



14. Salud

En el desglose de cada tema hemos incluido todo lo que se dice en el Informe Anual sobre ese tema, tanto en la **materia principal** como en **otras materias**. Asimismo, hemos incluido los artículos de la **Revista Resumen** del Informe Anual que afectan a este tema.

MATERIA PRINCIPAL

1.11 Salud	4
1.11.1 Introducción	4
1.11.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	
1.11.2.1 Salud Pública	5
1.11.2.2 Atención Primaria	7
1.11.2.3 Atención Especializada	8
1.11.2.3.1 Autorización para derivaciones a centros ajenos al sistema sanitario público de Andalucía	9
1.11.2.3.2 Cirugía plástica, reparadora y estética	10
1.11.2.3.3 Angioplastia primaria 24 horas	10
1.11.2.3.4 Reproducción asistida	11
1.11.2.4 Atención Sanitaria de Urgencias	11
1.11.2.4.1 Urgencias Extrahospitalarias	12
1.11.2.4.2 Urgencias hospitalarias	13
1.11.2.5 Tiempos de respuesta asistenciales	14
1.11.2.6 Praxis médica	18
1.11.2.7 Derechos de los usuarios	19
1.11.2.8 Centros Sanitarios	21
1.11.2.9 Farmacia	22
1.11.2.10 Salud mental	23
1.11.3 Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones, y Resoluciones no aceptadas	
1.11.3.1 Quejas de oficio	25
1.11.3.2 Colaboración de las administraciones	26
1.11.3.3 Resoluciones no aceptadas	26
ESTE TEMA EN OTRAS MATERIAS	
1.2. Cultura y Deportes	26
1.2.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	
1.2.2.6 Deporte	26
1.3. Dependencia y Servicios Sociales	27
1.3.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	
1.3.2.1 Dependencia	
1.3.2.1.3 Escasez de servicios, especialmente residenciales, para discapacitados con perfiles específicos en situación de dependencia	27
1.3.3 Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas	
1.3.3.3 Resoluciones no aceptadas	30



1.4. Educación	30
1.4.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite: Enseñanzas no universitarias	
1.4.2.2 Escolarización del alumnado	30
1.5. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social	31
1.5.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	
1.5.2.1 La externalización de servicios públicos y sus efectos en relación con el cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales de las empresas adjudicatarias	
1.5.2.1.1 Las consecuencias en materia de personal de la externalización de servicios públicos	31
1.5.2.1.2 La inclusión de cláusulas sociales en la contratación pública	32
1.5.2.1.3 El cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales por las empresas adjudicatarias y el control de su cumplimiento por la Administración contratante	32
1.5.2.4 Acceso al empleo público	
1.5.2.4.2 Utilización de procedimientos electrónicos en los procesos de selección para el acceso al empleo público	34
1.5.2.5 Quejas relacionadas con el reconocimiento y ejercicio de derechos de los empleados públicos	
1.5.2.5.3 Desbloqueo de la situación de reconocimiento de la carrera profesional a todos los profesionales del SAS	35
1.5.3 Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas	
1.5.3.1 Quejas de oficio	36
1.6. Infancia, adolescencia y juventud	37
1.6.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	
1.6.2.1 Menores en situación de riesgo	
1.6.2.1.1 Denuncias de riesgo en el entorno social y familiar de los menores	37
1.6.2.1.4 Pobreza infantil	37
1.6.2.2 Maltrato a menores	
1.6.2.2.1 Denuncias de maltrato a menores	37
1.6.2.3. Declaración de desamparo. Tutela y Guarda Administrativa	
1.6.2.3.1 Disconformidad con la declaración de desamparo de los menores	37
1.6.2.4 Medidas de protección; acogimiento familiar, acogimiento residencial y adopciones	
1.6.2.4.2 Acogimiento residencial	38
1.6.2.4.3 Adopción nacional e internacional	39
1.6.2.5 Responsabilidad penal de personas menores de edad	39
1.6.2.6 Menores en situación de especial vulnerabilidad	
1.6.2.6.1 Menores con trastornos de conducta	40
1.6.2.6.2 Menores extranjeros no acompañados	40
1.6.3 Quejas de oficio, colaboración de las administraciones y Resoluciones no aceptadas	41
1.7. Igualdad de género	41
1.7.1 Introducción	41
1.7.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	
1.7.2.2 Empleo	42
1.7.2.3 Salud	42
1.8. Justicia, Prisiones y Política Interior	46
1.8.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	



1.8.2.4 Prisiones	46
1.10. Personas Migrantes	47
1.10.2 Análisis de las quejas tramitadas	
1.10.2.1 Primera acogida y atención a personas inmigrantes	47
1.10.2.5 Protección del derecho a la salud de las personas inmigrantes	50
1.12. Servicios de interés general y consumo	51
1.12.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	
1.12.2.2 Otras cuestiones relacionadas con Consumo	51
1.14. Urbanismo y Ordenación del Territorio	53
1.14.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	
1.14.2.1 Urbanismo	
1.14.2.1.1 Planeamiento urbanístico	53
1.15 Vivienda	54
1.15.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite	
1.15.2.6 Permutas de vivienda por razones de conflictividad social, discapacidad y/o problemas de salud	54
2. Servicio de Mediación	54
2.2 Análisis de las quejas gestionadas a través de la mediación	
2.2.2 Análisis cualitativo	
2.2.2.1 En materia de salud	54
3. Servicio de Atención Ciudadana	56
3.4 Análisis cualitativo de las quejas	
3.4.7 Salud	56
3.4.8 Procedimientos de extranjería y cuestiones conexas	57
3.4.10 Consumo	57
4. Quejas no admitidas y sus causas	57
4.3 De las quejas rechazadas y sus causas	57
6. Actividad institucional	57
6.4 Relaciones con otras instituciones afines	57
REVISTA RESUMEN DEL INFORME ANUAL	
03. Nuestras Propuestas	59
- Igualdad de género. La atención a las mujeres y menores víctimas de violencia de género	59
- Salud Mental. La salud mental y los recursos sanitarios y sociales para su protección	61
05. Mejorar las Normas	63
- Salud y planeamiento urbanístico. La necesaria evaluación del impacto en la salud de los instrumentos de planeamiento urbanístico.	63
- iDental. Estafadores sin corazón. Desde la Institución, hemos solicitado información a las administraciones para ayudar a los pacientes afectados.	65
- Enfermería. La prescripción enfermera andaluza a una década de su vigencia	67



MATERIA PRINCIPAL

1.11 Salud

1.11.1 Introducción

Comenzamos con un breve apunte numérico para dimensionar la actividad de la Institución por lo que hace a la materia que es objeto de este capítulo. El número de quejas planteadas por parte de la ciudadanía no deja de ser un indicio de su **preocupación por la problemática sanitaria**, puesto que sin lugar a dudas a la hora de someter a nuestra consideración algún asunto que les atañe, bien directamente, bien de forma más genérica, entran en juego muchos factores.

La mayor o menor intensidad con la que se cuestionan ciertos aspectos del sistema sanitario, nos ofrece un muestreo privilegiado de los puntos donde se concentra el descontento y por tanto de los escenarios donde esta Institución debería poner más énfasis para tratar de proponer medidas que, previa aceptación de la Administración sanitaria, pudieran contribuir a solventar los déficits.

Sirva este preámbulo a la estricta cuantificación de los expedientes planteados a iniciativa de los ciudadanos andaluces, en total 518, a los que debemos unir los 6 que hemos iniciado de oficio, lo que pone de manifiesto un **sustancial incremento respecto a las quejas que se registraron en el ejercicio de 2017**, situándose en lo más alto de la secuencia de los últimos años, que viene representada por las siguientes cifras: 307 (año 2015), 426 (año 2016), y 384 (año 2017).

Hecha esta salvedad, nos valemos de este apartado introductorio para comentar dos novedades normativas importantes que aparecieron durante 2018 y que representan por un lado la reclamada vuelta a la **universalización de la sanidad**, y por otro la modificación de la regulación en el ámbito estatal de la denominada **prescripción enfermera**.

Así, el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (SNS), ya lo dice todo en su título, puesto que surge con la aspiración de derogar la reforma de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, operada por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

En esta misma sede del Informe Anual del año 2013 nos detuvimos a considerar los tres aspectos que, a nuestro modo de ver, resultaban más relevantes de esta última regulación, a saber, la determinación del ámbito subjetivo del derecho, la delimitación de su contenido, y la prestación farmacéutica.

Entonces nos referimos a la problemática que planteaban las nuevas definiciones de asegurado y beneficiario, la modificación prevista de la cartera de servicios, y las repercusiones de las nuevas reglas de copago, y otras medidas dirigidas al uso racional de los medicamentos.

Centrada la cuestión en la exclusión del derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos de los extranjeros que no fueran titulares de una autorización para residir en territorio español, los cuales, a tenor de la norma, solo mantenían la posibilidad de recibir asistencia de urgencia, o limitada a determinadas circunstancias (minoría de edad, y proceso de embarazo, parto y postparto); nos preguntábamos entonces por el camino que iba a seguir la Administración sanitaria andaluza, hasta entonces favorable en todo momento al acceso de los integrantes de este colectivo a los servicios sanitarios públicos.

Despejada la duda por la declaración formal del compromiso de mantener la asistencia sanitaria a los inmigrantes residentes en Andalucía, tal y como había venido sucediendo hasta entonces, que se reforzó con la elaboración de unas instrucciones sobre *“el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía a personas extranjeras en situación irregular y sin recursos”*, asistimos, sin embargo, a la impugnación y anulación de las iniciativas reguladoras de otras comunidades autónomas, y a la diversidad en el tratamiento de este colectivo, causante de la lógica inseguridad jurídica.

De ahí que el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, proclame desde el principio su vocación de **“garantizar la universalidad de la asistencia”**, o lo que es lo mismo de “garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado español”.



En todo caso, si bien 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, respecto a quienes tienen el derecho con arreglo a los reglamentos comunitarios de coordinación de los sistemas de Seguridad Social aquel se sigue vinculando a los mismos, y en cuanto a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español, a las que igualmente se asigna el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, se les exige el cumplimiento de una serie de requisitos.

En cuanto a este colectivo se prevé que las comunidades autónomas establezcan el procedimiento de solicitud y expedición del documento certificativo que les acredite para recibir la asistencia, al tiempo que el reconocimiento del derecho con carácter general ha pasado del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) al Ministerio de Sanidad, conservando el primero la competencia cuando el derecho deriva de normas internacionales de coordinación de la Seguridad Social.

En definitiva, que nos encontramos con una norma muy reciente que está precisada de desarrollo reglamentario, planteando dudas interpretativas que el mismo contribuirá a resolver, y que habrán de solventarse con el tiempo.

En otro orden de cosas también queremos hacer hincapié en la modificación del Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la **indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros**, mediante el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre.

Y es que en esta Institución intervinimos ante las alegaciones de inseguridad jurídica de miembros del colectivo enfermero por la vigencia simultánea de normativa estatal y autonómica y la posible contradicción existente entre las mismas.

Por lo que aquí nos interesa, entendiéndolo la Administración andaluza que le correspondía la competencia en materia de acreditación de la formación del personal sanitario, formuló conflicto positivo de competencia ante el Tribunal Constitucional, el cual se resolvió con la anulación de los preceptos correspondientes de la norma estatal, al considerar que vulneraban las competencias autonómicas de desarrollo y ejecución en materia de acreditación del personal de enfermería.

Este aspecto, junto a la propia controversia profesional en torno a este tema, por las dificultades interpretativas surgidas, a pesar de que este tipo de prescripción ya estaba contemplada en la propia ley de garantías y uso racional de los medicamentos, determinó la búsqueda de un acuerdo entre las profesiones médica y enfermera, que se materializó en el Foro Profesional, y que ha servido de base a la nueva regulación que comentamos.

1.11.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.11.2.1 Salud Pública

La Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía, define esta última como “el esfuerzo organizado por la sociedad para proteger y promover la salud de las personas y para prevenir la enfermedad mediante acciones colectivas”. Dicho texto normativo dedica uno de sus títulos a regular la **relación de la salud pública y la ciudadanía**, incluyendo un catálogo de derechos y obligaciones y una serie de garantías, prestando atención entre otras cosas a la colaboración social en esta materia, así como al fomento del interés por la salud.

El interés por la salud individual se hace patente en la mayoría de las quejas que recibimos de los ciudadanos. Sin embargo algunas de ellas introducen un matiz de preocupación por la **dimensión social de la salud** que resulta muy digno de tener en cuenta.

En este orden de cosas durante el pasado ejercicio se evidenció el interés por la **salud ambiental** en forma de quejas, algunas ya conocidas como las atinentes a la garantía de cumplimiento de la **normativa “antitabaco”**, otras más novedosas, como la que plantea el riesgo que para la salud pueden implicar los dispositivos **“sopladores de hojas”** que se vienen utilizando en la limpieza viaria de las ciudades.



En el primer aspecto recepcionamos protestas por la falta de respeto de la **prohibición de fumar en establecimientos de hostelería** (queja 18/3803); en el segundo caso se nos puso de manifiesto el riesgo para la salud que entraña la proyección al aire de partículas y bacterias del suelo, algunas producidas por excrementos de animales, gases de vehículos, y también polen y ácaros, a raíz de la utilización habitual para la limpieza viaria de mecanismos en principio pensados para facilitar la recogida de hojas en los parques, en los que la utilización de procedimientos de protección (mascarillas) por parte de quienes los manipulan, contrasta con la libre exposición de los ciudadanos en general, incluidos los niños.

Es competencia municipal el control de la contaminación acústica y atmosférica derivada del uso de dichos aparatos, mientras que, por otra parte, compete a la Administración sanitaria evaluar el riesgo para la salud de la población que resultaría de la medición objetiva de datos.

A tenor de lo expuesto, será necesario instar la actuación de los ayuntamientos en aquellas localidades donde dicho aparataje se utilice, para que realice las mediciones oportunas que pueden servir de referencia a la valoración que compete a la Administración sanitaria.

En materia de **promoción y prevención de la salud** constituye objeto habitual de este apartado la problemática relacionada con la administración de **vacunas**. A diferencia de lo que ha venido sucediendo en los años anteriores (desabastecimiento de la vacuna frente a la tosferina, o incorporación de la del neumococo al calendario vacunal), durante 2018 no se nos ha suscitado un reivindicación global sobre esta cuestión, lo que no impide que haya habido planteamientos puntuales (queja 18/6727 por desabastecimiento de la vacuna de la gripe en Granada, queja 18/2153 sobre solicitud de vacuna contra la hepatitis A para hija con enfermedad de Crohn, o negativa a dispensar dosis de recuerdo de tétanos-difteria recomendada por causa de un viaje a Kenia, que motivó la queja 18/3523).

Cobra relevancia la denuncia por la **carencia de centros de vacunación internacional en las provincias de Córdoba y Jaén** (queja 18/0294 y queja 18/2640), lo que fundamentalmente obliga a desplazarse a otras provincias que sí los tengan a quienes precisan de la administración de las vacunas que exigen sus viajes a determinados países.

Los servicios de vacunación internacional se insertan en el marco de la sanidad exterior, entre cuyas funciones se contempla el control y vigilancia sanitaria del tráfico internacional de personas, y dada su naturaleza de competencia exclusiva del Estado a tenor de lo dispuesto en el art. 149.1.16 de la Constitución, nos hemos visto obligados a remitir el conocimiento de este asunto al Defensor del Pueblo de las Cortes Generales, por cuya intervención hemos podido conocer que en relación con las provincias donde no se ubican servicios de sanidad exterior (porque los riesgos para la salud pública derivados del tráfico internacional de personas o de mercancías, o la carga de trabajo, no lo justifiquen), se está promoviendo la realización de encomiendas de gestión con las comunidades autónomas para la apertura de nuevos centros de vacunación internacional, siendo esta la opción elegida para ampliar la prestación en Andalucía con la inclusión de dichos centros en las provincias referidas.

El desarrollo e implantación de los programas de cribado también tienen encaje común en este apartado, y en este punto anunciamos en el Informe correspondiente a 2017 la iniciación de oficio de la **queja 17/4786** para conocer el nivel de implantación del programa de cribado de cáncer de colon.

Por lo que hace a este asunto, el informe de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS no resultaba muy alentador, pues a su fecha de emisión (febrero de 2018) aludía a una extensión del programa que englobaba tres centros de salud por provincia, y un porcentaje del 5,13% de la población diana (personas con edad comprendida entre los 50 y los 69 años) a la que se había invitado a participar, anunciando a continuación su ampliación conforme a los plazos establecidos por la disposición adicional segunda de la Orden SSI/2665/2014 de 31 de octubre.

“Preocupación
por la dimensión
social de la
salud”



Sin embargo, con posterioridad, tuvimos conocimiento de las declaraciones de la máxima responsable de la Administración sanitaria andaluza, mediante las cuales afirmaba que a lo largo de 2018 el programa se extendería a todos los centros de salud de la comunidad autónoma, lo que nos permitió concluir nuestras actuaciones, manifestando nuestra disposición para realizar el seguimiento de este compromiso, e incluso realizar una nueva intervención de estimarlo oportuno.

No obstante, en la actualidad venimos asistiendo a la campaña de difusión que se está realizando en diversos medios de comunicación, y que resulta explicativa de la prueba que constituye el cribado y el modo de acceder a la misma, por lo que habremos de entender que aquella está disponible para toda la población diana, a la que se pretende convocar para la misma en un plazo de dos años.

1.11.2.2 Atención Primaria

El ámbito de la atención primaria de la salud continúa siendo mucho menos reclamado que el de la asistencia especializada, siguiendo la tónica habitual de comportamiento de la ciudadanía a la hora de hacernos llegar sus quejas en relación con los procesos asistenciales que les afectan.

Ya hemos dicho en otras ocasiones que aun siendo normal esta tendencia por la relativa simpleza del primero respecto de la abrumadora complejidad que puede presentar el segundo, el **escaso número de quejas** registrado en este apartado contrasta con la singular relevancia de la atención primaria de la salud, en tanto que es frecuente puerta de entrada al sistema e instancia que garantiza la continuidad de la asistencia a lo largo de la vida del paciente.

En el informe del año pasado aludíamos a la Estrategia para la renovación de la atención primaria, y este año no podemos dejar de destacar aspectos muy relevantes de la misma como la elaboración del Catálogo de pruebas diagnósticas (de imagen, funcionales, de anatomía patológica y de laboratorio), que pueden ser solicitadas por los profesionales del ámbito de la atención primaria de la salud, con la encomiable aspiración de mejorar el proceso diagnóstico, incrementando la capacidad de resolución en este ámbito, disminuyendo las interconsultas hospitalarias y los tiempos de espera en el espacio asistencial, tal y como se señala en su presentación, que resulta más cercano y habitual para la población.

Pero ni esta ni otras cuestiones que se incluyen en dicha Estrategia y que están llamadas a repercutir ampliamente en la asistencia, tienen por ahora reflejo, al menos de una forma directa, en los planteamientos que recibimos de los ciudadanos, lo que nos impide empezar a medir su grado de implantación, teniendo en cuenta que no se define un horizonte temporal para las distintas acciones que se contemplan.

Es posible que, por ejemplo, la opción que hemos comentado en cuanto a las pruebas no se conozca, o simplemente que la inercia lleve a cuestionar aspectos más prosaicos desde la perspectiva del paciente.

En este orden de cosas la casuística es inmensa, pero advertimos materias como objeto de las quejas que recibimos el año pasado, que tradicionalmente se repiten dentro de este apartado, a saber, el déficit de medios personales, los problemas para acceder a las citas, la negativa a la derivación a especialistas, la resistencia a la atención en el domicilio, la discrepancia en cuanto a la prescripción/sustitución de determinados fármacos, o las dificultades para la asistencia como desplazados.

Sobre este último aspecto llegamos a posicionarnos a través de la **Resolución** emitida en la queja 17/1692, tras comprobar el **incumplimiento por parte de un centro de salud** de las prescripciones establecidas internamente por la Administración sanitaria, cuando un ciudadano requirió asistencia en el mismo porque **se encontraba temporalmente desplazado en la localidad por motivos laborales**.

Ciertamente no se discutía su derecho a recibir asistencia sanitaria en una localidad distinta a la de su residencia habitual, sino la obligatoriedad de seguir determinados trámites burocráticos para acceder a la misma que implicaban la necesidad de asignación previa de centro y médico.



Y es que atendiendo a la reglamentación interna aludida, que puede consultarse en la web del SAS, la asignación de centro y médico que se aducía por la Administración como necesaria para adjudicar cita, se constituye solamente como opción, con el único efecto añadido de que un solo profesional se encargue de la asistencia durante el tiempo que dure el desplazamiento, siendo posible asignar aquella aun cuando el usuario no solicite la elección de médico por desplazamiento temporal a otro domicilio, solo que en estos casos lógicamente podrá ser atendido por profesionales diferentes cabe vez que recabe asistencia.

1.11.2.3 Atención Especializada

La atención especializada es la que comienza cuando las necesidades de asistencia que presenta un paciente superan las posibilidades que ofrece el ámbito de la atención primaria, y aunque se tienda a subrayar la aspiración de integralidad de esta última y a dotarle de medios para incrementar su capacidad de resolución, tal y como hemos comentado en el apartado anterior, es evidente que la primera engloba los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más complejos, y también que los itinerarios asistenciales de los pacientes para recibir asistencia en el diversificado entramado de dispositivos que la dispensan resultan mucho más complicados.

En la comparativa numérica de quejas la supremacía de las que se refieren a la atención especializada resulta aplastante y ello aun sin incluir dentro de este apartado las que implican denuncia por los tiempos invertidos en las distintas actuaciones sanitarias, que por su entidad cuantitativa, y por el índice de respuesta de esta Institución en forma de resoluciones, es merecedor de un examen independiente que con posterioridad realizaremos.

En todo caso, las quejas sobre atención especializada también se reparten entre las que nos trasladan los obstáculos de los ciudadanos para “moverse” por los circuitos asistenciales haciendo hincapié en aspectos de accesibilidad, y las que se centran en cuestiones relacionadas con la prestación sanitaria propiamente dicha, su contenido y condiciones de dispensación.

En el primer grupo podemos hacernos una idea de las cuestiones planteadas simplemente filtrando la referencia de la queja a través del término “cita”, encontrándonos de este modo con planteamientos del siguiente tenor: **error en gestión de citas** dilata la práctica de pruebas de alergia (queja 18/1105), no le dan cita de especialista ni responden a su reclamación (queja 16/5881), problemas en gestión de cita para especialista de digestivo (queja 18/5975), o gasto innecesario en desplazamiento por cita equivocada (queja 16/6084). Con todo, las circunstancias que se erigen como obstáculos para ser atendidos en circunstancias y plazos razonables son variadas: cierre de agendas, bajas de profesionales, suspensiones sucesivas de las fechas establecidas para las consultas, o incluso período vacacional.

La actividad asistencial concreta que un paciente recibe o aspira a recibir es la motivación más frecuente de las quejas que recepcionamos en cuanto a la asistencia especializada, y la pretensión que se incorpora a la misma resulta tan absolutamente diversa que se nos hace prácticamente imposible agruparla en torno a cuestiones comunes, a pesar de lo cual todos los años intentamos destacar aquellas que comparten algún aspecto, bien sea el proceso patológico, el área asistencial, la modalidad prestacional o cualquier elemento que nos permita sacar conclusiones respecto del comportamiento de la Administración sanitaria en un determinado punto, y en su caso, realizar propuestas.

