 días.

En definitiva, consideramos que los datos suministrados evidencian una gestión sistematizada de la prestación y un conjunto no desdeñable de recursos, al tiempo que saludamos positivamente la participación de empresas de Faisem en el procedimiento que referimos, y la intervención en los trabajos que conlleva el mismo (funciones de custodia, limpieza e higienización, así como traslado, entrega y recogida), por parte de personas afectadas por trastorno mental grave.

Ahora bien, al cierre del expediente seguíamos manteniendo la duda respecto de si el nivel de recursos existente, y el índice de movilidad de los mismos, permite satisfacer las necesidades de todas las personas que precisan cuidados en el domicilio, pues en definitiva la solicitud de material se realiza tras la aplicación del baremo, desconociendo por nuestra parte los puntos de corte que en caso determinan la activación de aquella.

Cabría, por tanto, pensar que la disponibilidad de medios obligara a una aplicación estricta de los baremos aludidos, de manera que solo accedieran a los recursos aquellos pacientes que resultan adjudicatarios de una puntuación muy elevada, viéndose privados o, cuando menos, postergados en este beneficio, los que acreditan puntuaciones inferiores, y es en este sentido en el que cuestionábamos a la Administración sobre listas de espera.

La falta de una incidencia significativa de quejas sobre esta materia nos ha impedido alcanzar otras conclusiones, sin perjuicio de que las que pudieran seguir recepcionándose nos permitan quizás realizar otro tipo de consideraciones a este respecto.

Y es que sin ir más lejos, en la queja 16/4467 un ciudadano denuncia que lleva esperando tres años desde que solicitó una cama articulada para su esposa, sin que le hayan proporcionado información más allá de que está incluida en una lista, a pesar de que presenta un grado de discapacidad del 99%.

En otro caso ([queja 15/3557](#)), la reclamación se proyecta sobre la [escasez del material que se proporciona](#) en razón de la condición de lesionado medular de quien lo promueve, considerando que se le pide una excesiva durabilidad que perjudica su salud.

En concreto, entiende el interesado en este expediente que deberían proporcionarle una cánula al mes, y, sin embargo, solamente le suministran una para cuatro meses; o tres sondas de aspiración diarias, cuando por el contrario se pretende que las utilice en varias ocasiones.

Estima que otras pautas de dispensación de los productos adecuada a sus necesidades conllevaría la dispensación de un paquete de gasas al día, 1 bote de suero fisiológico cada quince días, 3 empapaderas diarias, 1 caja de tela adhesiva cada quince días también, y una caja de guantes al mes.

El informe recibido del dispositivo de atención primaria de referencia del interesado nos dio cuenta de la reunión mantenida con el mismo, en la que habían participado la coordinadora de cuidados de su centro de salud, y la enfermera gestora de casos, en la que, al parecer, llegaron a un acuerdo en cuanto al material que se le dispensa, lo que llevó a considerar el asunto en vías de solución.

1.3.2.4 Servicios Sociales

1.3.2.4.1 Personas sin hogar

...

Especialmente relevante en este ejercicio es la queja, iniciada en 2015, en la que se aludía a la situación vivida por una [persona sin hogar](#), que no solo sufrió una brutal agresión mientras pernoctaba en el porche de un cajero automático de una entidad bancaria, sino que además recibió 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 ([queja 15/4151](#)).

De la investigación de la queja se ha concluido que según el criterio del Jefe de Servicio, la intervención médica fue adecuada, criterio éste que no podemos contradecir por no disponer de los conocimientos técnicos adecuados, para valorar si la actuación fue acorde a la “lex artis” aplicable.

Sin embargo, hemos constatado también que la atención social recibida fue inadecuada, pues por el hecho de que la persona agredida fuera un usuario habitual de los servicios de urgencias, se presupuso que conocía los recursos sociales a su alcance. Sin embargo, al abandonar el centro hospitalario se vio desatendido y resultó de nuevo necesaria la intervención de los servicios de urgencias al poco tiempo del alta hospitalaria.

Como consecuencia de la investigación de esta queja, y a la vista del Protocolo de Atención a Personas en situación de riesgo social en las Unidades de Urgencias Hospitalarias del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, en cuya virtud se debe garantizar que el paciente en situación de riesgo social, se trate de un caso conocido o no, está en condiciones de seguir las indicaciones terapéuticas y si cuenta con un cuidador válido o entorno favorable para poder ofrecerle los recursos sociales más adecuados que garanticen la continuidad asistencial, se ha remitido una Recomendación para que se adopten las medidas organizativas convenientes, con el fin de que el Procedimiento de Atención a Personas en Situación de Riesgo Social se active en todos los casos en que una persona que haya acudido a Urgencias se encuentre dentro de los criterios de actuación, independientemente de que ésta solicite o no la atención social e independientemente de que se le pueda presumir un determinado conocimiento de los recursos sociales a su disposición. Nos encontramos a la espera de respuesta a esta [Recomendación](#).

...

1.4 EDUCACIÓN

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

1.4.2.3 Instalaciones escolares

...

En el Informe Anual de 2015 comenzábamos nuestra exposición manifestando la incapacidad de esta Institución para introducir materias novedosas en este asunto -ya que la mayoría de las quejas que recibíamos ponían de manifiesto la misma incapacidad de la Administración autonómica educativa para resolver las carencias, deficiencias y falta de conservación y mantenimiento en los numerosos edificios e instalaciones docentes andaluzes-. Durante el curso del año 2016 hemos tratado una cuestión que ha sido la que mayor número de quejas ha provocado. Nos referimos al grave problema del elevado número de centros docentes que existen en Andalucía en los que muchas de sus infraestructuras e instalaciones contienen un material altamente tóxico y peligroso, el asbesto, o mejor conocido como [amianto](#).

La voz de alarma llegaba de las noticias que en los primeros días del mes de junio comenzaron a aparecer en la prensa local de Cádiz haciendo referencia a la presencia de partículas de amianto en un suelo cercano a un aula de un colegio de Puerto Real, aula que había sido precintada.

Según se señalaba, todos los techos del edificio, de más de 50 años de antigüedad, contenían este material, de modo que los padres y madres exigían su sustitución de manera urgente, lo que, según la Delegación Territorial de Educación de Cádiz, no resulta posible. Por ese motivo, habían decidido no llevar a sus hijos



e hijas al centro docente hasta la finalización del curso, amenazando, además, con no matricularlos para el curso 2016-2017 si no se procedía a la sustitución, lo que significaría, de cumplirse la amenaza, reubicar a 400 alumnos en el resto de centros docentes de la localidad.

La presencia de este material, añadían las noticias, no sólo se había detectado en el CEIP de Puerto Real, sino también en otros cuatro centros docentes de la provincia, localizados, en concreto, dos en Rota, y otros dos en Jerez de la Frontera.

Considerándose que se pudiera estar conculcando el derecho fundamental establecidos en los artículos 15 y 27 de la Constitución (derecho a la integridad física y derecho a la educación, respectivamente), consideramos justificado iniciar, de oficio, un expediente para poder conocer la situación en la que se encontraban los centros educativos en cuestión, principalmente, en relación al CEIP de Puerto Real, y las medidas que, de forma urgente, se fueran a adoptar al objeto de solucionar el problema señalado. Además, interesamos que nos informaran de si se habían llevado a cabo las actuaciones necesarias para determinar qué otros centros docentes de la provincia podían contener amianto en sus instalaciones.

Fueron hasta 116 quejas individuales las que recibimos de otras tantas familias afectadas, requiriendo a esta Institución a que colaborara en la búsqueda de soluciones inmediatas.

Con enorme satisfacción recibimos la noticia del Acuerdo de 5 de julio de 2016, del Consejo de Gobierno, por el que se aprobaba la planificación de la retirada progresiva del amianto en las infraestructuras públicas educativas de toda Andalucía.

Así mismo, en los primeros días del mes de noviembre de 2016, tuvimos conocimiento, a través de la información facilitada por la Delegación Territorial de Cádiz, que durante el verano, y con la colaboración del Ayuntamiento de Puerto Real, se habían ido retirando las estructuras controvertidas, así como que ya se había licitado la redacción del proyecto de reforma integral del centro escolar afectado. ([queja 16/3000](#)).

Es evidente que esta medida supondrá un importante esfuerzo económico para la Administración educativa andaluza, aplaudiendo, además, que se hayan priorizado los edificios docentes, lo que adelantará en seis años el límite temporal que se había marcado la Unión Europea para eliminar todo el amianto existente en los edificios públicos.

...

1.4.2.6 Equidad en la educación

...

La inclusión en las aulas del **alumnado asistido por ventilación mecánica** ha merecido también la intervención de la Defensoría. La ventilación mecánica es una estrategia terapéutica que consiste en remplazar o asistir mecánicamente la ventilación pulmonar espontánea cuando ésta es inexistente o ineficaz para la vida. Para llevarla a cabo se puede recurrir o bien a una máquina (ventilador mecánico) o a una persona bombeando el aire manualmente mediante la compresión de una bolsa o fuelle de aire.

Pues bien, hasta no hace mucho tiempo la atención educativa que venían recibiendo estos niños era prestada en el centro hospitalario ya que pasaban ingresado gran parte de su existencia o, en el mejor de los casos, se proporcionaba atención educativa domiciliaria en los periodos de tiempo en los que el menor no se encontraba hospitalizado. Por fortuna, los avances médicos y tecnológicos están permitiendo que estos niños puedan, con muchas dificultades y superando grandes retos, acudir a los centros educativos. El problema es que estos no disponen de recursos necesarios para su debida atención asistencial.

Así, la Administración educativa reconoce que carece de competencias en materia sanitaria, y los centros educativos, a excepción de los específicos de educación especial, no disponen de profesionales especializados ni cualificados en esta materia, ya que no hay enfermeros ni personal no docente especializados con estas funciones. Por su parte, los monitores de educación especial tienen funciones puramente asistenciales y



no existen monitores con perfil sanitario que pueden atender cualquier necesidad que presente el alumno de autonomía personal y favorecer su integración.

Sobre este razonamiento, el ofrecimiento de la Delegación Territorial para el ejercicio del derecho a la educación de los alumnos afectados por estas patologías es la atención domiciliaria para cubrir sus necesidades básicas educativas en un ámbito controlado, o bien que la persona cuidadora principal del menor, en su gran mayoría las madres, lo atienda asistencialmente en el centro educativo donde se encuentre escolarizado.

Por su parte, la Administración sanitaria alega no disponer ni de medios ni de personal para la atención de los alumnos en los colegios, proclamando que se trata de un problema que ha de ser solventado en el ámbito educativo.

