



manejo y resultados, procedimos a iniciar nueva actuación de oficio **queja 18/1557**. El sistema penitenciario prevé la creación de una historia clínica por cada persona interna que le acompaña junto a su expediente a lo largo de su trayectoria penitenciaria, que si bien es imprescindible en el conjunto del complejo sistema penitenciario, la situación es distinta en cuanto a la presencia de este paciente en el SSPA., ya que el diraya, como soporte informático de la gestión del SSPA integra toda la información del paciente, facilita los servicios y prestaciones del sistema (consultas, diagnósticos, tratamientos farmacológicos) y así logra todo un elenco de información debidamente estructurada. Pero el sistema penitenciario no está integrado en diraya, y tan solo nos han relatado algún ensayo de acceso al diraya limitado e insatisfactorio como hemos visto en el caso del Centro Penitenciario de Córdoba que, aún a pesar de sus limitaciones, supone un innegable avance en los modelos de asistencia y coordinación con los servicios de especialidades asumidos por el SAS. Así, *“el perfil de acceso es exclusivamente para consultar la historia clínica de un paciente determinado: en ningún caso, pueden escribir o modificar datos de la historia del paciente”*.

Pero, lamentablemente, la continuidad de estas medidas con evidentes resultados positivos y de mejora, se hace depender de la renovación de los convenios entre el SAS y la SGIP que decayeron en 2013, por lo que tales instrumentos de acuerdo interinstitucional no deben permanecer suspendidos, necesitando un mutuo impulso para recuperar los ámbitos de trabajo compartido entre ambas Administraciones en una materia en la que están en juego aspectos esenciales de los derechos constitucionales afectados. Por lo tanto, entendemos que la superación de esta desconexión informática entre los sistemas penitenciario y sanitario en la mayoría de Centros Penitenciarios en Andalucía es un importante reto al que nos enfrentamos para homologar la protección de la salud en las prisiones. Ciertamente es un déficit muy severo que debe ser corregido con absoluta prioridad.

Pero también, y en coherencia con la posición expresada por esta Institución del Defensor del Pueblo andaluz en el ya referido **Informe Especial sobre Las unidades de custodia hospitalaria**, queda por abordar el principal origen de estas deficiencias, que es el propio modelo organizativo. Una ineficiente dualidad de atención sanitaria concebida en dos escenarios dependientes de Administraciones diferentes —la prisión y los hospitales— que ha mostrado el agotamiento de su modelo. Creemos que es el momento de decisiones que implican al conjunto del sistema sanitario público que debe asumir la integralidad y universalidad que lo caracteriza.

Todo ello, nos llevó a realizar sendas Sugerencias con el objeto de que, primero se promueva el acceso del sistema DIRAYA con los respectivos servicios médicos de los Centros Penitenciarios en Andalucía, a través de los acuerdos o fórmulas de convenio que se negocien y comprometan entre el Ministerio del Interior y la Junta de Andalucía; y segundo para que, más allá de que se formalicen dichos convenios, se promueva los procesos técnicos de traspaso de los medios personales y materiales de la asistencia sanitaria penitenciaria al sistema sanitario público de Andalucía, conforme establece la Disposición Adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en los términos fijados en el Informe Especial sobre Las unidades de custodia hospitalaria: la asistencia sanitaria especializada para las personas internas en las prisiones de Andalucía.

A tal efecto, se nos ha trasladado que **ya han comenzado los contactos entre la Consejería de Salud y el Ministerio del Interior** con el fin de promover un posible acuerdo para el restablecimiento las relaciones entre ambas Administraciones.

...

1.10. Personas Migrantes

1.10.2 Análisis de las quejas tramitadas

1.10.2.1 Primera acogida y atención a personas inmigrantes

La atención a las personas migrantes es especialmente compleja, requiriendo **la coordinación entre todas las administraciones implicadas**.



Desde la **Administración central** entran en juego distintos ministerios, aunque adquiere un papel protagonista el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, donde la Secretaria General de Migraciones gestiona los traslados de los beneficiarios desde los lugares de recogida (CETI, CIE, costas, asentamientos u otros recursos de alojamiento) hasta los dispositivos de acogida o lugares de ubicación de las redes sociales y familiares, así como la atención de emergencia a grandes contingentes, cubriendo las necesidades de las personas recién llegadas.