De esta manera los epígrafes que incluimos en este apartado del informe pueden subsistir o no de un año para otro en función de la relevancia que el asunto haya tenido en el ejercicio correspondiente, pudiendo siempre incorporarse otros nuevos.

En todo caso, aunque solo sea por la gravedad de las patologías a las que afecta, siempre nos gusta dejar constancia de los requerimientos que se relacionan con **procesos oncológicos**, sea por demora en el acceso a los tratamientos de quimio y radioterapia (queja 17/3540 y queja 17/2622), o cualesquiera otras incidencias surgidas en

“Obstáculos
y deficiencias
en los itinerarios
asistenciales
de los pacientes”



el seguimiento de la enfermedad (queja 17/3268 y queja 17/2215). En concreto en la **Resolución** emitida en la queja 17/2622 analizamos con detalle el proceso asistencial del interesado, tanto en lo que se refiere al diagnóstico de su enfermedad oncológica, como al tratamiento de la misma una vez que se establece la terapia de elección.

1.11.2.3.1 Autorización para derivaciones a centros ajenos al sistema sanitario público de Andalucía

La Administración sanitaria andaluza contempla la asistencia en centros ajenos al Sistema Sanitario Público de Andalucía de manera excepcional, y por causas prefijadas. En concreto, la Circular 0203/15, de 30 de julio de 2015, alude a la imposibilidad de realizar la asistencia en un centro sanitario, público o concertado o la conveniencia, adecuadamente justificada, de efectuarla en un centro ajeno determinado, incluyendo para sustentar estas situaciones los supuestos de no disponibilidad o disponibilidad limitada de un procedimiento por complejidad tecnológica, o porque requiera alta especialización facultativa, así como la baja prevalencia de la patología, que haga ineficiente la prestación con medios propios.

El procedimiento para la autorización también aparece bien definido en dicha regulación interna: solicitud de un facultativo de hospital de referencia acompañada de informe clínico detallado y propuesta concreta del centro ajeno en el que se pretende la asistencia con visto bueno del gerente, a lo que se une la autorización de la Subdirección de Accesibilidad y Continuidad Asistencial de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.

Pues bien, en el **informe del año pasado** ya dimos cuenta de lo que quisimos ver como un cambio en la tendencia absolutamente restrictiva que venía presidiendo la autorización de este tipo de derivaciones en los peores tiempos de la crisis, si no fue casualidad que los dos expedientes que pendían sobre esta materia desde el año anterior, más el que se planteó ex novo en el 2017 fueran resueltos satisfactoriamente para los peticionarios.

Durante 2018 nos han llegado cinco quejas para protestar por la **negativa o las dificultades encontradas a la hora de llevar a cabo estas derivaciones**, cuatro de las cuales aparecen referidas a pacientes menores de edad afectados por enfermedades infrecuentes.

La respuesta de la Administración sanitaria andaluza ha sido desigual, y así en la **queja 18/2249** ha accedido al tratamiento de un paciente con osteogénesis imperfecta en el hospital de Getafe a la vista de que dicho centro dispone de una unidad específica de esta patología y teniendo en cuenta el beneficio que la misma podía aportar a su caso concreto; mientras que por el contrario no se consiente la derivación de un niño con extrofia vesical para revisiones de una intervención quirúrgica que se realizó en el Hospital Universitario La Paz (queja 18/336) porque previamente no se autorizó que se llevará allí a cabo dicho procedimiento.

Las dificultades que se generaron en la unidad de traumatología pediátrica del Hospital Virgen del Rocío tras la marcha de su responsable quizás están en el origen de la solicitud de derivación al mismo Hospital Universitario La Paz de un menor con escoliosis congénita (queja 18/1064), aunque los motivos que nos han llevado a cerrar el expediente de queja que sobre aquel asunto se planteó, conocida la supervivencia de su calificación como Unidad de referencia y las reformas e incorporaciones de profesionales producidas, son probablemente los que han impedido la autorización en este caso, al entender que el centro sevillano está perfectamente capacitado para llevar a cabo las técnicas propuestas a este paciente.

La falta del informe de este último centro, requerido en el procedimiento de autorización, provocaba la preocupación de los familiares de un niño afectado por hemimelia peronea, que debía ser intervenido con rapidez para evitar el riesgo de amputación, pero una vez emitido aquel se nos comunicó la decisión favorable a su tratamiento en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia (**queja 18/0485**).

Por último en la queja 18/3086 la solicitud para el tratamiento en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, de Madrid, de un joven de quince años afectado por la enfermedad Von Hippel Lindau, se ha saldado con la autorización, pero para un centro distinto al inicialmente solicitado que tiene la condición de referente para Síndromes Neurocutáneos genéticos (facomatosis), en concreto el Hospital Universitario Germans Trias y Pujol de Badalona.



1.11.2.3.2 Cirugía plástica, reparadora y estética

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, para referimos a la modificación operada en los mismos en relación con la dermolipectomía.

Ahora queremos centrar nuestra atención en una de las intervenciones más demandadas en este ámbito como es la destinada a corregir la **hipertrofia mamaria**, pues es habitual que se deniegue su práctica porque los pacientes no reúnen los criterios establecidos en dicha regulación interna.

En muchos casos dicha negativa se torna pertinaz, como para la interesada en la queja 16/5462, tras haber sido revisada en diversas ocasiones por las unidades de cirugía plástica de dos hospitales, resultando siempre la misma valoración contraria a la intervención por causa de presentar un IMC superior a 30.

Por nuestra parte sin embargo, aun conocedores de los criterios de operabilidad recogidos en la circular antes mencionada, hemos querido hacer hincapié en el carácter meramente interpretativo de los mismos en relación con la salvedad que, en cuanto a la exclusión genérica de los procedimientos con finalidad estética, realiza (*a sensu contrario*) el apartado 5 del Anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre: “los que guarden relación con accidente, enfermedad o malformación congénita”.

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 sujetarse a las particularidades del caso, pues en el que específicamente analizamos concurrían todos los demás requisitos, la repercusión causada por el volumen mamario (patología dorsal) y la recomendación de diversos especialistas en orden a la práctica de la intervención reductora.

A esta conclusión apuntaba la regulación anterior (instrucción segunda de la Circular 1/03, de 11.7.2003), que señalaba la naturaleza orientativa de los criterios de inclusión/exclusión y la conveniencia de huir de la rigidez en su aplicación, recomendándose valorar otros factores que acompañaran al paciente, algunos especialmente, como la repercusión de las patologías sobre el desarrollo psicosocial, solicitando cuando fuera necesario, la colaboración de las unidades de salud mental.

Por nuestra parte pensamos que dicha previsión, aun ausente del texto de la Circular 41/15, de 9 de marzo, debe considerarse implícita en el mismo y por eso emitimos una **Resolución** recomendando **evaluar la opción quirúrgica desde la perspectiva de la repercusión de la misma en la mejora de la salud de la paciente**, valorando el efecto de la disminución del volumen mamario respecto de la eliminación o disminución de su sintomatología, para en su caso estimar que la operación no tiene un carácter meramente estético, sino que resulta necesaria por su vinculación a una enfermedad.

1.11.2.3.3 Angioplastia primaria 24 horas

En el marco de las quejas promovidas para la mejora de la sanidad **en Huelva**, como eco de las movilizaciones producidas contra la fusión hospitalaria, aunque en este caso planteada a través de múltiples quejas individuales, nos llegó la **reivindicación de la ciudadanía de contar** en dicho ámbito geográfico con un **servicio de hemodinámica** que resultara accesible para la práctica de la angioplastia primaria en pacientes con infarto agudo de miocardio durante las 24 horas.

A este respecto hacían valer la opción por la angioplastia frente a la fibrinólisis para tratar la obstrucción de la arteria coronaria, cuando es posible llevar a cabo aquella en un período de tiempo inferior a 120 minutos, presentando la segunda riesgo de importantes efectos secundarios (sangrado, ictus).

De esta manera consideraban que la disponibilidad parcial de la técnica en la provincia (días laborables en horario de 9 a 15 horas), generaba un **agravio comparativo para la población respecto del resto de las provincias andaluzas**, que se traducía en peores posibilidades de supervivencia de estos pacientes.



De ahí que por nuestra parte tratáramos de aglutinar esta inquietud mediante la incoación de un expediente de oficio, **queja 18/2113** dirigido a investigar la disponibilidad de esta técnica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y evaluar la posible existencia de quebras de la equidad en el tratamiento de esta patología en función del lugar de residencia.

Pedimos para ello diversa información que nos fue facilitada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS, aunque tampoco nos hizo falta profundizar en su análisis en la medida en que, reconociendo que en la provincia de Huelva (unidad de hemodinámica integrada en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Cardiología del Hospital Juan Ramón Jiménez) la angioplastia primaria se venía realizando en horario de mañana de lunes a viernes, y solo las 24 horas como segunda opción tras la trombolisis en caso de ser necesario, hubo un punto de inflexión (el 28.5.18) a partir del cual se puso en marcha el programa provincial de Código Infarto, que conlleva la disponibilidad de la angioplastia primaria como primera opción durante las 24 horas, al tiempo que incorpora un protocolo de actuación para decidir la mejor estrategia de tratamiento en cada situación, de acuerdo con la guías de práctica clínica.

Además, aunque en principio aparecía como único punto discordante en el ámbito geográfico andaluz la limitación horaria que afectaba a esta técnica en la provincia de Almería, con una disponibilidad de 8:00 a 20:00 horas, con posterioridad también se nos indicó que desde el día 1.6.18 el Hospital Universitario Torrecárdenas había ampliado la cobertura del programa provincial del Código Infarto, que conlleva la disponibilidad las 24 horas al día, los 365 días del año.

1.11.2.3.4 Reproducción asistida

Junto a la consabida reclamación por demora en el acceso a los tratamientos que es objeto de quejas individuales y motiva nuestra periódica intervención a través de quejas de oficio, también nos encontramos en este punto con las que se sustentan en la **deficiente información recibida en torno a las condiciones de inclusión/exclusión del programa**, pues nos encontramos con peticionarias que han salido del mismo cuando se ha comprobado su baja respuesta ovárica, y aun resultando indiscutible el criterio técnico que la determina, esgrimen que desconocían esta circunstancia como causa impeditiva del sometimiento a los tratamientos.

Aun cuando los expedientes que se han generado por este motivo no han conllevado la admisión de las quejas, interesa destacar que en la última iniciada de oficio sobre este asunto (**queja 15/2594**) ya pusimos de manifiesto que la información resulta falta de sistemática y uniformidad en cuanto a los medios y los momentos temporales en los que se ofrece, recogiendo entre las recomendaciones realizadas la de **protocolizar 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.

Desconocemos si el compromiso que nos trasladó la Administración sanitaria de constituir un grupo de expertos para la revisión de los documentos actuales y el diseño de otros comunes para todas las unidades de Reproducción Humana Asistida (RHA) se ha materializado, pero a la luz de lo expuesto tenemos necesariamente que cuestionarlo.

Por otro lado, las dificultades para la localización de gametos, tanto masculinos (queja 17/2607) como femeninos (queja 18/2014), en el caso de tratamientos que conlleven su donación, o las incidencias que marcan el comienzo de la asistencia en el nuevo hospital de Granada (queja 18/6634), son algunas de las cuestiones sobre las que también hemos intervenido en el pasado ejercicio.

1.11.2.4 Atención Sanitaria de Urgencias

La preocupación por la atención sanitaria de urgencias se mantiene en términos prácticamente parejos por lo que hace a los ámbitos extrahospitalario y hospitalario.

No hace falta recordar que esta modalidad asistencial es la que se relaciona más directamente con los riesgos más acuciantes para la salud y la vida, al menos en cuanto se refiere a la incidencia del factor tiempo para la atención, y esta circunstancia genera inquietud y preocupación por lo que a los dispositivos encargados de prestarla se refiere.



Como viene ocurriendo a lo largo del tiempo las cuestiones que se someten a nuestra consideración se podrían englobar en dos grandes grupos, por un lado las que ponen en cuestión la **suficiencia de medios puestos al servicio de esta prestación**, y por otro las incidencias acaecidas a raíz de demandas concretas de atención sanitaria urgente, significativamente la demora que ha presidido la misma, que puede conllevar riesgo para la salud y otros muchos inconvenientes para quienes las promueven.

1.11.2.4.1 Urgencias Extrahospitalarias

En principio, parece que contrariamente a lo que ha venido sucediendo en los últimos años las quejas encabezadas por plataformas vecinales o asociaciones ciudadanas en cuanto a los medios disponibles en una determinada área geográfica, predominantemente rural, se han sustituido por las que individualmente someten a nuestra consideración las circunstancias en las que se ha producido una determinada asistencia de esta modalidad, con predominio de las que protestan por la **demora en la llegada de los dispositivos móviles**.

Así, asuntos como: déficit de atención urgente de su mujer en Laroles (queja 18/1884); fallece su hijo por mala asistencia en urgencias de Níjar y demora en traslado al hospital (queja 18/5115); una hora para que su madre fuera atendida de urgencias (queja 17/4565); más de veinticinco minutos esperando a los servicios sanitarios de urgencia (queja 18/2831); demora en llegada de ambulancia que acude solo con el conductor (queja 18/2879); demora en la atención urgente de su hijo por quemadura en una mano (queja 17/6583); cuarenta y tres minutos tarda la ambulancia en atender demanda urgente de su abuelo (queja 18/2093); o demora en llegada de ambulancia para atender a su padre (queja 17/3077).

El análisis de estas situaciones y la valoración del respeto en estos casos del derecho a la protección de la salud de las personas afectadas se vuelve ciertamente difícil, pues partimos de la necesidad de conocer los medios con los que cuenta la localidad para atender la petición, y a veces nos vemos obligados a evaluar la corrección del triaje, y valorar las causas que han motivado la demora, que en muchas ocasiones obedece a la falta de disponibilidad de los medios referidos, que se encuentran activados para asistir otra demanda.

De ahí que el estudio conjunto de medios que en otras ocasiones se nos propone siga teniendo mucha relevancia, obligándonos prácticamente a realizar en estos casos una evaluación de políticas públicas, para la que no disponemos de medios adecuados, por muchos datos que requiramos en nuestras peticiones de información a los niveles de responsabilidad que correspondan.

Nuestra pretensión en estos casos pasa por cuantificar las situaciones más perentorias (demandas clasificadas con niveles de prioridad 1 y 2), y analizar los tiempos reales de respuesta en las mismas, para detectar en qué medida se ajustan o se separan de las cronas teóricas establecidas.

En el **Informe Anual** del año pasado comentamos las exigencias de evaluación de medios que la propia Administración sanitaria se había impuesto con ocasión del Plan de mejora de las urgencias, y planteamos la necesidad de que se completara, pero a este fin requeríamos que se establecieran nuevos parámetros que resultaran más favorables para la dotación de medios en las distintas localizaciones promoviendo la reducción de los tiempos de asistencia en los mayores niveles de prioridad de las demandas.

Hasta el momento, sin embargo, los supuestos que hemos analizado no nos permiten concluir ningún cambio, no ya en cuanto a los parámetros aludidos, sino en la dotación de medios personales o materiales cuyo incremento debería verse favorecido por la modificación de aquellos.

Así, de las quejas colectivas que se plantearon en el ejercicio de 2017 durante el año pasado hemos concluido las relativas a la demanda de un punto de atención urgente en Churriana (queja 17/836) y en Peñaflor (queja 17/3077). En esta última hemos llegado a formular **Resolución** que incluye recomendaciones para que una vez se cuente con los datos de la auditoría anunciada sobre **tiempos de respuesta**, se comparen los mismos con los objetivos fijados en el plan de mejora de las urgencias en atención primaria para la atención de las demandas calificadas con niveles de prioridad 1 y 2, valorándose una revisión de los medios en caso de que aquellos no se respeten. Igualmente proponemos que se valore el **desplazamiento de un pediatra al consultorio** de Peñaflor en una determinada



franja horaria, de manera que a la actividad de control del niño sano y vacunación se le añada la de consultas programadas. Y en último término solicitamos **que se fijen protocolos** para establecer con antelación los procedimientos quirúrgicos que, en caso de hacerse necesarios a resultas de una demanda de atención urgente, se van a practicar en el hospital al que se desplaza inicialmente al paciente (Reina Sofía), diferenciándolos de aquellos que, puedan ser programados, si el tiempo lo permite, y por tanto van a determinar su atención en el hospital de referencia (Virgen Macarena).

Por el contrario, algunas de las otras reflejadas en el Informe del año pasado todavía continúan tramitándose, recepcionándose durante 2018 la relacionada con la atención urgente en la sierra de Huelva (queja 17/0849).

En este caso valoramos la denuncia que invocaba un déficit de medios para prestar **atención urgente en el área de la sierra de Aracena y Picos de Aroche** a la luz de las novedades que han supuesto por un lado contar con un equipo móvil más ubicado en Aracena, que se añade al que poco tiempo antes había empezado a funcionar en Aroche, y por otro el Plan de mejora de las urgencias extrahospitalarias y sus prescripciones.

La información transmitida nos ha llevado a pensar que el régimen de atención es similar al de otras zonas, con dos EM como primera opción para atender las demandas de mayor prioridad, y subsidiariamente los de las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU), aunque como estos son movilizables, atienden primero las urgencias de su área y trasladan al paciente hasta un punto intermedio para que sea recogido por el equipo móvil.

Nos quedaba no obstante la duda sobre si dicho régimen es similar durante el horario ordinario de los centros de salud y consultorios, a la vista de las alegaciones de la interesada sobre los desplazamientos de los médicos y abandono de su actividad cotidiana, y esta circunstancia nos ha llevado a emitir **Resolución** para que se evalúe el orden de prioridad establecido en el plan operativo del área para que en dicha franja horaria su intervención a estos efectos sea siempre subsidiaria de la del equipo móvil de cobertura.

1.11.2.4.2 Urgencias hospitalarias

Por lo que hace al servicio de urgencias del hospital de Riotinto, tras la comunicación realizada por el personal del mismo a los ayuntamientos de las localidades afectadas, y que nos remitió en concreto el de Cumbres de San Bartolomé (queja 17/3688), se planteó fundamentalmente la **obsolescencia de la estructura física del área, y de diverso equipamiento, la progresiva pérdida de efectivos facultativos, y la dificultad de algunas especialidades para asumir pacientes** que les corresponden.

En el Informe del año pasado ya dimos cuenta de la recepción de los datos solicitados quedando pendiente de valorar su contenido. Así por lo que hace al primer punto se reconocía este aspecto en la evaluación reciente del plan andaluz de urgencias, apuntando la realización de algunas obras menores en espacios asistenciales y el área de admisión, compensándose esta situación con la baja presión asistencial que tiene el servicio.

En lo que respecta a la plantilla se nos decía que ninguno de los facultativos reside cerca del centro y que por este motivo existe una importante resistencia al establecimiento del turno diurno, afirmando que a pesar de que el proceso de interinización ha determinado la marcha del 40% de estos profesionales a otros centros más cercanos a su domicilio, en la actualidad la plantilla está al completo.

En cuanto a la organización funcional se informa de que se ha implantado el sistema español de triaje, se han establecido criterios consensuados de ingreso con las especialidades fundamentales, lo que permite al médico de urgencias ingresar directamente a los pacientes en el área de hospitalización, y se han reorganizado servicios para dar altas tempranas y permitir así el ingreso liberando camas en urgencias.

También se aludía a la adecuación de los tiempos de respuesta del laboratorio y las pruebas radiológicas para disminuir los tiempos de respuesta.

En definitiva, el informe señala las actuaciones que se han desarrollado para dar cumplimiento a la evaluación prevista en el plan de mejora de las urgencias hospitalarias, que habrán de ser objeto de seguimiento por el mismo,



de manera que, a nuestro modo de ver, será preciso que pase un tiempo prudencial para poder sacar conclusiones respecto de la incidencia de las medidas adoptadas en la mejora de los déficits puestos de manifiesto en la queja.

La **queja 13/5628** iniciada de oficio a raíz del fallecimiento de un joven sin hogar en el albergue municipal de Sevilla, tras haber sido llevado al servicio de urgencias de un centro de la capital, determinó hace algunos años nuestra participación, mediante la aportación de las alegaciones oportunas, al documento dirigido a actualizar el procedimiento marco de atención a personas en situación de riesgo social en las UGC de Cuidados Críticos y Urgencias.

Recordamos que entre los beneficiarios de dicho procedimiento se encontraban determinados colectivos (mayores o discapacitados) que acudían solos a demandar atención de los servicios de urgencia hospitalarios.

Llamamos la atención sobre este aspecto porque la **falta de acompañamiento en la comparecencia de dos pacientes en servicios de urgencias de hospitales andaluces**, ha sido determinante a la hora de que su situación pasara inadvertida para los profesionales de la unidad, que no pudieron impedir el fallecimiento en ninguno de los casos.

Sobre uno de ellos ya procedimos a la incoación de expediente de oficio a finales del año pasado y de hecho dimos cuenta de dicha apertura en este mismo apartado del Informe Anual correspondiente a 2017 (**queja 17/6790**).

En concreto, en el mismo se sustanciaba la causa de la desasistencia de la que fue objeto una anciana que había sido trasladada en ambulancia desde un centro de mayores, permaneciendo más de doce horas en sus dependencias hasta que se advirtió su presencia y se comprobó su fallecimiento, ya de madrugada.

Por otra parte, en la **queja 18/0345**, que iniciamos de oficio, se contemplaba la situación de un paciente que acudió por su propio pie, pero que igualmente no respondió a sucesivos llamamientos a consulta porque durante su estancia en la sala de espera había sufrido un ictus, de manera que cuando al final se descubrió su ubicación y se advirtió su estado poco se pudo hacer en su beneficio.

La relevancia mediática de lo sucedido, y pensamos que la propia conciencia sobre el vacío existente en algunos de estos casos, o la falta de uniformidad de las actuaciones previstas en los mismos ha llevado a la intervención de la Administración sanitaria que ha fabricado diversos protocolos con la triple finalidad de: priorizar y controlar la espera de los pacientes durante todo el proceso de atención, minimizando los riesgos y asegurando la calidad de la atención en las salas de espera; identificar de forma inequívoca a todo/a usuario/a en situaciones de especial riesgo y vulnerabilidad, considerando como tales (entre otros) a los pacientes solos, y establecer una sistemática de actuación uniforme para los profesionales que proporcione los mecanismos de seguridad y comunicación adecuados en caso de ausencia de respuesta ante la llamada de un paciente para su atención sanitaria.

A la vista de que nuestra actuación en todo caso habría de dirigirse a la formulación de Recomendaciones y Sugerencias con esta misma finalidad, considerando que las propuestas que habrían de incorporarse ya se han adoptado, pensamos que lo que nos concierne es el seguimiento y vigilancia estrecha de su puesta en práctica.

Por su parte, un **protocolo de aislamiento para la atención en urgencias de los pacientes recién trasplantados** es lo que pide el promotor de la queja 18/4261, reiterando otras solicitudes similares previamente recibidas (queja 16/5138), sin que hasta la fecha nos quede claro la necesidad de espacios independientes en estos servicios para los mismos, al margen de la medidas tendentes a agilizar en lo posible su paso por aquellos.

1.11.2.5 Tiempos de respuesta asistenciales

La importancia cuantitativa y cualitativa de la demanda sobre los tiempos de respuesta que implican la realización de distintas actuaciones sanitarias nos lleva tradicionalmente a analizarla de una manera autónoma en el seno de nuestros Informes Anuales al Parlamento.



