



## 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.

<b>Materia principal</b>	<b>4</b>
<b>1.11. Salud</b>	<b>4</b>
1.11.1. Introducción	4
1.11.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	5
1.11.2.1. Salud pública	5
1.11.2.2. Atención primaria	6
1.11.2.3. Atención especializada	7
1.11.2.4. Atención sanitaria de urgencias	13
1.11.2.4.1. Urgencias extrahospitalarias	14
1.11.2.4.2. Urgencias hospitalarias	15
1.11.2.5. Tiempos de respuesta asistencial	16
1.11.2.6. Praxis médica	19
1.11.2.7. Derechos de los usuarios	20
1.11.2.8. Centros sanitarios	23
1.11.2.9. Prestación farmacéutica	24
1.11.2.10. Salud mental	25
1.11.3. Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas	28
1.11.3.1. Quejas de oficio	28
1.11.3.2. Colaboración de las Administraciones	28
1.11.3.3. Resoluciones no aceptadas	28
<b>Este tema en otras materias</b>	<b>29</b>
<b>Balance del Defensor</b>	<b>29</b>
<b>2. Principales indicadores</b>	<b>29</b>
2.1. Políticas sociales	29
<b>3. Retos ante la COVID-19</b>	<b>29</b>
3.1. No sé a dónde ir. Hacia un reforzamiento de lo público	29
3.4. Todo está cerrado. Hacia una administración humanizada e inclusiva en su digitalización	30
<b>1.3. Dependencia y Servicios sociales</b>	<b>30</b>
1.3.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	30
1.3.2.5. Discapacidad	30
1.3.2.5.2. La discapacidad en otras materias	30
1.3.2.5.2.2. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social	30
<b>1.4. Educación</b>	<b>31</b>
1.4.3. Análisis de las quejas admitidas a trámite. Enseñanzas Universitarias	31



<b>1.5. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social</b>	<b>32</b>
<b>1.5.1. Introducción</b>	<b>32</b>
<b>1.5.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>32</b>
1.5.2.1. La prevención de riesgos y protección de la salud de las personas trabajadoras	32
1.5.2.5. En relación con el acceso al empleo público	35
1.5.2.5.4. Adecuación del cuadro de exclusiones médicas que rigen para el ingreso en las distintas categorías de los Cuerpos de la Policía Local	35
<b>1.5.3. Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas</b>	<b>36</b>
1.5.3.1. Quejas de oficio	36
<b>1.6. Igualdad de Género</b>	<b>36</b>
<b>1.6.1. Introducción</b>	<b>36</b>
<b>1.6.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>37</b>
1.6.2.4. Salud	37
<b>1.7. Infancia y Adolescencia</b>	<b>38</b>
<b>1.7.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>38</b>
1.7.2.2. Maltrato a menores de edad	38
1.7.2.2.2. Protocolos de intervención	38
1.7.2.4. Medidas de protección; acogimiento familiar, acogimiento residencial y adopciones	39
1.7.2.4.3. Adopción	39
1.7.2.7. Infancia y adolescencia en especial situación de vulnerabilidad	39
1.7.2.7.1. Niños y jóvenes con problemas de comportamiento	40
1.7.2.7.2. Niños y jóvenes con adicciones	42
<b>1.8. Justicia, Prisiones y Política Interior</b>	<b>43</b>
<b>1.8.1. Introducción</b>	<b>43</b>
<b>1.8.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>43</b>
1.8.2.2. Prisiones	43
1.8.2.2.1. Los problemas de salud en la población reclusa	43
<b>1.9. Movilidad y Accesibilidad</b>	<b>45</b>
<b>1.9.1. Introducción</b>	<b>45</b>
<b>1.9.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>45</b>
1.9.2.1. Movilidad	45
1.9.2.1.4. Servicios de Transporte público	45
<b>1.12. Servicios de Interés General y Consumo</b>	<b>46</b>
<b>1.12.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>46</b>
1.12.2.1. Servicios de interés general	46
1.12.2.1.2. Suministro domiciliario de agua	46
<b>1.13. Sostenibilidad, Medioambiente y Obras Públicas</b>	<b>46</b>
<b>1.13.1. Introducción</b>	<b>46</b>
<b>1.13.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite</b>	<b>47</b>
1.13.2.1. Sostenibilidad y Medioambiente	47
1.13.2.1.2. Contaminación atmosférica, calidad ambiental, sanidad y salubridad	47
1.13.2.1.3. Desarrollo rural	48
1.13.2.1.5. Limpieza viaria, residuos y vertederos	49
1.13.2.1.6. Aguas	49



