



Sin perjuicio de puntuales actuaciones realizadas en los distintos expedientes de quejas, la Defensoría ha promovido un grupo de trabajo para elaborar un protocolo a nivel andaluz que mejore los procesos actuales de determinación de la edad y que recoja las medidas de coordinación entre las diferentes administraciones e instituciones con competencia en la materia.

El señalado grupo está compuesto por representantes de las Fiscalías de Menores y Extranjería, de las consejerías de Igualdad y Políticas Sociales, de Justicia e Interior, del Sistema sanitario público, del Instituto de Medicina Legal, y de la propia Defensoría.

En el ámbito de este proyecto se han celebrado dos encuentros para elaborar un **Protocolo territorial de MENA en Andalucía**, atendiendo a las indicaciones contenidas en el Protocolo Marco de 2014. El documento, fruto del consenso, deberá contener referencias a los centros habilitados para la práctica de las pruebas, los profesionales que valorarán las mismas, el tiempo de realización de las pruebas, requisitos de los informes elaborados por los facultativos, mecanismos de coordinación entre los agentes implicados, así como los recursos que habrán de estar a disposición de los presuntos menores hasta tanto se obtengan los resultados de las pruebas, teniendo presente que estos dispositivos han de formar parte inexcusablemente del Sistema de Protección de menores.

Sobre este asunto, la Fiscalía de Huelva ha elaborado un protocolo propio que está siendo utilizado como instrumento de buena práctica para su implementación en otras provincias, si bien se ha de contar con las peculiaridades de algunas de ellas que derivan del elevado número de menores que entran por sus costas y, por consiguiente, de la ingente cantidad de pruebas de determinación de la edad que se practican, como es el caso de las provincias de Cádiz, Granada y Almería.

Mientras tanto el documento señalado vea la luz, se ha de constatar el avance respecto de las pruebas practicadas en los hospitales del sistema sanitario público andaluz: 31 hospitales han adoptado las medidas recogidas en el protocolo de Huelva, incluyendo información a todos los técnicos que puedan atender a un menor extranjero no acompañado. Y por lo que respecta a las pruebas que se practican a los chicos para la determinación de la edad, en los hospitales señalados, además de la radiografía del carpo, se realiza también una ortopantografía, conforme a las recomendaciones sobre métodos de estimación forense de la edad de los menores extranjeros no acompañados recogidas en el documento de consenso de buenas prácticas entre los Institutos de Medicina Legal de España elaborado en el año 2010.

...

### 1.6.3 Quejas de oficio, colaboración de las administraciones y Resoluciones no aceptadas

- **Queja 18/1310**, dirigida a la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, a la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, a la Consejería de Justicia e Interior, relativa a las actuaciones de coordinación promovidas por la Institución para mejorar los **procesos de determinación de la edad de los menores extranjeros no acompañados** en la comunidad autónoma de Andalucía.

## 1.7. Igualdad de género

### 1.7.1 Introducción

...

Por otra parte, **el rol de género tampoco es ajeno a la salud**, y aunque en las quejas de esta materia no encontramos que se esgrima el sexo femenino como un factor de discriminación, la cuestión es mucho más sutil, puesto que evidentemente existen diferencias en salud por razón de género. De hecho, es comúnmente sabido que



las mujeres, a pesar de tener una mayor esperanza de vida, también se ven más afectadas desde el punto de vista de la morbilidad y la incapacidad.

...

## 1.7.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

### 1.7.2.2 Empleo

...

En la queja 18/1505 la interesada nos plantea no contabilización de los periodos de baja maternal como servicios prestados a los efectos de procesos de movilidad interna, aunque si sean reconocidos para la contratación en la Bolsa Única del SAS y ofertas públicas de empleo. Tras la correspondiente petición de informe al SAS se está a la espera de su remisión.

...

### 1.7.2.3 Salud

Es habitual iniciar este comentario de la actividad de la Institución en el ámbito sanitario desde la perspectiva transversal que implica el matiz del género, justificando este mismo apartado diferenciador.

Y ello es así porque ciertamente no podríamos decir que quienes se dirigen a nosotros planteando una problemática que les afecta en la dispensación de la atención sanitaria en el curso de sus procesos asistenciales, invoquen en alguna medida la condición sexual como elemento fundamentador de aquella, hasta el punto de que implique un tratamiento discriminatorio.