El Ministerio de Fomento en tanto que responsable de Salvamento Marítimo; Ministerio de Interior con la intervención de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, la Policía Nacional y Guardia Civil, responsables de la conducción y reseña de estas personas; y el Ministerio de Justicia con la intervención de las Fiscalías.

Por su parte, la **Administración autonómica** es la competente en todo lo relacionado con la prestación sanitaria de este colectivo, debiendo garantizar su correcta atención, así como de la escolarización de los extranjeros reseñados como menores en edad de escolaridad obligatoria. Del mismo modo, desde la Dirección General de Políticas Migratorias, dependiente de la Consejería de Justicia, se gestiona la elaboración de propuestas normativas, directrices, planes y programas orientados a la integración de la población inmigrante.

El papel de los **ayuntamientos**, receptores de esta realidad, también es especialmente relevante a través de la cesión de espacios públicos y, la disposición de recursos humanos y materiales.

Ocurre que **la intervención de los distintos organismos, con competencia en la materia, no siempre ha sido valorada de modo positivo** por la ciudadanía y por las organizaciones y entidades que atienden a este colectivo.

Así aconteció con un asunto que obtuvo una importante repercusión social: **el internamiento de inmigrantes interceptados en costa en el centro penitenciario de Archidona, Málaga II.**

Sobre este asunto la Diputación de Córdoba demandó nuestra intervención ante lo que se consideraba un incumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de Extranjería 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (Reformada por L.O 8/2000, LO 14/2003, LO 2/2009, LO 10/2011, y RDL 16/2012), como en el Reglamento del funcionamiento de los centros de internamiento de extranjeros, aprobado por Real Decreto 162/2014, de 14 de marzo.

Es en esta última norma donde se hace constar que los centros de internamiento de extranjeros son establecimientos públicos de carácter no penitenciario en los que deben salvaguardarse los derechos y libertades de los extranjeros reconocidos en el ordenamiento jurídico sin más limitaciones que las establecidas a su libertad ambulatoria.

Teniendo en cuenta que se trataba de un asunto que afectaba a varios departamentos ministeriales, este expediente de queja se remitió a la Defensoría del Pueblo de España, quien posteriormente nos remitió un **informe** detallado en el que se recogían todas las gestiones realizadas, así como la respuesta de las administraciones implicadas (queja 18/0801).

Por otro lado, y tal como esbozábamos con anterioridad, **es vital la implicación de los ayuntamientos** que por su condición de municipios costeros viven esta realidad migratoria en primera línea y que deben adoptar medidas urgentes para acoger a quienes llegan en condiciones muy precarias tras su travesía en el mar. Labor para la que no siempre cuentan con el apoyo e inmediatez que este drama humano merece.

Citamos como ejemplo los problemas a los que se enfrenta el **Ayuntamiento de Barbate** para sufragar los **costes económicos que se derivan del rescate de cadáveres de inmigrantes** que, desgraciadamente, pierden la vida en su periplo migratorio (queja 18/3514).

...

Sin embargo la implementación de estos dispositivos no ha estado exenta de dificultades, registrándose **quejas sobre el funcionamiento de los centros de estancia temporal de extranjeros.**



Dichas reclamaciones ponen de manifiesto las carencias de las instalaciones dedicadas a esta primera acogida. Denuncian falta de espacio, dándose, según trasladan, condiciones de hacinamiento, falta de mobiliario adecuado o de las condiciones mínimas de salubridad.

A esta reclamación ciudadana se sumaba la denuncia del **Sindicato Unificado de Policía** (SUP) que nos trasladaba la **ausencia de recursos**, tanto humanos como materiales, para atender debidamente a este colectivo, así como las precarias condiciones en las que se encontraban los extranjeros mientras eran reseñados y la imposibilidad de habilitar espacios suficientes para separar a los adultos de los menores extranjeros.

Las personas responsables del sindicato señalaban que en el CATE de San Roque (Cádiz), los policías y guardias civiles se están viendo obligados a cubrir unas necesidades de atención socio-sanitarias para las que no están preparados, con el consiguiente peligro para los agentes y sus familias. Se están produciendo episodios donde las Fuerzas de Seguridad tienen que asumir cuidados médicos, sobre todo de enfermedades infecto-contagiosas para los que no están preparados ni para los que tampoco disponen de los medios adecuados.

Estos expedientes, teniendo en cuenta que algunos de los problemas que se señalan por los miembros del Sindicato SUP exceden del ámbito de competencias de esta Institución por afectar al Ministerio del Interior, se remitieron al Defensor del Pueblo del Estado (queja 18/5564 y queja 18/6997).