Mientras tanto las familias se lamentan de la inexistencia de la figura de monitor con perfil sanitario, por lo que han de ser las madres quienes realicen esta labor, obligándolas a estar durante toda la jornada escolar en el centro educativo. Reclaman, por tanto, el derecho constitucional de igualdad ante la ley, el derecho a la integración e inclusión social para sus hijos, y demandan que se tomen las medidas necesarias para su efectiva normalización y real igualdad. Nos trasladan que los menores no desean tener un profesor en casa, quieren acudir al colegio o instituto con el resto de sus compañeros, desean ser niños integrados, con amigos y con una realidad social igual al resto. Demandan las familias que la sociedad se conciencie ante la realidad de diversidad funcional de estos alumnos, y sea posible que puedan acudir al colegio sin la compañía de sus padres, que no cejarán en su empeño de romper las barreras sociales que existen para aquellos.

En esta tesitura, acordamos establecer un cauce de diálogo entre la Administración educativa, la sanitaria, las familias y la asociación de personas con ventilación mecánica (ASEVEMA) para analizar las concretas necesidades de apoyo sanitario básico de estos menores en el horario escolar.

En el encuentro con todos los agentes se abordaron posibles alternativas válidas para que la citada atención a los menores se procure por personal especializado distinto de la figura materna o paterna, logrando una mejor autoestima del alumno así como su integración e inclusión óptimas en el entorno educativo.

Se puso de relieve en la reunión que los monitores de educación especial son trabajadores de empresas contratadas, según pliego de condiciones técnicas publicado por la Delegación de Educación, quien contrata los servicios a esas entidades, pero no es la empleadora directa de los citados profesionales ni ejerce su dirección, y entre las funciones encomendadas a los monitores escolares no pueden contemplarse las tareas de atención a estos menores para las necesidades específicas que nos ocupan. En primer lugar, por carecer de las competencias necesarias para hacerlo y, en segundo lugar, porque no están recogidas las citadas funciones en el contrato celebrado con las empresas suministradoras del servicio que éstas prestan a los centros escolares.

No obstante, sí hubo acuerdo en torno a que es posible que estos profesionales, con la formación adecuada, pudieran hacerse cargo de la atención requerida a los menores con ventilación mecánica. Por ello, se cuestionó si estos trabajadores podrían, de manera voluntaria, incorporar las tareas vinculadas a esa atención a su normal desempeño profesional. Se trataría, pues, de que los monitores escolares asumieran llevar a cabo las funciones de atención sanitaria básica, sin recibir una contraprestación, al menos por parte de la Delegación de Educación, quien debe cumplir escrupulosamente los términos pactados que derivan del pliego de condiciones publicitado.

Esta voluntariedad del personal debería ir acompañada de la exención de responsabilidad civil de los trabajadores por los padres de los menores afectados, puesto que parece de todo punto inverosímil que nadie se ofrezca a llevar a cabo las tareas mencionadas, por las delicadas e importantes consecuencias.

También se valoró en el encuentro que la formación especializada en materia sanitaria para estos monitores podría proporcionarla la Delegación de Salud, a través de profesionales del Servicio Andaluz de Salud, además de asegurar una conexión permanente con éstos a efectos de despejar cualquier duda en todo momento. Para ello, surgió la posibilidad de poder contar con la atención del servicio del 061, y la conveniencia de poner en sobreaviso a los centros de salud y hospitales más cercanos a los centros escolares donde se



encuentren los menores afectados, para que el personal sanitario tenga conocimiento de que en su área de influencia existen pacientes con la patología citada y que pueden necesitar apoyo inmediato.

A pesar de la predisposición manifestada por las Administraciones para encontrar una solución factible que permita la incorporación de los menores con ventilación mecánica a los centros escolares, no siempre ello es posible ya que, como se ha expuesto, todo se hace depender de la buena voluntad de unos profesionales que se comprometen a realizar funciones de alta responsabilidad que no les corresponden, a pesar de que reciban la correspondiente formación sanitaria. (queja 16/0662 y queja 16/0664).

...

1.4.4 Actuaciones de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones

...

- [Queja 16/0850](#), dirigida a la Delegación Territorial de Educación de Jaén, relativa a la existencia de amianto en las infraestructuras del CEIP San José Artesano, de Torreblancopedro, Jaén.

...

- [Queja 16/2655](#), dirigida al Ayuntamiento de Sevilla, relativa al cierre del CEIP Teodosio por la existencia de una plaga de pulgas en sus instalaciones.

...

- [Queja 16/3000](#), dirigida a la Delegación Territorial de Educación de Cádiz, relativa a la presencia de amianto en colegios de la provincia de Cádiz

...

1.5 EMPLEO PÚBLICO

1.5.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.5.2.2 Quejas relativas a la provisión temporal (bolsas)

1.5.2.2.2 Transparencia en la gestión de las bolsas de empleo público

No suelen ser excepcionales las denuncias relativas al funcionamiento y gestión de la [Bolsa de Empleo Temporal del Servicio Andaluz de Salud](#), en relación con la aplicación de la cuota de reserva a favor de personas discapacitadas, supuesto planteado en la [queja 15/1871](#).

En ella el interesado, integrante de la Bolsa de Empleo Temporal de puestos básicos del Servicio Andaluz de Salud (Bolsa Única del SAS), manifestaba su discrepancia con la mecánica de funcionamiento de la misma en relación al [cupa de reserva de discapacidad](#) establecido en la normativa vigente (siete por ciento), por entender que la misma incorpora criterios restrictivos que a la postre implica el incumplimiento de los mandatos legales al caso, concretamente del Pacto de la Mesa Sectorial de Sanidad regulador de la citada Bolsa (Resolución de 21 de noviembre de 2013). En este sentido denunciaba la práctica de gestión del SAS de considerar [el cupa del siete por ciento de los contratos ofertados](#), y no de los nombramientos



efectivos, de tal modo que el rechazo de un contrato por persona del cupo de discapacidad, dicho contrato se contabiliza dentro de dicho porcentaje, pasando el contrato a ser ofertado a una persona integrante del turno libre, no a otra persona del cupo de discapacidad. Por añadidura, dicho porcentaje se aplica a nivel de centro sanitario, haciendo más restrictivo el sistema.

Frente a este planteamiento, por el SAS se afirma que el cupo de reserva se calcula en función de las ofertas realizadas al turno libre por centro y por categoría, teniendo establecido un programa informático conforme a unos criterios internos que garantizan dicha reserva dentro del turno libre. Mientras no se complete dicho cupo del siete por ciento, el programa seleccionará para las ofertas propuestas a personas candidatas de la reserva de discapacidad hasta su cumplimiento. Además, en el caso de tener el cupo cubierto, y el programa seleccione a un/a candidato/a con mejor puntuación dentro del turno libre, que tenga reconocida discapacidad, contabilizará dentro del cupo. Con esta mecánica el programa informático cubrirá esas ofertas, siempre por orden de puntuación, entre las personas con discapacidad incluidas en los listados para el Centro en cuestión.

Conforme a la información aportada, la aplicación informática que sustenta la gestión de la bolsa, no establece unas pautas numéricas para la selección de candidatos/as con discapacidad de forma predeterminada, esto es, que de cada "x" ofertas se asigne "y" a dicho cupo; ya que en cada una de las ofertas que se inician se calcula el porcentaje establecido para este cupo sobre el total de ofertas que se realizan al turno libre, siendo varios indicadores los que intervienen simultáneamente, mediante la aplicación de una fórmula matemática: $(n^{\circ} \text{ de ofertas acumuladas} + n^{\circ} \text{ de ofertas a realizar})$, multiplicado por el porcentaje establecido legalmente -0,07-, dividido por el n° de profesionales que han aceptado una oferta del turno de discapacidad >1 .

Con arreglo a dicha fórmula y aplicación informática, mientras no se cubra la plaza por dicho cupo, ésta mantiene el cupo por la que se ha reservado (promoción interna temporal, discapacidad o libre); es decir, una oferta pertenecerá al tipo de cupo que le corresponda desde su creación, hasta su asignación o caducidad. De esta manera, esa oferta será cubierta siempre por un candidato/a del cupo correspondiente, salvo que no existan más personas de dicho cupo.

Por otra parte, en relación a la **transparencia del estado de situación de las bolsas**, cabe indicar que, como en el resto de los demás turnos, sobre el cupo de discapacidad existe información disponible y actualizada en la web del SAS, donde se recoge para cada centro, categoría, tipo de vinculación y sistema de acceso, así como la nota de corte de la última persona candidata que ha aceptado una oferta.

Por nuestra parte, como quiera que la controversia se ceñía a la dinámica de funcionamiento del turno de reserva de discapacidad en la bolsa única del SAS, constatamos que en la página web del SAS se publicita, para cada categoría/especialidad y turno (libre, promoción interna y discapacidad) los listados de candidatos (a una determinada fecha de nota de corte de cada ejercicio), dirección o enlace en el que aparecen los mismos ordenados por baremo, con indicación de la experiencia en el Servicio Andaluz de Salud, la puntuación consignada por los aspirantes en el autobaremo de méritos alegados por los mismos y la puntuación definitiva obtenida en cada apartado del baremo (experiencia extramuros del sistema sanitario andaluz – NO SAS-, formación y otros méritos) tras la validación de méritos efectuada por la Comisión de Valoración. Así como listados definitivos de personas excluidas con indicación de la causa de exclusión.

En principio, la circunstancia de que la Bolsa Única del SAS, para cada una de las categorías/especialidades y turnos se sustancie a través de un concreto programa informático configurado a partir de determinados "criterios internos" (no ajustados a pautas numéricas predeterminadas, sino que para cada una de las ofertas que se inician se calcula el porcentaje establecido para este cupo sobre el total de las ofertas que se realizan al turno libre), no plantea sospecha alguna sobre su adecuación a parámetros de legalidad, dada la discrecionalidad administrativa sobre este aspecto.

No obstante, cualquiera que sean esos criterios o indicadores y la forma en que estos se incorporan a una determinada aplicación o programa informático, lo cierto es que los mismos ni se concretan en la normativa de referencia (en la Resolución del SAS reguladora de la Bolsa Única) ni se expresan en la página web del SAS en la que se publicita todo lo relativo a dicha bolsa para cada una de las categorías o especialidades. Tan solo en la información administrativa aportada en el expediente de queja se explicita la dinámica matemática de aplicación del cupo, circunstancia que favorece su opacidad y que, en la medida que afectan



y determinan el acceso al empleo público, deben ser objeto de publicidad y transparencia, ya en la propia regulación de la referida bolsa, ya en la propia página web del SAS.