No deja de ser un asunto con gran relevancia para la población, puesto que el tiempo invertido en dichas actuaciones es uno de los principales indicadores de eficacia/ineficacia administrativa, teniendo en cuenta que muchas patologías no admiten demora, y que la espera para el diagnóstico o el tratamiento de otras genera ansiedad y malestar, cuando no directamente dolor y sufrimiento por no recibir alivio de la sintomatología que llevan aparejadas, o por prolongar la incapacidad para el trabajo y en general para llevar una vida normalizada.

Por nuestra parte, y más allá del número de personas que permanecen a la espera de las distintas actuaciones, tendemos a centrarnos en la **evaluación de los tiempos medios de respuesta** de las mismas, y el número de **pacientes que no han sido sometidos a aquellas en el plazo de garantía establecido**.

Por lo que hace a las **intervenciones quirúrgicas**, que siempre es el asunto más llamativo, apreciamos que el tiempo medio de respuesta de los pacientes que conservan la garantía se sitúa en 73 días, lo que representa siete días más que el que se registró en 2017 (66). En segundo lugar la evolución de los pacientes que han superado el plazo de 180 días de espera en los ejercicios referidos es la siguiente: 2621 y 4023.

Si nos fijamos en los números que revelan los tiempos de espera para las **primeras consultas de especialidades** vemos que el plazo que consideramos también ha crecido, pero es el que ha experimentado un menor aumento, un día (de 52 en 2017 a 53 en 2018), y el número de pacientes que esperan más allá del tiempo de garantía aumenta en torno a los 2500. Sigue destacando Granada como la provincia que presenta el tiempo medio de respuesta más dilatado (68 días), y por especialidades ocupan el podio la habitual de traumatología (67 días de tiempo medio de respuesta global), seguida de dermatología (59 días) y oftalmología (51 días).

En último término es en las **pruebas diagnósticas** donde la demora se ha incrementado más, pues el tiempo medio de respuesta asciende desde los 34 días a los 43, excediéndose una buena parte de las pruebas habituales de la garantía de 30 días (endoscopia oral: 38, colonoscopia: 40, TAC: 43, ultrasonografía: 63 y radiología simple: 42).

Somos conscientes de que esta consideración exclusiva del incremento de los tiempos implica un análisis muy simplista, pero ante el reconocido incumplimiento de la garantía en los casos reseñados, lo que nos llama la atención es la nula invocación del mismo por parte de los afectados para hacer uso del beneficio que esta circunstancia lleva aparejada. Por parte de la Administración sanitaria quiere verse en este comportamiento una prueba de confianza en el buen hacer de los servicios sanitarios públicos, aunque desde esta Institución, sin dudar de esta premisa, también pensamos que sigue existiendo un desconocimiento generalizado de lo que la opción por recibir la asistencia en el ámbito sanitario privado representa, y de la manera de ejercitar la misma. No nos cansamos por ello de **reclamar que se informe a los interesados en este sentido cuando haya transcurrido el plazo**, sin que hasta el momento nuestra recomendación haya tenido mucha acogida, más allá que el anuncio de la mera consideración en el ámbito quirúrgico por parte de algún centro hospitalario.

En todo caso, durante el año pasado se ha seguido la tónica de estos últimos ejercicios de manera que las quejas relativas a los tiempos de respuesta asistencial representan exactamente la cuarta parte de todas las recibidas, y se reparten en las consabidas vertientes de primeras consultas de asistencia especializada, procedimientos diagnósticos, otras consultas de especialistas e intervenciones quirúrgicas, según un orden numérico creciente.

Si nos atenemos a dicha secuencia y comenzamos con la demora en las citas de primeras consultas de especialidades, quizás lo más significativo de nuestra actividad consista en el estudio de la afectación del plazo de garantía por el ejercicio del derecho de libre elección.

Así, durante el pasado ejercicio elaboramos sendas resoluciones en la **queja 16/5948** y la **queja 17/3319**, en las cuales terminamos recomendando que se promoviera la aplicación de la garantía de respuesta a las primeras consultas de especialidades solicitadas mediando el ejercicio del **derecho de libre elección de especialista**, salvo que realmente el volumen de demanda evidenciara su imposibilidad, en cuyo caso pedíamos que se adoptaran las medidas precisas para posibilitar la adjudicación de las citas dentro de un plazo que se pueda entender razonable.



Y es que, ciertamente, el art. 6 del Decreto 96/2004 establece que la garantía de plazo de respuesta queda sin efecto cuando el paciente, en el ámbito de las actuaciones previstas en el Decreto 128/1997, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el sistema sanitario público, elija un facultativo especialista o un centro asistencial para los que la demora existente impida garantizar un tiempo máximo de respuesta. A tenor de lo expuesto por tanto la exclusión de la garantía no sería automática, sino que exigiría la previa demostración de que la demora que impera en el centro elegido la impide, aparte de que de otro modo se vendría a lastrar el derecho de libre elección pudiendo llegarse incluso a su anulación.

Por lo que hace a la demora para la práctica de pruebas diagnósticas hemos recibido diecisiete nuevas quejas las cuales inciden en procedimientos diversos, algunos más habituales en su prescripción, y otros que no lo son tanto (electromiograma, encefalograma con privación de sueño, ...).

En el informe del año pasado ya comentamos la justificación a veces esgrimida en relación con la superación del plazo que sitúa la práctica de la prueba en fechas próximas a la cita de revisión del paciente con vistas a que el resultado se presente actualizado a la hora de su valoración por el especialista. Con todo, hemos intentado **diferenciar las auténticas citas de revisión**, programadas para evaluar el estado del paciente transcurrido un tiempo, probablemente tras la aplicación de un determinado tratamiento, en las que dicho razonamiento tendría sentido, **de aquellas otras que aparecen destinadas a** considerar los resultados de las pruebas, comunicar el resultado al paciente y **complementar el diagnóstico, en las que la demora en la práctica de las pruebas no obedece más que a la imposibilidad de la fijación de estas últimas con más premura**. En todo caso, dado que la normativa no distingue a la hora de establecer el plazo de garantía pensamos que valdría la pena plantearse una modificación de aquella que tuviera en cuenta el aspecto comentado.

A veces, también detectamos **desconocimiento de los propios centros en cuanto a la naturaleza de la garantía y los derechos que otorga**. Sin ir más lejos en la queja 17/0655 la interesada protestaba por la demora de tres años en ser sometida a una arteriografía cerebral que le recomendó el neurólogo.

El informe del hospital afirmaba que la lista de espera es ineludible por el elevado número de pacientes en situación similar, y que los recursos del centro deben distribuirse de acuerdo a la gravedad y antigüedad del caso, máximo cuando se trata de patologías no incluidas dentro de la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el sistema sanitario público establecida en el Decreto 209/2001, por lo que la disponibilidad de quirófanos está regulada por las necesidades de procedimientos quirúrgicos urgentes, preferentes, oncológicos y situaciones clínicas no demorables.

En la **Resolución** emitida en el caso nos vimos en la necesidad de recordarle que el procedimiento en cuestión no se contempla entre los que se incluyen en el anexo I del Decreto 209/2001, como sujeto a la garantía de plazo de respuesta quirúrgica, pero quizá es porque no se considera procedimiento quirúrgico como tal, de manera que aunque se practique en un quirófano, su conceptualización es la de procedimiento diagnóstico, y así aparece recogido en el anexo II del Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En este sentido, en el listado que conforma dicho anexo, que relaciona las pruebas diagnósticas que deben ser practicadas en un plazo de treinta días a contar desde la inscripción de la solicitud en el registro, se incluye la arteriografía utilizando medios de contraste, y más específicamente la arteriografía de arterias cerebrales.

En otro orden de cosas, la **demora en las citas para las consultas que denominamos de revisión** genera una importante casuística de quejas, pues con dicha nomenclatura englobamos todas aquellas consultas de especialistas que no se conceptúan como primera consulta. En este sentido nos referimos a las que se convocan para la comunicación de los resultados de las pruebas, las que implican o son paso previo para el acceso a tratamientos, las de revisión propiamente dichas tal y como más arriba hemos explicado, las interconsultas con otras especialidades en el marco de un proceso asistencial, o las que proceden con unidades destacadas con un objeto específico dentro de la misma especialidad.



Entre estas últimas, son ya clásicas las esperas para las distintas unidades constituidas en el ámbito de las especialidades de traumatología (columna, miembro superior, pie,... y fundamentalmente rodilla) y oftalmología (párpado, córnea, cataratas,...), e igualmente conocida nuestra opinión sobre la repercusión que las elevadas demoras que presiden la citación para las mismas ocasiona en la dilación del proceso de diagnóstico, por lo que aún reconociendo el efecto positivo que conlleva el señalamiento de plazos de garantía, su incidencia puede diluirse en los plazos que presiden otras muchas actuaciones que no gozan de dicha cobertura.

De todas maneras, por lo que hace a algunas de estas unidades especializadas hemos empezado a interesarnos por datos que nos permitan inferir la forma de organización de las consultas, y el tiempo dedicado a las mismas, como medios de referencia para valorar el déficit de ajuste entre la demanda y la oferta.

Por lo demás, en la aplicación de registro de quejas de esta Institución hemos contabilizado 63 quejas que incorporan disconformidad con los plazos que presiden la práctica de una amplia gama de intervenciones quirúrgicas.

En primer lugar, interesa destacar las que se vinculan a **procesos oncológicos**, que están llamadas a priorizarse por encima de otros procedimientos quirúrgicos, y que incluso en ocasiones no llegan a tramitarse precisamente porque al poco tiempo de la comparecencia ante esta Institución y sin plazo para requerir la emisión de informe, acaece la práctica de la operación en el centro correspondiente, terminando con la lógica preocupación de los pacientes y sus familiares.

En otras ocasiones, sin embargo, nos vemos obligados a intervenir (queja 16/6737) porque tras el diagnóstico van pasando los meses sin recibir la llamada ansiada. Aunque a estos efectos se esgrima por ejemplo que el cáncer de próstata es de los que mejor evolución tiene en el ámbito de la urología, y que la técnica prevista para la intervención es muy puntera y minimiza los efectos secundarios de la cirugía, y a pesar de que desde una perspectiva técnica no tengamos capacidad para determinar si el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la intervención tiene alguna repercusión negativa en la evolución de la enfermedad, ello no nos impide razonablemente apreciar que el mismo es excesivo, y en todo caso que incumple el compromiso reflejado en el Plan Integral de Oncología de Andalucía según el cual los tratamientos de cirugía y radioterapia no se demorarán más de cuatro semanas desde la toma de la decisión.

De ahí que en la **Resolución** emitida en el caso no solo recomendáramos la adopción de las medidas oportunas para la satisfacción de dicho compromiso, sino también la promoción de la **humanización de la asistencia a los pacientes oncológicos**, tomando conciencia de su posición de vulnerabilidad y el sufrimiento psicológico añadido que les puede causar la demora en las distintas actuaciones sanitarias, fomentando la comunicación médico-paciente de forma ininterrumpida, especialmente en el período en el que aquellos permanecen a la espera de intervención.

Como siempre en el cómputo global se mezclan las quejas relativas a intervenciones que están cubiertas por garantía de plazo y las que no, recibiendo lógicamente por nuestra parte un tratamiento diferente.

Entre las primeras, en el Informe Anual de 2017 dimos cuenta de la conclusión definitiva de las actuaciones en la **queja 16/0714**, iniciada de oficio sobre lista de espera de **reconstrucción mamaria**, por considerar aceptados los términos de nuestra **Resolución**, sobre todo una vez que se promulgó la Orden de 28 de octubre de 2016, emplazándonos a partir de ese momento al análisis de los tiempos invertidos en cada caso concreto.

Desde entonces no han cesado de acudir a esta Institución mujeres que han sido sometidas a operaciones de mastectomía por causa de cáncer de mama, reclamando la agilización de los plazos para la reconstrucción que definitivamente implique la restauración de su imagen corporal.

Durante 2018 contabilizamos varias de estas reclamaciones, y contactamos directamente con algunas de las afectadas, pero la centralización de los casos en unos pocos hospitales, y la diversidad de situaciones planteadas, pues en algunas ocasiones había cobertura de la garantía de plazo y en otras no, nos impiden por el momento realizar un pronunciamiento genérico respecto de la satisfacción de aquella.



No siendo estas las únicas operaciones con garantía que han motivado nuestra intervención, lo cierto es que en el ejercicio pasado la producción de resoluciones recayó especialmente en quejas relacionadas con **procedimientos quirúrgicos que no gozan de mecanismo de garantía**. Algunas de estos acumulaban varios años de demora en la práctica de intervenciones prescritas a personas menores de edad, concretamente una se vinculaba a un padecimiento de hipospadias en un niño de cinco años (**queja 16/6990**) y otra a un defecto craneal en otro de doce (**queja 16/1195**).

En otro caso, la espera se refería a una intervención por deformidad dentofacial (queja 17/1647), y algunos otros a la consabida **cirugía bariátrica**. Por lo que hace a esta última, por medio de la **queja 18/6003**, iniciada de oficio, hemos canalizado nuestro objetivo de investigación en relación con uno de los procedimientos quirúrgicos que más demora acarrea, a la vista de la experiencia que atesoramos en cuanto a las dificultades que jalonan el acceso a los mismos en nuestro sistema sanitario público: período de tiempo considerable en el que se suceden las evaluaciones por distintos especialistas, incluidos los de salud mental; exigencia de una pérdida de peso objetivable con carácter previo a la cirugía, falta de uniformidad de criterios en los centros, comisiones que a veces deciden sobre la indicación quirúrgica y determinan las circunstancias que van a marcar el orden de prioridad a la hora de su práctica, escasa programación de quirófanos y afectación de la salud física y mental de los pacientes.

El informe de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del SAS se ha recibido muy recientemente por lo que aún no hemos tenido ocasión de valorarlo, de forma que pondremos de manifiesto el contenido de nuestra actuaciones en el Informe Anual próximo.

1.11.2.6 Praxis médica

Las denuncias de **mala praxis** asistencial son parte habitual de este Informe Anual. Nuestra intervención no pretende ofrecer un pronunciamiento sobre si la actuación sanitaria ha tenido lugar conforme a la lex artis, -dado que no contamos con medios para hacer dicha comprobación-, sino que se dirigen a indagar sobre las diversas actuaciones del proceso asistencial, para al menos comprobar si se han producido déficits funcionales o de procedimiento. Por esta razón, explicamos con claridad a quienes nos trasladan denuncias de mala praxis, el alcance y la finalidad con que admitimos la queja a trámite.

Todo lo más, a veces, cuando de la comparación con los protocolos asistenciales o las guías de práctica clínica podemos intuir que no se han respetado los mismos, -al menos en cuanto a las actuaciones que necesariamente deben practicarse o los tiempos invertidos-, se suscita una duda respecto a lo ocurrido que puede llevarnos a reclamar de la Administración sanitaria que se inicie de oficio el procedimiento de **responsabilidad patrimonial**.

La problemática en torno a la tramitación de estos expedientes en el seno de la Administración sanitaria constituye el otro aspecto destacable dentro de este apartado, que nos ha llevado a analizar los elementos que vienen obstaculizando su resolución, no ya en el plazo normativamente establecido, sino dentro de uno que se pueda considerar razonable.

En este orden de cosas, dos son las causas que hemos detectado como esencialmente dilatorias, la habitual escasez de medios para llevar a cabo el dictamen técnico facultativo, y más recientemente la elevada demora que preside la remisión al servicio de aseguramiento y riesgos, encargado de la tramitación, de la historia clínica y demás informes y documentación necesaria.

En los informes de respuesta a nuestras resoluciones, la Administración sanitaria nos hace ver que es consciente de las demoras que se producen en la resolución de estos expedientes, en la medida en que anualmente se concluyen menos reclamaciones que las que se formulan en el mismo período, erigiendo en causa fundamental de dicha dilación la insuficiente dotación de recursos que cuenta el servicio de aseguramiento y riesgos, específicamente en lo relativo al número de profesionales médicos.



En concreto se nos dice que de doce se ha pasado a diez, y que se ha realizado una convocatoria para cubrir las vacantes, a la par que se señala que la disponibilidad presupuestaria actual no permite incrementar los recursos.

No obstante, últimamente al menos se nos viene indicando que se han puesto en marcha nuevas actuaciones, con el fin de agilizar el trabajo, al objeto de continuar disminuyendo los plazos de demora en la resolución de estos expedientes, las cuales incluyen:

- La revisión de expedientes que están pendientes de dictamen médico al objeto de decidir en cuáles de ellos puede emitirse un dictamen de conformidad, con el cual se mide la adecuación a lo reclamado del informe de la unidad de gestión clínica correspondiente, lo que ha permitido impulsar el procedimiento en muchos casos.
- Impartir formación a los responsables de los centros en esta materia para lograr que los informes de las unidades de gestión clínica implicadas cada vez respondan mejor a la reclamación presentada, permitiendo la emisión del documento de conformidad antes aludido.
- Incluir en los contratos programas de los centros objetivos vinculados a la resolución de los expedientes de responsabilidad patrimonial, fundamentalmente relacionados con el cumplimiento de los plazos de remisión de la documentación.

A tenor de lo expuesto, nos parece oportuno dejar pasar un tiempo prudencial para comprobar hasta qué punto las medidas anunciadas para reducir los tiempos de resolución están siendo efectivas.

1.11.2.7 Derechos de los usuarios

El ejercicio de los derechos que en la normativa vigente se reconocen a los usuarios de los servicios sanitarios públicos se somete anualmente a nuestra consideración.

Por ejemplo, la conclusión del **Informe Especial** sobre **derechos de las personas en el proceso de muerte**, del que ya ofrecíamos información en el Informe Anual de 2017 (**queja 17/1623**), aparte de llevarnos a elevar el grueso de nuestras consideraciones a la Consejería de Salud para que se pronuncie al respecto, se ha traducido en un mayor sometimiento de cuestiones relacionadas ante esta Institución, pensando por nuestra parte que este dato evidencia que hasta cierto punto las conclusiones de nuestro trabajo han calado en la ciudadanía en la medida en que aparece más concienciada sobre sus derechos o los de sus familiares en la etapa final de la vida.

Merece la pena aludir brevemente a las resoluciones que hemos emitido en este ámbito, las cuales teniendo dicho eje común, se centran en cuestiones diversas, expresivas de los distintos escenarios que pueden presentarse y de las múltiples circunstancias que pueden incidir en que la vivencia del proceso no se desarrolle conforme a lo que marca el criterio de la dignidad que venimos reclamando.

Así nos encontramos con la denuncia sobre falta de medios adecuados para atender y trasladar a una paciente oncológica terminal (**queja 16/6045**), que incorpora muy diversos aspectos motivadores del descontento de la familia de la paciente, algunos de los cuales no pueden merecer nuestro amparo, mientras que otros nos resultan injustificados, como lo relativo a la falta de utilización del reservorio subcutáneo.

Y es que la Administración sanitaria andaluza promueve un modelo de atención compartida entre los servicios convencionales (atención primaria y hospitales) y los servicios avanzados en materia de cuidados paliativos, motivándose la intervención de estos últimos en función de la complejidad del paciente, atendiendo a los criterios recogidos en un documento elaborado con esta finalidad (IDC-PAL).

Ahora bien, tanto si la hija de la interesada venía siendo asistida por un tipo de dispositivo u otro, lo cierto es que en los períodos de tiempo que exceden del horario ordinario de funcionamiento de la atención primaria o los equipos de soporte de cuidados paliativos, los dispositivos de atención urgente son los que garantizan la continuidad asistencial y deben poder ofrecer una atención similar a la que aquellos proporcionan.



Pensamos, por ello, que un dispositivo de urgencias extrahospitalarias debe poseer los medios necesarios, tanto en los equipos móviles, como en las Unidades de Cuidados Críticos y Urgencias (UCCU), para poder pinchar un reservorio subcutáneo, y que los profesionales que los integran deben estar capacitados para ello, pues aun aceptando que esta maniobra no resulte recomendable dentro de las ambulancias, siempre es posible llevarla a cabo en el domicilio del paciente, tal y como la practican los equipos avanzados de cuidados paliativos, o en las dependencias de urgencias del centro de salud.

Las **circunstancias en las que se desarrolló la atención sanitaria de una ciudadana en el proceso asistencial de cuidados paliativos** fueron las que determinaron nuestra intervención en la **queja 17/1798**. Y es que cuando llegaron sus últimos momentos y dado que no podían controlar el dolor en el domicilio, la familia se vio en la necesidad de llevarla al hospital, pero en vez de cumplirse las determinaciones que les habían indicado, a saber, que no la harían sufrir más, sino que la subirían a una habitación que tienen para estos pacientes y podrían permanecer con ella en todo momento; los hechos no se sucedieron así, sino que la paciente ingresó por urgencias, y en vez de subirla a la habitación la dejaron en observación, donde solo pudieron visitarla cada cierto tiempo.

Reflexionando en torno a lo sucedido a la luz de nuestras conclusiones en el **Informe Especial** aludido, no dudamos en recomendar al centro en cuestión **que se evite el retraso en el acceso a la prestación de cuidados paliativos**, aplicando con claridad los criterios que marcan la terminalidad; que se incrementen los apoyos (principalmente la formación) de los cuidadores de pacientes paliativos en el domicilio, que se evite el tránsito de los pacientes paliativos por los servicios de urgencia hospitalarios, y en caso de que no sea posible, se prevean itinerarios alternativos o medidas que propicien su rápida identificación; y que se difunda la utilización de la plataforma de telecontinuidad para favorecer la atención de los pacientes paliativos fuera del período de funcionamiento de los recursos convencionales y avanzados.

Por su parte, la **queja 17/2228** sobre **déficit de información a los familiares respecto del traslado de un paciente** al centro de origen, después de haber sido desplazado a otro hospital para la práctica de una determinada actuación que definitivamente no se llevó a cabo, nos permitió reflexionar sobre la limitación del esfuerzo terapéutico en relación con pacientes no oncológicos, pues a la postre en este caso se practicó una derivación que resultó inútil a un paciente frágil por su situación de terminalidad, propiciando que falleciera solo, sin el acompañamiento de sus seres queridos.

La falta de disponibilidad de **habitaciones individuales para garantizar la intimidad** y el aludido **acompañamiento** es moneda común en muchos centros, y también se puso de manifiesto en el pasado ejercicio en la **queja 17/1717** en la que el interesado reclama por el fallecimiento de su padre sin que pudiera disfrutar de dicho entorno.

El reconocimiento específico del derecho a la intimidad en la Ley 2/2010, de 8 de abril, tiene connotaciones propias por las especiales circunstancias que reviste el proceso de muerte, entendido como situación terminal o de agonía, donde concurre una extrema vulnerabilidad del paciente, el estrés emocional del mismo y su núcleo familiar, la eventualidad de carecer de la posibilidad de expresarse por síntomas asociados a la enfermedad, la necesidad de intervenciones múltiples de índole diversa, la adaptación de las alternativas asistenciales a los propios valores, ...

A nuestro modo de ver este escenario implica que el paciente y su familia tenga un ámbito especial donde pueda desarrollarse la asistencia que precisa libre de injerencias de terceros, y vivir sus últimos momentos rodeado de los suyos, facilitando que puedan despedirse y manifestarse como deseen.

De ahí que nos viéramos obligados a recomendar al centro hospitalario que garantice el derecho de los enfermos terminales ingresados a disponer de habitación individual, y adopte medidas para que su satisfacción no se supedite al nivel de ocupación en función de la demanda estacional.