Especial mención merecen las **mujeres víctimas de trata de seres humanos** que viajan acompañadas de sus hijos, menores de muy corta edad, o en avanzado estado de gestación.

Se trata de un perfil altamente vulnerable y merecedor de especiales medidas de protección. La presencia de mafias que extorsionan a estas mujeres es cada vez más importante. Asociaciones de cooperación internacional que trabajan en los países de origen han elaborado importantes estudios e informes, tanto de las rutas como de los métodos empleados por estas redes.

Esta información es vital para identificar a estas víctimas desde que son interceptadas, permitiendo que se adopten medidas de protección desde la primera acogida.

Sin embargo, y pese a que son muchas las mujeres que han sido extorsionadas, son muy pocas las que formalizan denuncias y piden la protección regulada en la normativa. La presión de estos grupos comienza en sus países, afectando a toda la red familiar de sus víctimas.

En cuanto a la atención a este perfil, han acudido a la Defensoría, entidades sin ánimo de lucro que desarrollan programas en los que atienden a este colectivo, denunciando **las dificultades que encuentran en la ejecución de sus proyectos**.

En sus quejas nos comunican que las usuarias abandonan sus instalaciones en compañía de menores, sin que exista una correcta intervención policial. Argumentan que son, en su mayoría, víctimas que permanecen en sus centros apenas unos días y con las que no pueden trabajar para que formalicen las denuncias con su correspondiente entrada en el sistema de protección.

Sus responsables se muestran especialmente preocupadas por los retrasos en los resultados de las pruebas basadas en el ácido desoxirribonucleico (pruebas de ADN), que acreditan el vínculo de las usuarias con los menores a los que acompañan. Demandan nuestra intervención para propiciar una mejor coordinación con la Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y la Fiscalía de Menores, con el propósito de conseguir estos resultados con mayor celeridad y su apoyo para evitar el abandono de las mujeres, ya que en sus instalaciones pueden recibir el apoyo que necesitan.

Atendiendo a las peticiones de estas asociaciones, hemos mantenido encuentros con sus responsables y se han visitado algunas de las instalaciones de los recursos habilitados para la atención integral de las mujeres y sus hijos (quejas 18/2447, 18/5405, 18/6622, 18/6543 y 18/7494).

...



1.10.2.5 Protección del derecho a la salud de las personas inmigrantes

En materia de derecho a la asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, durante 2018 hemos tenido ocasión de asistir a la reforma normativa operada por el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, que parte del derecho a la protección de la salud como un derecho inherente a todo ser humano y del principio de acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de equidad y de universalidad como derecho primordial de toda persona.

Esta norma considera que la garantía del ejercicio del derecho a la salud y la protección efectiva de la misma de la ciudadanía cobra aún mayor importancia cuando quienes se ven privados de una asistencia sanitaria normalizada son colectivos de una especial vulnerabilidad, amenazados por la exclusión social, como es el caso de la población extranjera no registrada ni autorizada a residir en España.

La norma declara, en definitiva, **la universalidad de la asistencia sanitaria**, es decir, reconduce el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en nuestro país a la vía de la universalidad, que se había acogido de manera constante en la normativa española hasta la entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril.

Con ello, garantiza el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria y en las mismas condiciones, a todas las personas que tengan establecida su residencia en el territorio español, independientemente de su nacionalidad, incluyendo aquellas que en aplicación de los reglamentos comunitarios o convenios bilaterales tengan acceso a la misma en la forma que estas disposiciones lo indiquen.

La novedad normativa ha suscitado dudas para alguna persona extranjera, que debieron ser resueltas por nuestra parte.

En este sentido, aclaramos que el Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, aún está precisado de desarrollo reglamentario y que si bien es cierto que realiza un reconocimiento general del «derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todas las personas con nacionalidad española y las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español», a continuación señala que quienes tienen el derecho con arreglo a los reglamentos comunitarios de coordinación de los sistemas de Seguridad Social siguen gozando de dicho derecho en la medida que se establece en los mismos.

En relación con el colectivo de extranjeros con residencia legal se exige «no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía», requisito exigido, tal y como hemos comentado con anterioridad, para la consecución de la residencia para las familias de ciudadanos comunitarios.