Desde nuestra perspectiva, los datos respecto a la categoría al caso, aconsejaba que por el propio Servicio Andaluz de Salud, en su condición de órganos gestor de las bolsas, se lleve a cabo una evaluación sobre el grado de cumplimiento de la cuota de reserva de discapacidad en la Bolsa Única a nivel global, así como su materialización (y desviaciones) para las distintas categorías, en orden a detectar las disfunciones que pudieran ser imputables a la aplicación de criterios restrictivos incompatibles con el mandato legal en favor de la discapacidad.

Por ello formulamos a la Dirección General de Profesionales del SAS recomendación en el sentido de que se cursaran las instrucciones necesarias en orden a la publicidad y transparencia de los criterios que soportan la aplicación informática de la Bolsa Única del SAS en relación a la reserva o turno de discapacidad, recomendación que fue aceptada favorablemente por el citado organismo.

1.5.2.5 En relación a las políticas de empleo

1.5.2.5.3 Conflictos laborales

De entre los conflictos laborales planteados ante este Comisionado destacamos el relativo a los **gestores de telefonía/teleoperación** afectante al Centro Coordinador Provincial de Málaga de la empresa ILUNION EMERGENCIAS S.A., gestora de la atención telefónica que realizan los usuarios de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), cuestión que en el seno del expediente de queja 15/5127 fue objeto de Resolución en el siguiente sentido:

“RECOMENDACIÓN 1: Que a tenor de las consideraciones expuestas en relación con el cumplimiento del contrato de gestión telefónica para atender las llamadas que realizan los usuarios de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), se valore el grado de cumplimiento de las condiciones y cláusulas que rigen esta contratación administrativa, en especial en lo relativo al cumplimiento de las obligaciones en materia laboral por parte de la empresa adjudicataria, y se adopten, en su caso, las medidas procedentes de acuerdo con las normas reguladoras de la contratación administrativa en el sector público para asegurar el eficaz funcionamiento del servicio.

RECOMENDACIÓN 2: En atención a las consideraciones precedentes, que ponen de manifiesto las peculiares circunstancias que concurren en la prestación del servicio de gestión telefónica en el marco del servicio general de atención de las emergencias sanitarias en que se integra, se valore el grado de eficacia del actual modelo organizativo y de gestión y se analice y se adopten, en su caso, las medidas necesarias que redunden en la mejora de la prestación del servicio de atención a las emergencias sanitarias en el marco de la legalidad vigente.

RECOMENDACIÓN 3: Que por esa Dirección-Gerencia se de traslado a esta Institución del resultado de los análisis que aquí se postulan, así como, en su caso, de las medidas adoptadas al respecto.”



1.6 POLÍTICAS DE IGUALDAD DE GÉNERO

1.6.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.6.2.2 Empleo

...

Por otra parte, en nuestra [Memoria Anual de 2015](#), dábamos cuenta de la presentación de varias quejas relacionadas 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 aludida surgió 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.

Con fundamento en el principio de legalidad, jerarquía normativa y seguridad jurídica, esta Institución consideró 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.

Procede ahora dar cuenta del resultado final obtenido en la tramitación de esta queja y, así podemos afirmar que la Sugerencia aludida fue [aceptada](#) al manifestársenos que en los futuros procesos de elaboración y ejecución de las Ofertas de Empleo Público de dicha Agencia tendrían en cuenta dicha Sugerencia, cuya definitiva plasmación y concreción serán necesariamente consecuencia de las fases de negociación, informes



preceptivos y decisión por los correspondientes órganos, incluidos los colegiados, competentes en participar y adoptar las decisiones en esta materia. Con esta respuesta dimos por concluidas nuestras actuaciones.

...

1.6.2.3 Salud

El comentario de las actuaciones que ha llevado a cabo la Institución en relación con el derecho a la protección de la salud, con el enfoque transversal que implica la perspectiva de género, exige una justificación previa.

Como ya hemos señalado en otras ocasiones, muy difícilmente se alega desigualdad o discriminación por razón de sexo cuando se pone en cuestión el respeto del derecho antes mencionado, lo que por otro lado no exime de una realidad caracterizada por la existencia de diferencias en salud que se vinculan al género, aún cuando las causas que conduzcan a las mismas sean de carácter multifactorial.

Así, aun cuando no podamos afirmar hasta qué punto la organización del Sistema Sanitario y los procedimientos que se desarrollan en el mismo inciden a la hora de acceder a la prestación sanitaria, o la forma en que se dispensa la misma al colectivo de mujeres, con un propósito mucho más humilde traemos a colación en este apartado los planteamientos que hemos recibido en relación con **problemas de salud que padecen exclusiva o fundamentalmente las mismas, como forma de visualizarlas** y, por qué no, **como llamada de atención para que los poderes públicos investiguen la posición de la mujer en su relación con el sistema, y adopten las medidas que sean necesarias para solventar cualquier atisbo de desequilibrio comparativo con el otro sexo**.

Pues bien, en el marco de dichos **procesos asistenciales “femeninos”**, han acudido mujeres a esta Institución por motivaciones que no difieren de las que habitualmente son objeto de tramitación en esta Oficina con carácter general.

Por ejemplo, nos encontramos con quejas donde se sustancia la demora para la práctica de pruebas diagnósticas (ecografía de control de nódulos mamarios en la queja 16/2238), o bien se reclama demora en la práctica de intervenciones quirúrgicas, ya se encuentren sujetas a garantía de plazo de respuesta (histerectomía en la queja 16/5675), o no (hipertrofia mamaria en la queja 16/2628).

De la misma manera, en otros casos lo que se discute es la procedencia de la negativa a dispensar determinadas prestaciones (sustitución de implantes mamarios rotos en la queja 16/0242, o atención por parte de psiquiatra a víctima de violencia de género en la queja 16/6018).

En cuanto a la delimitación de las prestaciones que configuran la cartera de servicios de nuestro sistema sanitario, tenemos necesariamente que reseñar **la generalizada frustración de las expectativas de algunas mujeres que demandan del mismo intervenciones quirúrgicas para la reducción de mamas, las cuales más allá de motivaciones meramente estéticas**, ponen de manifiesto patologías de diversa consideración.

Aun constanding la repercusión funcional que se viene exigiendo para delimitar la cartera de servicios en el ámbito de la cirugía plástica, reparadora y estética, hay muchas pacientes que no reúnen el resto de los requisitos, fundamentalmente el que implica no superar un determinado índice de masa corporal.

Por nuestra parte, tampoco hemos podido comprobar que la actualización de los criterios que se aplican para delimitar lo que resulta operable, llevada a cabo por la Circular 41/15, de 9 de marzo, que se pretenden en la actualidad más beneficiosos para las aspirantes a este tipo de cirugía (se ha reducido el volumen mamario que se precisa extirpar y se aplica el índice de masa corporal en función de la altura), se haya traducido en un incremento del acceso a la cirugía por causa de hipertrofia mamaria.

En algunas ocasiones se presenta un cuestionamiento sobre el abordaje global de una determinada patología. Así, en la queja 16/0354 se denuncia el **incumplimiento de la guía de atención a mujeres con endometriosis** en el marco del SSPA, principalmente en lo referido a la falta de constitución de las unidades funcionales de carácter multidisciplinar previstas en aquella, y el equipo de referencia para todo el SSPA, en orden a la atención de las pacientes más graves; encontrándose el expediente pendiente de



resolver, después de haber solicitado en dos ocasiones que la interesada efectúe alegaciones al contenido del informe recibido de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS.

También nos llegó la denuncia relacionada con la problemática que entraña la **asistencia sanitaria a los pacientes de fibromialgia en la provincia de Huelva** (queja 16/2521), aunque la falta de cumplimentación por la asociación interesada del requerimiento de concreción en cuanto a los incumplimientos detectados del proceso asistencial integrado correspondiente a dicha patología, nos ha impedido iniciar la investigación de este asunto.

La aspiración de articular un protocolo reglado para la **eliminación de un determinado implante anticonceptivo** (dispositivo Essure), a la vista de las molestias y trastornos que se vienen generando a algunas de las mujeres que recurrieron al mismo, fue objeto de la **queja 15/6116**, dado que su promotora se encontró en un principio con el desconocimiento al respecto de su especialista ginecóloga, y la falta de respuesta del centro hospitalario ante el que se interesó por este asunto.

En el informe remitido por este último se nos dio cuenta de las reuniones mantenidas con representantes de las asociaciones de mujeres afectadas por el Essure, y con la propia interesada, de la que resultó la iniciativa de realizar una guía de actuación para los casos similares al suyo, aunque por parte de la Administración sanitaria no se estimó necesario la extensión de dicho protocolo u otro similar a todo el territorio de la Comunidad Autónoma, al considerar que en los centros se viene aplicando el de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Por su parte, esta Institución no tenía interés en que existiera un protocolo diferenciado, sino que invocamos su elaboración a los solos efectos de que se adoptara una actitud en relación con las mujeres que vienen sufriendo diversa sintomatología por causa de este método anticonceptivo, y a la vista de las dificultades expresadas por la interesada en este expediente, con el objeto de que se adoptaran pautas de actuación.

En lo que se refiere a la **interrupción voluntaria del embarazo (IVE) por causa de graves anomalías en el feto**, en el ejercicio que consideramos llegamos a emitir una **Sugerencia** para que por la Administración sanitaria se valorara la elaboración de un documento que recogiera los criterios que determinan el análisis de los restos fetales en estos casos, así como el procedimiento que conduzca a su realización, incluyendo en su caso la posibilidad de solicitud por las afectadas.

Sobre el particular concluimos que las prescripciones que pudieran existir en este campo derivan de instrumentos planificadores y metodológicos (proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio, plan de genética de Andalucía, ...) que no son comúnmente conocidos por los usuarios del sistema sanitario, y dado que las previstas en los mismos solo alcanzan la detección de las anomalías, y, en su caso, la comunicación de la opción para interrumpir el embarazo, sin que hayamos encontrado determinación alguna sobre la oportunidad de la biopsia/necropsia tras el aborto, los supuestos en los que procede, y el procedimiento para llevarlas a cabo; nos pareció que podía resultar oportuna la contemplación de estos aspectos en algún documento, al que pudieran acceder con facilidad las gestantes, y resultara explicativo de sus derechos en orden a la recepción de esta prestación, dando cumplimiento de esta manera a lo dispuesto en el art. 6.1.c de la ley 2/98, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (derecho de los ciudadanos a la información sobre los servicios y prestaciones sanitarias a que puedan acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso).

