



En respuesta a nuestras resoluciones la Consejería de Justicia e Interior nos respondía que cuando la disponibilidad presupuestaria lo permitiera se tenía intención de retomar el proyecto para instalar un ascensor y eliminar aquellas barreras que no afectaran a la estructura del edificio.

En cuanto a la necesidad de dotar con carácter permanente una sede judicial eficiente y única para la ciudad, con la mutua implicación del ayuntamiento y la administración autonómica nos aseguraban estar prevista la construcción de un edificio de 5.500 metros cuadrados con una inversión aproximada de 8,8 millones de euros, que aún no se podría acometer por idénticas razones de disponibilidad presupuestaria, estando analizándose en coordinación con el Ayuntamiento de Alcalá de Guadaira la viabilidad de adecuar un edificio municipal para destinarlo a sede judicial.

...

1.10 SALUD

1.10.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.10.2.3 Atención Especializada

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 dispuso 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).



1.10.2.10 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

...

• **Queja 16/5473**, dirigida al Coordinador Autonómico de Salud Mental, relativa al **Tratamiento Asertivo Comunitario** (TAC) en el SSPA.

...

1.12 URBANISMO, OBRAS PÚBLICAS Y TRANSPORTES

1.12.1 Introducción

...

La ocupación, cuando no mera usurpación, del espacio público han estado presentes durante este ejercicio en las quejas que hemos tramitado a instancias de la ciudadanía y de oficio, y, a la vez, ha sido motivo de atención en diversas noticias aparecidas en los medios de comunicación.

En un tiempo en el que la ciudad en clave peatonal parece que es una referencia obligada de todas las agendas públicas, sorprende que se produzca una masiva **invasión del espacio público**, con frecuencia de manera completamente ilegal, por parte de instalaciones de hostelería (mesas, terrazas, veladores), mobiliario urbano, kioscos, cartelería, etc. Al mismo tiempo, sobre todo en los centros históricos, nos estamos encontrando con nuevos vehículos a motor eléctrico que también circulan por nuestras aceras y otros espacios peatonales sin que estén autorizados por la normativa de seguridad vial, salvo aquellos que están destinados a personas usuarias con movilidad reducida.

Creemos que es momento de una reflexión sobre lo que está ocurriendo y apostar, de manera comprometida, por una ciudad accesible y segura, que fomente el uso de los itinerarios peatonales como alternativa a los vehículos a motor.

Por otro lado, parece muy reseñable, en cierta medida relacionado con este nuevo concepto de ciudad que estamos demandando desde hace un tiempo a esta parte, que haya una iniciativa legislativa destinada a **incorporar a la legislación andaluza el contenido de la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad**, sin perjuicio de la regulación que ha llevado a cabo el Estado Español.

La construcción de la **ciudad inclusiva**, a la que hemos dedicado en este ejercicio una jornada con el título **“Ciudades Inteligentes, Ciudades Inclusivas”**, demanda que los poderes públicos y la sociedad, ambos están vinculados jurídicamente por la Constitución, afronten de una vez la **supresión de barreras** que, en las infraestructuras, la vivienda y los transportes, impiden o dificultan el libre ejercicio de los derechos y libertades por parte de las personas con discapacidad.

Por ello creemos, y demandamos desde aquí, que sería muy necesario que, sin perjuicio del **Proyecto de Ley** que ahora se tramita en el Parlamento de Andalucía, se afronte, con rango de ley, una regulación de la accesibilidad en Andalucía con un texto consolidado que recoja todas las normas con rango de ley existentes y de aplicación en nuestro territorio. Esto, tanto para dar coherencia y congruencia al gran número de normas dispersas existentes, como para ofrecer la necesaria seguridad jurídica a las organizaciones y agentes que deben aplicar esta normativa. Asimismo sería conveniente que los plazos que se establezcan para la supresión de barreras en las infraestructuras y los transportes se encuentren debidamente calendarizados.