La cuestión es mucho más sutil, puesto que evidentemente existen diferencias en salud por razón de género; de hecho es comúnmente sabido que las mujeres, a pesar de tener una mayor esperanza de vida, también se ven más afectadas desde el punto de vista de la morbilidad y la incapacidad.

Son muchos los factores a los que se podría responsabilizar de esta situación, de índole diversa, entre los que podríamos citar los que obstaculizan el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios, pero resulta muy difícil extraer conclusiones desde la limitada óptica que nos proporcionan las quejas que se someten a nuestra consideración.

Por ello, lo que intentamos con esta aportación es llamar la atención sobre los problemas de salud que afectan exclusiva o preferentemente a las mujeres, a fin de otorgarles el protagonismo que les corresponde en el contexto sanitario, centrándonos por tanto en los procesos esencialmente “femeninos”, sin perjuicio de aclarar que pueden resultar directamente afectadas en el marco de cualquier otro proceso asistencial.

Por ejemplo, en su condición de cuidadoras principales de personas menores, mayores o discapacitadas, no solo sufren las dificultades de transitar por el complejo entramado procedimental sanitario procurando la atención para los mismos, sino que tienen en mayor medida repercusiones para su propia salud, con incidencia incluso en la búsqueda tardía de atención para la misma.

De todas maneras, ya es clásico que nos refiramos a planteamientos relacionados con el proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio; los tratamientos de reproducción asistida o los procesos oncológicos relativos a localizaciones tumorales esencialmente femeninas.

En materia de **anticoncepción** la representante de una plataforma replanteó durante 2018 un tema que ya había sometido a nuestra consideración años atrás (**queja 15/6116**).



Entonces nos dio cuenta de su experiencia personal y la falta de respuesta que padeció cuando cuestionó acerca del procedimiento para la **retirada del dispositivo Essure**. Una vez intervenida a este objeto, surgió la iniciativa de realizar una guía de actuación para casos similares, sobre la que por nuestra parte interpelemos a la Administración sanitaria, aunque entonces nos dijeron que no consideraban necesaria su elaboración en la medida en que se venía aplicando el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Pues bien, en la queja 18/3307 la misma interesada vuelve sobre este asunto para poner sobre la mesa el desconocimiento de los profesionales de atención primaria y servicios especializados y de planificación familiar sobre los efectos secundarios del dispositivo, la demora en el diagnóstico de los mismos, y las trágicas consecuencias, traducidas en pérdida de órganos, que vienen padeciendo muchas de las afectadas.

En definitiva, llamaba la atención sobre los padecimientos de muchas de ellas (hemorragias internas, ciática, caídas de pelo, inflamaciones de abdomen, dolores articulares y musculares, calambres, picores,...) y la problemática surgida a la hora de intervenirlas para la retirada del Essure, pues la finalidad principal era la de evitar una segunda intervención para quitar posibles restos por la rotura del dispositivo así como la extirpación innecesaria de órganos.

Se trataba de impedir la desatención que muchas venían sufriendo desde la atención primaria por el desconocimiento de los síntomas, de forma que los profesionales pudieran vincularlos a la presencia del dispositivo, determinando a continuación la derivación al correspondiente especialista.

Ciertamente en el Hospital Reina Sofía, de Córdoba, se había alcanzado un acuerdo con los responsables, principalmente para hacer pruebas de alergia y practicar otras necesarias como paso previo a la entrada al quirófano, pero la interesada insistía en la necesidad de que existiera un protocolo clínico o guía de retirada de Essure con vigencia en todo el territorio nacional.

Definitivamente no pudimos admitir la queja a trámite porque la promotora no atendió nuestros requerimientos para concertar la cita que ella misma pedía al objeto de explicarnos el estado de situación de este tema, pensamos que quizás porque al poco tiempo de su comparecencia tuvimos conocimiento del acuerdo pactado entre el Ministerio de Sanidad, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia para dar lugar al protocolo de retirada del Essure que estaba solicitando, a pesar de lo cual nos parece importante reflejar aquí este asunto a la vista de que según nos indicó la interesada, es en Andalucía donde hay más afectadas y donde más intervenciones quirúrgicas se están realizando por esta causa.

En otro orden de cosas, los planteamientos relativos a la aplicación de **tratamientos de reproducción asistida** son una constante, contabilizando durante 2018 hasta 14 expedientes nuevos, a los que se añaden los que veníamos tramitando desde el año anterior.