La Administración sanitaria, sin embargo, no compartió nuestra inquietud sobre este punto, considerando innecesaria la elaboración del protocolo que proponíamos, al entender que en la mayoría de los casos el diagnóstico prenatal está suficientemente documentado, lo que hace inútil la necropsia posterior; mientras que en los de anomalías cromosómicas que serían susceptibles de consejo genético para una nueva gestación, sería sobre los progenitores sobre los que habría que realizar el estudio.

No les parece aconsejable realizar la necropsia fetal por protocolo, sino en los casos en los que fuera estrictamente necesario a criterio facultativo para delimitar actuaciones a posteriori que precisan de esta práctica. Por eso, aun cuando en principio afirman que la necropsia de restos fetales se puede realizar a petición del facultativo o de la mujer, después estiman recomendable no informar a esta última de la posibilidad que le asiste de pedirla, más que cuando a juicio facultativo se dan las circunstancias antes referidas.



A nuestro modo de ver, el establecimiento de un protocolo no lleva consigo la realización generalizada de la práctica que consideramos, sino que lo que pedíamos precisamente era que quedaran recogidos mediante el mismo esos supuestos en los que aquella resulta imprescindible en orden a decidir actuaciones posteriores, y de esta manera se clarificara esta opción para las gestantes que habían determinado la interrupción del embarazo por esta causa.

En todo caso, a la vista de la respuesta administrativa llegamos a la conclusión de que, a pesar de que considerábamos que podía haberse alcanzado una solución satisfactoria en este asunto, la Administración discrepaba razonadamente de nuestras argumentaciones, con fundamentaciones de índole técnica que no podemos enjuiciar, por lo que estimando agotadas nuestras posibilidades de actuación, concluimos las actuaciones en esta queja.

La prestación sanitaria que consiste en la aplicación de **técnicas de reproducción asistida** (TRE) constituye uno de los contenidos tradicionales de este informe. En el del año pasado aludimos a la iniciación de una queja de oficio (**queja 15/2594**) con el fin de indagar nuevamente en lo relacionado con dos aspectos concretos: los tiempos que marcan todo el proceso asistencial que determina el acceso a la prestación; y los defectos de información que se vislumbran en las distintas etapas del mismo, de forma que a pesar de la mención que realizamos de la misma en el capítulo de este informe relativo a la Salud, nos parece conveniente ofrecer una explicación más pormenorizada en esta sede.

El informe administrativo recibido incorporaba la mayor parte de los datos requeridos, a saber, tiempos medios de espera por centros hospitalarios, número de ciclos realizados por cada uno en los últimos cinco años, explicación de los procesos de derivación a las unidades de reproducción asistida, e información ofrecida en las distintas etapas del itinerario asistencial.

Teniendo en cuenta no solamente la lista de espera propiamente dicha, sino también los plazos que presiden la derivación desde centros de nivel inferior y la realización del estudio básico de esterilidad (EBE), hemos llegado a constatar que con carácter general para la lista de espera hay un plazo medio de 13,5 meses (aunque hay centros que lo superan bastante), mientras que los procedimientos de derivación pueden llegar a suponer seis meses más, todo ello sin contar con que solo el hospital Virgen del Rocío precisa en torno a los 10 meses para la derivación a su unidad de reproducción humana asistida (RHA).

Por su parte, la información que se ofrece a lo largo del proceso adolece de falta de sistemática y uniformidad en cuanto a los medios y los momentos temporales en los que se comunica, constándonos múltiples supuestos en los que las solicitantes no han sabido que estaban excluidas del programa hasta que se han interesado personalmente por su posición en la lista de espera.

En la **Resolución** emitida en el curso de la tramitación de este expediente de oficio incluimos varios ejemplos de quejas que ponen de manifiesto como operan los diversos procedimientos de derivación e información, así como la falta de uniformidad a la hora de aplicar los cambios que se han ido sucediendo en las prestaciones.

Al mismo tiempo elevamos a la Administración sanitaria las siguientes Recomendaciones:

“1. Que se lleve a cabo una valoración de resultados de los distintos procedimientos de derivación, sobre todo en lo relativo a la participación de atención primaria y ginecología, realización del EBE, e intervención de varias unidades de RHA hospitalarias; con el fin de identificar las mejores prácticas, que permitan el diseño de un proceso unificado que asigne tiempos máximos de realización a cada una de sus fases.

2. Que se protocolice la oferta de información incluyendo en todo caso la entrega de documentos escritos que resulten expresivos de las causas de inclusión y exclusión del programa, al tiempo que se asegure la notificación individualizada e igualmente escrita de la salida de aquel, en el momento en que se produzca la circunstancia determinante de la misma.

3. Que se posibilite la consulta del estado de situación de la demanda de asistencia en el registro de reproducción humana asistida a través del dispositivo Salud Responde.



4. *Que, una vez se complete el estudio diagnóstico y se determine la técnica aplicable, se estudie la posibilidad de ofertar centros hospitalarios distintos al de referencia para llevar a cabo la misma, siempre que tengan asignados menores plazos de lista de espera, aún a pesar de la complejidad que entrañarían los desplazamientos frecuentes.*
5. *Que se establezca un plazo máximo de referencia para la aplicación de las TRHA y se oferte la derivación a centros sanitarios privados a quienes vean superado el mismo.*
6. *Que se contemple especialmente la grave situación de la prestación que consiste en la aplicación de TRHA en la provincia de Sevilla, y se adopten medidas especialísimas para afrontarla, bien mediante el establecimiento a la mayor brevedad de una nueva unidad para la práctica de técnicas avanzadas, o en caso contrario, a través del concierto con centros sanitarios privados”.*

Una vez remitida la mencionada resolución al centro directivo correspondiente, se nos ha dado respuesta para cada de las Recomendaciones aludidas.

En este sentido, se nos dice que el estudio para identificar las mejores prácticas ya se hizo, sin que se concluyera la supremacía de algún modelo sobre otro, en función de los recursos de cada área, aunque sí se aprecia como buena práctica la formación de los profesionales (médicos de atención primaria y ginecólogos) en la atención a las personas/parejas demandantes de estos tratamientos, por lo que se anuncia que se va a proceder en este sentido.

En relación con la segunda, se acepta nuestra propuesta sobre la oferta de información y se alude a la constitución de un grupo de expertos para la revisión de los documentos actuales y el diseño de otros comunes para todas las unidades de RHA.

En cuanto a la tercera, se anuncian estudios para poder llevar a la práctica la posibilidad de consulta de estado de situación de la demanda en el registro a través de Salud Responde.

Por lo que se refiere a la cuarta, se estima oportuno revertir los circuitos en cuanto a las técnicas básicas, aunque para las avanzadas no es posible actuar de la misma forma a la vista de la lista de espera que soportan en todos los centros del SSPA.

El establecimiento de plazos máximos de referencia se menciona como compromiso asumido por la propia presidenta de la Junta de Andalucía, y corroborado por el Consejero de Salud, refiriendo la primera la voluntad de llevarlo a cabo en este mismo año.

Por último, en cuanto a las mediadas relacionadas con la asistencia en la provincia de Sevilla se afirma que el establecimiento de una nueva unidad para el desarrollo de técnicas avanzadas en la misma se encuentra en fase de estudio.

A la vista de las respuestas emitidas y valorando globalmente los distintos aspectos que entraña la resolución, consideramos que por la Administración sanitaria se **aceptan** los términos de aquella, procediendo de esta manera a concluir nuestras actuaciones en este expediente.

También en el **informe del año pasado** estimamos oportuno dejar constancia de la comparecencia ante esta Institución (queja 15/2182) de una **Asociación de mujeres mastectomizadas**, para darnos a conocer la situación padecida por las pacientes que penden de la práctica de diversas intervenciones quirúrgicas de reconstrucción mamaria, para las cuales esperan en torno a los dos años, repercutiendo dicha demora en las posibilidades de normalización de sus vidas después de la enfermedad.

Comentamos entonces que nos encontrábamos pendientes de valorar la información ofrecida por el hospital afectado, de manera que a pesar de las medidas que se habían adoptado localmente para tratar de mejorar la situación que describían las interesadas, y a la vista de los testimonios de otras comparecientes que atribuían un tiempo de espera similar en otros hospitales del SSPA, decidimos iniciar un expediente de queja de oficio para llevar a cabo un análisis global de este asunto (**queja 16/0714**).



El estudio de la información ofrecida desde la Administración sanitaria nos llevó a reconocer la dificultad que entraña la valoración de los tiempos de espera en el proceso de reconstrucción de la mama, el cual puede resultar complejo a la vista de su diferenciación en varias fases, las cuales implican distintos procedimientos quirúrgicos, constándonos dos modelos tipo de proceso, el que conlleva la utilización de colgajos o injertos de piel, y el que precisa colocación de expansor y de implante posterior, culminados en ambos casos con la reconstrucción del pezón.

Del examen de los plazos que para estos procedimientos se reflejaban en el cuadro contemplado en el informe, resultaban sin duda tiempos bastante alejados de lo que se puede considerar razonable, si que a nuestro modo de ver los plazos de las fases sucesivas obedecieran a los tiempos precisos de recuperación, pues la comparación con términos tipo en estos casos no permitía esta conclusión.

En esta tesitura emitimos una **Resolución** en cuyo texto criticamos que estas pacientes se sometían a listas de espera sucesivas para completar el proceso, apoyamos la decisión de establecer plazos de garantía de respuesta, pero previniendo al respecto de la posibilidad de que los mismos solamente contemplaran el primer paso, y tras evaluar los datos desglosados por centros, nos planteamos hasta qué punto la elección de la técnica quirúrgica estaba condicionada por la cartera de servicios del hospital de referencia de la paciente.