A ello añadimos que, además, aunque el reconocimiento del derecho ha pasado del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) al Ministerio de Sanidad, parece que el primero conserva la competencia cuando el derecho deriva de normas internacionales de coordinación de la Seguridad Social, sin perjuicio de que en tanto no se desarrolle reglamentariamente el procedimiento para ello, se mantengan los actualmente vigentes.

En conclusión, nuestra intervención en este sentido ha venido dada en el caso concreto que se nos planteó, por ofrecer la necesaria orientación y asesoramiento, en la medida en que el reconocimiento del derecho competía al INSS y, en consecuencia, las discrepancias con respecto a su decisión por la vía de las quejas, han de ser planteadas ante el Defensor del Pueblo de las Cortes Generales.

Finalmente, hemos de aludir a **razones de tinte cultural y/o religioso y, en este sentido, de culturas y religiones foráneas** a la tradición española, que motivan la recepción esporádica de quejas con planteamientos ajustados a necesidades que nuestros poderes públicos no han contemplado, al sernos extrañas.

Dentro de esta casuística muy puntual, pero peculiar, en el año 2018 reviste interés citar la petición de incluir como prestación del sistema sanitario público, la práctica de la circuncisión por motivos religiosos. (queja 18/5661).



La demanda fue planteada por el representante de una comunidad islámica de Sevilla, fundándose en razones de salud pública y, específicamente, en los riesgos que para la integridad física del menor sometido a esta práctica, se podrían derivar de una circuncisión por motivos religiosos realizada fuera del sistema sanitario público, al abordarse por personas carentes de profesionalidad y guiadas por motivos lucrativos.

Interesaban los promotores de la queja que el sistema sanitario público de Andalucía asumiera su realización y estableciera incluso un protocolo del procedimiento sanitario a aplicar, desarrollándolo en los centros de salud, es decir, en el ámbito de la atención primaria, al tratarse de una cirugía menor.

Dicha pretensión no pudo ser admitida a trámite por esta Defensoría, trasladando a la comunidad peticionaria los argumentos correspondientes.

Efectivamente, la circuncisión por motivos culturales o religiosos, nunca ha sido una prestación incluida en la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud, en la cartera del sistema sanitario público de Andalucía, ni, que conozcamos, en la de ninguna otra comunidad autónoma.

La razón de esta falta de inclusión tiene un fundamento normativo, concretamente lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, que exige determinados requisitos para que una prestación sanitaria pueda ser incluida como parte de la cartera de servicios comunes (artículo 5, apartados 3 y 4), de entre los cuales el fundamental, por lo que al asunto que tratamos interesa, es el de que se trate de una técnica, tecnología o procedimiento que contribuya de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, excluyéndose expresamente la inclusión en la cartera de servicios comunes de aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos que no guarden relación con enfermedad, accidente o malformación congénita.

Puesto que la circuncisión no tiene por finalidad la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, su práctica solo es acordada por el sistema sanitario público en casos particulares, cuando existe una causa médica que lo justifique, es decir, una enfermedad, un accidente o una malformación congénita que la haga necesaria desde el punto de vista médico.

Por su parte, nuestro sistema sanitario público autonómico, aunque tiene entre sus competencias aprobar su propia cartera de servicios, incluyendo como mínimo la común del sistema nacional de salud, y capacidad para ampliar la misma con cargo a sus recursos propios, solo puede reconocer servicios complementarios si en los mismos concurren idénticos requisitos del anteriormente citado artículo 5 del Real Decreto 1030/2006 (artículo 11 de la misma norma).

El problema de falta de garantías con que en la práctica pueda tener lugar la circuncisión, debe ser evitado por los propios interesados, acudiendo a centros sanitarios privados, acreditados y con autorización administrativa de funcionamiento, y/o demandarlo de profesionales sanitarios debidamente titulados. Sin perjuicio de que, llegado el caso, puedan poner en conocimiento de la administración competente cualquier abuso, ilegalidad o conducta atentatoria contra la salud o integridad de los menores, a los efectos oportunos.

1.12. Servicios de interés general y consumo

1.12.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.12.2.2 Otras cuestiones relacionadas con Consumo

...

Otro asunto que consideramos necesario mencionar por su relevancia social y por su incidencia en las quejas recibidas durante el año 2018 es el **grave problema originado como consecuencia del cierre de las clínicas iDental**, que dejaba en una difícil situación a numerosas personas, mayoritariamente en situación de precariedad