

Por todo ello, concluimos recomendando a la Secretaría General para la Administración Pública que, en el ámbito de la legalidad vigente, **se promuevan las acciones oportunas que procedan en orden a garantizar que las empleadas públicas en situación de incapacidad temporal por embarazo de riesgo puedan percibir el complemento de productividad** que les pudiera corresponder durante esta situación.

La Secretaría General contestó aceptando la Recomendación formulada y comunicando que se dará traslado de la misma a los órganos responsables de la gestión de personal de las distintas Consejerías para su aplicación en estos supuestos y su divulgación entre las entidades dependientes de las mismas.

También en 2018, hemos concluido el expediente que promovimos de oficio **queja 15/2233**. Dada la larga tramitación del expediente, debida a la cantidad de veces que nos hemos tenido que dirigir a los organismos competentes ante la reiterada falta de respuesta, una vez recibido el informe pertinente le dimos traslado del mismo a la Defensora Universitaria de la Universidad de Cádiz, la cual fue la que nos envió un escrito en el año 2015, cuyo contenido dio lugar a que consideráramos la problemática planteada en el mismo, como de interés para tramitar la presente queja de oficio.

Pues bien, la citada Defensora Universitaria, entre otras cosas nos ha comunicado que en la actualidad, el personal PAS que por razones de guarda legal reduzca su jornada laboral, percibirá una reducción proporcional de las retribuciones del 60 al 80%, tanto de las básicas como de las complementarias, a excepción del Complemento de Calidad, con lo que queda satisfecha las pretensiones de este personal. La queja, en su día, versó sobre una práctica que se venía siguiendo en las Universidades Públicas de Andalucía, en materia de retribuciones de una parte de su personal, que, en virtud de la condición femenina mayoritaria de las personas afectadas, pudiera ser constitutiva de un supuesto de discriminación indirecta por razón de sexo y, en consecuencia, vulnerador de nuestro ordenamiento jurídico.

La cuestión en tela de juicio se refería al complemento de productividad que percibían las trabajadoras del personal de administración y servicios (PAS) con jornada reducida por razones de guarda legal en las universidades públicas andaluzas, y lo que cuestionaban las personas afectadas era la legalidad de que el referido complemento, -como se venía haciendo-, se minorase a aquellas en proporción a su reducción de jornada laboral, ya que estimaban que debería abonarse la cuantía que correspondiera al tramo de los objetivos de calidad alcanzados colectivamente por la unidad a la que estaban adscritas.

En las quejas analizadas -que con mayor detalle se comentan y valoran en el Capítulo de este Informe correspondiente al Área de Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social del Defensor del Pueblo Andaluz- sigue poniéndose de manifiesto una cuestión preocupante como es la falta de conocimiento y sensibilización que todavía perdura en el sector público respecto de estas situaciones de discriminación que afectan a mujeres en **situación de maternidad** y que habría que desterrar definitivamente al afectar a los derechos de estas personas que se encuentran legalmente protegidos ante una consecuencia que deviene, exclusivamente, por su condición de mujer: la maternidad.

También relacionada con esta materia se tramitó en el año 2018 la queja 18/6199 por demora en la respuesta de solicitud de licencia laboral por riesgo de embarazo de una profesora docente. Tras recibir el informe solicitado a la Delegación Territorial de Educación de Cádiz, comprobamos que la licencia había sido concedida dentro del tiempo y forma contemplado en la norma ante una posible situación de riesgo de exposición a los agentes o condiciones de trabajo incluidos en el Anexo VIII del Real Decreto 298/2009, de 6 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención en relación con la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en periodo de lactancia, por lo que procedimos al archivo de la queja.

### 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 reframamos 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 interpelamos 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,...

“Demoras y déficits de información”

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.

“Proceso  
asistencial  
integrado”

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.

#### 1.7.2.4 Servicios de interés general y consumo

En el ámbito de los servicios de interés general y referido concretamente al **servicio de suministro eléctrico**, debemos destacar durante 2018 el importante número de quejas recibidas en relación con la nueva regulación del bono social eléctrico, que permite bonificar el precio de la electricidad a aquellas personas que acreditan