Realizamos por tanto Recordatorio de Deberes Legales y las Recomendaciones siguientes:

- “1. Que para la superación de las situaciones de larga espera que acompañan las intervenciones quirúrgicas que implican el proceso de reconstrucción de las mamas tras la mastectomía, se adopten las medidas organizativas y asistenciales precisas para la satisfacción de la demanda, de tal manera que las afectadas disfruten del efectivo reconocimiento del derecho a la protección de la salud que establece el art. 43 de la Constitución.*
- 2. Que, una vez transcurrido el tiempo de espera previsto para los procedimientos que determinan la primera fase quirúrgica, los que integran el resto de las fases se lleven a cabo en los plazos que estrictamente imponga la recuperación de los primeros, y no se traduzcan en listas de espera sucesivas, vinculadas a las circunstancias de la organización asistencial.*
- 3. Que se clarifique el tipo de intervención que se puede llevar a cabo en función de la cartera de servicios de los centros (disponibilidad de especialistas en cirugía plástica y reparadora), y la elección de las técnicas quirúrgicas en relación con un caso concreto no venga condicionada por aquella en el hospital de referencia de la paciente.*
- 4. Que se contemplen plazos de garantía de respuesta para los procedimientos quirúrgicos que conforman las diferentes fases del proceso de reconstrucción, con independencia de que las posibles complicaciones del mismo y los tiempos de recuperación entre aquellas puedan determinar situaciones de suspensión de los mismos”.*

En general, a la vista de la respuesta elaborada por la Administración, por lo que hace a la agilización de los plazos para las operaciones, tanto en primera instancia, como las sucesivas que se hagan necesarias, podemos considerar aceptados los términos de nuestra resolución con el anuncio de elaboración, y más aún por la reciente publicación, de la Orden que establece la garantía de plazo de respuesta para estos procedimientos (Orden de la Consejería de Salud de 26.10.2016).

Ahora bien, en lo que respecta a la cartera de servicios de los centros, aquella se ha limitado a constatar que existe claridad al respecto de la misma, considerando irrelevante la disponibilidad de especialistas en cirugía plástica, teniendo en cuenta que las pacientes que lo precisen pueden ser derivadas a los centros adecuados, entendemos que en función de la técnica que se vaya a utilizar.

Por nuestra parte, sin embargo, partimos de la información proporcionada por la misma Administración en su informe inicial, la cual identificaba operaciones complejas (con colgajos de material autólogo) con cirujanos plásticos, y menos complejas (con prótesis) con cirujanos generales y ginecólogos.

La realización de intervenciones del primer tipo en hospitales que en principio no cuentan con cirugía plástica en su cartera de servicios, y la concentración de determinados procedimientos quirúrgicos en un



número muy escaso de centros, nos ha hecho pensar en un comportamiento diferenciado en cuanto al tratamiento quirúrgico ofrecido a estas pacientes, e incluso en la posibilidad de que la alternativa elegida para la reconstrucción obedeciera más a los medios disponibles en su hospital de referencia, que a las características que demandaba su proceso.

A lo anterior se une por otro lado venimos asistiendo a la denuncia efectuada por el colectivo de especialistas en cirugía plástica sobre la realización de intervenciones de reconstrucción por profesionales que carecen de la competencia necesaria para ello.

En este orden de cosas, y al objeto de valorar definitivamente el grado de aceptación de nuestras recomendaciones, nos ha parecido interesante solicitar un nuevo informe con el objeto de conocer, respecto de los distintos procedimientos quirúrgicos, cuáles deben ser llevados a cabo por cirujanos plásticos y cuales pueden practicarse por otros especialistas, así como en atención a dicho criterio, qué procedimientos se practican en cada centro del SSPA, con indicación de los conciertos que se hayan suscrito a este fin y el ámbito de cobertura de los mismos, así como del número de derivaciones intercentros que por esta causa se ha llevado a cabo en los dos últimos años.

Por el momento nos encontramos a la espera de la respuesta oportuna.

1.7 JUSTICIA, EXTRANJERÍA Y PRISIONES

1.7.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.7.2.2 Prisiones

...

Dentro del abanico de quejas que se reciben relacionadas con la presente materia, las que afectan al acceso a la protección de la salud presentan un marco competencial de evidente implicación en las funciones y desempeños que ostenta la administración sanitaria andaluza, encargada de la atención médica especializada de esta población reclusa, en los términos recogidos por la legislación.

Además, no debemos olvidar que **la población interna en prisión conforma un colectivo con especiales necesidades sanitarias** que requieren la respuesta justa y ecuánime del sistema sanitario.

El presente apartado lo cerrábamos en el anterior Informe Anual haciendo mención al expediente de queja 16/0844, que dio origen al **Informe Especial sobre las Unidades de Custodia Hospitalarias (UCH)**.

Así, a la hora de analizar el sistema sanitario penitenciario, ya recalcamos que el principal origen de las deficiencias detectadas era el modelo organizativo concebido en un **diseño que duplica la asistencia sanitaria (entre prisión y hospital) y provoca una ruptura en la atención integral del enfermo que deambula bajo dos sistemas sanitarios**. En este modelo asistencial 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, y 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. De esta forma, en Andalucía la prisión ofrece la atención sanitaria primaria y el Servicio Andaluz de Salud presta su asistencia especializada, siendo las UCH las dependencias habilitadas para cuando estos pacientes necesitan ingresar en los centros hospitalarios.

En relación a las funciones de supervisión de esta Institución sobre la actuación de la administración sanitaria andaluza, fueron realizadas las siguientes Sugerencias y Recomendaciones:



- Que se promueva desde su ámbito de competencia el cumplimiento de las previsiones establecidas en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 67.3 del Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de Marzo), para lograr la transferencia de funciones y servicios en materia de sanidad penitenciaria de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Andalucía.
- Que, en tanto en cuanto persista la dualidad del sistema sanitario penitenciario de nivel primario y el sistema sanitario autonómico a nivel de especialidades, impulse ante la Administración del Estado la adopción de convenios específicos de cooperación y colaboración imprescindibles para ordenar y desplegar la debida asistencia sanitaria integral que los internos tienen reconocida.
- Que desarrolle un estudio de la aplicación práctica de los convenios específicos suscritos en las materias de medicina preventiva, salud ambiental, formación, salud mental, consultas entre especialidades e ingresos hospitalarios, con la finalidad de obtener los datos y criterios necesarios para la evaluación de control y seguimiento del convenio y, en su caso, la preparación de un nuevo marco de relación.
- Que se realice un inventario de Unidades de Custodia Hospitalaria (UCH) en relación con sus instalaciones, medios, servicios prestados durante los ingresos, estado de conservación, evaluación de costes, exigencias de atención de profesionales, etc. para disponer de una normativa coherente para estas dependencias y disponer de un régimen común de prestación de servicios en estas UCH desde las responsabilidades del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).
- Que se promueva mecanismos periódicos de coordinación con todas las Administraciones con competencia en la asistencia sanitaria para registrar en formularios, actas y soportes comunes los datos y elementos necesarios para la descripción y control de las actividades que afectan al cumplimiento de las responsabilidades de atención sanitaria. Estos registros deben ser aportados por las Áreas de Gestión Sanitaria, o la estructura que se determine, a fin de disponer de información actualizada y homogénea de la actividad de estos servicios sanitarios especializados.
- Que los centros hospitalarios de referencia en la atención a la población reclusa promuevan acuerdos o mecanismos con los Centros Penitenciarios para atender las necesidades específicas que se detecten entre los respectivos servicios asistenciales a tenor de la singularidad de la población reclusa, los recursos materiales del Centro, su dotación de profesionales sanitarios, organización de las consultas, conducciones, visitas de especialistas al Centro Penitenciario, servicios de emergencia sanitaria, etc. Dichos acuerdos serán debidamente integrados en el conjunto del SSPA a partir de la participación de las respectivas autoridades sanitarias.
- Que se favorezca la disponibilidad de la plataforma DIRAYA por los servicios penitenciarios, con la aportación técnico-económica de la Administración Central, en las condiciones de acceso definidas y con las debidas garantías, así como la utilización del NUHSA y la extensión del empleo de las historias clínicas digitalizadas en la población reclusa atendida por el SSPA.
- Que se potencie y fomente la presencia de especialistas en los Centros Penitenciarios como modelo preferente de asistencia, según la normativa en vigor, para todas aquellas disciplinas que permitan con mayor facilidad esta opción de proximidad asistencial.
- Que, en coordinación con los servicios penitenciarios sanitarios, se identifiquen iniciativas susceptibles de potenciar las prestaciones de asistencia primaria en el seno de los propios Centros Penitenciarios, mediante la formación del personal o la actualización del aparataje disponible, a fin de avanzar en el máximo aprovechamiento de la organización ambulatoria de los Centros y minorar la demanda asistencial hacia el hospital.
- Que, en coordinación con la Administración Penitenciaria, promueva las acciones formativas y de reciclaje de los profesionales sanitarios en aquellas facetas que complementan de manera más eficaz e integrada la atención primaria que desempeñan, en relación con los servicios de especialidades prestados por el SSPA.
- Que se garantice las intervenciones de las especialidades de enfermedad mental tendentes a coordinar su asistencia con el desarrollo del Programa de Asistencia Integral al Enfermo Mental (PAIEM) y, en particular,



con los procesos de continuidad asistencial ante la excarcelación del enfermo interno a través de sus recursos externos del SSPA.

- Que se establezcan protocolos específicos de respuesta ante los enfermos de Hepatitis C en prisión, mediante estudios especializados de prevalencia, priorización de respuestas y garantías de acceso a los tratamientos y prestaciones equivalentes a las disponibles por parte de la población general.

Recibido informe de la Consejería de Salud, se nos comunica que los Convenios entre el Ministerio del Interior y las Administraciones Andaluzas son la garantía asistencial a la población reclusa, que en Andalucía se han ido renovando durante diecisiete años, hasta el último que se firmó en agosto de 2013 y que estuvo vigente hasta finales de dicho año. No obstante, se dieron instrucciones a los hospitales del SSPA para que, con independencia de la vigencia o no del convenio, se continuara con dicha prestación asistencial a todas las personas internas en establecimientos penitenciarios de Andalucía.

De la misma forma, se nos indica que la colaboración entre la Consejería de Salud e Instituciones Penitenciarias se ha seguido manteniendo, habiéndose realizado actuaciones sobre coordinación y cooperación asistencial consistente en:

- Optimización del procedimiento para la gestión de citas para consultas de especialidades.
- Potenciación del agrupamiento de citas a varios pacientes para facilitar el transporte custodiado.
- Gestión de citas a través de Salud Responde.
- Establecimiento de horarios de atención diferenciados, a primera o última hora.
- Potenciación de intervenciones en acto único fuera y dentro de la prisión.
- Favorecer el desplazamiento de los profesionales a los centros penitenciarios, prioritariamente en enfermedades infecciosas y de salud mental.
- Designación de facultativos hospitalarios de referencia para los médicos de Instituciones Penitenciarias, estableciéndose Interconsultas y Consultorías.
- Desarrollar la Telemedicina.
- Elaboración de protocolos conjuntos de atención y establecimientos de criterios de derivación, basados en los Mapas de Procesos Asistenciales Integrados del SSPA, siendo actualmente los protocolos con mayor nivel de implantación los concernientes a VIH/SIDA y Hepatitis C.
- Aumentar las sesiones de formación y sesiones clínicas conjuntas.
- Puesta en marcha de las Comisiones de Armonización Asistencial.