La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud en materia de atención especializada contempla como prestación la «reproducción humana asistida cuando haya un diagnóstico de esterilidad o una indicación clínica establecida, de acuerdo con los programas de cada servicio de salud: inseminación artificial, fecundación in vitro e inyección intracitoplasmática de espermatozoides, con gametos propios o de donante y con transferencia de embriones; y transferencia intratubárica de gametos».

A esta definición que se incluye en el RD 1030/2016, de 15 de septiembre, se ha seguido la regulación contenida en la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por medio de la cual se han concretado muchos aspectos que antes se recogían en normación de carácter interno, y por tanto sin rango suficiente para desarrollar una prestación sanitaria de manera que además fuera conocida por terceros.

En este sentido contamos también con la Guía de reproducción humana asistida en el Sistema Sanitario Público de Andalucía que recoge los requisitos, indicaciones y criterios de oferta de las distintas técnicas de reproducción asistida.

En resumidas cuentas, nos encontramos con que el ordenamiento jurídico en este área ha evolucionado, de manera que se han solventado algunas de las cuestiones interpretativas que hace años se suscitaban, como podían ser las



limitaciones de acceso por causa de la edad o la tenencia de un hijo previo en la pareja, pero subsisten otras que se vinculan sobre todo a la **incesante demora que soportan las solicitantes para ser atendidas, y los déficits de información que acompañan este largo proceso.**

Por eso, aparte de los cuestionamientos individuales diversos que nos llegan todos los años, cada cierto tiempo sometemos esta prestación a una evaluación genérica, operando de esta forma la última a través de la **queja 15/2594**, incoada de oficio, cuya tramitación conllevó una valoración general de estos aspectos, y permitió emitir diversas recomendaciones entre las que se incluían la ya reiterada de establecimiento de un plazo máximo de referencia para la aplicación de las TRHA y oferta de derivación a centros sanitarios privados a quienes vean superado el mismo, así como el análisis de la grave situación de la prestación en la provincia de Sevilla a fin de adoptar medidas especialísimas para afrontarla, proponiendo con este objeto bien 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.

Nuestra propia dinámica de trabajo nos impide muchas veces hacer el seguimiento oportuno de las recomendaciones aceptadas por parte de la Administración sanitaria, aunque en este caso tenemos que destacar necesariamente la inauguración de la tantas veces anunciada unidad de reproducción asistida avanzada del Hospital Virgen de Valme, y aunque aún no hemos podido comprobar los efectos del inicio de su actividad respecto de la lista de espera para la prestación en la provincia de Sevilla, confiamos en que conduzca a una reducción significativa de los plazos que se están dando en la actualidad.

Por lo demás, junto a la demora, en las quejas aparecen reflejadas otras cuestiones, entre las que podríamos citar la relevancia de la baja respuesta ovárica como causa de denegación, las dificultades para acceder a los tratamientos que precisan donación de gametos, la solicitud de preservación de los mismos,...

Los procesos asistenciales por **patología tumoral** en localizaciones esencialmente femeninas constituyen otro de nuestros focos de atención. En los últimos años el proceso de reconstrucción de la mama en el caso de mujeres que han padecido una mastectomía ha suscitado nuestra intervención, fundamentalmente por la prolongada espera para someterse al conjunto de intervenciones que normalmente entraña, a lo que se unieron otras cuestiones conexas.

Esta situación nos llevó también a la incoación de un expediente de oficio (**queja 16/0714**) para evaluar el alcance de la demora en estos casos, de cuya finalización dimos noticia en el **Informe Anual** del año pasado. Desde entonces no han cesado de acudir a esta Institución mujeres que reclaman la aplicación del plazo de garantía instaurado por medio de la Orden de 28 de octubre de 2016, pero no todas las que han acudido reúnen los requisitos para beneficiarse del mismo, aunque la lógica nos lleva a pensar que el respeto del plazo de las que se inscribieron en el registro de demanda quirúrgica con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la garantía, no debería producirse en detrimento de las que no tienen asignado plazo máximo de respuesta, pero se inscribieron con anterioridad y por lo tanto llevan más tiempo esperando.