<b>2. Área de mediación</b>	<b>50</b>
<b>2.2.1. Análisis cuantitativo</b>	<b>50</b>
2.2.1.1. Análisis cuantitativo de los expedientes de quejas de mediación	50
<b>3. Oficina de Información y Atención a la Ciudadanía</b>	<b>50</b>
<b>3.3. Análisis cualitativo de las quejas</b>	<b>50</b>
<b>3.3.9. Salud</b>	<b>50</b>
<b>4. Quejas no admitidas y sus causas</b>	<b>51</b>
<b>4.3. De las quejas rechazadas y sus causas</b>	<b>51</b>
<b>REVISTA DEL INFORME ANUAL</b>	<b>52</b>
<b>03. Nuestras propuestas</b>	<b>52</b>
- Priorizar la atención a la salud mental de niños y adolescentes	52
<b>04. Mejorar las normas</b>	<b>52</b>
- Vehículos de transporte de movilidad personal en tiempos de pandemia. Uno de los efectos de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia del coronavirus ha sido un aumento del uso de la bicicleta, habiéndose registrado de forma paralela un considerable aumento de sus ventas	52
<b>05. Atender las quejas</b>	<b>54</b>
- Sanitarios Covid-19. El reconocimiento a la profesionalidad del personal sanitario durante la Covid-19	54
<b>06. Atención e información ciudadana</b>	<b>55</b>
- Mejorar y humanizar los servicios de Información y atención ciudadana	55
<b>07. Servicio de Mediación</b>	<b>58</b>
- Promover la cultura de Paz. Inversión de los modelos de gestión de la confrontación a la colaboración, en aras de la Paz social	58
<b>08. Informes especiales</b>	<b>59</b>
- Los 13 retos del Defensor del Pueblo andaluz para afrontar la COVID-19	59



## Materia principal

### 1.11. Salud

#### 1.11.1. Introducción

Afrontamos la tarea de recrear las principales demandas sanitarias de las andaluzas y andaluces en el año 2020, mediante un compendio de las manifestadas en sus variados planos y niveles.

Como es entendible, la **salud pública**, materia con la que abrimos habitualmente el análisis de las quejas de este subcapítulo, ha tenido una especial presencia en un ejercicio en que la desafortunada realidad ha estado marcada por los peligros de la pandemia por coronavirus.

Cuantitativamente tampoco pueden ignorarse las denuncias recibidas en el nivel de la **atención primaria de salud**, que han experimentado un incremento digno de mención.

Ambos aspectos, sin embargo, no ostentan un peso especial en el relato de este **Informe Anual**, a pesar de su importancia. Ello es debido a que su examen fue abordado en el Informe Extraordinario del mes de octubre de 2020 y, específicamente, en lo tocante a la atención primaria, por reservar las reflexiones oportunas para el momento de las conclusiones a las que haya de conducir la investigación iniciada de oficio sobre la base de las plurales reivindicaciones ciudadanas.

El apartado de la **atención especializada**, en cambio, es más denso, puesto que habitualmente es más variada la casuística que refleja, aunque de forma inversa, no ha acentuado su volumen en una anualidad impregnada de otras urgencias y prioridades, que ha sido interiorizada por las personas pendientes de su atención.

Dentro de la atención especializada, merecen análisis independiente los llamados tiempos de respuesta asistencial, es decir, los plazos para acceder a primeras consultas de atención especializada, a procedimientos diagnósticos y a intervenciones quirúrgicas, que habitualmente representan el caballo de batalla de esta Institución y del sistema sanitario público andaluz, a través de las listas de espera.

La agravación posible del problema por la suspensión de los plazos de garantía normativa y la interrupción de consultas, revisiones e intervenciones, a resultas de la atención prioritaria a las personas afectadas por el coronavirus, ha llevado a la canalización de la demanda quirúrgica a través de la derivación a centros sanitarios privados, mediante la programación de Conciertos SAS-Covid y, desde luego, mediante jornadas extraordinarias del personal.

Carecemos de datos oficiales que nos permitan conocer cuál es la situación de las citadas listas de espera al cierre del año 2020, ya que en la página web del sistema sanitario público andaluz los últimos datos publicados corresponden al mes de junio de 2020, tanto para consultas externas como respecto de la espera quirúrgica.

Esta información ha sido instada a través de una investigación de oficio que nos permita ponderar las consecuencias de la crisis sanitaria en la atención especializada y el de las medidas adoptadas en sustitución de la respuesta ordinaria.

La **atención sanitaria de urgencias**, hospitalarias o extrahospitalarias, persiste en sus puntuales problemas, destacando dentro de la misma la oportunidad de mejora que supone aprovechar la revisión proyectada en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias.

Ha sido objeto de especial atención, como se expone en su apartado correspondiente, el análisis de la reorganización de los servicios de urgencias de atención primaria en zonas rurales para permitir el doble circuito COVID, que ha llevado aparejada su suspensión en los dispositivos de algunos Centros de Salud, para su concentración en determinados puntos. Aunque confiamos en que se trata de una medida transitoria, el temor de la población de que devenga irreversible ha fundado la intervención en curso.

La adecuación de la **praxis médica** y su cuestionamiento vinculado a deficiente información o comprensión del acto médico o del proceso asistencial; los **derechos** de las personas usuarias, especialmente de



acceder a la historia clínica, a la consulta de citas, a la libre elección de médico y centro sanitario y los nuevos instrumentos telemáticos para el ejercicio de los mismos o para la gestión de otras necesidades; **aspectos organizativos** de los centros sanitarios públicos; y la **prestación farmacéutica**, son facetas cuyas incidencias se consignan en los apartados siguientes.