En dicho estudio se abordó de forma concreta la peculiar **situación de Sevilla, al presentar numerosos problemas de coordinación en los traslados y conducciones desde los Centros Penitenciarios de la provincia y la variedad de destinos a hospitales y dependencias**. Para analizar más a fondo la peculiar realidad en Sevilla se acordó iniciar el expediente de **queja 16/5822** frente a la Delegación Territorial de Salud de Sevilla ante el agravamiento del problema.

Efectivamente, este aspecto es esencial para la mejor atención sanitaria, ya que ésta se hace depender de la eficacia en los traslados de estas personas enfermas desde sus centros de reclusión hasta los dispositivos asistenciales. Tales conducciones se deben realizar a cargo de las Fuerzas de Seguridad del Estado, según la ordenación de sus servicios. En concreto, para las citas médicas programadas o en casos de urgencias, el Cuerpo Nacional de Policía (CNP) tiene bajo su responsabilidad las conducciones que implican el traslado de los enfermos desde el centro penitenciario, su custodia durante la intervención asistencial y su posterior regreso de vuelta a la prisión.



Estos servicios necesitan una mínima dotación de funcionarios y vehículos que pueden verse gravemente complicados cuando coinciden en el tiempo una multiplicidad de personas afectadas y una dispersión entre los diferentes destinos sanitarios.

El agravamiento del problema esta motivado por los escasos recursos del CNP, lo que llega a provocar una severa disminución de efectivos policiales. Sin embargo, la entidad de este problema no es meramente policial, ya que la reducción de medios y recursos del CNP termina por perjudicar las capacidades de prestar los propios servicios de conducciones de enfermos y, consecuentemente, la pérdidas de citas médicas programadas o desasistencias en las urgencias. Obviamente, el perjudicado final puede ser el enfermo que soporta las disfunciones que se produzcan en los fallos de este esencial servicio. Al momento de redactar el presente Informe Anual estamos a la espera de evaluar las propuestas y criterios de la Administración Sanitaria.

También relacionado con una posible afección de la atención sanitaria a la población reclusa, iniciamos sendos expedientes de oficio [queja 16/1494](#) y [queja 16/5189](#) ante las noticias de una **insuficiencia de personal sanitario en los centros penitenciarios de Albolote (Granada) y de Sevilla I.**

Las circunstancias en ambos casos aludían a la existencia de “graves carencias de personal en el Centro” que pudieran afectar a las dotaciones de especialidad sanitaria lo que terminaría provocando la derivación de internos a los servicios del Hospital de referencia en Granada y Sevilla.

A este respecto, la Administración Penitenciaria, además de velar por los consagrados derechos constitucionales de los internos a la salud, la vida y a la integridad física, debe prever que estas posibles carencias asistenciales podrían revertir en la derivación de cargas de trabajo en los servicios hospitalarios de referencia que, probablemente, podrían ser evitadas de contar con la dotación sanitaria presencial en el Centro.

A la vista de la información ofrecida en ambos expedientes, las circunstancias transitorias de ausencia de personal para los servicios sanitarios han quedado superadas actualizando la cobertura efectiva de las plazas, por lo que consideramos que se habían abordado diferentes medidas dedicadas a mitigar los problemas que en su día motivaron nuestra actuación. Persistiremos prestando especial atención a estos delicados servicios.

En otro orden de cuestiones, esta Institución ha venido desarrollando una amplia y dilatada labor de **atención hacia los edificios, dependencias e instalaciones** en las que se determinan por las distintas autoridades sistemas de retención o privación de libertad, habiendo querido contribuir a la necesaria dotación de estos medios materiales para la debida atención de las necesidades que exige la Administración en Andalucía (Justicia, Sanitaria, Policial, etc.) para sus profesionales, así como para las personas que hacen uso de ellas en condiciones de privación de libertad o su derecho a deambular libremente.

Entre esas materias, sin duda, ha ocupado una especial atención los aspectos que inciden en estas instalaciones y que afectan de manera primaria a las condiciones elementales de dignidad y respeto a las personas que deben comparecer ante los órganos judiciales o centros hospitalarios privados de libertad.

A este respecto, esta Institución colabora activamente con el Defensor del Pueblo estatal en el marco del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT), concertándose una visita conjunta de ambas Defensorías -Estatal y Autonómica- al **Hospital Puerta del Mar de Puerto Real (Cádiz)**, para analizar sus servicios de ingreso de pacientes de salud mental, actuaciones que fueron documentadas en el expediente de queja 16/3873.

Ciñéndonos a los aspectos de la visita relacionada con la materia de prisiones, se advirtió en la visita a la Unidad de Agudos de Salud Mental la existencia de unos protocolos bien definidos y conocidos entre todo el personal que interviene, así como de su alto nivel de cumplimiento, y se analizaron las evidencias y registros de las prácticas que se aplican a los pacientes, en especial, de las medidas de contención físicas que se prescriben. Tales actuaciones fueron valoradas como buenas practicas, afirmándose por los responsables del MNPT que son unas prácticas que merecen una valoración muy positiva y que pueden ser interesantes para ser aprovechadas en otros recursos sanitarios por su efectividad y garantías hacia



los derechos de los pacientes.

Se destacó la aplicación de un modelo de declaración de voluntades de pacientes mentales aprobado en septiembre de 2015, que se ha propiciado desde muchos colectivos profesionales y asociaciones de pacientes y familiares, estando una enfermera del centro especialmente dedicada a recoger estas declaraciones y su incorporación al NHUSA, siendo gestionados por el DIRAYA con normalidad.

Solicitada información sobre los partes de lesiones y su gestión cuando se produce un ingreso por urgencias, se explica que estos partes se recogen con cuidado y son tramitados ante las autoridades de manera inmediata, ya sea de un origen penitenciario, de menores, violencia de género o de siniestralidad laboral. Al respecto, se apunta la mejora de los formularios, ya que deben recogerse de un lado las afirmaciones o el relato de la víctima y de otro las evidencias o restos que se indican en el parte para poder intentar evaluar una relación en lo uno y lo otro.

En cuanto a las contenciones mecánicas que se practican en la Unidad de Agudos de Salud Mental, fue valorada la excelente protocolización y el cuidadoso registro de las prácticas que se emplean en estos supuestos, como son las medidas, profesionales que la prescriben, motivación, ejercicio, controles, seguimientos posteriores, etc., dejando un registro de imágenes junto a formularios muy completos que quedan reflejados en las historias de enfermería. Sin embargo, no se aplica este protocolo en la Unidad de Custodia Hospitalaria (UCH) ya que las medidas de seguridad dependen de los agentes del CNP.

Del resultado de la visita y sus detalles destacados queda constancia en el expediente, procediendo a dar por concluidas nuestras actuaciones en relación a la visita, puesto que el resultado final se contiene en los informes que anualmente elabora la institución estatal. Todo ello, sin perjuicio de que esta Institución continuará junto al Defensor Estatal promoviendo su apoyo en estas acciones de mutua colaboración dentro del MNPT.

...

1.8 MEDIOAMBIENTE

1.8.1 Introducción

...

Pero ello, que es legítimo y muy necesario, tratándose además de un país de las características del nuestro (turístico, mediterráneo, etc.), no debe conllevar la autorización o la tolerancia de actividades que, por no realizarse en las condiciones establecidas por el legislador, provocan una contaminación acústica que vulnera derechos constitucionales. Éste y no otro es el sentido de las limitaciones y exigencias que el legislador ha establecido en estos supuestos con la finalidad de que se respeten **los derechos constitucionales a la protección de la salud**, lo que incluye el derecho al descanso, a la intimidad personal y familiar en el hogar y a un medio ambiente adecuado y que, como todos los derechos constitucionales y estatutarios, son de conformación legal.

Conciliar el derecho a la cultura y al ocio con otros como el de la protección a la salud y al descanso, o la protección de la intimidad personal y familiar en el hogar, es un objetivo irrenunciable si se quiere apostar por un modelo de desarrollo social, económico y que, al mismo tiempo, sea ambientalmente sostenible. Ello no es posible si, como ocurre con demasiada frecuencia, sobre todo en tiempos de crisis, la cultura se considera un derecho "menor", pero tampoco lo será si se permiten actividades en unas condiciones que pueden generar contaminación acústica en los términos definidos en el art. 3 de la Ley 37/2003, de 17 de Noviembre, del Ruido.

...



1.9 MENORES

1.9.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.9.2.2 Maltrato a menores

...

La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia, ha incorporado la Directiva 2011/92/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil. De esta forma, será requisito para el acceso y ejercicio a las profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual con menores, el no haber sido condenado por sentencia firme por algún delito contra la libertad e indemnidad sexual, que incluye la agresión y abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual, prostitución y explotación sexual y corrupción de menores, así como por trata de seres humanos.

Es por ello que quien pretenda el acceso a tales profesiones, oficios o actividades deberá acreditar esta circunstancia mediante la aportación de una certificación negativa del **Registro Central de delincuentes sexuales**.

La ambigüedad de la regulación del Registro de Delincuentes Sexuales fue denunciada por el Colegio Andaluz de Dentistas (queja 16/1016) quien solicitaba el parecer de esta Institución sobre el alcance y aplicación en la práctica de dicha regulación a quienes ejercen la profesión de dentista y tratan en sus consultas a pacientes menores de edad,

A este respecto informamos al citado colegio profesional que en lo que respecta a aquellos profesionales que ejercen su actividad en el ámbito de las Administraciones públicas dependientes de la Junta de Andalucía, la Secretaría General para la Administración Pública, de la Consejería de Hacienda y Administración Pública dictó la Instrucción 1/2016, de 5 de febrero, que entre otras cuestiones venía a precisar lo siguiente:

«De acuerdo con la Directiva 2011/92/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil, traspuesta al derecho español a través del artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, tras la modificación efectuada por la Ley 26/2015, de 28 de julio, ha de entenderse por profesiones o actividades que impliquen el contacto habitual con menores aquellas que supongan contactos directos y regulares con los mismos. Se exige, por tanto, una vinculación más estrecha que la mera atención al público, incluyendo al público menor de edad, al requerirse que el contacto sea regular y directo, y no meramente circunstancial. No obstante, en aras del superior interés de protección al menor, deberá hacerse una interpretación extensiva del concepto de contacto habitual con menores».