De todas maneras, todavía es pronto para hacer cualquier valoración que se aparte del examen de los casos individuales, pues la diversidad que impregna las reclamaciones de las afectadas y la centralización de las quejas en relación a unos pocos hospitales nos impide llevar a cabo una tarea de esa índole. No obstante la impresión que nos gana hasta el momento no es muy positiva en cuanto a la satisfacción del límite temporal que la propia administración se impuso para acometer la cirugía que debe conducir a restablecer la imagen corporal de este colectivo, y por tanto **a reponer a estas mujeres en las mejores condiciones para poder continuar con el desarrollo normal de sus vidas.**

En algunos casos la aspiración sin embargo no es la de reconstruir las mamas extirpadas por causa de una enfermedad, sino que la enfermedad precisamente trae causa de la hipertrofia de la mismas, circunstancia que provoca o incrementa la patología de espalda.

En el **Informe Anual** al Parlamento correspondiente al ejercicio de 2016 nos detuvimos a reflexionar sobre la cartera de servicios del sistema sanitario público en materia de **cirugía plástica** y los criterios establecidos por la Administración sanitaria en la Circular 41/15, de 9 de marzo.



Por lo que hace a los que determinan el concepto de lo “operable” en lo que se refiere a la hipertrofia mamaria la Administración sanitaria apuntaba una cierta relajación de dichos criterios en comparación con los previstos en la regulación anterior. A pesar de ello las denegaciones se suceden por causa de su estricta aplicación, las más de las veces que nos llegan por la superación del límite que representa el indicador de masa corporal (no puede superar el nivel de 30).

Definitivamente, con ocasión de la **queja 16/5462** reflexionamos en cuanto a la naturaleza jurídica de dicha regulación interna, cuyo punto de partida no es otro que la consideración de la cartera de servicios comunes del Sistema nacional de salud, tal y como viene establecida por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, y la generalidad de la que adolece la mención expresa a los supuestos que se excepcionan respecto de la exclusión de la misma de «todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con finalidad estética».

En concreto el apartado 5 del Anexo III (Cartera de Servicios Comunes de atención especializada), por lo que se refiere a la indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, salva de la exclusión general antes aludida, a los que guarden relación con accidente, enfermedad o malformación congénita.

Por lo que hace a dichos procedimientos cuando se motivan por una enfermedad, la Administración sanitaria realiza un esfuerzo aclaratorio para delimitar los casos que se pueden considerar tributarios de cirugía plástica, de los que tienen naturaleza meramente estética y por lo tanto no resultan amparados por el sistema, sin que las intervenciones que procedieran en los mismos se incluyan en cartera de servicios.

En resumidas cuentas, la Administración sanitaria andaluza interpreta la normativa que regula la cartera de servicios en este concreto aspecto estableciendo el contenido de la prestación, pero lo hace a través de una circular de carácter interno que no tiene rango jurídico suficiente para reconocer o denegar derechos (criterios de inclusión/exclusión) con efectos jurídicos frente a terceros.

De ahí que dicha normación no pueda entenderse más que como el establecimiento de criterios meramente interpretativos, sobre los que prevalece la norma reguladora (R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre), y por lo tanto la legitimación que realiza de este tipo de cirugía en el ámbito del SNS cuando su necesidad aparezca vinculada a la existencia de enfermedad, accidente o malformación genética.

Con ello queremos decir que los criterios de la administración sanitaria, aun reconociendo el interés por representar el mejor conocimiento científico disponible y el consenso de las unidades implicadas, no deberían ser aplicados de manera estricta, sino sujeta a las particularidades del caso.

A estos efectos, la Circular 1/03, de 11.7.2003 que precedía a la actual 41/15, de 9 de marzo, establecía acertadamente en su instrucción segunda que los criterios de inclusión/exclusión en función de las distintas patologías «deben tener la consideración de orientativos, y es conveniente huir de la rigidez en su aplicación, recomendándose valorar otros factores que acompañen al paciente, algunos especialmente, como la repercusión que estas patologías puede tener sobre el desarrollo psicosocial, solicitando cuando sea necesario, la colaboración de las unidades de salud mental».

Por nuestra parte, pensamos que dicha previsión, aun ausente del texto de Circular 41/15, de 9 de marzo, debe considerarse implícita en el mismo por las razones que más arriba hemos señalado.

Además, en el caso concreto que se analizaba en el expediente, a la fecha de la última valoración de la paciente era la Circular 1/03 de 11 de julio la que estaba plenamente vigente, luego antes que descartarla exclusivamente por su IMC debieron tenerse en cuenta el resto de circunstancias alegadas, y específicamente su afectación de salud mental, tal y como se previene en aquella, con carácter previo a adoptar una decisión sobre la intervención.