El fallecimiento en UCI también impide el acompañamiento familiar, tal y como se evidenció en la **queja 17/1558**, en la que tras el análisis de lo sucedido propusimos determinadas medidas que propugnan fundamentalmente la **revisión de la situación de las UCIs** de todos los centros del complejo hospitalario



en cuestión, a fin de diseñar espacios dentro de las mismas, allí donde no los hubiere, para garantizar el acompañamiento de los pacientes en situación de terminalidad por parte de sus familiares, fundamentalmente en el trance del fallecimiento.

Además, para el caso de que ello no fuera operativo, o mientras tanto se llevan a cabo las remodelaciones oportunas, se recomienda que se adopten directrices para anticipar la salida de la UCI de los pacientes cuyo fallecimiento se prevea próximo, siempre que su situación lo permita, al objeto de que sean trasladados a habitaciones individuales donde se garanticen sus derechos.

Por último, también le instamos para que se evaluaran los protocolos sobre información a pacientes y familiares introduciendo previsiones específicas sobre la manera de dar malas noticias, principalmente en los casos de fallecimiento, así como que se diseñaran actividades formativas para que los profesionales del centro incrementaran sus habilidades y capacitación en este aspecto.

A las intervenciones circunscritas a la salvaguarda de la dignidad en el proceso de muerte, durante el año pasado se suman otras muchas relacionadas con los derechos a la información (varias en su vertiente de falta de respuesta a las reclamaciones de los usuarios), libre elección, dignidad, y acceso al historial clínico.

El Informe del año pasado aludía a un expediente (**queja 16/4589**) vinculado al ejercicio de este último derecho que nos permitió advertir el incumplimiento de otro, como es el de la protección de los datos personales de una paciente, y en la misma línea durante 2018 la solicitud de otra usuaria (**queja 16/6436**) para que se retirara **información errónea en su historia clínica** nos ha hecho llegar a idéntica conclusión.

Acudió ante la preocupación que le suscitaba la confusión de los datos relacionados con su historia sanitaria, en la medida en que en dos ocasiones habían aparecido episodios que no forman parte de su itinerario asistencial, presumiéndose su pertenencia a la historia clínica de otro/a paciente, con el consiguiente riesgo para su salud por la atribución de diagnósticos que no eran reales, así como de tratamientos que no ha seguido, y por la aparente falta de corrección del error que motivara inicialmente esta situación, en la medida en que se repitió poco tiempo después.

Pues bien, del relato de la interesada y el contenido del informe administrativo deducimos que habían existido fallos reiterados en las medidas de seguridad aplicadas, resultando obvio que los mecanismos para la identificación y verificación de los usuarios no son tan fiables como deberían para que dicha actuación se desarrolle de una forma inequívoca, puesto que basta la mera similitud en los nombres de dos pacientes para que se produzca un error de este calibre.

Por ello no podíamos coincidir en cuanto a que lo ocurrido era una mera incidencia que se resuelve con su subsanación, sino que se había cometido una infracción grave de la normativa de protección de datos que nos llevaba a exigir una investigación detallada de lo sucedido con revisión de las medidas de seguridad, para poder detectar el origen de las vulneraciones que se habían puesto de manifiesto y establecer los mecanismos que realmente impidan que vuelvan a suceder.

1.11.2.8 Centros Sanitarios

El proceso de desfusión de los hospitales de Granada y la reversión de la propuesta de unificación de las áreas de pediatría de los hospitales de la ciudad en un solo centro, hizo innecesario el debate en torno a la falta de previsión de habitaciones individuales en el proyecto del nuevo hospital materno-infantil (queja 16/2125).

A pesar de ello seguimos considerando que la disponibilidad de habitaciones dobles en las áreas de pediatría no conculca directamente el Decreto 246/2005, teniendo en cuenta el tenor de este último, aunque es posible que dicha vulneración pueda llegar a producirse de facto en algunos casos. De ahí que pensemos que la declaración del incumplimiento alegado no pueda llevarse a cabo de una forma apriorística, sino que habría de efectuarse cuando así resultara en supuestos particulares por la concurrencia de las circunstancias alegadas (superación de las ratios habituales de ocupación por causa de picos epidémicos no previstos).



Por su parte, el manifestado descontento con la obligación de hacer frente al pago por el **visionado de la televisión en las habitaciones de los hospitales** del sistema sanitario público andaluz, llegó a motivar quejas por la negativa a permitir la conexión de un televisor propio (**queja 17/3799**), ante lo cual el centro en cuestión alegó que este tipo de solicitudes no permite garantizar la seguridad eléctrica del hospital y que se podían causar incidentes a las personas y las instalaciones, con afectación para el normal desarrollo de la asistencia.

De todas formas recientemente hemos asistido al anuncio realizado por las autoridades sanitarias relativo a la inminente gratuidad del servicio de televisión en las habitaciones de los hospitales andaluces, de manera que se anuncia una extensión progresiva de esta medida hasta completarla durante el primer semestre de este año.

Por lo que hace a las reclamaciones relacionadas con la paralización de las **infraestructuras sanitarias** que se habían planificado, o las solicitudes relativas a la edificación y puesta en funcionamiento de otras no comprometidas, con carácter general nos hemos interesado por conocer cuáles son las circunstancias que vienen motivando la demora de las primeras, o hasta que puntó se estima adecuada la propuesta de las segundas.

La crisis económica postergó indefinidamente muchos de estos proyectos, aunque en el **informe del año pasado** quisimos ver reflejados los signos de la recuperación con el reinicio de las obras e incluso la finalización de algunos dispositivos. Muchas de ellas sin embargo sufren los problemas de financiación de las empresas adjudicatarias, que devienen la mayor parte de las veces en concurso de acreedores, lo que obliga a la resolución de los contratos con las mismas, no siempre de forma pacífica, y a la necesidad de reiniciar el procedimiento de licitación.

Este tipo de factores viene condicionando por ejemplo las obras del Chare de Aracena (queja 17/2558) así como las del antiguo hospital militar de Sevilla (queja 17/6192), mientras que en otros supuestos, como el hospital de Vejer de la Frontera (queja 18/3585 y queja 17/4808) la realización de instalaciones que penden de otras autoridades públicas (depuradora y accesos) es la que está impidiendo la apertura.

Por último, la tramitación de estas reivindicaciones a veces solo sirve para recibir la confirmación administrativa del propósito de llevar a cabo la obra, aun cuando no pueda aportarse siquiera una fecha aproximada para comenzarla, dejando su efectiva materialización a la incierta circunstancia de una futura disponibilidad presupuestaria, como es el caso del hospital de la Alpujarra (queja 17/5867).

El mal estado de las instalaciones, las deficientes condiciones de limpieza, el anuncio de cierre de determinadas unidades, la mala calidad de la comida, los problemas con la climatización,... son otras de las cuestiones relativas a los centros que también se sujetan a nuestra consideración.

1.11.2.9 Farmacia

La actividad desarrollada en el ámbito de la prestación farmacéutica durante 2018 trae causa de un conjunto variopinto de quejas, que prácticamente incluye la mayoría de las reclamaciones que se vienen sucediendo en este ámbito.

Lejos quedan las solicitudes colectivas de medicamentos novedosos, como por ejemplo la que se registró en relación a los que se anunciaban para el tratamiento de la hepatitis, lo que no impide que el acceso a fármacos innovadores y la problemática que conlleva siga determinando el recurso a esta Institución de quienes, afectados por determinadas enfermedades, han tenido conocimiento de aquellos a través de sus especialistas de referencia, o bien por medios de comunicación, redes sociales, asociaciones de pacientes, etc., constituyendo los mismos en muchos casos las únicas o últimas alternativas plausibles.

De ahí que tengamos que hablar de desabastecimiento de marcas de las farmacias, desacuerdo con la sustitución de medicamentos por parte del médico de atención primaria, rechazo a los equivalentes farmacéuticos genéricos, o petición de tratamientos no incluidos en la prestación farmacéutica del sistema.



En materia de efectos y accesorios nos encontramos con la protesta por la suspensión del suministro de contenedores para jeringuillas y agujas de insulina, la solicitud de financiación pública de mascarillas para administrar a los niños medicamentos inhalados, e idéntica pretensión respecto de los sistemas de control de glucosa mediante sensores.

Por lo que hace a este último caso, la reivindicación de un ciudadano que venía sufragando el coste del mecanismo de medición de glucosa que había sido recomendado a su hija de cinco años (queja 17/6752) afectada de diabetes tipo 1, inició la tramitación de un expediente que coincidió en el tiempo con la inclusión de los sistemas de monitorización de la glucosa en Cartera de Servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía, lo que se llevó a cabo a través de la Resolución de la Dirección Gerencia del SAS de 17.4.18, mediante la cual se han establecido los criterios para autorizarlos a los pacientes que se perfilan como destinatarios de los mismos.

Por lo demás, las vicisitudes relacionadas con el tipo de aportación farmacéutica y los criterios que determinan el acceso a la farmacia gratuita constituyen otro campo de interés de los ciudadanos que tiene reflejo en nuestra Institución y cuya solución continúa en parte marcada por el desacuerdo entre los ámbitos de autoridad estatal y autonómico respecto a la competencia para dirimir los conflictos en este punto.

No obstante, mencionadas otros años las propuestas realizadas para la modificación de los criterios, fundamentalmente económicos, que marcan los grupos de clasificación a efectos de copago, parece que en la actualidad existe una iniciativa firme del gobierno central para su eliminación a los colectivos de pensionistas más vulnerables (los que reciben una renta anual de 11 200 euros o que, en el caso de realizar la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, tengan una renta menor a 5635 euros consignada en la casilla de base liquidable general del ahorro de la declaración del IRPF), así como al parecer, a las personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo.

Con toda probabilidad el año que viene podremos comentar esta medida, si es que definitivamente se materializa.

1.11.2.10 Salud mental

La situación del derecho a la protección de la salud en relación con las personas que vienen afectadas por un problema de salud mental constituye un punto de referencia obligado de nuestra anual rendición de cuentas, pues no por conocida la problemática que revela las quejas que recibimos en este apartado, resulta menos preocupante, en tanto que evidencian el **alto índice de sufrimiento que esta enfermedad ocasiona a quienes la padecen y a su entorno familiar y social**.

Los planteamientos que nos llegan son muy diversos, y ponen de manifiesto muchas veces la impotencia de los familiares ante el deterioro progresivo de los enfermos cuya evolución no pueden modificar, a pesar de la búsqueda desesperada de ayuda, que aunque frecuentemente ofrecida en forma de tratamientos y recursos, no siempre es aceptada por quien está llamado a recibirla, en el libre ejercicio de su voluntad.

El supuesto del **enfermo que no se trata y vive solo o enturbia la convivencia en el ámbito familiar** se da con frecuencia, y también reiteradamente se pide su acceso a un recurso en el que pueda ser tratado adecuadamente, que bien se pretende con un alcance y duración que ahora mismo no encuentra reflejo en el marco de los dispositivos existentes, o bien no se proporciona en el momento en que puede incidir favorablemente en su estado.

Las soluciones mágicas no existen, aunque por nuestra parte tratamos de profundizar en el desarrollo de dichos recursos, dado que otras cuestiones se antojan más complicadas (decisiones sobre diagnóstico y tratamiento), y en este orden de cosas decidimos iniciar de oficio la **queja 16/5473 sobre el tratamiento asertivo comunitario** en nuestra comunidad autónoma.

“Pedimos una
evaluación de
los programas
de tratamiento
asertivo
comunitario”



Pues bien, la respuesta recibida de la Administración sanitaria se encarga de adelantar con carácter previo que el proceso de implantación es desigual, de manera que hay unidades de gestión clínica que cuentan con equipos de diferente nivel de dedicación, pero también hay otras unidades que desarrollan programas de tratamiento asertivo comunitario aunque no cuenten con equipo específico, sin perjuicio de que determinadas características de este tipo de tratamientos son predicables de la atención que dibuja el proceso asistencial integrado de trastorno mental grave, atribuible en principio a los dispositivos sanitarios clásicos dentro de la ordenación de los recursos de salud mental.

El análisis de la información suministrada junto a las prescripciones del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, conocido como PISMA (2016-2020), y el contenido del documento marco para el desarrollo de programas de tratamiento asertivo comunitario en Andalucía, nos llevó a alcanzar las siguientes conclusiones:

- Que pocas de las experiencias de programas asertivos comunitarios contemplados en el informe de la Administración pueden considerarse Tratamiento Asertivo Comunitario en sentido estricto.
- Que en muchas Unidades de Gestión Clínica de salud mental se refiere la práctica de actividades comunitarias que se asimilan a las del Tratamiento Asertivo Comunitario, pero por las razones antes reflejadas no puede estimarse que su existencia implique la de tal tratamiento propiamente dicho, sino que debe entenderse como cumplimiento de las medidas que se plantean en el marco del proceso asistencial integrado de Trastorno Mental Grave y que pueden concretarse en su plan individualizado de tratamiento para un paciente concreto.
- Equiparar dichas experiencias con los programas TAC que venimos comentando, equivale a diluir el concepto de estos últimos, y poner en cuestión su necesidad.
- Además, por mucho que se diga que el plan individualizado de tratamiento de Trastorno Mental Grave contemple acciones similares para la atención de pacientes en situaciones especiales, lo cierto es que a la hora de explicar las que se vienen llevando a cabo en aquellas localizaciones que no cuentan con equipos diferenciados, las mismas vienen a identificarse prácticamente con la realización de visitas domiciliarias.
- Que aun cuando la consecución de los objetivos señalados en el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) haya que entenderlos referidos al final del período de vigencia de aquel (2020), lo cierto es que la dotación de todas las Unidades de Gestión Clínica de salud mental con programas basados en el modelo de tratamiento asertivo comunitario aún se presenta como un objetivo lejano.
- Las modalidades de funcionamiento también son muy dispares, y lejos de representar ajustes a las circunstancias concretas del ámbito en el que se desarrollan los programas, nos gana la impresión de que vienen fuertemente condicionadas por los recursos, de manera que la disponibilidad de estos últimos es lo que marca el modelo de asistencia y no al revés.
- Se registra una patente falta de iniciativa en determinadas áreas geográficas en pro de esta modalidad asistencial, que no puede dejar de generar una gran preocupación en términos de equidad.

A la vista de lo anterior llegamos a formular a la Coordinación autonómica de salud mental un conjunto de sugerencias, cuya aceptación aún estamos pendientes de evaluar:

- 1.- Que previa recopilación de la información necesaria sobre los programas de tratamiento asertivo comunitario que se están desarrollando en la actualidad en nuestro sistema sanitario público, se lleve a cabo una evaluación de su funcionamiento a fin de determinar los que constituyen las mejores prácticas, con el objeto de que sirvan de referencia para el perfeccionamiento de los otros, así como para su implementación en aquellas áreas donde se carece de ellos.
- 2.- Que se adopte una actitud proactiva en torno a la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario, para que la misma no dependa en exclusiva de la voluntad de las Unidades de Gestión Clínica de salud mental, y se agilice el camino para la consecución del objetivo de contar en todas ellas con dichos programas, tal y como se recoge en el III PISMA.



- 3.- Que, aun respetando la adaptación a las necesidades que marcan las circunstancias concretas de cada Unidades de Gestión Clínica, se promueva el ajuste de los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario a las directrices que recoge el documento marco para el desarrollo de programas de tratamiento asertivo comunitario en Andalucía, de forma que adquieran un mínimo de homogeneidad, y siguiendo aquellas se aliente la constitución de equipos diferenciados con profesionales dedicados a tiempo completo.
- 4.- Que se adopten soluciones de urgencia en todas las Unidades de Gestión Clínica que no cuentan con esta modalidad asistencial en su cartera de servicios, para evitar perjuicios añadidos por falta de equidad en el acceso al tratamiento de un colectivo de pacientes ya de por sí vulnerable y desprotegido.

Inciendo también en el ámbito de los recursos, aunque en este caso se trata de los del programa residencial de la fundación pública andaluza para la integración social de personas con problemas de salud mental, Faisem, hemos continuado la tramitación de la queja 17/4113, motivada en la **retirada progresiva de plazas del programa de apoyo domiciliario**, en detrimento de la atención de muchos afectados por trastorno mental grave.

Promovida por un trabajador de dicho programa, se apunta la falta de acceso al mismo de pacientes que reúnen criterios para ello y que podrían beneficiarse de sus prestaciones, pues lo que se persigue es el incremento de la autonomía de personas que viven en sus propios domicilios, ofertándoles apoyo y supervisión, favoreciendo que puedan permanecer en los mismos.

Durante el año pasado recibimos los informes que habíamos solicitado tanto a Faisem como a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia, y ahora estamos a la espera de que el interesado alegue lo que estime conveniente conforme a los mismos, fundamentalmente en lo que se refiere a las ventajas comparativas que pudieran existir entre el programa domiciliario de Faisem y la ayuda a domicilio del sistema de dependencia, como paso previo para adoptar una resolución definitiva sobre este asunto.

1.11.3 Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones, y Resoluciones no aceptadas

1.11.3.1 Quejas de oficio

- **queja 18/2113**, referida al **Servicio de hemodinámica 24 horas** en la provincia de Huelva y dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud.
- **queja 18/6003**, sobre la **lista de espera de la obesidad mórbida**, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud.
- **queja 18/6224**, sobre el **fallecimiento** de una vecina de Aracena (Huelva) tras esperar cuarenta y cinco minutos la ambulancia. Dirigida a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias en Huelva y al Área de Gestión Sanitaria Norte de Huelva.
- **queja 18/0345**, referida a una persona que sufrió un **ictus** en el servicio de urgencias del hospital de Antequera, sin que nadie se percatara hasta cinco horas más tarde. Dirigida al Área de Gestión Sanitaria Norte de Málaga.
- **queja 18/3904**, sobre el transcurso de tres horas antes de que se limpiara a una paciente bañada en sangre, en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla. Dirigida a la Dirección Gerencia del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.
- **queja 18/6479**, referida al fallecimiento de dos pacientes trasplantados con riñones infectados por el Virus de Herpes Simple (VHS) y dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud.



1.11.3.2 Colaboración de las administraciones

En líneas generales, la colaboración de los distintos órganos de la Administración sanitaria con esta Institución, puede calificarse de aceptable, por lo que atañe a la diligencia en atender temporalmente los correspondientes requerimientos de información y, desde luego, en promedio, de muy satisfactoria en cuanto al contenido y nivel de las respuestas ofrecidas.

1.11.3.3 Resoluciones no aceptadas

Consideramos que las posiciones mantenidas por esta Defensoría se han desenvuelto en el ejercicio de 2018, dentro de una senda ya trazada de ordinaria aceptación por parte de la Administración sanitaria destinataria de las mismas, como revela la relación estadística entre resoluciones totales emitidas (26) y recomendaciones que debimos acabar valorando como no aceptadas (6), al expresarse una aceptación formal de su contenido, pero sin traducción material práctica o, en su caso, sin satisfacción de la pretensión planteada en el caso concreto. Los supuestos aludidos son los que siguen:

- **queja 16/1985**, referida a demora en primera consulta de digestivo y dirigida al Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla.
- **queja 16/2773**, referida a demora en práctica de holter y ecocardio, dirigida al Hospital Virgen de la Victoria, de Málaga.
- **queja 16/5526**, referida a la demora en resolver expediente de responsabilidad patrimonial, dirigida a Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud.
- **queja 16/5798**, referida a la demora en pruebas previas a tratamiento de cáncer de próstata y dirigida al Hospital de Puerto Real, de Cádiz.
- **queja 16/5948**, referida a la demora de seis meses en primera consulta de especialista, dirigida al hospital de Poniente-El Ejido, de Almería.
- **queja 16/3934**, referida a incidencias en el curso de un tratamiento de reproducción asistida y dirigida al Hospital Regional de Málaga Carlos Haya.

ESTE TEMA EN OTRAS MATERIAS

1.2. Cultura y Deportes

1.2.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.2.2.6 Deporte

...

A este respecto, ya el pasado año hicimos referencia a nuestra actuación en relación a la obligatoriedad de los reconocimientos médicos en determinadas pruebas deportivas **queja 17/2997**. Nos encontramos ante un modelo de estructura deportiva que es eminentemente federativo, sin embargo este deporte expresado en manifestaciones colectivas y ciudadanas se ha convertido en una actividad de auténtica dimensión social, que ha provocado una disminución del número de licencias deportivas federadas al adquirir la práctica deportiva un carácter recreativo o de ocio, transformación que se corresponde con lo que la Ley del Deporte denomina “deporte para todos”.



Esta practica deportiva debe hacer compatible la salud y la seguridad, existiendo cada vez más concienciación sobre la necesidad de tener, al menos, un **reconocimiento médico deportivo** previo a la competición. Sin embargo, como consecuencia de este proceso de participación ciudadana y de la consolidación de la práctica deportiva en nuestra sociedad, aconseja un ejercicio especialmente reglado para atender estas convocatorias desde la organización, y donde la exigencia de aportar un certificado médico de apto para participar en la prueba deportiva no venga determinado solo por la categoría o tipo de deportista en cuestión, sino también por la prueba o evento deportivo a celebrar, cuestión que debería regular el futuro Decreto de desarrollo normativo y que debería venir determinado por el tipo de prueba, como por ejemplo la distancia superior a 42 kms. o de menor distancia pero atendiendo a la dureza del desnivel a abordar.

Por ello, se hizo la Sugerencia de que el Decreto de protección de la salud y lucha contra el dopaje, en desarrollo del mandato contenido en la Ley 5/2016 de 19 de julio, del Deporte Andaluz, contemple tanto la necesidad de superar un examen médico previo para obtener una licencia federativa, como -más importante- la obligación de aportar un certificado médico de estar apto para tomar parte en las pruebas y eventos deportivos que dicho reglamento establezca. Dicha Resolución ha sido aceptada recientemente.

...

1.3. Dependencia y Servicios Sociales

1.3.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.3.2.1 Dependencia

1.3.2.1.3 Escasez de servicios, especialmente residenciales, para discapacitados con perfiles específicos en situación de dependencia

Desde el año 2016 venía esta Defensoría investigando las dificultades de aprobación del PIA correspondiente a personas en situación de dependencia con un determinado perfil de discapacidad, en la medida en que, de las quejas que nos dirigían las personas afectadas, se desprendía que era insuficiente la oferta de servicios a su disposición y, en especial, de plazas residenciales acomodadas a los diferentes perfiles.

Este cometido lo abordamos a través de la queja 16/6941, incoada de oficio, que ha culminado en el año 2018 mediante **Resolución** dirigida a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, en cuya virtud se insta a la misma a examinar las necesidades reales del colectivo de personas con discapacidad con dependencia reconocida, en sus diversos perfiles, promoviendo las actuaciones que permitan completar el **mapa de recursos en todos los ámbitos provinciales con demanda, acomodar el número y clase de centros y de plazas residenciales a la referida demanda y hacer efectivo el derecho subjetivo de este colectivo** de dependientes a acceder a un recurso residencial adecuado a su perfil.

La necesidad de pronunciamiento por esta Institución, partió de la constatación de que, con mucha frecuencia, las personas dependientes mayores de edad y afectadas por patologías físicas o psíquicas, se enfrentan a una dificultad añadida cuando el recurso prescrito es el de atención residencial: **la insuficiencia de plazas residenciales destinadas por la Administración** a dar respuesta a las concretas necesidades que demanda su patología o trastorno y que exige su beneficio.