Por otro lado, en el informe del Gabinete Jurídico de la Agencia Española de Protección de Datos (Gabinete Jurídico. Informe 0401/2015), en respuesta a una consulta planteada ante dicha Agencia sobre la **obligación de aportar el mencionado certificado por el personal de una empresa de autobuses** señala lo siguiente:

«No parece que el espíritu y finalidad del precepto sea abarcar todo tipo de actividades económicas, sino sólo aquellas que “impliquen un contacto habitual”; es decir, según el tenor literal de la ley, no es suficiente que en determinadas profesiones exista un contacto habitual con menores, lo que sucedería en la mayoría de las profesiones destinadas hacia la prestación de servicios para el público en general, sino que la profesión en sí misma implique, por su propia naturaleza y esencia, un contacto habitual con menores. Así, no parece que el mero hecho de poder tener un contacto con menores determine, per se, una limitación para el acceso y ejercicio a determinadas profesiones. Es necesario que la actividad implique en sí misma un contacto habitual con menores, teniéndoles por ejemplo como destinatarios prioritarios de los servicios prestados, por ser por ejemplo servicios específicamente destinados a menores. Por ejemplo, no cabe duda alguna que en el ejercicio de funciones docentes para los menores de edad será aplicable la norma en cuestión. No así en aquellas profesiones que, aun teniendo un contacto habitual con el público en general, entre el que se encuentran los menores de edad, no están por su propia naturaleza destinadas exclusivamente a un público menor de edad, como sucede en el asunto planteado. Se trata por tanto de un criterio casuístico, que habrá que valorar para cada puesto de trabajo, y no objetivo o genérico.



Así, en el caso planteado no resulta adecuado que, con carácter general, deba exigirse el certificado en cuestión para el acceso y ejercicio de todos los puestos de trabajo; sólo será necesario en aquellos que cumplan con los requisitos de contacto de carácter directo y regular con menores en el ejercicio ordinario de sus funciones. Así, no parece que a priori todo el personal de las estaciones de servicios o los agentes de ventas sea subsumible en esta situación. Tampoco, con carácter general, todo conductor de autobús o cualquier azafata que preste servicios en los autobuses quedará sometido a la previa certificación negativa. Sí concurriría, por el contrario, la circunstancia en aquellos conductores o azafatas que presten servicios, con carácter directo y habitual, en autobuses que se dediquen al traslado de menores, como sucede en las rutas de los centros de educación infantil, primaria y secundaria o en otros centros, ya sea educativos, deportivos o sociales que presten servicios esencialmente destinados a menores.

En este sentido, el Convenio del Consejo de Europa relativo a la Protección de los Niños contra la Explotación y Abuso Sexual de 25 de octubre de 2007 (Convenio de Lanzarote), que fue ratificado por España mediante Instrumento de 22 de julio de 2010 tiene como objeto, según su artículo 1.a) prevenir y combatir la explotación y el abuso sexual de los niños.

En su labor de prevención, el art. 5.1 señala que “cada parte adoptará todas las medidas legislativas o de otro tipo que sean necesarias para promover la sensibilización en cuanto a la protección y los derechos de los niños por parte de las personas que mantienen un contacto habitual con ellos en los sectores de la educación, la sanidad, la protección social, la justicia y las fuerzas del orden, así como en los ámbitos relacionados con el deporte, la cultura y el ocio”. Por su parte, el apartado 3 del mismo artículo 5 establece la disposición que da lugar al artículo 13.5 de nuestra Ley Orgánica 1/1996, señalando que será aplicable a profesiones cuyo ejercicio conlleve el contacto habitual con niños, si bien de modo más amplio al apartado 1, al no señalar sectores concretos en los que será aplicable. Establece así el art. 5.3 del Convenio de Lanzarote: “cada Parte adoptará, de conformidad con su derecho interno, las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para que las condiciones de acceso a las profesiones cuyo ejercicio conlleve el contacto habitual con niños garanticen que los aspirantes a ejercer dichas profesiones no hayan sido condenados por actos de explotación o abuso sexual de niños”.

En segundo lugar, la Directiva 2011/92/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de diciembre de 2011, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil y por la que se sustituye la Decisión marco 2004/68/JAI del Consejo contempla también la previsión en la Unión Europea para su trasposición al derecho español, como ha sucedido a través del artículo estudiado. Su tenor literal avala la interpretación que del mismo se ha ofrecido, al hablar de profesiones “que impliquen contactos directos y regulares con menores”: sin delimitar los sectores o actividades a los que será aplicable, se exige por tanto una vinculación más estrecha que la mera atención al público, incluyendo al público menor de edad, al requerirse que el contacto sea regular y directo, y no meramente circunstancial».

Así pues, trasladando el criterio interpretativo utilizado por ambas instituciones al caso concreto que nos ocupa, esto es, el ejercicio de la profesión de dentista, concluimos que para su ejercicio no resulta en principio necesaria la aportación del certificado negativo expedido por el Registro Central de Delincuentes Sexuales. Dicho certificado sería necesario si la actividad de dentista se enfocase con carácter preferente -no ocasional o circunstancial- a pacientes menores de edad, manteniendo con dichos pacientes un contacto directo y regular.

...

1.9.2.6 Menores en situación de especial vulnerabilidad

1.9.2.6.3 Menores con trastornos de conducta

En este apartado efectuamos un relato de nuestras actuaciones en relación con la **problemática de menores con trastorno de conducta**, en las que lo usual es que sea la familia directa quien se dirija a la Institución en demanda de algún recurso asistencial especializado en el que el menor afectado pudiera beneficiarse de un tratamiento adecuado a sus circunstancias personales.

Resume muy bien esta problemática la queja 15/0532 que tramitamos a instancias de la madre de un adolescente afectado por trastorno del comportamiento agravado por el **consumo de drogas**. Nos comentaba que sus intentos de obtener atención especializada en salud mental o en los servicios sociales



municipales habían resultado infructuosos. En última instancia había llegado a pedir que la Administración asumiera su tutela y lo ingresara en un centro de protección de menores y le habían informado que por no tratarse de una situación de desatención de sus obligaciones con el menor o de desamparo no podían atender su demanda.

Se trata de un problema que ya abordamos en el **Informe Especial** que sobre los menores con trastorno de conducta presentamos ante el Parlamento de Andalucía en el año 2007, alertando del sufrimiento de las familias que se encuentran en esta situación, de su obligado peregrinaje de Administración en Administración en búsqueda de una posible solución al problema que afecta tanto al menor como a su familia, y como a pesar de ello su demanda no llega a ser atendida.

En el trámite de la queja recabamos información del Servicio de Protección de Menores que nos informó que disponía de abundante información del menor y su familia. **Se destacaba la preocupación de la madre ante las conductas agresivas, insultos y vejaciones que el menor protagonizaba.** El adolescente, de 15 años de edad, estaba diagnosticado de trastorno de conducta, y en consecuencia debía ser atendido en atención primaria tanto por los equipos de salud mental como por los servicios sociales comunitarios. La información de que disponía el Ente Público no justificaba la adopción de medidas de protección.

El informe del Ente Público precisa que las medidas de protección hacen referencia a actuaciones que la Administración ha de promover cuando se produce una situación de desprotección, siendo consecuencia de la situación de desprotección y no anticipándose a ésta, y tienen que ver fundamentalmente con el inadecuado ejercicio de los deberes inherentes a la paternidad. Según el Ente Público las necesidades de los menores que presentan trastornos mentales deben ser atendidos en diferentes dispositivos sociales o sanitarios adecuados al perfil que presentan y no en centros de protección de menores.

Las medidas de protección de menores en general, y en concreto las que se refieren al acogimiento residencial, no tienen la posibilidad ni el objetivo de suponer un contexto de control cerrado para los menores tutelados, siendo por el contrario, un recurso de carácter abierto que aporta un marco de protección alternativo a su núcleo familiar, donde se pretende la normalización y unos de los recursos del entorno (sanitarios o educativos), no contemplándose como una medida privativa de libertad ni de análogas características.

En este sentido, para asumir la tutela de un menor es necesaria no sólo una resolución fundamentada de declaración de desamparo sino además, en el caso de adolescentes, su grado de madurez hace necesario que sean oídos previamente en relación con la aceptación de dicha medida. De este modo, el adolescente permitirá una adecuada intervención psicoeducativa tanto a nivel familiar como individual. Así mismo, se eludirán problemas graves de adaptación al centro, conductas agresivas y de riesgo, como las que se originan por la falta de control del adolescente.

El Ente Público argumenta que en el caso de que el adolescente presente hechos tipificados como delitos en Código Penal o las leyes penales especiales y que sean considerados objeto de medida judicial (agresiones, robos, violencia intrafamiliar, amenazas,...) serían susceptibles de responsabilidad penal, acordando en tal caso el Juzgado las medidas sancionadoras y educativas previstas en la legislación.

Se indica que en el supuesto concreto de este menor, el mismo llegó a ingresar en un centro de protección acompañado por los Cuerpos de Seguridad del Estado y lo abandonó de forma voluntaria al día siguiente, ya que al no tratarse de un recurso asistencial cerrado, en el que la permanencia en el mismo es voluntaria, no reviste las características idóneas para la atención al menor.

A pesar de todo lo anterior, en el informe se indicaba que se estaba pendiente de la evolución del menor y que estaba abierto un periodo de información previa para valorar la posible necesidad de promover medidas protectoras para el referido menor.

También en la queja 16/2327 se dirige al Defensor del Menor una madre **disconforme con las ayudas sociales que había venido recibiendo para el cuidado de su hijo.** Relataba la precaria situación social y económica en que se encontraba y como su hijo había venido agravando sus problemas de conducta sin que la Administración le hubiera facilitado atención especializada, a pesar de las reiteradas peticiones



que había ido realizando ante diferentes instancias administrativas. La madre nos decía que su hijo ya no acudía al instituto y que había empezado a protagonizar hechos delictivos.

Solicitamos información a los servicios sociales su localidad de residencia en relación a la situación de riesgo del menor descrita por la madre y los informes, con propuestas de intervención que se hubieran podido remitir a la Junta de Andalucía para el ejercicio de sus competencias como Ente Público de Protección de Menores.

Desde el Ayuntamiento nos remiten un informe emitido por el Equipo de Tratamiento Familiar que venía interviniendo en el caso desde que les fue derivada la problemática familiar años atrás. El menor había recibido atención psicológica especializada por parte de los profesionales que integran dicho equipo, trabajando con él los problemas de relación con sus progenitores, así como su comportamiento en el centro escolar. Fruto de este trabajo, y en coordinación con la Delegación de Educación se le facilitó una plaza en una residencia escolar. A pesar de ello su comportamiento se vio alterado tras retomar la relación con su padre, produciéndose de nuevo reiteradas discusiones que incluso derivaron en agresiones físicas. Consecuencia de estos hechos fue la condena por parte de un Juzgado de Menores al cumplimiento de una medida educativa la cual se venía ejecutando en esos momentos.