A mayor abundamiento, la Circular 41/15 establece que las instrucciones que la integran «no tendrán carácter retroactivo...», por lo que, a nuestro modo de ver, procedía evaluar la opción quirúrgica desde la perspectiva de la repercusión que la misma podía tener para mejorar la salud de la paciente, valorando hasta qué punto la disminución



del volumen mamario podía eliminar o disminuir la sintomatología que padece, y de ser el caso, estimar que la operación no tiene un carácter meramente estético, sino que resulta necesaria por su vinculación a una enfermedad.

Por último, como breve reseña que visualiza la problemática en la **atención sanitaria a las personas transexuales**, junto a las tradicionales protestas por las largas esperas que presiden las intervenciones quirúrgicas complejas en este ámbito, también estamos detectando reclamaciones por incumplimiento de las previsiones del PAI sobre atención sanitaria a personas transexuales adultas.

Por ejemplo, en lo relativo a la innecesariedad de la evaluación psicológica con el fin de llevar a cabo un diagnóstico de transexualidad, en la medida en que dicho proceso asistencial integrado la contempla solamente como un mero acompañamiento (queja 18/3075); o también por el incumplimiento del compromiso de descentralización de la atención sanitaria (queja 18/7024), aunque en lo relativo a las intervenciones quirúrgicas más complejas tenemos que reconocer que dicha descentralización se estima a más largo plazo, pues se contempla que se sigan asignando a la UAPT de Málaga, al menos hasta que sea posible llevarlas a cabo en otros hospitales del sistema con las mismas condiciones de seguridad y calidad.

## 1.8. Justicia, Prisiones y Política Interior

### 1.8.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.8.2.4 Prisiones

...

En el ámbito de la salud, se debe igualmente **garantizar el acceso efectivo en igualdad y equidad al derecho a la protección de la salud** de los pacientes internos en prisión, y así tuvimos conocimiento en el curso de nuestra visita de la organización de consultas de especialidades médicas que se desarrollan en el propio Centro Penitenciario de Córdoba. Siendo conocedores de la implicación de la dirección y profesionales del centro hospitalario de referencia, Hospital Reina Sofía de Córdoba, para hacer posible la organización de estos servicios, no nos caben dudas de que estas medidas implican un ejercicio de coordinación y servicio que resultan extraordinariamente útiles para facilitar el acceso de estos pacientes, evitando costosos traslados y complicando su realización.

Por ello, nuestra actuación de oficio **queja 18/1547** fue consecuencia de la significativa mejora que supondría añadir la consulta de traumatología y triage al tratarse de ámbitos muy demandados debido a las actividades y a la singularidad de la población destinataria de estas especialidades. Y así, se ha dictado Resolución que contiene la Sugerencia de que se promueva el estudio y organización de consultas de traumatología y triage en el Centro Penitenciario de Córdoba con los respectivos servicios de dirección médica, a través de los acuerdos o fórmulas que se negocien a fin de avanzar en la garantía y eficacia de la asistencia médica especializada para los usuarios del Servicio Sanitario Público de Andalucía internos en ese Centro. Cerrando el presente Informe Anual, hemos recibido como respuesta del centro hospitalario, comunicando que desde el 22 de enero se encuentra en funcionamiento en el propio centro la consulta para los pacientes afectados de patología músculo-esquelética y traumatológica.

Otra cuestión sobre la que tuvimos conocimiento fue la reciente instalación del sistema diraya para la gestión de los datos sanitarios e historias clínicas de los usuarios del Sistema Sanitaria Pública de Andalucía (SSPA) en el propio Centro Penitenciario de Córdoba. Sin duda, a la vista de los resultados obtenidos, la puesta en servicio de este recurso de gestión informática implica un avance muy destacable en la disposición coordinada de la asistencia sanitaria penitenciaria, cuestión sobre la que ya esta Institución, con motivo del Informe Especial sobre Unidades de Custodia Hospitalarias (2015), tuvo la oportunidad de estudiar sus ventajas para su incorporación a los recursos y profesionales ubicados en los centros penitenciarios.

Con objeto de conocer con mayor detalle y **extensión la puesta a disposición del sistema diraya para el conjunto de centros hospitalarios** ubicados en Andalucía y las valoraciones obtenidas, en su caso, sobre su