Culmina el análisis un aspecto de salud en el que ponemos especial esfuerzo, por su habitual dificultad y el sufrimiento que causa a personas afectadas y a sus familias, el de la **salud mental**, que ha experimentado un incremento, aunque leve, en 2020, a colación del riesgo de las personas con patologías más importantes en su autopreservación del contagio mediante las medidas de obligada observancia.

Las cuestiones de salud que afectan particularmente a personas menores de edad, las reflejamos en el Informe Anual del Menor, por motivos de economía, del mismo modo que las relacionadas con la igualdad se exponen en el subcapítulo del mismo nombre, a cuyas consultas respectivas remitimos.

En resumen, un nivel global de quejas superior al de años precedentes, que conforman el retrato de un año muy difícil en lo sanitario, tanto para la generalidad de la población como, desde luego, para sus profesionales, y que abordamos de la forma más objetiva posible y, en todo caso, haciendo hincapié en la enorme valoración que hacemos del esfuerzo de todos y, sustancialmente, del sistema sanitario y de su capital personal, en una coyuntura muy crítica.

## 1.11.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

### 1.11.2.1. Salud pública

Sin ningún género de duda, la vertiente sanitaria que ha revelado el mayor interés y preocupación de los andaluces y andaluzas en 2020, ha sido la de la salud pública, fundamentalmente en dos de sus aspectos, a saber: el de la epidemiología, por indudable efecto de la pandemia por coronavirus, y en un plano irrelevante, en lo tocante a la promoción y prevención de la salud, que no ha ofrecido incidencias.

La crisis sanitaria abierta con el inicio de la pandemia, desde la perspectiva de esta Institución, se ha visto reflejada en un porcentaje de peticiones ciudadanas en torno a cuestiones directamente relacionadas con esta crítica situación, dando lugar a un fenómeno nunca antes conocido, el de traer a primera línea un ámbito hasta ese momento ajeno al interés particular.

Apreciaciones, opiniones, peticiones de información, manifestación de temores, discrepancias y dificultades generadas por la crisis sanitaria y sus limitaciones y exigencias, han abierto una amalgama de percepciones y situaciones que esta Institución ha ido canalizando a lo largo del año, reflejando su síntesis en el **Informe Especial Derechos de la ciudadanía durante la COVID-19. Primera ola de la pandemia**, emitido el pasado mes de octubre, a cuya consulta debemos remitir para evitar reiteraciones innecesarias.

Desde la consideración de la deficitaria información ofrecida por las diferentes Administraciones competentes, pasando por el cuestionamiento de su veracidad, de las medidas adoptadas para contener el contagio, por insuficientes o por excesivas, la desinfección de espacios públicos, la demanda de colectivos profesionales de contar con equipos de protección para el desempeño de su cometido, la incompreensión de los criterios fijados para la práctica de prueba diagnóstica de contagio, la exigencia del acceso a ellas, la ausencia de seguimiento médico de la enfermedad, el rechazo a la obligatoriedad de uso de la mascarilla, la petición de cierres perimetrales, la de cribados poblacionales masivos, hasta la insuficiencia de equipos de rastreo.

Todas ellas revelando la inseguridad y la zozobra del ser humano, cuando se enfrenta a un contexto peligroso desconocido y su incertidumbre sobre la respuesta protectora que los poderes establecidos e incluso la ciencia, pueden ofrecer para calmar su desasosiego.

Con todo, el impacto más doloroso y desolador llegó de la mano de la irrupción del virus en los centros residenciales de personas mayores, arrojando al final del año un balance funesto que no podremos borrar de la memoria de esta Institución.



Como decimos, no deseamos reproducir cuestiones que han sido abordadas en el Informe Extraordinario. Nos limitamos en este momento a expresar nuestras sinceras condolencias por todas las personas que nos dejaron en 2020 a causa de la pandemia, nuestro pesar por todos aquellos abocados a morir en soledad, nuestro mensaje de esperanza a los que han sobrevivido a la enfermedad y el deseo de unión para superar una tragedia mundial, que nos ha puesto delante de los ojos que es imprescindible el compromiso individual para la supervivencia como sociedad.

En cuanto a la promoción y prevención de la salud a que aludíamos al comienzo de este apartado de salud pública, podemos concluir que no ha suscitado dificultades de entidad alguna, ni en lo que atañe a la vacunación de la gripe ordinaria, ni respecto de la novedosa inmunidad que persigue la administración de la vacuna frente al coronavirus, habida cuenta de que esta última comenzó a administrarse el 27 de diciembre de 2020.

La campaña de vacunación de la gripe, por su parte, solo ha precisado de alguna información puntual ofrecida a personas que planteaban alguna dificultad, bien por desconocimiento de los criterios y previsiones del Plan Estratégico para la campaña de vacunación antigripal en Andalucía 2020-2021, publicado en el BOJA de 14/10/2020 (queja 20/6651); bien por algún simple equívoco en cuanto al derecho que ostentan a su administración las personas desplazadas en nuestra comunidad autónoma (queja 20/6743); o bien por una carencia muy aislada.