3. OFICINA DE ATENCIÓN CIUDADANA

3.3 Datos estadísticos sobre las consultas

3.3.4 Distribución de consultas atendiendo a las materias

3.3.4.6 Salud

En materia de Salud seguimos recibiendo multitud de consultas y quejas ciudadanas por la tardanza en los tratamientos específicos. Una ciudadana de origen marroquí se quejaba de que llevaba más de 12 meses esperando a ser tratada por la clínica del dolor, sin que hasta la fecha le hubieran dado una cita, a pesar de haber interpuesto varias reclamaciones.

Cuando las personas acuden a la Oficina sin encontrar solución a sus problemas, a veces, intervenimos directamente ante el órgano correspondiente, como fue el caso de una madre de una alumna de 16 años que estaba estudiando Formación Profesional en el Instituto, y que para la realización de las prácticas le exigían la vacuna de hepatitis B y mantoux, y sin embargo, al ir a su centro sanitario no se la pusieron. La remitieron a medicina preventiva, pero tampoco lo consiguió.

Nos pusimos en contacto con Salud Responde, que nos remite al distrito sanitario donde muestran su extrañeza ante este hecho y nos comunican que se van a poner en contacto con el distrito sanitario para analizar qué ocurre. En el mes de Enero nos llamó la señora agradeciendo las gestiones, ya que por fin habían vacunado a su hija.

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

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



4. QUEJAS NO ADMITIDAS Y SUS CAUSAS

4.2 De las quejas remitidas a otras instituciones similares

4.2.9 Salud

De las 7 quejas que en materia de salud se han remitido a la Defensoría del Pueblo Estatal, destacamos la queja 16/4592 relativa a la negativa del servicio de salud de la Comunidad de Madrid a continuar dispensando fármaco a paciente derivada a través del SIFCO por enfermedad rara.

4.3 De las quejas rechazadas y sus causas

4.3.3 No irregularidad

...

La queja 16/0368, en la que se planteaba la disconformidad con la oferta de empleo del Servicio Andaluz de Salud (SAS), se estaba vulnerando la reserva de un cupo de plazas a ofertar para las personas discapacitadas.

...

En materia de **Igualdad de Género** tan solo 1 queja no ha sido tramitada por esta causa, al no detectarse irregularidad alguna en la actuación del organismo afectado en el asunto planteado. Se trata de la queja 16/1059, en la que la persona promotora había solicitado a la Consejería de Salud el reconocimiento de su derecho a la identidad de género libremente determinada, conforme a la Ley 2/2014, sin haber obtenido respuesta. Su petición se concretaba en su deseo de que le fuese reconocido el derecho a la autodeterminación de género, si bien, concretando éste en el denominado "género neutro", "género raro" o "genderqueer". Se le indicó a la persona compareciente que podría hacer valer su pretensión mediante el ejercicio de la iniciativa legislativa popular, presentando la correspondiente proposición de ley, acompañada de la firma de cuarenta mil electores andaluces y de los documentos a que se refiere el artículo 6 de la Ley 5/1988, de 17 de octubre.

...

Una plataforma vecinal del municipio sevillano de El Cuervo de Sevilla no exponía en la queja 15/6065 que se habían constituido como tal con la finalidad de conseguir que las antenas de telecomunicaciones se reubicaran fuera del casco urbano, ya que para ellos los efectos de estas instalaciones estaban causando que muchas personas enfermaran de cáncer en esa localidad.

A la vista de lo expuesto les trasladamos que ya habíamos tenido ocasión de pronunciarnos sobre este tema en numerosas peticiones de índole similar. Así, tras efectuar un exhaustivo análisis de las cuestiones que nos planteaban, del ordenamiento jurídico aplicable y de la más reciente doctrina jurisprudencial existente en la materia, esta Institución había llevado a cabo importantes esfuerzos para poder dotarse de datos fehacientes acerca de la existencia de una posible relación causa-efecto entre estas instalaciones de telecomunicaciones y distintas enfermedades y dolencias, a fin de que pudieran servirnos de guía para actuar ante las Administraciones competentes. Estos datos, para esta Institución, no establecen de forma concluyente, que exista tal relación, lo que imposibilita que puedan ser esgrimidos como argumento jurídico para un posicionamiento contrario a tales instalaciones.

Esto no implicaba, por otra parte, que las antenas que hubiera en El Cuervo de Sevilla no pudieran incurrir en alguna irregularidad administrativa. En tal caso, era preciso que presentaran un escrito en el Ayuntamiento.

...



No se han admitido a trámite por esta causa 69 quejas en el Área de **Salud**, aunque algunas de ellas se corresponden con reclamaciones de ciudadanos por falta de aplicación a sus hijos de la dosis correspondiente a los seis años de la vacuna de la tosferina (queja 16/0387, queja 16/0964, queja 16/1665, queja 16/1075, queja 16/2193, y queja 16/5456), cuya problemática se explica en el apartado de Salud del capítulo 1 de este Informe, y que dio lugar a la iniciación de una queja de oficio (queja 16/1969).

Conforman otro grupo de quejas inadmitidas las que expresan discrepancia con el alta médica recibida (queja 16/2619, queja 16/2870, queja 16/5360, queja 16/6322, y queja 16/6578) dado que desde esta Institución carecemos de medios para realizar una adecuada valoración de la incidencia de una determinada patología en la capacidad de quien la padece para seguir desarrollando su trabajo.

...

4.3.4 Jurídico-privadas

...

En el Área de **Salud**, han sido 4 las quejas no admitidas a trámite en esta materia por aludir a un conflicto que se desenvuelve exclusivamente entre particulares, a veces porque la entidad sanitaria cuya asistencia se discute tiene naturaleza jurídico privada (por ejemplo la persona promotora de la queja 16/3085 exponía su desacuerdo en cuanto a los resultados de una intervención oftalmológica que se había llevado a cabo fuera del sistema sanitario público, en la medida en que además se trataba de una actuación -cirugía refractiva- que no forma parte de la cartera de servicios de este último).

...

4.3.5 Sin competencia

...

En materia de **Medio Ambiente** han sido declaradas no admisibles 6 quejas por esta causa. En la queja 16/5849 se nos trasladaba, nuevamente, la conveniencia de prohibir que pudiera fumarse en terrazas de veladores de establecimientos de hostelería, por las consecuencias que el humo puede provocar en quienes residen en viviendas sobre tales terrazas y en el entorno. Como ya tuvimos ocasión de comunicarle al interesado en otras ocasiones que se ha dirigido, por este mismo motivo, a esta Institución, el Defensor del Pueblo Andaluz, en cuanto Comisionado del Parlamento de Andalucía que supervisa la actividad de la Administración autonómica andaluza, no ostenta competencias, ya que la modificación de la normativa de la denominada "Ley antitabaco" corresponde en exclusiva a las Cortes Generales, de tal forma que deben ser éstas quienes, en su caso, adopten la iniciativa de modificar la normativa en tal sentido, o de promulgar otra nueva.

...

Por falta de competencia de la Institución en relación con el asunto planteado se rechazaron 4 quejas en temas de **Salud**. Entre éstas destacamos la queja 16/1709, en la que se nos daba cuenta de la atención que se venía dispensando en el Servicio Canario de Salud a la persona promotora de la misma por causa de un trastorno de identidad de género, la cual solicitaba ser incluida en el listado correspondiente, con vistas a ser intervenida quirúrgicamente de reasignación de sexo, dentro del Sistema Sanitario Público de Andalucía. A este respecto se le informó que para ser atendida por el Sistema Sanitario Público de Andalucía, e incluida en lista de espera quirúrgica, precisaba ser derivada al mismo desde los servicios sanitarios propios de su región.

...



4.3.6 Sub-iudice

...

Referimos la queja 16/6070 en la que la persona promotora nos trasladaba su problema ante el dictado de Sentencia por parte del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, estimatoria del Recurso Contencioso-Administrativo que había interpuesto y la no ejecución del Fallo de la misma por parte del Servicio Andaluz de Salud condenado a la retroacción del procedimiento respecto a los méritos alegados.

...

En el Área de **Salud** se contabilizan 3 quejas inadmitidas. De ellas mencionamos la queja 16/2077, por disconformidad de la persona reclamante con la desestimación en vía judicial, de la reclamación de responsabilidad patrimonial que había presentado por mala praxis asistencial (inyectable que determinó la infección de una herida y ha dejado cicatriz de 10 cm).

...

4.3.7 Sin interés legítimo

...

En el **Área de Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social** no se admitieron 2 quejas por este motivo. Señalamos la queja 16/5409 en el que la persona promovente mostraba su disconformidad con la sanción impuesta a un facultativo que prestaba sus servicios en un Hospital andaluz.

...

En materia de **Salud** ha habido una única queja que no se ha admitido a trámite por esta causa (queja 16/6561), y planteaba la situación de una paciente, de 92 años, ingresada en un hospital del sistema sanitario público andaluz, que iba a ser dada de alta a su domicilio, una vez que los profesionales habían desistido de intervenirla quirúrgicamente, careciendo de medios para valerse por sí misma.

...

4.3.8 Sin recurrir previamente a la administración

...

En el Área de **Salud** han sido 8 las quejas inadmitidas por esta causa, entre las que cabría citar la queja 16/0164, motivada por una solicitud de derivación a un centro hospitalario de referencia por parte de una persona afectada por malformación de Chiari tipo I, para el tratamiento quirúrgico de su enfermedad.

Aunque con carácter general venimos tramitando quejas de contenido similar, tras analizar la documentación remitida se indicó a la persona promotora de la queja que la derivación hacia un hospital ajeno a nuestra Comunidad Autónoma, exigía en primer lugar la decisión justificada del especialista que la venía tratando en el sistema sanitario público de Andalucía, y posteriormente la autorización por parte de la unidad correspondiente de los servicios centrales del SAS. Así pues, le indicamos que en un principio debería consultar con los especialistas dicha posibilidad.

...



4.3.9 Sin pretensión

...

En materia de **Salud** han sido 2 las quejas que no se han admitido a trámite en 2016 al no hacer referencia a un problema concreto. En una de ellas (queja 16/0935) la persona promotora aludía genéricamente a la regulación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud.

...