Los informes recibidos de las respectivas Delegaciones Territoriales, efectivamente, concluían en los casos denunciados ante esta Defensoría, que no era posible resolver el PIA por falta de plaza vacante en el recuso residencial adecuado a su perfil prescrito como idóneo.

La Administración, además, no solo aludía en sus informes a la precitada razón, como realidad objetiva que obstará al acceso en un momento o período puntual y concreto, sino que significaba tratarse de una insuficiencia claramente



estructural, que conducía a la escasa probabilidad de vacante futura, al tratarse de plazas ocupadas por residentes llamados a beneficiarse de este recurso residencial -afortunadamente- durante muchos años, con una prolongada estancia y trayectoria en los centros.

Se trataría, en definitiva, de una deficiencia persistente del Sistema, que, siquiera fuera transitoriamente pero por tiempo impredecible, dejaría fuera del Catálogo de Servicios a determinado sector de dependientes, o bien los incluiría mediante la asignación de un recurso disponible, distinto al inicialmente propuesto como idóneo. Destacan especialmente las personas con patologías enmarcadas en el espectro autista.

El informe emitido a este respecto de forma expresa por la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, precisaba que los centros destinados a la atención de estos diversos tipos de dependientes tienen un ámbito territorial autonómico, a pesar del cual, se intentaba dar respuesta a la demanda a nivel provincial. Continuaba reseñando las cifras globales de plazas de atención residencial de que tratamos, en sus diversas modalidades, incluía una tabla comprensiva del mapa de recursos, en la que se desglosaban los distintos tipos de centros conforme al número de plazas de cada uno por provincias y se destacaba que para atender la necesidad, desde 2015 se había propiciado un incremento de 224 plazas, particularmente en Sevilla, seguida de Almería y Granada, así como implantado en provincias carentes de ellas, plazas correspondientes a ciertas tipologías, como la residencia de gravemente afectados por parálisis cerebral en la provincia de Almería, o las de daño cerebral adquirido.

En relación con el número de expedientes cuya propuesta de PIA está orientada a recursos de este tipo pendientes de aprobación, nos trasladó la Agencia un cuadro completo, asimismo desglosado por tipología de centros y provincias, que arrojó un resultado total de 757 en la comunidad autónoma, perteneciendo el mayor número de peticiones, por este orden, a las provincias de Sevilla (231), Málaga (225) y Granada (108). De entre ellos, las principales demandas específicas no cubiertas se encuentran en las plazas para personas con problemas de salud mental y las indicadas para personas con discapacidad intelectual con mayor nivel de autonomía en residencias o viviendas.

En este último sentido, destacó el informe la necesidad de tener en cuenta dos aspectos, a saber: el primero, que no todos los expedientes están en situación de aprobación de PIA inicial, sino que en algunos de los casos la persona dependiente ya cuenta con un recurso y de lo que se trata es de su revisión. Y, por otra parte, el hecho de que algunos expedientes no han podido resolverse por razones imputables a la voluntad del interesado, al desear obtener la plaza en un centro concreto, bien sin posibilidad de ampliar el concierto por falta de acreditación del mismo, bien sin plaza concertada vacante en aquel.

Como conclusión, curiosamente, la postura administrativa defiende que el servicio de atención residencial ha de ser el último recurso, dado que el arraigo familiar y social queda mejor garantizado por servicios de proximidad, como las unidades de día y las unidades de día con terapia ocupacional. Es decir, entiende que son preferibles los centros de día antes que los residenciales, por razones de arraigo.

Objetamos a ello, sin embargo, que, aun no siendo irrelevantes los expedientes concluidos con asignación de recurso residencial, los que no han obtenido respuesta administrativa positiva comprenden a muchas personas, todas ellas con un derecho de naturaleza plenamente subjetiva, algunas de las cuales, como venimos conociendo en las quejas individuales que tratamos a diario, afrontan dramas personales de difícil manejo que hacen penosa su permanencia en el núcleo familiar y que desbordan a quienes, con más voluntad que capacidad, dedican esfuerzos sobrehumanos a sostener precariamente una realidad precisada de abordaje especializado.

Es, por añadidura igualmente cierto, que no todos los expedientes resueltos con plaza residencial, lo son a plena satisfacción, ya que dentro de ellos no faltan supuestos en los que la plaza asignada se acaba produciendo en un centro distinto al que por su tipo de discapacidad correspondería a la persona afectada, en un intento bienintencionado pero inadecuado de la Administración, de canalizar la respuesta por algún medio residencial viable (usualmente, a través de plaza en centro residencial para personas mayores).



No obviaremos el matiz que introduce el informe cuando destaca que de los expedientes que penden de resolución asignando el recurso propuesto, algo menos de 400, la mitad, responden a dependientes desprovistos de prestación alguna del Catálogo (PIA inicial), mientras que la otra mitad cuenta con un recurso distinto al residencial y están pendientes del cambio del mismo por el residencial adecuado. La experiencia nos dice, sin embargo, que en no pocos de estos últimos expedientes, la revisión se insta cuando ha fracasado el recurso reconocido, lo que en definitiva significa que la persona afectada, en realidad, permanece en su domicilio sin recurso alguno, aguardando el reconocimiento de la plaza residencial oportuna. A lo que hemos de añadir que este tipo de procedimientos inconclusos por falta de plaza vacante, suelen prolongarse en dicho estado durante mucho tiempo, como la propia Administración reconoce, por la alta permanencia, estabilidad y escasa movilidad de las personas ya beneficiarias en sus centros respectivos.

Por otro lado, en los supuestos en que la Administración residencia la causa que obsta a la resolución del procedimiento en el interés de la persona afectada y/o de su familia por permanecer o ingresar en un centro específico, consideramos oportuno traer a colación -únicamente desde el punto de vista de la ubicación geográfica del centro pretendido- la importancia que para todas las personas tiene conservar sus vínculos de arraigo familiar y social, que no es sino el deseo de preservar sus lazos de afecto, el mundo conocido y, en suma, la seguridad y protección de lo cotidiano. De donde entendemos que es esencial que las personas con discapacidad y derecho a un centro residencial por su situación de dependencia, puedan optar, no a uno concreto, pero sí a una plaza que no provoque su extrañamiento del entorno al que vitalmente pertenecen. No en vano, es este el argumento a que acude el informe de la Agencia, cuando resalta la importancia del arraigo familiar y social, para considerar que queda mejor garantizado por servicios de proximidad. A nuestro entender, el residencial es también un servicio en el que, además de garantizarse su acceso en la modalidad idónea, debe aplicarse un enfoque que procure dicha proximidad.

En lo atinente a la tipología y mapa de los recursos, el informe de la Agencia, por su parte, expone la apreciable variedad de centros que conforman la atención residencial a personas con discapacidad en situación de dependencia, distribuidos por las distintas provincias andaluzas, y así, residencias para gravemente afectados (discapacidad física, parálisis cerebral, discapacidad intelectual y alteraciones de conducta, espectro autista, daño cerebral y sordociegos); residencias para adultos o viviendas para discapacidad intelectual y, finalmente, casa hogar/vivienda supervisada. Poniendo en conjunción esta distribución territorial con la información suministrada sobre la pendencia de expedientes, igualmente desglosada por provincias y tipos de centros para diferentes discapacidades, nos parece interesante apreciar, a efectos meramente dialécticos, que algunas provincias no cuentan con centros específicos para atender dependencias de concretas tipologías, existiendo en cambio demanda de los mismos, es decir, procedimientos inconclusos en los que la propuesta se orienta al reconocimiento del recurso en cuestión.

Concluimos por ello con la Recomendación inicialmente citada, haciendo valer el derecho a una adecuada calidad de vida de las personas con discapacidad y dependientes, traducido, en este caso, en su derecho a acceder a un recurso residencial adecuado a su perfil y que, en la medida de lo posible, preserve su arraigo familiar y social.

En cuanto al acogimiento que tal pronunciamiento ha merecido a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, destacamos que a finales de 2018 comunicó que se había operado un incremento adicional de 73 plazas, siendo 30 para personas con discapacidad con mayor nivel de autonomía en residencia de adultos y viviendas tuteladas y 43 destinadas a centros de diversa tipología de personas con discapacidad con mayor necesidad de apoyo.

A las anteriores se añadirían 265 plazas de atención residencial para personas con discapacidad, a través de la figura del concierto social.

Esta Institución constatará la efectividad y suficiencia de esta proyección, a través del instrumento más certero que posee, a saber: mediante la revisión de los expedientes individuales tramitados por nuestra parte, que aún se encuentran abiertos y pendientes de satisfacción.



1.3.3 Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas

1.3.3.3 Resoluciones no aceptadas

- **queja 16/1352**, sobre la necesidad de revisión del grado de dependencia a mujer con problema de salud mental y asignación de recurso idóneo, consistente en servicio de atención residencial, en su modalidad de Vivienda supervisada para personas con problemas de salud mental. Dirigida a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía;
- **queja 16/2629**, alusiva a la petición de asignación de recurso residencial para persona afectada por esquizofrenia y retraso mental, dirigida a la Delegación Territorial en Sevilla de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales;

1.4. Educación

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

1.4.2.2 Escolarización del alumnado

...

Queremos informar también de una investigación de oficio por la excepcionalidad de unas situaciones que, hoy por hoy, no encuentran ningún amparo legal que venga a reconocer **la necesidad de que determinados niños y niñas puedan tener prioridad en el acceso a los centros docentes solicitados (queja 18/7446)**.

En los dos últimos años se han tramitado en esta Institución varios expedientes de queja en los que se planteaba la necesidad de escolarizar a cuatro menores de edad, todos ellos con problemas de salud extremadamente graves, en los centros docentes elegidos como prioritarios. Esta elección de las familias obedece a la cercanía de los centros docentes con los respectivos domicilios familiares o, en su caso, a la cercanía de aquellos con los recursos hospitalarios o de salud de referencia de cada uno de ellos (**queja 17/2340, queja 17/5200, queja 18/2226 y queja 18/5568**).

En los cuatro casos, a ninguno de los niños o niñas afectadas se les adjudicaron las plazas solicitadas debido a la inexistencia de vacantes, o bien por no corresponderle puntuación suficiente.

Es cierto que la actual normativa de escolarización no prevé prioridad alguna en el acceso por motivos de salud, ni en procedimiento ordinario, ni en el extraordinario, por lo que consideramos necesario que por parte de la Administración educativa se ofrezca una respuesta adecuada y acorde con las excepcionalísimas circunstancias que concurren en estos y otros casos similares que pudieran producirse.

En nuestra consideración, la prioridad que a estos menores se les debería reconocer para acceder al centro docente que se solicite para ellos en el momento en el que sea necesario (en procedimiento ordinario o en procedimiento extraordinario), estaría fundamentada, además de por razones de humanidad, que deberían ser suficiente, en el interés superior de los menores afectados.

Por otro lado, no podemos olvidar que es obligación legal de los poderes públicos procurar a las personas menores que se encuentran en situación de desventaja, sean cuales sean los motivos de ésta (físicos, psicológicos, económicos, familiares, etc.), todos aquellos medios que le permitan la superación de aquellas circunstancias que han dificultado o dificultan su desarrollo personal y social pleno.



Por ello, en el ámbito educativo, se ha de dar una respuesta adecuada a las circunstancias específicas al alumnado que presentan este tipo de dificultades, lo que también hará necesario la adopción de medidas organizativas flexibles que permitan una escolarización igualmente adecuada. Ello debe llevar aparejada una adaptación de las normas sobre escolarización a las necesidades de los alumnos con enfermedades graves.

1.5. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social

1.5.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.5.2.1 La externalización de servicios públicos y sus efectos en relación con el cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales de las empresas adjudicatarias

1.5.2.1.1 Las consecuencias en materia de personal de la externalización de servicios públicos

Durante el año 2018 se han seguido tramitando y se han recibido nuevas quejas que afectan a la externalización de la acción pública y su incidencia en el ámbito de las relaciones laborales del personal de las empresas contratistas.

En relación con esta temática se han cerrado con sus correspondientes Resoluciones las quejas que afectan al personal de las empresas contratistas de los siguientes servicios: **queja 17/2851** (Cita Previa de EPES de la Consejería de Salud), **queja 17/2853** (Salud Responde de EPES de la Consejería de Salud), **queja 15/5127** (servicio de atención telefónica EPES-061 de la Consejería de Salud), queja 17/0794 (servicio de atención telefónica Emergencias 112 de la Consejería de Justicia e Interior), queja 18/1032 (servicio de comedor en centros escolares públicos de la Agencia Pública Andaluza de Educación) y **queja 18/0534** (servicio de mantenimiento de los dispositivos hospitalarios del SAS de la provincia de Cádiz).

Dichas Resoluciones se formularon a la Consejería y Agencias de la Junta de Andalucía referidas en su condición de Administración titular del servicio externalizado y, en todos los casos, las recomendaciones y sugerencias realizadas han sido aceptadas por las mismas.

En estas quejas se han valorado las distintas cuestiones planteadas en relación con la ejecución de las correspondientes contrataciones: subrogación de trabajadores, cuantía y determinación del precio, cumplimiento de los pliegos en los aspectos que afectan a las condiciones de trabajo e inclusión de cláusulas sociales, consecuencias de los incumplimientos de las obligaciones laborales y sociales por parte de las empresas adjudicatarias, control del cumplimiento de las obligaciones laborales y de Seguridad Social por parte de las empresas contratistas, así como de otras obligaciones contractuales establecidas en los pliegos.

A la hora de valorar estas cuestiones hay que tener en cuenta que, sin perjuicio de la relación jurídico-privada que se establece entre la empresa adjudicataria de la prestación de los servicios externalizados y sus trabajadores y trabajadoras, ajenas al ámbito de supervisión de esta Institución, en tanto que el cumplimiento de estas obligaciones de índole laboral son fundamentales para la ejecución de dichos contratos y constituyen una obligación de naturaleza contractual para las empresas adjudicatarias, sujeta al control de la Administración contratante, se ha procedido a la admisión a trámite de estas quejas.

En cuanto al problema de fondo de las referidas quejas sobre la posible internalización del personal de las empresas contratistas, mantenemos el criterio que fijamos en la resolución de la **queja 15/5470**, promovida de oficio, para racionalizar las decisiones sobre externalización o internalización de servicios en esta materia, a fin de que **se regule el marco de referencia sobre el modelo de externalización de la acción pública autonómica**, y para que se considere la necesidad de que en ese marco regulador se incorporen, paralelamente, los criterios o modelo de internalización o reinternalización de servicios públicos u otras actividades auxiliares al sector público andaluz, en su caso.



De las cuestiones planteadas en estas quejas cabe destacar tres aspectos comunes a todas ellas y que han sido objeto de análisis en su tramitación: la inclusión de cláusulas sociales en la contratación pública, el cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales por las empresas adjudicatarias y el control de su cumplimiento por la Administración contratante.

1.5.2.1.2 La inclusión de cláusulas sociales en la contratación pública

Una de las cuestiones más planteadas por los representantes de las organizaciones sindicales promotoras de todas estas quejas es la inclusión de las denominadas cláusulas sociales en la contratación pública.

A este respecto, debe tenerse en cuenta que el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía adoptó el **Acuerdo de 18 de octubre de 2016**, por el que se impulsa, en su ámbito, la incorporación de cláusulas sociales y ambientales a la contratación pública a fin de comprometer a las empresas adjudicatarias de estas licitaciones a dar cumplimiento, junto con el objeto propio del contrato, a determinados objetivos de política social y medioambiental que se estiman de interés general.

Para la aplicación de dicho Acuerdo, en el ámbito de la Administración de la Junta de Andalucía, se ha elaborado una **Guía práctica de inclusión de cláusulas sociales y medioambientales en las contrataciones públicas** que celebre dicha Administración y que, aunque no ha sido aprobada formalmente, figura publicada en el portal de contratación de la web institucional de la misma.

En dicha Guía, entre las cláusulas de contenido socio-laboral a incluir en los pliegos rectores de la contratación cuando esta implique la contratación de personal, se distingue entre: cláusulas de obligado cumplimiento (apartado 5), que tienen por objeto garantizar la observancia de la normativa laboral y social y que se deben incluir en las fases de admisión y ejecución de la contratación; y aquellas otras que se recomienda aplicar (apartado 6), que pretenden mejorar las condiciones socio-laborales en que se tiene que desarrollar la prestación objeto del contrato, más allá de lo establecido en las normas de obligado cumplimiento. Estas consideraciones sociales deberán tener relación con el objeto del contrato y contemplarse en el mismo para que después puedan ser tenidas en cuenta en las posteriores fases del procedimiento de contratación.

A este respecto, una vez examinados los pliegos que rigen la contratación de la mayoría de los servicios analizados, observamos que incorporan como condición para la ejecución del contrato la obligación general que tiene la empresa contratista de cumplir con la normativa laboral y de Seguridad Social contemplándose, en todos los casos, medidas para el control de su cumplimiento y sin que se prevea específicamente su incumplimiento como causa de resolución del contrato, sin perjuicio de lo establecido, con carácter general, en el art. 223 texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (TRLCSF).

Por el contrario, en cuanto a las consideraciones sociales recomendadas, son escasas sus incorporaciones a los pliegos rectores de la contratación de estos servicios, por regla general, a pesar que en su ejecución el elemento personal es fundamental, lo que hace muy aconsejable la inclusión de algunas de estas cláusulas recomendadas.

En consecuencia, atendiendo a la naturaleza de la prestación objeto de estos contratos, así como a las vicisitudes de índole laboral que vienen dándose en su ejecución, se recomendó a estas entidades públicas la conveniencia de reforzar estas consideraciones sociales en el procedimiento de contratación, incluyendo expresamente, además de todas las cláusulas de carácter obligatorio a que se refiere el apartado 5 de dicha Guía, algunas de las que figuran en su apartado 6 (en materia de conciliación familiar, mejora de las condiciones laborales, estabilidad laboral en los contratos y garantía del respeto a los derechos laborales en su ejecución...), otorgándole mayor peso en las fases de adjudicación y ejecución del mismo.

1.5.2.1.3 El cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales por las empresas adjudicatarias y el control de su cumplimiento por la Administración contratante

El incumplimiento por parte de las empresas contratistas de las obligaciones laborales que le incumben en la prestación de los servicios adjudicados, es una de las cuestiones más controvertidas en las quejas mencionadas.



Sin perjuicio de la firmeza de las decisiones administrativas o judiciales que determinen la comisión de estas infracciones de índole laboral por parte de la adjudicataria, lo cierto es que la ejecución de estos contratos **presentan múltiples incidencias en cuanto al cumplimiento de las obligaciones laborales por parte de las empresas contratistas** que debe resolver la Administración contratante.

En la documentación de estos expedientes de queja, constan numerosas “incidencias” de índole laboral en la prestación de los servicios contratados. La Administración contratante, ante el conocimiento de estas incidencias, o bien no procede a la apertura de expediente informativo o de penalización alguno; o bien, cuando se procede a la apertura del expediente informativo o de penalización, su conclusión, en caso de que imponga alguna penalización, se prolonga más allá de la vigencia del contrato, perdiéndose con ello el efecto pretendido de asegurar la adecuada ejecución del mismo y el consiguiente cumplimiento de los objetivos públicos que se persiguen con estas contrataciones.

Ante estas circunstancias, resulta oportuno referirse a las consecuencias del incumplimiento de la normativa laboral en la ejecución de esta contratación pública, sobre todo dadas las consecuencias resolutorias que, incluso, podría tener de acuerdo con lo establecido en el art. 223 del TRLCSP, si bien la doctrina consultiva y jurisprudencial ya ha puesto de manifiesto que para que un incumplimiento contractual pueda ser considerado causa de resolución del contrato, se requiere “*que el incumplimiento sea grave o relevante*” y que “*afecte al funcionamiento del servicio o, cuando menos, al interés público que la Administración debe tutelar*”.

Corresponderá al órgano de contratación, con criterios de proporcionalidad y ponderación, valorar la entidad de los incumplimientos laborales detectados para determinar la medida a adoptar en función de la gravedad del incumplimiento y el nivel de afectación en el funcionamiento del servicio contratado.

Estos criterios, sin embargo, no pueden excusar la inacción del órgano de contratación cuando tenga conocimiento de estos posibles incumplimientos y, menos aún, una valoración adecuada de la entidad de los mismos y la adopción de las correspondientes medidas correctoras que deben llegar aparejados, en su caso.

En este sentido, a pesar de los interrogantes y condicionantes de índole jurídica que plantea la aplicación práctica de estas medidas, para determinar la gravedad de los incumplimientos laborales acreditados deberá tomarse en consideración la calificación realizada por la autoridad laboral o por órganos judiciales y, en cuanto a su repercusión sobre el funcionamiento del servicio y/o el interés público a tutelar, habrá que ponderar las consecuencias que dichos incumplimientos tienen en la normal y regular prestación del servicio objeto del contrato y su afectación para el interés general.

En este contexto, la consecución de los objetivos públicos a los que se vincula la inclusión de las cláusulas laborales y sociales en la contratación depende en buena medida del cumplimiento efectivo de dichas obligaciones. **Por ello, debe vigilarse el efectivo cumplimiento de las mismas que vinculan al contratista desde el momento en que, libre y responsablemente, concurrió a la licitación** y que, en caso de incumplimiento, lleva aparejadas las consecuencias penalizadoras o resolutorias para el mismo previstas legalmente.

En las contrataciones supervisadas, dado el carácter generalista de las medidas de control previstas normalmente en los pliegos rectores de la contratación, así como la práctica inexistencia de criterios de seguimiento que se indican en el informe remitido por los órganos de contratación, las frecuentes incidencias de índole laboral que se producen en la ejecución de estos contratos de servicios y las escasas consecuencias que ello tiene para las empresas adjudicatarias, **no podemos concluir que se realice un efectivo control del cumplimiento de las obligaciones laborales y sociales que incumbe a la misma por parte de la Administración contratante.**

Consiguientemente, en un tipo de contratación, como son las analizadas, en el que el componente personal es básico y viene planteando frecuentes incidencias relativas al cumplimiento de la normativa laboral, resulta necesario e imprescindible que las medidas de control de estos aspectos se refuercen y se lleven a efecto de modo sistemático y permanente.

Para el control de estas obligaciones de índole laboral no basta con los indicadores de calidad que se obtienen de la evaluación del funcionamiento del servicio. Dichos indicadores, con ser muy importantes, no reflejan aspectos concretos indicativos del cumplimiento de dichas obligaciones, que deberían llevar aparejadas los correspondientes parámetros objetivos de control que permitan vigilar el cumplimiento de los objetivos públicos a los que se vinculan estas cláusulas.



Es necesario, por tanto, y más en este tipo de contratos, otorgar a estos compromisos que asume el contratista la misma consideración que al resto de obligaciones contractuales y someterlas al mismo control respecto a su cumplimiento. Aspecto éste que tras la aprobación de la nueva Ley de Contratos del Sector Público y la especial relevancia que otorga a la vertiente social de la contratación pública, tendrá que reforzarse y controlarse adecuadamente en próximas licitaciones de servicios de estas características.

Tras el análisis legal de las actuaciones de la Administración contratante, las quejas finalizan con Resoluciones en las que se recomienda, con carácter general: que **se otorgue al cumplimiento de las obligaciones laborales por parte del contratista la misma consideración que al resto de obligaciones contractuales y se sometan al mismo control respecto a su cumplimiento**; que se precisen las consecuencias de los incumplimientos de índole laboral y social de la empresa contratista; y que se realicen, en todo caso, los correspondientes estudios de idoneidad de la externalización del servicio previo a su contratación.