Las circunstancias concurrentes este año de crisis sanitaria, han llevado a las diferentes administraciones sanitarias a desplegar una intensa campaña de vacunación de la población frente a la gripe, dirigida a alcanzar al mayor número de personas de la llamada población diana, concentrando para ello la distribución de las dosis disponibles dentro del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, el más complejo y novedoso reto de alcanzar la inmunidad de la población a través de su vacunación frente al coronavirus, iniciado en nuestro país el 27 de diciembre, ha sido diseñado en la Estrategia de vacunación frente a la COVID-19 en España, elaborada por el Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, de 18 de diciembre de 2020.

En la misma, partiendo del principio de voluntariedad en la vacunación, se establecen los criterios de priorización en el acceso a la misma, cuyo primer nivel comenzó con la administración a las personas mayores residentes en Centros sociosanitarios y personal sanitario y sociosanitario.

En Andalucía, el calendario de vacunación y los aspectos a tomar en consideración, se han establecido en la Instrucción de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica 8/2020, de la Consejería de Salud y Familias, mediante el Programa de vacunación COVID-19 en Andalucía.

### 1.11.2.2. Atención primaria

Dentro de los fenómenos extraordinarios que han caracterizado en 2020 el funcionamiento del servicio sanitario, debemos destacar el deterioro que ha experimentado el nivel de la atención primaria de salud, en la percepción de la ciudadanía.

De las causas generadoras de esta insatisfacción ciudadana, también dimos debida cuenta en el aludido **Informe Extraordinario**, abundando en las razones que sustentaban las manifestaciones sobre problemas en su gestión, en la propia dispensación de la asistencia sanitaria y en el acceso a prestaciones de la cartera de servicios de sus centros de salud.

Lo cierto es que si en ejercicios anteriores poníamos de relieve la importancia que la más estrecha relación de confianza médico-paciente genera en este primer nivel de acceso de la población al Sistema Sanitario Público de Andalucía, por su cercanía y accesibilidad, y destacábamos esta virtud como razón de las escasas objeciones de la ciudadanía frente al mismo, en 2020 tenemos que hablar de un cambio radical en la tendencia precedente.



Y esta afirmación la sustentamos en datos objetivos, los que arroja el balance del notable incremento de quejas ciudadanas sobre el particular, que poca equivalencia guarda actualmente con su discreta presencia en épocas antecedentes a la pandemia.

La nueva forma de gestión de citas médicas, las demoras en el acceso a la fijación de consulta con el facultativo, el hecho de que la regla general sea la consulta telefónica o el retraso en procedimientos diagnósticos propios de este nivel, han supuesto una quiebra en la facilidad del recurso a este servicio y ha generado malestar por una nueva forma de dispensación que cambia las reglas e impone barreras hasta ahora desconocidas.

El futuro de la dispensación de la atención primaria de salud, cuyos rasgos definitorios ha trasmutado la pandemia, es una incógnita en este momento. Resulta incierto aventurar si recuperará su naturaleza, si lo hará en todo o en parte y, desde luego, en qué horizonte temporal, en la medida en que su desenvolvimiento está plenamente condicionado por la crisis sanitaria y ligado a su remisión y a los resultados de la vacunación.

Dentro de las limitaciones derivadas de motivos preventivos de salud pública, sin embargo, no podemos obviar que ante esta Institución han sido coincidentes las manifestaciones de los andaluces y andaluzas en las dificultades que entraña el contacto o el acceso a la atención médica en este nivel, los riesgos que ello comporta, la inadecuación en el uso de los recursos sanitarios a que aboca y, desde luego, la sobrecarga que expresan al propio tiempo los profesionales integrados en los centros sanitarios de atención primaria.

Consideramos, en suma, que existen aspectos susceptibles de refuerzo, mejora o innovación en su estructura y funcionamiento, que devuelvan la confianza ciudadana a través de la adecuada prestación de este servicio público en un contexto como el que vivimos y su adaptación eficaz y eficiente a una realidad sanitaria de duración incierta.

Esta aspiración y las posibilidades de normalización son objeto de análisis en la investigación de oficio iniciada por esta Defensoría en el último trimestre de 2020 ([queja 20/6020](#)), en cuya resolución habremos de tomar en consideración la pluralidad de testimonios recibidos desde los diversos puntos de nuestra geografía.

### 1.11.2.3. Atención especializada

Nos ocupamos en el presente apartado de la atención especializada, segundo nivel de la ordenación funcional de la asistencia sanitaria, que conforme señala el artículo 54 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, se dispensa por los hospitales y por sus centros de especialidades, garantizando la continuidad de la atención integral al paciente, tras la intervención en el primer nivel de atención primaria, hasta el momento en que pueda reintegrarse en dicho nivel.

Se trata de una atención dispensada por los hospitales y por sus centros de especialidades, mediante una atención ordinaria y programada conviviente con la urgente, en régimen de internamiento, ambulatorio y domiciliario, que se facilita a la población del ámbito territorial de referencia y que se complementa con funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación, y docencia e investigación.

Una atención que se ha de procurar, una vez superada la atención del primer nivel de asistencia primaria, más cercana y accesible al conjunto de la ciudadanía, si bien ambas profundamente afectadas en este año por el contexto sanitario de pandemia en el que aún seguimos inmersos.

No en vano, el peso de la atención sanitaria ha recaído en los profesionales y en los centros sanitarios que prestan sus servicios para esta asistencia médica, en sus diferentes niveles, en un periodo marcado por fuerte presión asistencial -como se ha venido poniendo de relieve en los informes administrativos emitidos en la sustanciación de las quejas de la presente anualidad-, y que ha convivido con medidas de seguridad y con planes de contingencia que han dificultado su prestación normal.

En circunstancias tan complejas, destacaremos que en 2020 se ha mantenido sin variaciones sustantivas el peso cuantitativo de quejas relacionadas con la atención especializada -tiempos de respuesta asistencial



aparte-, lo que, teniendo en cuenta la tendencia inversa detectada por esta Institución en otros campos de la atención sanitaria (como el nivel primario, en el que el incremento ha sido muy notable), así como en otros ámbitos relacionados con los servicios públicos y los recursos sociales, consideramos que es el producto del esfuerzo de todos los agentes afectados por las limitaciones de un año muy difícil. Así lo ha mostrado la ciudadanía, que en beneficio del bien común prioritario ha relegado su interés particular, renunciando a la continuidad de algunas quejas de esta naturaleza planteadas ante esta Institución, en consonancia con la actitud de los profesionales sanitarios, implicados y volcados en la reanudación de la actividad asistencial.

Sentada esta premisa, sobre la que más adelante abundaremos al analizar los tiempos de respuesta asistencial y los derechos de las personas usuarias, nos adentramos en el análisis del verdadero trasfondo que revela la heterogénea casuística expuesta por las personas tributarias de atención sanitaria especializada.

A efectos sistemáticos, las peticiones ciudadanas pueden reconducirse a defectos de información e irregularidades en la gestión, esencialmente en las citas; disconformidad con el diagnóstico y/o con el tratamiento prescrito en que, al margen del acierto en el juicio clínico y de las posibilidades de obtener resultados, subyace un defecto en la comunicación médico-paciente, que genera desconfianza en el segundo y, en consecuencia, insatisfacción; las peculiaridades en el acceso a la derivación a centros sanitarios de referencia; y, en general, la interpretación de los criterios de aplicación para obtener otras demandas de atención sanitaria más particulares y diversas.

Alcanzar una **gestión administrativa más eficaz** es un propósito compartido por gestores, profesionales sanitarios y por el conjunto de la ciudadanía, cuya consecución, tanto en el nivel primario como en el especializado de la atención sanitaria, ha de venir de la mano del correcto uso de las enormes posibilidades que ponen al alcance las nuevas tecnologías, siempre complementadas por un buen funcionamiento de los canales tradicionales de comunicación (telefónico y de organización de circuitos, entre otros), como vías todas ellas imprescindibles de agilidad y seguridad, en el curso de una crisis sanitaria como la que vivimos.

Debemos insistir que la atención especializada, en algunos aspectos, permanece anclada a inercias negativas, cuya corrección solo precisaría de un mero ajuste de gestión y de una mejora en los servicios de información y atención a la ciudadanía, como son las que resultan de la imposibilidad de contacto telefónico con los servicios correspondientes para la obtención de citas o simple facilidad en la comunicación.

A título de ejemplo, aludiremos a la queja formalizada por una vecina de la provincia de Málaga (queja 20/5117), que reclamaba la cita para su marido con análisis de genética, solicitada por neurología desde el 20/09/2019 y nos contaba que en el mes de abril había sido anulada como consecuencia de la COVID. Relataba las incesantes llamadas que había realizado, sin éxito, para conocer la nueva cita y su sorpresa al conocer la misma a través del médico de cabecera mediante consulta al programa informático. En esta ocasión, junto al retraso en la fecha de la cita con el especialista, que no obtuvo hasta diciembre de 2020, subyacía en la queja un déficit de información que podría haberse solventado con una simple consulta telemática por la propia interesada (sin precisar la asistencia al médico de cabecera). A los efectos que nos interesan, se observa que en este supuesto se han consumido recursos del sistema para un objetivo (conocer la cita) que podría haber resultado mucho más simple y en cualquier caso, se observa un anómalo funcionamiento del sistema de notificación de citas, dado que la interesada solo llegó a conocerla mediando cita con el médico de atención primaria y por el informe administrativo solicitado a nuestra instancia.

En similares términos, el promotor de la queja 19/6207 exponía que la oncóloga había diagnosticado a su padre un necrosamiento de la cabeza del fémur, apreciando igualmente un estado delicado de las caderas y de la espalda y le había recomendado interconsulta preferente con el traumatólogo en el mes de octubre, por cuya demora concurría ante esta Institución.