1.5.2.4 Acceso al empleo público

1.5.2.4.2 Utilización de procedimientos electrónicos en los procesos de selección para el acceso al empleo público

La utilización de medios electrónicos en los procesos de selección para el acceso al empleo público está produciendo consecuencias que pudieran afectar a la garantía de los principios que rigen en esta materia y que han dado lugar a la tramitación de dos quejas de especial relevancia y repercusión pública.

La **queja 17/4042** motivada por la exclusión para participar en los procesos selectivos de personal docente y de las bolsas de trabajo de profesorado interino por no haber formalizado la presentación de la solicitud en el registro electrónico de la Junta de Andalucía, y la **queja 17/3654**, promovida de oficio, por mal funcionamiento de la llamada “Ventanilla Electrónica de la persona Candidata” (VEC), puesta en marcha por el SAS para que las personas que participan en las Ofertas de Empleo Público (OEP) puedan validar sus méritos, de cara a la OEP 2013-2015.

La utilización de medios electrónicos en la tramitación de los procedimientos administrativos, además de posibilitar una tramitación más ágil, transparente y con menor carga burocrática, debe asegurar, igualmente, el respeto a las debidas garantías que tienen que observarse por la Administración en el desarrollo de estos procedimientos. La puesta en práctica de las disposiciones sobre administración electrónica y la tramitación de procedimientos administrativos por esta vía, entraña una serie de dificultades de índole técnica que vienen determinando que se venga demorando su entrada en vigor en las distintas leyes reguladoras de esta materia.

La cuestión es compleja, y no sólo por las dificultades tecnológicas consustanciales a este proceso. Se trata de implementar un cambio profundo en la forma habitual de relacionarse con la Administración que exige, tanto a ésta como a los ciudadanos, la adaptación a nuevos medios y formas de interrelación que, inevitablemente, requiere de un periodo de ajuste, y no sólo para que las Administraciones Públicas se doten de los medios y normas que posibiliten el funcionamiento de la administración electrónica, sino también para que un sector importante de la ciudadanía poco familiarizado con la utilización de estos medios tecnológicos vaya pudiendo adaptarse a estos cambios importantes en la forma de comunicarse y relacionarse con la Administración. Tanto es así, que en el art. 16.4 de la LPAC está previsto la creación de oficinas de asistencia en materia de registros para facilitar la presentación electrónica de documentos en los registros electrónicos públicos, ante las previsibles dificultades que ello va a comportar para un sector importante de población, y que siguen pendientes de crear en nuestra Comunidad Autónoma.

Tras valorar los hechos denunciados y las circunstancias que se han producido, concluimos poniendo de manifiesto a la Administración que la utilización de medios electrónicos en las relaciones de los ciudadanos con las Administraciones Públicas, se configura como un derecho de éstos y una obligación correlativa de aquéllas que deberán dotarse de los medios y adoptar las medidas que procedan para posibilitar su ejercicio efectivo.

En este contexto, **resulta obligado mejorar las versiones de las aplicaciones informáticas que soportan estos procesos**, a fin de corregir las incidencias detectadas, adaptarlas a las demandas de los usuarios y



garantizar su uso eficaz, a fin de evitar disfuncionalidades y situaciones equívocas que pudieran terminar afectando a la efectiva tramitación de los procedimientos administrativos y al ejercicio de los derechos afectados por la misma.

Es por ello que, en tanto se generaliza la tramitación de procedimientos electrónicos y se familiariza la ciudadanía con su utilización, se sugiere a las Consejerías afectadas que en los procesos selectivos de personal que tengan que realizar, en los que se prevea la tramitación telemática de la presentación de solicitudes y documentación, así como de abono de tasas, se regule el procedimiento electrónico a seguir y se configure el aplicativo informático que le sirva de soporte del modo más claro y garantista posible a fin de evitar cualquier situación de confusión o equívoco que pueda obstaculizar o dificultar el ejercicio del derecho fundamental de acceso a las funciones públicas.

La Consejería de Educación y el Servicio Andaluz de Salud muestran su conformidad con los criterios de nuestra Resolución.

En relación con la queja 17/4042, y dejando al margen la cuestión pendiente de decisión judicial relativa a la exclusión de los participantes en los procesos selectivos por la no presentación de la solicitud en el registro electrónico de la Junta de Andalucía en tiempo y forma, las circunstancias que han concurrido para que se produjeran los hechos controvertidos y las consecuencias que han tenido para las personas afectadas (exclusión de la Bolsa de Interinos y pérdida del puesto de trabajo), motivó que se abordara en nuestra intervención dichos extremos ante la posible afectación de otros derechos.

A este respecto, aunque es cierto que esas consecuencias -aún siendo desproporcionada, en nuestra opinión, por las circunstancias que se han dado para llegar a dicha situación- están así establecidas en el marco legal de aplicación, no es menos cierto que en el contexto en que se producen estos hechos **concurren pormenores que requieren de una ponderación adecuada para resolver la posible afectación de otros derechos y principios constitucionales** que entran en juego. En estos casos, referente indispensable a considerar debe ser el principio de equidad que consagra el artículo 3.2 del Código Civil cuando afirma que *“la equidad habrá de ponderarse en la aplicación de las normas”*.

Asimismo, en atención a estas circunstancias, con arreglo al principio general previsto en el art. 7 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre (LRJSP), las Administraciones Públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, cuando establezcan medidas que limiten el ejercicio de derechos individuales o colectivos *“deberán aplicar el principio de proporcionalidad y elegir la medida menos restrictiva”*.

Es por ello que, en nuestra opinión, en el proceso de modificación del Decreto 302/2010, de 1 de junio, por el que se ordena la función pública docente, que se estaba acometiendo, sugerimos que se consideraran los principios referidos y pudieran ser tenidas también en cuenta las circunstancias expuestas en las consideraciones de la Resolución que se formuló a la Consejería de Educación, a fin de que por esta vía pudiera articularse algún planteamiento que permitiera corregir los efectos desproporcionados que, por los motivos expuestos, ha producido la aplicación vigente de esta norma a las personas promotoras de dicha queja.

Tras la modificación del referido Decreto, pudimos constatar que la sugerencia realizada no fue atendida.

1.5.2.5 Quejas relacionadas con el reconocimiento y ejercicio de derechos de los empleados públicos

1.5.2.5.3 Desbloqueo de la situación de reconocimiento de la carrera profesional a todos los profesionales del SAS

Un elevado número de profesionales sanitarios en la queja 17/3377 se dirigen a esta Institución para denunciar la situación de bloqueo del personal estatutario del SAS que no pudieron acogerse a la Resolución de la Dirección



General de Profesionales de esta Agencia de 31 julio de 2006, a fin de regular de forma extraordinaria y puntual las condiciones del personal sanitario estatutario, creando una diferenciación única, entre los profesionales del mismo sector y con la misma cualificación, únicamente por el hecho de sumarse o no, esa convocatoria extraordinaria y regulada en dicha resolución.

Consideran que este hecho provoca que el resto del sector sanitario se tenga que ir acreditando de forma continua a diferencia de aquéllos, lo que consideraban que implicaba **diferencias laborales, económicas y sociales, dentro del mismo ámbito laboral** y una situación de desequilibrio y de desigualdad de las oportunidades en el desarrollo de las condiciones laborales de dicho personal por esta circunstancia.

Tras habernos dirigido a la Dirección General de Profesionales del SAS solicitando el correspondiente informe, en el curso de la tramitación de esta queja tuvimos conocimiento del Acuerdo marco de la Mesa General de Negociación Común del personal funcionario, estatutario y laboral de la Administración de la Junta de Andalucía, de 13 de julio de 2018 aprobado por Acuerdo del Consejo de Gobierno de 17 de julio de 2018, y en el que se incluye, entre las finalidades a las que se van a destinar los fondos adicionales previstos en el punto Segundo.1 del mismo, en relación con el Sector Sanitario Público Andaluz: *“la recuperación y extensión a todas las categorías de la carrera profesional, incluida su consolidación en la promoción interna, también para el personal de las agencias públicas empresariales sanitarias”*.

Con posterioridad se nos informa por el SAS del Acuerdo de la Mesa Sectorial de Sanidad mantenida el 25 de julio de 2018, en la que por parte de la Administración sanitaria y las organizaciones sindicales del sector se acuerda reactivar de manera inmediata el modelo de Carrera Profesional para el personal Licenciado y Diplomado Sanitario, revocando la suspensión que establecía la Resolución del 29 de abril de 2014.

De este modo, según se afirma por dicha Administración, el SAS impulsará el proceso de Carrera Profesional y lo desarrollará, además, en aquellas categorías que aún no dispone del mismo, como es el caso de la categorías de Técnicos Superiores, Técnicos Sanitarios y Personal de Gestión y Servicios. Para ello se compromete a publicar una resolución para la reanudación de los procesos y a que la Administración sanitaria con las Organizaciones Sindicales establezcan un calendario de trabajo para la agilización de estos procesos.

A la vista de esta información procedimos al cierre de la queja al considerar que se encontraba en vías de solución.

1.5.3 Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas

1.5.3.1 Quejas de oficio

- **Queja 18/1169**, dirigida a la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, relativa a la convocatoria de una **nueva Oferta de Empleo Público**, sin que se hayan resuelto las dos anteriores (año 2013-2015 y año 2016).
- **Queja 18/4017**, dirigida a la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, relativa al aumento de las **situaciones de violencia y agresiones a los profesionales sanitarios**.
- **Queja 18/4945**, dirigida a la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, relativa al límite de puntuación de la experiencia profesional en la **Bolsa de Personal de Enfermería interino del SAS**.
- **Queja 18/5175**, dirigida a la Dirección General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud, relativa a disconformidad en la **baremación “otros meritos”** en la Bolsa Única de Empleo del SAS (Poster).



1.6. Infancia, adolescencia y juventud

1.6.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.6.2.1 Menores en situación de riesgo

1.6.2.1.1 Denuncias de riesgo en el entorno social y familiar de los menores

...

Es muy frecuente que sean los propios familiares quienes, conocedores de la situación de riesgo del menor, se dirijan a nosotros para denunciar los hechos y solicitar nuestra intervención. Citamos el caso de una ciudadana que aludía al riesgo que corría su sobrina al **recurrir sus padres a curanderos** para el tratamiento de sus enfermedades (queja 18/1381)

...

1.6.2.1.4 Pobreza infantil

...

Un número importante de quejas vienen referidas a menores que se encuentran en riesgo social por residir en **barriadas marginales, infradotadas de recursos sociales, o en asentamientos chabolistas** cuyas viviendas no reúnen los requisitos mínimos de habitabilidad, con escasa salubridad e higiene, hacinamiento, sin calefacción o aire acondicionado, circunstancias éstas que por lo general van unidas al desempleo de los progenitores, o a empleos precarios con los que no alcanzan a cubrir las necesidades familiares, lo cual incide en una mala alimentación, hábitos de vida poco saludables, y dificultoso acceso a la cultura.

...

1.6.2.2 Maltrato a menores

1.6.2.2.1 Denuncias de maltrato a menores

...

Para la detección y denuncia de las situaciones señaladas anteriormente, la ley obliga a que por parte de las administraciones públicas de Andalucía se establezcan los mecanismos de coordinación, especialmente en los sectores sanitarios, educativos y de servicios sociales, actuando con las medidas de protección adecuadas cuando detecte una situación de las descritas.

...

1.6.2.3. Declaración de desamparo. Tutela y Guarda Administrativa

1.6.2.3.1 Disconformidad con la declaración de desamparo de los menores

...

Muy relevante, por el número de personas que se dirigieron en solidaridad con los padres, es la queja en la que se invocaba el derecho de los padres a alimentar a su hijo por medios naturales, primando por completo la lactancia materna, y su total oposición a que el niño fuese vacunado, considerando arbitraria la decisión de la Administración de asumir la tutela del menor una vez que los padres hubieron de acudir con su hijo a las urgencias del hospital.



Una vez que recabamos información sobre la actuación del Ente Público, pudimos analizar los argumentos que motivaron la resolución de desamparo del niño, así como la posterior decisión de confiar su custodia a familia extensa, cumpliendo con los trámites y garantías previstos en el Decreto 42/2002, regulador del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa; y en el Decreto 282/2002, sobre Acogimiento Familiar y Adopción.

El objetivo perseguido con la separación del menor de sus padres fue para garantizar su protección y seguridad, todo ello sin perjuicio de elaborar un plan de actuaciones para reconducir su situación y reintegrarles su custodia en el momento en que la situación que motivó la intervención del Ente Público hubiera desaparecido o se encontrara en vías de solución, con suficientes garantías para el menor (queja 17/6701).

Por nuestra parte hemos de añadir que con independencia del debate que se pudiera producir sobre las bondades de la lactancia materna respecto de otras opciones alimenticias; sobre el riesgo que pudieran conllevar las vacunas; así como la adherencia a los controles y consecuentes pautas asistenciales del programa de seguimiento y control de recién nacidos, lo cierto es que el menor se vio abocado a una situación de riesgo incluso para su vida: El niño requirió 9 días de ingreso en la unidad de cuidados intensivos del hospital, y con posterioridad otros 33 días de internamiento hospitalario.

En esta tesitura, la actuación realizada por el Ente Público ante el cuadro clínico que presentaba el menor no podía ser tibia, tuvo que intervenir de forma decidida en su protección, por encima incluso de los derechos e intereses de otras personas.

1.6.2.4 Medidas de protección; acogimiento familiar, acogimiento residencial y adopciones

1.6.2.4.2 Acogimiento residencial

...

Sobre este particular debemos resaltar las actuaciones realizadas en relación con el funcionamiento del **centro residencial de protección de menores “Carmen de Michelena”, de Jaén** capital, tras la denuncia de un ciudadano señalando que se venían produciendo determinados incidentes y altercados que provocaban **molestias a la vecindad**, ello además de reflejar un aparente descontrol y desgobierno del recurso, cuyas pautas de funcionamiento debieran semejarse a las de un hogar familiar.

De la problemática de este centro ya nos ocupamos en ejercicios anteriores, y pudimos constatar las medidas que en el tiempo había ido adoptando el Ente Público para su solución, las cuales, si bien en un principio tuvieron efecto positivo, a la postre se demostraron ineficaces ante la consolidación de deficiencias e irregularidades cada vez de mayor gravedad.

En la resolución que emitimos destacamos que los problemas de convivencia que se producen en el centro “Carmen de Michelena” mucho nos tememos, se trata de una situación consolidada, consecuencia del cambio del perfil de los menores susceptibles de medidas de protección en acogimiento residencial y también de la evolución de unos flujos migratorios crecientes en el tiempo.

Es por ello que, destacamos la permanencia continuada en el tiempo, bien en acogida inmediata, bien en la modalidad de residencial básico, de menores afectados por problemas de conducta de difícil solución, que requiere la adaptación del centro a esta realidad, y una revisión de su programa educativo para atender de forma específica las necesidades de estos chicos.

De otra, la inadecuación del centro para dar asistencia inmediata (programa de acogida inmediata), ni para ejercer después las funciones de centro residencial básico destinado a menores extranjeros no acompañados, que requieren tanto de personal especializado en dicho perfil de menores y con conocimiento de su idioma y cultura, como



también de la programación de actividades formativas, culturales, deportivas y de ocio, específicamente previstas para las necesidades y expectativas de este colectivo de menores.

Con estos planteamientos formulamos una recomendación a la Delegación Territorial de Jaén para que en conjunción con la Dirección General de Infancia y Familias **se arbitren las medidas necesarias para que sea residual la proporción de menores ingresados en el centro con problemas graves de conducta**. También recomendamos **la adaptación del centro al perfil de los menores** que de forma recurrente vienen siendo ingresados, modificando su proyecto educativo y los programas específicos que allí se ejecutan, adaptando las características del recurso residencial a las necesidades del colectivo menores extranjeros, especializando al personal y programando actividades formativas, culturales, deportivas y de ocio específicamente adaptadas a este colectivo (**queja 17/5603**).

1.6.2.4.3 Adopción nacional e internacional

...

En cuanto a **adopciones internacionales**, tras los años álgidos de solicitantes, cuyo cenit se produjo en torno al año 2005, la posterior crisis económica sufrida propició una reducción significativa de familias interesadas en adoptar menores en el extranjero, tendencia que se ha venido consolidando en los últimos años, agravada por las cada vez mayores restricciones que establecen los países de procedencia, especialmente de Rusia y China, y por los farragosos procedimientos administrativos -establecidos para prevenir la mercantilización de los procedimientos de adopción- que ralentizan su conclusión y que en ocasiones llegan a prolongarse durante años.

Precisamente una consecuencia de aquellos años en que se producían numerosas adopciones, en los que los controles y requisitos eran menores, es el caso que denuncian familias adoptivas de menores que padecen el conocido **síndrome de alcoholismo fetal**, en las que se solicita de las administraciones públicas una mayor sensibilidad con este problema, lamentándose de que estos menores, cuyo historial clínico y previsibles secuelas son conocidas, no sean derivados de forma ágil a servicios especializados, especialmente para dar cumplimiento a los protocolos de atención temprana (queja 17/5483 y queja 18/0952).

1.6.2.5 Responsabilidad penal de personas menores de edad

...

En otras ocasiones son los propios trabajadores quienes plantean cuestiones sobre el funcionamiento de los centros de internamiento. Como ejemplo citamos la queja de un sindicato que denunciaba la existencia de un foco de enfermedad infecto contagiosa (tuberculosis) en el centro San Francisco de Asís, de Torremolinos, sin que a su juicio la administración hubiera adoptado las medidas preventivas de control y profilaxis previstas en los protocolos.

Al verse comprometida la salud de los menores allí ingresados, así como la del personal que desempeña su labor profesional en el centro, iniciamos actuaciones con la Dirección General de Justicia Juvenil, que en respuesta nos informó que el Centro de Prevención de Riesgos Laborales (CPRL) venía realizando, con periodicidad anual, reconocimientos médicos voluntarios al personal que desempeña su labor en el recurso. En estos reconocimientos, personal de reciente incorporación a la plantilla tuvo un resultado positivo en la prueba de detección de la tuberculosis (Quantiferon), durante el reconocimiento médico realizado en los inicios de su relación contractual. A raíz de esta situación, se mantuvieron distintas reuniones de coordinación con la Administración sanitaria para consensuar el modo de proceder y el tratamiento de las personas afectadas.

La Dirección General señalada nos informó que no se produjo ningún caso de menor con tuberculosis, por lo que no puede considerarse que haya existido “un foco de enfermedad contagiosa”, a pesar de lo cual, en prevención de posibles riesgos, se ha incluido una analítica completa que se realiza a los menores (queja 18/3101).

...



1.6.2.6 Menores en situación de especial vulnerabilidad

1.6.2.6.1 Menores con trastornos de conducta

Existe una esfera privada de relación entre padres e hijos que los poderes públicos han de respetar y en la que su posible intervención habrá de ser subsidiaria, reservada para aquellos casos en que los padres no cumplieren con sus obligaciones respecto de ellos (por imposibilidad o negligencia) o que se produjeran situaciones en que existiera riesgo o peligro para la integridad física o moral de alguno de los miembros que integran la familia.

Este es el supuesto que se da en aquellas situaciones en que algún menor, en edad adolescente, tiene una conducta desordenada, incluso violenta, en ocasiones cuasi delictiva, sin ningún respeto por la autoridad e indicaciones de sus padres.

En esta situación los padres acuden a los poderes públicos en búsqueda de ayuda para solventar una situación que se les va de las manos y se encuentran en un laberinto burocrático, siendo derivados de administración en administración (Servicios Sociales municipales, Administración educativa, Administración sanitaria, y Ente Público de protección de menores) sin obtener una respuesta satisfactoria a la grave situación en que se encuentran, y con el temor de que su hijo agrave su conducta y llegue a cometer hechos delictivos, en una espiral de constante autodestrucción personal.

A este respecto, hemos de señalar que el artículo 172 bis del Código Civil establece la posibilidad de que los progenitores o tutores, por circunstancias graves y transitorias debidamente acreditadas, en aquellos supuestos en que no pudieran proporcionar al menor los cuidados que este requiere, disponen de la opción de solicitar del Ente Público que asuma su guarda durante el tiempo necesario, que no sería superior a los dos años, salvo que el interés superior del menor aconseje, excepcionalmente, la prórroga de dicha medida.

A lo expuesto se une la disponibilidad, por parte del Ente Público, de centros específicamente dedicados al abordaje de problemas de conducta de menores de edad, a los cuales pueden ser derivados los menores tutelados por la administración y también aquellos sobre los que se hubiere asumido temporalmente su guarda.

En cualquier caso, hemos de reseñar que tanto el ingreso como la salida de estos centros residenciales que ejecutan un programa especial para atender a menores con problemas de conducta se ha de realizar previa autorización judicial, toda vez que están en juego derechos fundamentales de los menores allí atendidos al estar prevista la utilización de medidas de seguridad y restricción de libertades o derechos.

Sobre este particular es frecuente que recibamos quejas solicitando nuestra intervención para acceder a dichos recursos (quejas 18/2312, 18/2494, 18/4769, y 18/7089, entre otras) en las cuales nos interesamos por la situación del menor y verificamos la atención que éste recibe y si, efectivamente, se da el supuesto necesario para demandar dicho recurso especializado y los posibles inconvenientes que dificultan el acceso a una plaza.

1.6.2.6.2 Menores extranjeros no acompañados

...

La fiabilidad y rigurosidad de las pruebas de determinación de la edad para los menores extranjeros ha continuado generando quejas desde distintos sectores (quejas 18/0035, 18/1107, 18/1254, 18/1310, 18/3134 y 18/3971).

Hemos de tener en cuenta que la determinación de la edad es un asunto sumamente trascendente para la vida de las personas extranjeras ya que con estas pruebas se está decidiendo si los poderes públicos deben prestarles las atenciones y cuidados a las que tienen derecho como menores de edad o, por el contrario, han de ser tratadas como personas adultas extranjeras que se encuentran irregularmente en nuestro país.



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



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



económica, al quedar en suspenso tratamientos ya iniciados, paralizarse el inicio de otros, y comprobarse la mala praxis en muchas de las intervenciones realizadas. **No se trataba sólo de un problema de consumo, sino que se ha traducido también en un grave problema de salud para muchas personas.**

Sobre este particular iniciamos la **queja de oficio 18/3519** con objeto de conocer las actuaciones desarrolladas por las Administraciones y organismos competentes, así como para promover la búsqueda de soluciones. En concreto se solicitó informe a la Dirección General de Consumo, para conocer las actuaciones desarrolladas por este servicio en relación con la devolución de los préstamos solicitados por los pacientes a diversas entidades para financiar los tratamientos prescritos y no ejecutados; a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, para conocer las inspecciones y controles realizadas a las clínicas de iDental y el resultado de las mismas; y al Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Dentistas, para conocer su posición en esta asunto y trasladarle la posibilidad de ofrecer los servicios de sus colegiados para realizar los informes periciales que precisaban los pacientes afectados.

En paralelo a la recepción de los informes interesados fuimos conociendo las actuaciones realizadas desde distintos organismos judiciales para dar respuesta a las numerosas denuncias presentadas por las personas afectadas y por diversas asociaciones y organismos. Unas actuaciones que han concluido en la **instrucción de un proceso penal por parte de la Audiencia Nacional**, dada la trascendencia del problema al afectar a numerosas personas repartidas por todo el territorio nacional. Estas actuaciones judiciales se encuentran en una fase de investigación muy avanzada y han dado lugar a la adopción de medidas muy significativas, incluida la detención de los principales implicados en esta trama.