En este sentido, refería los inútiles intentos de contacto con el hospital al que correspondía asignar la cita, disponiendo de un número de teléfono con cuatro terminaciones, pertenecientes al servicio de traumatología, al que sostenía haber llamado en días sucesivos, sin conseguir siquiera que descolgasen, con lo que permanecía ajeno al estado de la cita de su padre.



El conocimiento hubo de llegarle a través de la respuesta que a esta Institución dirigió el Hospital de Jerez de la Frontera.

Igualmente, en este orden de cuestiones, en la [queja 20/0724](#), el interesado nos refería las dificultades que observaba para gestionar sus citas de revisión periódica con la especialidad de oftalmología por el problema de glaucoma que padece, y nos contaba que anteriormente era el mismo personal del centro el que se encargaba de dar la cita a la salida de la consulta, pero que ahora era el paciente quien debía de solicitarla a través de los mecanismos disponibles y lo complicado que se hacía.

En este sentido, nos dirigíamos al Distrito Sanitario Jerez Costa-Noroeste, responsable del centro de especialidades, al que remitimos Recomendación reflexionando sobre las consultas que son parte del seguimiento de un proceso realizado en centro hospitalario, en que las citas de revisiones se gestionan desde el propio hospital, que también se hace cargo de comunicarlas. En el contexto del derecho a una buena administración, que se recoge en el artículo 31 del Estatuto de Autonomía para Andalucía y artículo 5 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, parece razonable actuar en orden a la simplificación y agilidad de los procedimientos, en este caso, del proceso asistencial del interesado, que conlleva sus revisiones periódicas, abogando por formulas ágiles y que reduzcan las cargas administrativas al ciudadano, como es tener que encargarse de la gestión de su propia cita personalmente.

**“El conocimiento que el paciente obtiene de su proceso médico y del plan terapéutico adoptado para el tratamiento de sus patologías”**

En esta ocasión, en respuesta a nuestra Recomendación se alegaron diversas razones por las que es difícil atender el planteamiento efectuado por esta Defensoría, basadas en el numeroso volumen de población asignada al área sanitaria y la importancia de liberar de tareas burocráticas al personal facultativo, entre otras y se señalaba la imposibilidad de explorar nuevas vías.

Respecto ello, lamentábamos la pérdida de la oportunidad de buscar formas alternativas, que vayan en la línea de crear una Administración más eficiente y ágil para el personal facultativo y la ciudadanía y llamábamos la atención de la Administración respecto a las posibilidades que brindan las nuevas tecnologías, para que en un contexto de revisiones periódicas, como es la patología oftalmológica de glaucoma padecida por el reclamante, se gestione la cita de forma periódica sin requerir la personación

del interesado.

Naturalmente, esta situación expuesta es extrapolable a otros casos de revisiones periódicas y, en caso de ser necesario, a las pruebas diagnósticas complementarias de patologías que precisen de este tipo de seguimiento, y que en muchas ocasiones se convierten en un verdadero peregrinaje para la persona usuaria.

Continuando con la importancia en la búsqueda de soluciones y la percepción que tiene la ciudadanía sobre ello, reflexionamos en materia de atención especializada sobre un tema que ocupa reiteradamente nuestra atención en los informes anuales elaborados desde esta Defensoría y que es el **conocimiento que el paciente obtiene de su proceso médico y del plan terapéutico adoptado para el tratamiento de sus patologías**.

Como avanzábamos, en la disconformidad o insatisfacción con el diagnóstico y/o con el tratamiento prescrito por parte del paciente, subyace habitualmente la insuficiencia de conocimiento de su proceso, que tiene su fuente en defectos de comunicación médico-paciente, junto a otros factores, como la percepción de no mejoría o la sensación de una atención y seguimiento faltos de periodicidad, más acusados en el nivel de la atención especializada.



De esta forma, nos encontramos con un volumen de quejas que nos revelan que la información que recibe el paciente sobre las decisiones a adoptar respecto al tratamiento a llevar a cabo -que de ninguna forma cuestionamos, por un elemental principio de rigor y prudencia-, adolecen de los elementos necesarios para que la persona comprenda cuál es su problema de salud y cuál es el objetivo del tratamiento y en este punto, abogamos por la importancia de tratar a las personas en toda su dimensión y no solamente sus enfermedades, puesto que son cuestiones inseparables.

No en vano, la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía, regula en su articulado el derecho a la información en diferentes vertientes, y a los efectos que nos ocupan, el de quedar suficientemente informado del tratamiento médico sugerido.

Las quejas nos revelan, sobre este particular, el desconcierto que padecen los pacientes y sus familiares, no en pocas ocasiones, sobre los pasos a seguir en cuadros de evolución médica sin aparente mejoría, que ocasionan lógicamente temor y malestar.

Para ilustrar esta situación, nos referimos a la [queja 20/5464](#), cuya promotora consideraba que no existía un seguimiento correcto en el tratamiento de su padre y, de esta forma, nos comunicaba que aquel había sido intervenido de un hombro en el mes de junio de 2019, cuando le pusieron una prótesis y que desde finales de ese año padecía molestias que habían ido empeorando, acompañado de malestar general, febrícula por las tardes y una analítica sugerente de infección.

Indicaba que tras una semana ingresado en el Hospital de Riotinto en el área de medicina interna, para tratar de averiguar qué le pasaba, parecía que había que descartar una posible infección periprotésica, para lo cual le derivaron al Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva para hacerle una prueba diagnóstica (gammagrafía).

En el informe de la prueba realizada se sugería infección protésica y así lo comunicó el área de medicina interna del Hospital de Riotinto al de Traumatología del mismo hospital, considerando la oportunidad de interconsulta con la especialidad de traumatología para revaloración.

Sin embargo, la interesada sostenía que, pese a la sugerencia de infección, no tenía cita de trauma, ni pauta sobre la forma de proceder, mostrando una natural preocupación.

Interesados ante la Administración sanitaria, se nos emitía informe administrativo, exponiendo que se le había asignado al paciente una cita en la consulta de patología de miembro superior de ese centro hospitalario para reevaluar el caso y ofrecer la alternativa terapéutica más conveniente.

A resultados de nuestra intervención y de la consecuente respuesta del centro sanitario, la interesada nos dirigió una nueva comunicación para expresarnos su ilusión y buen ánimo tras la consulta de su padre en Traumatología, refiriendo que habían revisado todo el historial de su padre y pruebas realizadas y le habían transmitido que iban a buscar el origen de su malestar y fiebre, con indicación de la técnica de artrocentesis del hombro que le iban a realizar, para sacar muestras, analizarlas, comprobar si había infección y marcar plan terapéutico.

Con todo ello, queremos llamar la atención en la importancia que tiene la información y transparencia en el proceso médico, ya que buena prueba es el presente caso, en el que la explicación ofrecida había calmado la inquietud razonable de la promotora por el malestar de su padre.

Traemos a colación igualmente en este aspecto la [queja 19/0874](#), en la que formulábamos Resolución ante el Hospital Punta de Europa, recomendando el seguimiento del proceso asistencial de la promotora de la queja, a fin de que se concertase una nueva cita con la especialidad de Traumatología y se determinase el plan de actuación terapéutica por el especialista. Igualmente, recomendábamos que se realizase un acto de conciliación con la interesada que le permitiese esclarecer los hechos acaecidos y reanudar el proceso asistencial en un clima de confianza.

En esta queja, la parte interesada exponía el itinerario asistencial que venía atravesando para el tratamiento de sus dolencias que padecía desde que fuera víctima de un accidente de tráfico hacía 15 años y las dolencias que aún padecía.



El centro hospitalario, nos daba cuenta de las actuaciones administrativas llevadas a cabo (acto de conciliación para encontrar una solución a la controversia que por la interesada se venía planteando y se informaba de todas las reclamaciones formuladas, las cuales habían sido contestadas en tiempo y forma), sin entrar en detalles del itinerario asistencial.

Por nuestra parte, ante posturas contrapuestas y carencia de medios técnicos para valorar la opción terapéutica más aconsejable para el tratamiento de las patologías de la compareciente, o determinar las pruebas diagnósticas oportunas, -puesto que es el facultativo quien posee la formación y el criterio para aconsejar de forma objetiva el tratamiento y facilitar la información que el enfermo precise-, apreciábamos el descontento e insatisfacción por parte de la paciente con la atención recibida y poníamos el acento en la necesidad de recuperar la relación profesional médico-paciente y el clima de confianza, que es crucial para una favorable evolución.

Tras nuestra recomendación, en suma, el centro hospitalario nos refería la nueva cita concedida a la paciente y retomaba el seguimiento de su proceso.

La realidad que se nos revela a través de las quejas tramitadas, escenifican problemas de diferente índole en cuanto a la percepción de una correcta atención médica especializada, a veces por la percepción de no encontrar solución a las dolencias padecidas (sin curación de una fístula desde hace dos años, falta de pruebas en proceso asistencial de rodilla, sin diagnóstico tras parálisis facial o, entre otras, sin solución a su problema de columna); y otras por retrasos en la derivación a la unidad especializada (del dolor, de la rodilla, del pie...), o por la demora o dificultad en la recogida de resultados (de pruebas digestivas, de dermatología, e incluso de biopsias).

Afortunadamente, se trata de desencuentros que obtienen una canalización correcta como fruto de la intervención de esta Institución, resultando aliviados propiciando una nueva cita y encuentro médico-paciente, una mera aclaración sobre la demora en la recogida de algún resultado o una explicación sobre la necesidad de realizar una prueba complementaria, lo que nos sitúa en la tesitura de abogar por una clara información al paciente para que sea conocedor de su proceso médico y de las expectativas depositadas en el mismo.

Así lo manifestaba, por ejemplo, la promotora de la [queja 20/5419](#), en relación con la investigación realizada respecto de su consideración de no contar con diagnóstico tras sufrir una parálisis facial, con estas palabras: "Le comunico que estoy siendo atendida en el Hospital Costa del Sol, en la sala de fisioterapia, por una gran profesional. Mi recuperación está en marcha. Gracias a la intervención de este departamento, al servicio del pueblo andaluz".