La intervención judicial en el asunto limita sobremanera nuestras posibilidades de seguir actuando en el mismo, ya que el art. 17 de nuestra norma reguladora veta la intervención del Defensor en aquellos asuntos que se encuentren Sub Iudice, como ocurre en el presente asunto. No obstante, hemos considerado que la actuación judicial no impide que esta Institución despliegue su actuación supervisora respecto de las actuaciones desarrolladas por la Administración de consumo para **garantizar los derechos de los clientes de iDental en relación con las empresas que financiaron unos tratamientos que, en muchos casos, no se llevaron a efecto o fueron incompletos o defectuosos.**

A tal fin, hemos proseguido con la tramitación de todas aquellas quejas que, a título individual, nos han ido trasladando diversas personas afectadas por este problema. El objetivo de esta actuación es velar porque desde la administración de consumo se adopten todas las medidas a su alcance para **conseguir que las entidades prestamistas paralicen el cobro de los préstamos en casos de tratamientos no efectuados y devuelvan las cantidades cobradas cuando dichos tratamientos no se realizaron en su totalidad o se efectuaron de forma defectuosa.**

También hemos proseguido nuestras actuaciones con la Consejería de salud para **garantizar el derecho de los pacientes a acceder a sus historias clínicas.** Cuestión que resulta vital para el ejercicio de acciones judiciales y en el ámbito del consumo y, desde una perspectiva de salud, para que los pacientes puedan conocer la realidad de los tratamientos que les fueron efectuados en las clínicas de iDental y poder así tomar las decisiones necesarias para restaurar su salud bucodental.

En opinión de esta institución, y sin perjuicio de las conclusiones que puedan deducirse de las actuaciones judiciales en curso, si algo ha quedado claro con este asunto es la **urgente necesidad de que las Administraciones con competencias en la materia -especialmente salud y consumo- establezcan nuevos protocolos de control y seguimiento de los establecimientos que ofrecen servicios sanitarios**, a fin de garantizar que los mismos no incurrir en mala praxis desde un punto de vista sanitario, ni realizan prácticas indebidas en perjuicio de las personas consumidoras, como la utilización de publicidad engañosa, la inclusión de cláusulas abusivas en los contratos o el incumplimiento de los servicios contratados.

Nos preocupan especialmente aquellos ámbitos sanitarios que actualmente no están incluidos dentro de la cartera de servicios que oferta el sistema público de salud y son, por tanto, objeto de especial interés para aquellas empresas privadas que operan en el sector sanitario y compiten abiertamente por ganar cuotas de mercado, utilizando en ocasiones prácticas comerciales especialmente agresivas y poco respetuosas de los



derechos de sus posibles clientes. Nos referimos en particular al sector de la atención bucodental; el sector de la atención oftalmológica; y el sector de la cirugía estética. En estos ámbitos creemos que **es necesario extremar la vigilancia para salvaguardar los derechos de los pacientes** y evitar que puedan repetirse situaciones de tanta gravedad como las ocurridas en relación a las clínicas de Identál.

...

1.14. Urbanismo y Ordenación del Territorio

1.14.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.14.2.1 Urbanismo

1.14.2.1.1 Planeamiento urbanístico

Entre las cuestiones planteadas, retrasos en la aprobación de instrumentos de planeamiento; disconformidad con determinaciones contenidas en ellos; demandas de **modificación**; destacamos la iniciativa que, de oficio, impulsamos, **queja 18/2420**, para que la **evaluación del impacto en la salud de los instrumentos de planeamiento** sea efectuada en todos los casos por la importancia que conlleva para la ciudadanía.

Con tal finalidad, nos dirigimos a las consejerías de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio y a la de Salud, así como a la Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP) para conocer si los ayuntamientos están confeccionando y enviando el documento con la valoración del impacto en la salud que deben redactar con motivo de la tramitación de los planes urbanísticos, y si la propia Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio está elaborando el informe de evaluación en salud, tal y como es preceptivo.

En primer lugar, recibimos la respuesta de la Viceconsejería de Salud que señalaba que deben distinguirse dos situaciones. A saber, los instrumentos de planeamiento general y sus innovaciones que afecten a la ordenación estructural, en los que la solicitud de informe de evaluación del impacto en la salud (EIS) corresponde a las comisiones provinciales de ordenación urbanística, y los instrumentos de planeamiento general y sus innovaciones que no afecten a la ordenación estructural e instrumentos de planeamiento de desarrollo, en los que la solicitud de informe EIS la realizan los ayuntamientos.

En el primer caso, se añadía que la administración sanitaria está siempre representada en las comisiones provinciales por lo que se vigila que el EIS haya sido confeccionado paralizando el procedimiento de aprobación del planeamiento en caso contrario ya que tiene carácter preceptivo y vinculante y en el segundo caso, se informaba que también se están confeccionando por los ayuntamientos y remitiendo a la Consejería de Salud los documentos citados. En cualquier caso, se aclara que la consejería competente en materia de urbanismo debe emitir un informe preceptivo y vinculante en el que, entre otras cuestiones, se verifica el cumplimiento de los requisitos establecidos por lo que, en caso de ausencia de EIS, informa negativamente hasta que se subsana dicha deficiencia.

Por último, se informaba que se está realizando una labor divulgativa de la importancia de evaluar el impacto en la salud en los instrumentos de planeamiento que se ha traducido en diversas reuniones con personal técnico de urbanismo que, además, ha participado en jornadas y conferencias al respecto.

Por su parte, la Consejería de Salud está elaborando el informe de evaluación en salud que establece como preceptivo la Ley de Salud Pública de Andalucía y se compartía nuestra preocupación sobre la conveniencia y necesidad que tienen las administraciones públicas de actuar con el objetivo de optimizar los factores modificables de salud a través, entre otros, de la generación de entornos saludables en nuestras poblaciones.

Las respuestas de la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio y de la FAMP, en términos generales, vinieron a corroborar y confirmar los datos antes aportados por la Administración sanitaria. En conclusión, nos



encontramos ante una situación positiva en la que las consejerías afectadas y los ayuntamientos, en el marco de sus competencias respectivas, están elaborando con carácter general los documentos preceptivos y vigilando que la evaluación del impacto en la salud en los instrumentos de planeamiento sea una realidad en pro de la salud de nuestra ciudadanía, cuya protección constituye un derecho constitucional y estatutario.

...

1.15 Vivienda

1.15.2 Análisis de las quejas admitidas a trámite

1.15.2.6 Permutas de vivienda por razones de conflictividad social, discapacidad y/o problemas de salud

En 2018 se han seguido recibiendo quejas de personas adjudicatarias legales residentes en barriadas de viviendas de promoción pública, ya sean de titularidad autonómica o municipal, que acuden a nosotros solicitando ayuda para poder cambiar o permutar la vivienda en la que residen, debido a problemas de convivencia vecinal causados por peleas o reyertas con el vecindario, bien por estar implicadas y sentirse amenazadas, bien manifestando su deseo de poder cambiar de lugar de residencia por no considerar adecuado el ambiente para la crianza de sus hijos.

Asimismo, otras solicitudes atañen a la necesidad de las personas adjudicatarias o de algún miembro de su unidad familiar de una vivienda adaptada a alguna discapacidad o por otras razones de salud que así lo hagan necesario, normalmente por la existencia de barreras arquitectónicas en el inmueble, por lo que las personas en estas circunstancias se encuentran prisioneras en sus viviendas.

A fin de solventar estas cuestiones, tanto la Consejería de Fomento y Vivienda como el Ayuntamiento de Sevilla, a través de su empresa municipal de la vivienda (Emvisesa), han puesto en marcha bolsas de viviendas para permutas en sus respectivos parques públicos residenciales y protocolos para gestionar las mismas.

No obstante, ambos organismos han previsto como requisitos para autorizar las permutas, que los solicitantes estén al corriente de los recibos de alquiler y las cuotas de comunidad, siendo a menudo este el obstáculo que impide poder llevar a cabo los cambios de vivienda solicitados, además de otros impedimentos de índole jurídica, como no ser la persona solicitante la adjudicataria legal. Por esta razón, en muchas de estas quejas no se observa irregularidad alguna en la actuación de la Administración.

...

2. Servicio de Mediación

2.2 Análisis de las quejas gestionadas a través de la mediación

2.2.2 Análisis cualitativo

2.2.2.1 En materia de salud

En materia de salud, se han gestionado tres quejas reseñables: Por un lado, la queja 17/1004, relativa a la formalización de un protocolo de actuación para atender a los menores con problemas de alergias e intolerancias alimentarias en los centros educativos o en las actividades extraescolares, que si bien era una queja promovida por una Asociación de Granada, el acuerdo afecta a todos los menores de Andalucía.



En concreto, la asociación promotora de la queja nos exponía la necesidad de culminar los trabajos iniciados en colaboración con la Administración Pública competente, debido a la falta de concreción de un protocolo de actuación aplicable de manera preceptiva por los centros educativos, en relación con casos de reacción a alérgenos por parte de los alumnos y alumnas andaluces, así como del diseño de medidas preventivas al respecto de las alergias que padecen estos niños y niñas.

En la sesión de mediación se desarrolló un debate entre las partes, en el que todas coincidieron en reconocer el buen clima de entendimiento existente, si bien las conversaciones en torno a la concreción de un acuerdo se habían interrumpido desde hacía meses y es ahí donde se había generado el conflicto.

Es decir, la mediación del Defensor encuentra encaje en este asunto en la medida en que era conveniente y necesario superar el *impasse* de las negociaciones antes mencionado, a partir de ahí se avanzó en la idea de fijar una hoja de ruta que permitió, finalmente, lograr un consenso sobre el objeto de la queja.

En igual medida, es destacable la **queja 18/1839** que nos remitió una **plataforma de pacientes afectados por las enfermedades de ELA y Parkinson** de Málaga, que solicitaban un acercamiento de los tratamientos farmacológicos de los pacientes del entorno comarcal de Marbella, para no tener que desplazarse hasta Málaga, donde se le estaban dispensando dichos medicamentos.

Las especiales dificultades personales de estos ciudadanos, a causa de su enfermedad, unido a las exigencias horarias del necesario traslado a la capital malagueña, estaban suponiendo una carga a las familias, que se veían obligadas a suspender sus jornadas laborales o asumir el gasto de encargar a terceras personas la gestión.

A la sesión de mediación acudieron la propia asociación de personas con las enfermedades antes citadas, representantes de la Administración sanitaria competente.

La presencia de las personas que tenían capacidad para la toma de decisiones permitió definir un protocolo o modelo de colaboración para derivar la dispensación de los fármacos al centro sanitario que se entendió más adecuado para aquellos pacientes que así lo solicitaran.

El acuerdo recogió los requisitos, pautas, y forma de actuación. Dicho acuerdo podría ser útil en otras comarcas de Andalucía, con situaciones similares, incluso se recogió expresamente la posibilidad de extender la medida a otros centros y territorios.

En tercer lugar, debe reseñarse el acuerdo alcanzado por un sindicato, que interpuso la queja 18/4263 para pedir un **tratamiento más amable en las urgencias y en las consultas hospitalarias de un hospital de Jaén para los pacientes menores de edad**.

Dicha mediación procuró un acuerdo con la Administración competente, en el que se abordaron varios aspectos relativos a los espacios, al personal de atención médica y de enfermería y a la ropa de cama y pijamas de los menores, entre otros.

El sindicato y la entidad pública acordaron cuestiones concretas sobre las urgencias hospitalarias destinadas a menores y sobre la posibilidad de incorporar mejoras relacionadas con los temas antes señalados.

Esta mediación fue muy positiva para las partes, que se mostraron muy satisfechas por la capacidad de dialogar y comprender mutuamente que el objetivo era único y compartido: mejorar la atención a los menores, con independencia de que algunos temas no eran fáciles de solucionar e incluso se entendió la imposibilidad de lograr el acuerdo deseado inicialmente con respecto a incorporar nuevos pijamas en ese momento.

El éxito de la mediación en este caso, más allá de los acuerdos tomados, fue conseguir la satisfacción de las partes porque el debate y la participación en la sesión les permitió comprender la dificultad para hallar una solución que parecía fácil pero que encontraba impedimentos prácticos y jurídicos para su adopción.



Esta queja ha sido un buen ejemplo de una característica clave de la mediación, cual es el prestar atención y trabajar con profesionalidad el proceso de comunicación de las partes y la gestión de emociones presentes en todo conflicto.

3. Servicio de Atención Ciudadana

3.4 Análisis cualitativo de las quejas

3.4.7 Salud

En materia de Salud son diversas las cuestiones que se nos trasladan, como la recurrente falta de pediatras que existen en muchos municipios y que son cubiertas por médicos de familia, y los problemas con la fecundación in vitro.

Con respecto a los centros sanitarios siguen llegando consultas y quejas sobre la **falta de apertura de hospitales comarcales**. En la visita a la Janda, se nos denunció el retraso en la apertura del hospital de alta resolución de Vejer de la Frontera, que después de 14 años de su construcción sigue sin abrir las puertas para que los habitantes de la comarca puedan acudir a un centro hospitalario de manera rápida y efectiva sin tener que desplazarse al hospital de Puerto Real, situado a más de una hora de viaje.

Además de la excesiva distancia denuncian el enorme caos, la interminable lista de espera, urgencias desbordadas con deficiente atención médica a los pacientes y escaso tiempo para la asistencia de especialidades.

La **atención sanitaria integral a las enfermedades raras** en Andalucía y la **mejora de los procedimientos para la derivación a otras comunidades autónomas** es también tema de consulta.

Una señora nos relata que tiene un hijo con una enfermedad no habitual -osteogénesis imperfecta- no existiendo unidad específica para tratarla en el sistema sanitario andaluz. Necesita que sea atendido en otra comunidad autónoma y para esto, precisa un informe médico del Servicio Andaluz de Salud. Denuncia los inconvenientes que está sufriendo para que se le emitan el informe. Su hijo tiene 26 años y fue diagnosticado en 2016 tras iniciar pruebas en el año 2015. Desde entonces lo han estado viendo en el Hospital Carlos Haya en Málaga, en Úbeda, lo han remitido a Córdoba para otras pruebas que tardan 9 meses, pero no acaban de darle un tratamiento adecuado conjunto. Todos coinciden en que, al no existir unidad específica en Andalucía, sería conveniente que lo vieran en el Hospital de Getafe pero ninguno hace el informe necesario para esto por competencias. En Úbeda les dicen que se lo deben hacer en Málaga donde lo ven, en Málaga que en Úbeda donde le corresponde y así de un sitio a otro. Vuelve a llamarnos para comunicarnos que, al poco de nuestra intervención, ya cuenta con cita en Getafe.

En la **visita a Loja** nos trasladaron igualmente las deficiencias en el funcionamiento del Hospital Comarcal. Por un lado se quejaban de la **falta de especialistas en traumatología**: Hay un solo especialista para una población cercana a 70.000 habitantes. También la **falta profesionales de pediatría** ya que hay un único doctor y otro a tiempo parcial para 2.500 usuarios.

Un tema también que llena de preocupación a los ciudadanos es el **excesivo tiempo de espera en los expedientes de responsabilidad patrimonial por mala praxis médica**. Un ciudadano nos manifestaba que en julio de 2017 formuló reclamación de responsabilidad patrimonial por los daños ocasionados con motivo de asistencia sanitaria recibida en el hospital de Puerto Real. Había pasado un año y aún no había recaído resolución.

Con respecto a las **prestaciones farmacéuticas** son constantes las consultas y quejas sobre la **problemática del pago de medicamentos para las personas en situación de discapacidad o en desempleo**. Son muchas las personas que no entienden como es posible que tengan que abonar el 40% de las prescripciones farmacéuticas cuando no tienen ningún tipo de ingreso ya que se encuentran en paro o las personas con discapacidad y que tienen un gasto importante en medicinas. También nos han hecho llegar la discriminación que a su juicio se da entre los pensionistas de clases pasivas, que tienen que abonar el 30% del gasto de sus medicinas y los pensionistas de seguridad social que abonar el 10% con un tope en función de su renta.



3.4.8 Procedimientos de extranjería y cuestiones conexas

...

Con respecto a los **familiares de comunitario** un tema preocupante es la situación en la que se quedan ante la denegación de tarjeta de familiar de comunitario al no disponer el familiar comunitario español de medios económicos, quedando en situación irregular pese a que está casado con un nacional y no poder ser expulsado. Uno de los problemas que tienen en la actualidad los ascendientes de familiares comunitarios es la necesidad de poder tener asistencia sanitaria previa para poder ejercer el derecho de tener una tarjeta de familiar de comunitario.

...

3.4.10 Consumo

...

Finalmente un tema que ha tenido mucha repercusión ha sido el de las quejas y consultas tras el **cierre de las clínicas iDental en Andalucía**. Nos informan de tratamientos de mala calidad. La mayoría se encuentra con los tratamientos sin terminar e incluso algunas personas ni siquiera los han comenzado, pese a haberlos abonado o encontrándose pagando la financiación solicitada. Algunas de estas personas son menores que llevan meses sin revisar su tratamiento odontológico, trasladándonos sus familiares su especial preocupación. A algunas personas el tratamiento inadecuado les ha provocado infecciones o daños en oídos, otras han perdido peso por no poder ni comer, para muchas se trata de un problema incluso laboral por su estética actual y todas refieren su especial vulnerabilidad al carecer de recursos económicos para hacer frente a los gastos que supone un tratamiento que les permita contar con la dentadura adecuada. Precisamente acudieron a esta clínica porque anunciaban, incluso por radio y televisión, tratamientos “sociales” adaptados a las circunstancias económicas de los pacientes.

...

4. Quejas no admitidas y sus causas

4.3 De las quejas rechazadas y sus causas

...

- **No irregularidad:** En este supuesto se incluyen aquellas quejas en las que, tras un análisis preliminar de admisibilidad, no pueden apreciarse indicios de lesión o puesta en peligro de los derechos y libertades de los ciudadanos como consecuencia del funcionamiento de las Administraciones Públicas u otras entidades sujetas a la supervisión del Defensor del Pueblo Andaluz.

Entre los casos en que ha tenido que apreciarse esta causa de inadmisión encontramos supuestos de denegación de la Renta Mínima de Inserción conforme a Derecho, en el ámbito de los servicios sociales; o en materia de salud, algunas quejas relacionadas con la prestación farmacéutica, como aquéllas en que los ciudadanos solicitan acceso a medicamentos cuya comercialización no ha sido todavía autorizada.

...

6. Actividad institucional

6.4 Relaciones con otras instituciones afines

...

También ha estado presente nuestra defensoría, como viene siendo habitual, en la asamblea anual de la Red Europea de Defensorías del Menor (ENOC), celebrada en París en el mes de septiembre de 2018, y dedicada en esta ocasión al análisis y debate del bienestar de los niños, niñas y adolescentes particularizado en las cuestiones referidas a la promoción de la salud mental.



...

En otro orden de cosas, el Defensor del Pueblo andaluz en una acción conjunta con el Defensor del Pueblo en funciones, se reunió el 15 de enero de 2018 con el ministro de Asuntos Exteriores, para trasladarle los problemas de los trabajadores de La Línea de la Concepción afectados por el **Brexit**. Los titulares de las Defensorías mostraron su preocupación por este colectivo y solicitaron al ministro su ayuda para garantizar los derechos de estos ciudadanos. Anteriormente, ambos defensores habían visitado la comarca y se habían reunido con el alcalde de La Línea, con los portavoces de los grupos políticos y con representantes de asociaciones locales de vecinos, trabajadores y empresarios para conocer sus necesidades.

Los Defensores explicaron al responsable ministerial que en julio de 2017, la Red Europea de Defensores del Pueblo organizó unas jornadas en Bruselas sobre la situación de los ciudadanos de toda Europa que podrían verse afectados por el Brexit y en la que, de manera particular, se abordaron las circunstancias particulares de las miles de personas que a diario cruzan la frontera española para trabajar en Gibraltar.

Como fruto de estas gestiones, el Defensor del Pueblo y el Defensor del Pueblo andaluz elaboraron un Memorando sobre los posibles efectos del Brexit en el Campo de Gibraltar desde la perspectiva de los Defensores del Pueblo. En este informe los Defensores del Pueblo alertan sobre los efectos negativos que el Brexit puede acarrear para los derechos de la ciudadanía de la comarca del Campo de Gibraltar y sugieren que la protección de tales derechos sea entendida como prioritaria en el proceso negociador. El informe recoge tanto las consecuencias posibles en el ámbito económico como en el ámbito laboral y de la Seguridad Social y en materia sanitaria. Como conclusión, los Defensores exponen que la envergadura de las relaciones socioeconómicas que existen entre Gibraltar y la comarca del Campo de Gibraltar son manifiestas, de tal forma que un cambio en el estatus del Peñón podría acarrear un efecto negativo, directo e inmediato, por lo que demandan que la protección de los derechos de los trabajadores sea entendida como prioritaria en el proceso negociador que se lleve a cabo.



REVISTA RESUMEN DEL INFORME ANUAL

03. Nuestras Propuestas

Igualdad de género

La atención a las mujeres y menores víctimas de violencia de género

La violencia de género es uno de los ataques más flagrantes a los derechos fundamentales como la libertad, la igualdad, la vida y la seguridad y la no discriminación proclamados en nuestra Constitución y, en definitiva, constituye una violación grave de los derechos humanos de las mujeres y un obstáculo fundamental para la realización de la igualdad entre mujeres y hombres. Asimismo, los poderes públicos tienen la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos dichos derechos, removiendo los obstáculos que impiden o dificultan su plenitud, conforme a lo dispuesto en el artículo 9.2 de la Constitución.

Reconociendo esta realidad y en cumplimiento de la obligación de garantizar los derechos constitucionales de quienes, directa o indirectamente, sufren las consecuencias de este tipo de violencia, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre de medidas de protección integral contra la violencia de género, pretende «proporcionar una respuesta global a la violencia que se ejerce sobre las mujeres» que, en la actualidad, se ha hecho extensiva a las personas menores a su cargo.

En efecto, esta ley constituye el marco normativo regulador en nuestro país, de las actuaciones de los poderes públicos en materia de violencia de género y desde su aprobación, se han dado pasos muy importantes en su desarrollo y cumplimiento, como ha sido la aprobación de planes de acción e instrumentos de coordinación y seguimiento.

No obstante el tiempo transcurrido desde su aprobación, las novedades normativas producidas tanto en el marco europeo como a nivel nacional, y que pese a estos avances legales en la lucha contra la violencia de género, las mujeres siguen siendo controladas, amenazadas, agredidas y asesinadas, por lo que se ha planteado la necesidad de la modificación, actualización y adaptación del texto vigente, así como nuevos desarrollos normativos.

En relación a la normativa internacional, en especial, cabe citar el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, conocido como Convenio de Estambul, de 11 de mayo de 2011, ratificado por España, y que constituye el primer instrumento europeo de carácter vinculante en materia de violencia contra la mujer y violencia doméstica y el tratado internacional de mayor alcance para hacer frente a esta grave violación de los derechos humanos.

Igualmente, hay que destacar la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, en la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, que ha sido incorporada al ordenamiento jurídico español mediante la Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.

En cuanto a la normativa nacional, han sido especialmente relevantes la modificación de la Ley Orgánica 1/2004, por la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia y la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que extiende a las hijas e hijos de mujeres víctimas la consideración de víctimas de violencia de género, y les otorga la misma protección que a sus madres.

Asimismo, el 28 de septiembre de 2017, se aprobó por el Pleno del Congreso de los Diputados el Pacto de Estado en materia de Violencia de Género, que propone y promueve una serie de actuaciones, agrupadas según el tipo de políticas públicas y que se han concretado en 214 medidas.



Pues bien, las Defensorías de los derechos fundamentales y libertades públicas de España, llevaron a cabo la elaboración de informes a fin de valorar las medidas de protección integral contra la violencia de género previstas en la Ley Orgánica, por cuanto que en este indeseable fenómeno, más allá de su represión penal, en la lucha para su total erradicación, **es crucial la intervención de la Administración a favor de la autonomía e independencia social de la víctima.**

Los informes elaborados por las Defensorías han concluido con una **Declaración conjunta** en el marco de la XXXIII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo que bajo el título “Atención a las mujeres y a menores víctimas de violencia de género”, se celebraron en octubre de 2018.

El documento, consensuado entre las distintas defensorías, recoge casi una treintena de recomendaciones encaminadas a mejorar la respuesta que reciben las víctimas de violencia de género y a proponer medidas efectivas para acabar con esta lacra social. El mismo será remitido a todas las administraciones nacionales y autonómicas con competencias en la materia.



REVISTA RESUMEN DEL INFORME ANUAL

03. Nuestras Propuestas

Salud Mental

La salud mental y los recursos sanitarios y sociales para su protección

El derecho a la protección de la salud, en su vertiente específica de cuidado de la salud mental, ha venido siendo uno de los principales puntos de mira de esta Institución desde hace años. No en vano, la situación de las personas que están afectadas por problemas de salud mental fue analizada en un Informe Especial elaborado por el Defensor del Pueblo Andaluz en el año 2013.

Igualmente, desde que entrara en vigor la Ley de Dependencia, son frecuentes las intervenciones que realizamos, con el objetivo de contribuir a que las personas que sufren algún problema de salud mental y tengan reconocida dicha situación, puedan encontrar entre sus recursos, la respuesta a sus específicas limitaciones vitales.

Conocemos en nuestro cometido diario las diversas aristas y enfoques de una necesidad ciertamente compleja, por cuanto, de un lado, asistimos al sufrimiento que nos traslada el entorno familiar y social de la persona afectada por el problema de salud mental, en su demanda de algún tratamiento o recurso que, a la postre, ofrezca una solución medianamente aceptable para aquélla. De otro, compartimos las reivindicaciones sobre el derecho al respeto de su libre elección y autonomía, que las propias personas que ven afectada esta parcela de su salud, reclaman para sí mismas, como seres con voluntad y decisión propias. Y, en cualquier caso, acabamos constatando las dificultades, cualitativas y/o cuantitativas, que los recursos y tratamientos existentes, sanitarios y sociales, pueden ofrecer para satisfacer las necesidades que la protección de este tipo de salud precisa.

Precisamente, en relación con los recursos y tratamientos sanitarios disponibles, esta Defensoría estimó oportuno realizar actuaciones que nos permitieran profundizar en el que se conoce como tratamiento asertivo comunitario, que se incluyó entre las estrategias prioritarias de actuación del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (II PISMA y actualmente en el III).

En esta decisión pesaron las conclusiones alcanzadas previamente a través del Informe especial elaborado por esta Institución, a que anteriormente aludimos, que apuntaban al carácter esporádico de experiencias de este tipo y a su falta de implantación estructural, considerando por nuestra parte, en su inicio, que podrían revestir eficacia como procedimiento de actuación para la atención sanitaria de un perfil específico de personas usuarias: los pacientes cuyas necesidades especiales pueden ser sólo parcialmente atendidas por los servicios de salud mental al uso.

Al propio tiempo nos movió a interesarnos, el hecho de que en el trabajo diario eran aisladas las ocasiones en que conocíamos que alguna persona se beneficiara de este tipo de programas, o que hubiera sido propuesta para ello en el marco de su plan individual de tratamiento.

El análisis de la información suministrada nos llevó a formular a la Coordinación autonómica de salud mental un conjunto de sugerencias, que se concretaron en las siguientes:

1. Que previa recopilación de la información necesaria sobre los programas de tratamiento asertivo comunitario que se están desarrollando en la actualidad en nuestro sistema sanitario público, se lleve a cabo una evaluación de su funcionamiento
2. Que se adopte una actitud proactiva en torno a la implantación del Tratamiento Asertivo Comunitario, para que la misma no dependa en exclusiva de la voluntad de las Unidades de Gestión Clínica de salud mental, y se agilice el camino para la consecución del objetivo de contar en todas ellas con dichos programas, tal y como se recoge en el III PISMA.



3. Que, aun respetando la adaptación a las necesidades que marcan las circunstancias concretas de cada Unidades de Gestión Clínica, se promueva el ajuste de los programas de Tratamiento Asertivo Comunitario a las directrices que recoge el documento marco para el desarrollo de programas de tratamiento asertivo comunitario en Andalucía, de forma que adquieran un mínimo de homogeneidad, y siguiendo aquellas se aliente la constitución de equipos diferenciados con profesionales dedicados a tiempo completo.
4. Que se adopten soluciones de urgencia en todas las Unidades de Gestión Clínica que no cuentan con esta modalidad asistencial en su cartera de servicios, para evitar perjuicios añadidos por falta de equidad en el acceso al tratamiento de un colectivo de pacientes ya de por sí vulnerable y desprotegido.

En el segundo sentido que hemos apuntado al comienzo, el de los recursos sociales y, más particularmente, los que puede ofrecer el Sistema de la Dependencia, de un modo indirecto o no exclusivo, las personas con problemas de salud mental han sustentado el fondo de actuaciones desplegadas en torno a los dependientes con perfiles específicos en general.

Nos referimos a aquéllas intervenciones a través de las cuales hemos propugnado la suficiencia de plazas y de Centros residenciales destinados a este colectivo particular de la población, y a la necesidad del desarrollo normativo autonómico de la prestación económica de asistencia personal, con el fin de superar las barreras económicas que hasta la fecha han limitado el atractivo de su prescripción.

En lo que se refiere a las plazas residenciales en Centros específicos, hemos venido sosteniendo el derecho de las personas con problemas de salud mental a una adecuada calidad de vida, traducido, en este caso, en su derecho a acceder a un recurso residencial adecuado a su perfil y que, en la medida de lo posible, preserve su arraigo familiar y social.

Por su parte, la alternativa constituida por la prestación económica de asistencia personal, que en la práctica se traduce en la percepción de una cuantía que contribuya a la contratación de un asistente, que realizará o colaborará con la persona dependiente en las tareas de su vida cotidiana, nos parece muy interesante, como instrumento para promover y potenciar que determinadas personas con problemas de salud mental, desarrollen una vida más autónoma y más segura, y, al propio tiempo, alejada del aislamiento social y, con ello, del sufrimiento personal y familiar.



REVISTA RESUMEN DEL INFORME ANUAL

05. Mejorar las Normas

Salud y planeamiento urbanístico.

La necesaria evaluación del impacto en la salud de los instrumentos de planeamiento urbanístico.

Según la OMS, un 25 % de la carga mundial de morbilidad y el 23 % de todas las defunciones prematuras son consecuencia de factores ambientales.

El modelo de ciudad es un factor decisivo para garantizar la calidad de vida y el bienestar de la ciudadanía, tal y como pusimos de manifiesto en nuestro Informe Especial al Parlamento de Andalucía sobre *Seguridad, Accesibilidad y Calidad Ambiental en los Espacios Peatonales de las Ciudades Andaluzas*. De hecho, cada vez con más frecuencia vemos publicados trabajos y estudios en los que se pone de manifiesto la incidencia que el medio ambiente y el urbanismo tienen en el derecho constitucional y estatutario a la protección de la salud.

Es conocido que junto al factor biológico y genético, de un lado, y al sistema sanitario en su conjunto, de otro, los determinantes de la salud son el medio ambiente y el estilo de vida. El primero, por la incidencia que los distintos tipos de contaminación poseen en la salud; el segundo, porque los hábitos saludables relacionados con el ejercicio, la alimentación, determinadas actividades, mejoran sensiblemente nuestra salud y expectativa de vida.

Tratándose de dos factores modificables, es evidente que unos poderes públicos y una sociedad dispuesta a utilizar los instrumentos urbanísticos y ambientales para luchar contra la contaminación y fomentar la incorporación de hábitos como los mencionados harán posible que la salud pública mejore sensiblemente.

De hecho, según la OMS, un 25 % de la carga mundial de morbilidad y el 23 % de todas las defunciones prematuras son consecuencia de factores ambientales. En lo que concierne a la región europea, los datos indican que un 20 % de la incidencia total de las enfermedades puede ser atribuida a factores ambientales, que afectan principalmente a los niños y a los grupos de población vulnerable.

Unos datos e información en torno a este problema que queda bien expuesto en la exposición de motivos la Ley 11/2013, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía (en lo sucesivo LSPA).

Justamente a estas consideraciones obedece el que se incluyera en el Capítulo V, del Título II, sobre *Las bases de la gobernanza en salud pública*, la previsión de realizar, en determinados supuestos, una evaluación del impacto en salud, que permita valorar las influencias potenciales en ella de las políticas, programas y proyectos, en relación con los potenciales efectos en la salud de la población.

La competencia para esta evaluación de impacto en la salud corresponde a la Consejería de Salud siguiendo los requisitos y trámites establecidos en la norma, siendo preceptiva en los instrumentos de planeamiento urbanístico general y sus innovaciones y en los instrumentos de planeamiento de desarrollo que afecten a áreas urbanas socialmente desfavorecidas o que tengan especial incidencia en la salud humana.

Así las cosas, impulsamos de oficio la **queja 18/2420**, para conocer si se está llevando a cabo la evaluación del impacto en salud en el planeamiento urbanístico por la importancia que conlleva para la ciudadanía. en la que nos dirigimos a las Consejerías de Salud y de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, así como a la Federación Andaluza de Municipios y Provincias (FAMP), para conocer si los ayuntamientos están confeccionando y enviando el documento con la valoración del impacto en la salud que deben redactar con motivo de la tramitación de los



planes urbanísticos, y si la propia Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio está elaborando el informe de evaluación en salud, tal y como es preceptivo.

En primer lugar, recibimos la respuesta de Salud que señalaba que deben distinguirse dos situaciones. A saber, los instrumentos de planeamiento general y sus innovaciones que afecten a la ordenación estructural, en los que la solicitud de informe de evaluación del impacto en la salud (EIS) corresponde a las comisiones provinciales de ordenación urbanística, y los instrumentos de planeamiento general y sus innovaciones que no afecten a la ordenación estructural e instrumentos de planeamiento de desarrollo, en los que la solicitud de informe EIS la realizan los ayuntamientos.

En el primer caso, se añadía que la administración sanitaria está siempre representada en las comisiones provinciales por lo que se vigila que el EIS haya sido confeccionado paralizando el procedimiento de aprobación del planeamiento en caso contrario ya que tiene carácter preceptivo y vinculante y en el segundo caso, se informaba que también se están confeccionando por los ayuntamientos y remitiendo a la Consejería de Salud los documentos citados.

En cualquier caso, se aclara que la consejería competente en materia de urbanismo debe emitir un informe preceptivo y vinculante en el que, entre otras cuestiones, se verifica el cumplimiento de los requisitos establecidos por lo que, en caso de ausencia de EIS, informa negativamente hasta que se subsana dicha deficiencia.

Por último, se informaba que se está realizando una labor divulgativa de la importancia de evaluar el impacto en la salud en los instrumentos de planeamiento que se ha traducido en diversas reuniones con personal técnico de urbanismo que, además, ha participado en jornadas y conferencias al respecto.

Por su parte, la Consejería de Salud está elaborando el informe de evaluación en salud que establece como preceptivo la Ley de Salud Pública de Andalucía y se compartía nuestra preocupación sobre la conveniencia y necesidad que tienen las administraciones públicas de actuar con el objetivo de optimizar los factores modificables de salud a través, entre otros, de la generación de entornos saludables en nuestras poblaciones.

Las respuestas de la Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio y de la FAMP, en términos generales, vinieron a corroborar y confirmar los datos antes aportados por la Administración sanitaria. En conclusión, nos encontramos ante una situación positiva en la que **las consejerías afectadas y los ayuntamientos**, en el marco de sus competencias respectivas, **están elaborando con carácter general los documentos preceptivos y vigilando que la evaluación del impacto en la salud en los instrumentos de planeamiento sea una realidad en pro de la salud de nuestra ciudadanía**, cuya protección constituye un derecho constitucional y estatutario.



REVISTA RESUMEN DEL INFORME ANUAL

05. Mejorar las Normas

iDental. Estafadores sin corazón

Desde la Institución, hemos solicitado información a las administraciones para ayudar a los pacientes afectados.

De entre los temas que durante 2018 han despertado el interés de esta Institución, existe uno que ha afectado especialmente nuestra sensibilidad y no es otro que el grave problema originado por el cierre de las clínicas iDental, que dejó en una difícil situación a numerosas personas, mayoritariamente en situación de precariedad económica, al quedar en suspenso tratamientos ya iniciados, paralizarse otros y comprobarse la mala praxis en muchas de las intervenciones realizadas.

No se trata sólo de un problema de consumo, sino que estamos también ante un grave problema de salud para muchas personas.

Preocupados por las informaciones que alertaban de la gravedad de la situación y tras recibir las primeras quejas de personas afectadas, acordamos iniciar la **queja de oficio 18/3519** con objeto de conocer las actuaciones desarrolladas por las Administraciones y organismos competentes, así como para promover la búsqueda de soluciones. En concreto se solicitó informe a la Dirección General de Consumo, para conocer las actuaciones desarrolladas por este servicio en relación con la devolución de los préstamos solicitados por los pacientes a diversas entidades para financiar los tratamientos prescritos y no ejecutados; a la Secretaría General Técnica de la Consejería de Salud, para conocer las inspecciones y controles realizadas a las clínicas de iDental y el resultado de las mismas; y al Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Dentistas, para conocer su posición en esta asunto y trasladarle la posibilidad de ofrecer los servicios de sus colegiados para realizar los informes periciales que precisaban los pacientes afectados.

En paralelo a la recepción de los informes interesados fuimos conociendo las actuaciones realizadas desde distintos organismos judiciales y que han concluido en la **instrucción de un proceso penal por parte de la Audiencia Nacional**, dada la trascendencia del problema al afectar a numerosas personas repartidas por todo el territorio nacional. Estas actuaciones judiciales se encuentran en una fase de investigación muy avanzada y han dado lugar a la adopción de medidas muy significativas, incluida la detención de los principales implicados en esta trama.

Hemos considerado que la actuación judicial no impide que esta Institución despliegue su actuación supervisora respecto de las actuaciones desarrolladas por la Administración de consumo para **garantizar los derechos de los clientes de iDental en relación con las empresas que financiaron unos tratamientos que, en muchos casos, no se llevaron a efecto o fueron incompletos o defectuosos.**

A tal fin, hemos proseguido con la tramitación de todas aquellas quejas que, a título individual, nos han ido trasladando diversas personas afectadas por este problema, con el objetivo de velar porque desde la Administración de consumo se adopten todas las medidas a su alcance para **conseguir que las entidades prestamistas paralicen el cobro de los préstamos en casos de tratamientos no efectuados y devuelvan las cantidades cobradas cuando dichos tratamientos no se realizaron en su totalidad o se efectuaron de forma defectuosa.**

Sobre este aspecto, la Audiencia Nacional ha adoptado medidas cautelares dirigidas a evitar que las entidades prestamistas sigan requiriendo el pago de los préstamos a los afectados y prohibiendo la inclusión de los deudores de estos préstamos en los archivos de morosos. De confirmarse, nos parece una decisión muy acertada y oportuna que servirá para, cuando menos, paliar en algo el drama que están padeciendo muchas de las personas afectadas por esta estafa incalificable.



También hemos proseguido nuestras actuaciones con la Consejería de salud para **garantizar el derecho de los pacientes a acceder a sus historias clínicas**. Cuestión que resulta vital para el ejercicio de acciones judiciales y en el ámbito del consumo y, desde una perspectiva de salud, para que los pacientes puedan conocer la realidad de los tratamientos que les fueron efectuados en las clínicas de iDental y poder así tomar las decisiones necesarias para restaurar su salud bucodental.

En opinión de esta Institución, y sin perjuicio de las conclusiones que puedan deducirse de las actuaciones judiciales en curso, si algo ha quedado claro con este asunto es la **urgente necesidad de que las Administraciones establezcan nuevos protocolos de control y seguimiento de los establecimientos que ofrecen servicios sanitarios**, a fin de garantizar que no incurrir en mala praxis, ni realizan prácticas indebidas en perjuicio de las personas consumidoras.

Nos preocupan especialmente aquellos ámbitos sanitarios que actualmente no están incluidos dentro de la cartera de servicios que oferta el sistema público de salud y son, por tanto, objeto de especial interés para aquellas empresas privadas que operan en el sector sanitario y compiten abiertamente por ganar cuotas de mercado, utilizando en ocasiones prácticas comerciales especialmente agresivas y poco respetuosas de los derechos de sus posibles clientes. Nos referimos en particular al sector de la atención bucodental; el sector de la atención oftalmológica; y el sector de la cirugía estética. En estos ámbitos creemos que **es necesario extremar la vigilancia para salvaguardar los derechos de los pacientes** y evitar que puedan repetirse situaciones de tanta gravedad como las ocurridas en relación a las clínicas de iDental.

En su publicidad, específicamente dirigida a captar clientes entre aquellos colectivos que por su precariedad económica no pueden acceder a los servicios que ofrecen otros profesionales de la odontología, se anunciaban como *“dentistas con corazón”*, la realidad nos ha demostrado que no eran sino unos *“estafadores sin corazón”*.



REVISTA RESUMEN DEL INFORME ANUAL

05. Mejorar las Normas

Enfermería

La prescripción enfermera andaluza a una década de su vigencia

El hoy vigente texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios clasifica los medicamentos en dos categorías según sus condiciones de prescripción y dispensación: medicamentos sujetos a prescripción médica y no sujetos a tal prescripción (artículo 19.1).

Esta distinción ya estaba recogida, lógicamente, en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, refundida por el Real Decreto Legislativo 1/2015 que, sin embargo, no contempló la participación de profesionales sanitarios distintos a los médicos y odontólogos en la prescripción de medicamentos y productos sanitarios, hasta la reforma operada en la primera por la Ley 28/2009, de 30 de diciembre.

A partir de ese momento, se facultó a los enfermeros, de forma autónoma, para indicar, usar y autorizar la dispensación, tanto de los medicamentos no sujetos a prescripción médica como de los productos sanitarios relacionados con su ejercicio profesional, así como para prescribir de forma colaborativa medicamentos sujetos a prescripción médica, de acuerdo con determinados requisitos, condiciones o protocolos.

Del mismo modo que la receta médica y la orden de dispensación hospitalaria son los documentos que garantizan que el medicamento sujeto a prescripción médica cuenta con la misma, se nominó como “orden de dispensación” al instrumento para la llamada prescripción enfermera (artículo 77.1 Ley 29/2006 y 79.1 Real Decreto Legislativo 1/2015).

La prescripción enfermera fue implantada de inmediato en la Comunidad Autónoma andaluza, que la reguló por el Decreto 307/2009, de 21 de julio, que, además, contempló tanto la emisión en soporte papel como la informática o electrónica, para la que llamó “orden enfermera”, igualándola en este aspecto con las posibilidades establecidas para la receta médica.

El Decreto andaluz sufrió algunos avatares iniciales, al ser judicialmente recurrido por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, por el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Dentistas, por la Confederación empresarial de oficinas de farmacia de Andalucía, por la Asociación Nacional Empresarial de la industria farmacéutica, Farmaindustria, así como por la Sociedad Española de farmacia Comunitaria. El fundamento argüido fue el de suponer la ampliación por vía reglamentaria de las facultades profesionales que el ordenamiento jurídico español atribuye a los diplomados en enfermería, con correlativa afectación de las competencias propias de otros colectivos profesionales sanitarios y condujo a la suspensión cautelar del Decreto por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, aunque en todos los casos el fallo fue desestimatorio.

No obstante, desde su reconocimiento en el año 2009, la prescripción enfermera estaba supeditada a un acto habilitante o requisito previo: el de la fijación por el Gobierno de los criterios generales, requisitos específicos y procedimientos para la acreditación de dichos profesionales sanitarios.

En concreto, la Ley habilitó al Gobierno para regular la actuación de los enfermeros en materia de indicación, uso y autorización de la dispensación de medicamentos y de los productos sanitarios, con algunas distinciones y requisitos, según se tratara de medicamentos sujetos o no sujetos a prescripción médica.

Si los correspondientes medicamentos de uso humano no están sujetos a prescripción médica, se habilita a los enfermeros para realizar dicha actividad “de forma autónoma” mediante la correspondiente orden de dispensación, y siempre que estén “relacionados con su ejercicio profesional”.



En el caso de los medicamentos sujetos a prescripción médica, se habilita al Gobierno para la regulación reglamentaria de las actuaciones profesionales de los enfermeros.

Como nota común, se preveía que fuera el “*Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con la participación de las organizaciones colegiales correspondientes*”, el competente para acreditar a los enfermeros, con efectos en todo el Estado.

Este cometido no fue abordado hasta el año 2015, a través del Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Norma que incorporó las bases del sistema de acreditación de los enfermeros, tanto de los responsables de cuidados generales como de los responsables de cuidados especializados.

Sin embargo, el Consejo de Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía, estimó que el referido Real Decreto estatal y el artículo 79.1 del Real Decreto Legislativo 1/2015, normativa básica habilitante del anterior, no respetaba el orden constitucional de distribución de competencias entre el Estado y la Comunidad Autónoma de Andalucía, resultante del artículo 149.1.16 CE y del artículo 55 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, en relación con el art. 42.2.2º de la norma estatutaria, en la medida en que reserva al Estado la competencia de acreditación de los enfermeros, invadiendo una competencia ejecutiva autonómica, así como completa la regulación íntegra del procedimiento de acreditación, cercenando la competencia de desarrollo de la normativa básica por la Comunidad Autónoma. Por esta razón, conforme a los artículos 61 y 63 LOTC, acordó promover conflicto positivo de competencia contra diversos preceptos del Real Decreto 954/2015, así como al amparo del artículo 67 LOTC, frente al artículo 79.1 del Real Decreto Legislativo 1/2015, al tratarse de la norma legal que habilita la competencia controvertida.

El dilema no ha sido dilucidado hasta el 5 de julio de 2018, en que el Tribunal Constitucional dictó la Sentencia número 76/2018, por la que estimando parcialmente el conflicto planteado, declaró la inconstitucionalidad y nulidad del último párrafo del artículo 79.1 del Real Decreto Legislativo 1/2015, así como la de determinados preceptos del Real Decreto 954/2015, en el sentido de que, *“reconocida expresamente la competencia estatal para disciplinar normativamente los requisitos y condiciones aplicables a este procedimiento de habilitación profesional, debe reconocerse asimismo que el otorgamiento de la acreditación, en cuanto actuación de naturaleza ejecutiva que se limita a certificar el cumplimiento de los mencionados requisitos, forma parte de la competencia autonómica contemplada en el art. 55 de su Estatuto de Autonomía”*.

La Sentencia ha desembocado en la reforma del Real Decreto 954/2015, mediante el Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, en vigor desde el día 24 del mismo mes y año, devolviendo la seguridad jurídica a la profesión de enfermería en sus actuaciones diarias.