El acceso a procedimientos terapéuticos propios de la atención especializada por la vía de la derivación, esto es, **la asistencia en centros ajenos al Sistema Sanitario Público de Andalucía**, ha tenido presencia en quejas del presente año, sustanciadas partiendo de su admisibilidad acotada, pero dentro del deber de enfoque al amparo del artículo 43.2 del texto de la Constitución española, como norma suprema, que reconoce el derecho a la salud y su efectividad a través de las medidas, prestaciones y servicios necesarios.

En esta materia, hay diversos preceptos de leyes de ámbito nacional que conviene resaltar, en la medida que consagran el referido derecho. Así el artículo 3.2 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que garantiza la igualdad efectiva en la prestación de servicios sanitarios; el artículo 1 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que establece como objeto de la Ley el establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de este en la reducción de las desigualdades en salud y el artículo 28 de esta Ley, en el que se establecen las garantías de calidad y servicios de referencia.

Así, en este contexto normativo y en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, el 26 de noviembre de 2008 se dictó el procedimiento para la efectividad de este derecho, concretamente para la derivación de pacientes para ser atendidos en un centro, servicio o unidad de referencia del



Sistema Nacional de Salud (CSUR), definiéndose los mismos como centros que deben dar cobertura a todo el territorio nacional y atender a todos los pacientes en igualdad de condiciones independientemente de su lugar de residencia.

Pues bien, en este marco jurídico, reclamaba nuestra intervención la promotora de la [queja 19/3081](#), que nos exponía la malformación congénita llamada microtia unilateral derecha padecida por su hija y de la que había venido siendo tratada en el Hospital Universitario San Cecilio de Granada, cuyo servicio de otorrinolaringología recomendó su derivación a un centro nacional de referencia en la patología apuntada.

Pues bien, nos contaba la interesada que tras varias negativas y gestiones, se le autorizó únicamente la posibilidad de valoración de su hija en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, como centro nacional de referencia en microtia, debiendo continuar la asistencia en el SSPA, sosteniendo que a resultados de dicha valoración se le recomendó una revisión cada año y medio, hasta que la menor cumpliera la edad de diez años, en la que podría ser intervenida, pero lamentaba que, tras esa valoración, la asistencia y seguimiento en el hospital catalán le había sido denegada, con el argumento de que la intervención puede realizarse en Granada.

En el curso de nuestra investigación indagamos en los motivos de elección del centro Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona por la promotora de la queja, arrojándose de la misma un reconocimiento incuestionado del citado centro hospitalario, avalado por especialistas del sistema sanitario público andaluz y su consideración como centro, servicio o unidad de referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR) para la atención o realización de determinadas patologías, entre las que se encuentra la reconstrucción del pabellón auricular. En este ámbito aparecen únicamente dos centros de referencia, el elegido por la promotora, Hospital Sant Joan de Déu, calificado como tal desde el 26 de diciembre de 2008, para niños y el Hospital Vall D'Hebron desde 21 de diciembre de 2012, ambos pertenecientes a la comunidad autónoma de Cataluña.

Así las cosas, nos parecía razonable la pretensión de la recurrente y formulábamos Recomendación a la Administración sanitaria competente del siguiente tenor: "Que se reconsidere el caso planteado por Dña. (...) y se autorice para su hija la atención médica e intervención quirúrgica en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, como centro nacional de referencia en microtia, en el marco del contexto legal descrito".

En esta ocasión, en respuesta a nuestra Recomendación se vienen a reproducir sucintamente las consideraciones que sirvieron de base a la denegación anterior, justificando que en el Sistema Sanitario Público de Andalucía hay hospitales que incluyen en sus Carteras de Servicios los procedimientos necesarios para la reparación quirúrgica de la malformación que padece la hija de la interesada, de tal modo que siendo el hospital de referencia de la misma el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, se decidió que su seguimiento y posterior tratamiento quirúrgico se realizara en dicho hospital, proponiendo la posible revaloración a un momento ulterior.

Desde esta Institución debemos considerar que la respuesta de la Administración sanitaria no implica la aceptación de la Resolución formulada, y por ende de nuestra recomendación, ya que no valora los argumentos esgrimidos por nuestra parte y, de esta forma, procedimos a dar por concluidas nuestras actuaciones, con la sensación compartida con la promotora de la queja de no haber sido oída en sus necesidades y haber resultado denegado el ejercicio de un derecho, a pesar de que la derivación había sido avalada por los especialistas del hospital público andaluz que trata a su hija.

Otras veces, percibimos que la información sobre la resolución de este tipo de procedimientos no fluye de la forma correcta, como resultaba de la tramitación de la [queja 20/2165](#), que se iniciaba a instancias del interesado para solicitar su derivación al Hospital Marqués de Valdecilla (Santander), para ser sometido a un tratamiento (braquiterapia de alta tasa de rescate), que ante la falta de contestación determinó sufragar a su costa en una clínica privada y pedir el reembolso de los gastos ocasionados.

En esta actuación, informábamos al interesado de la excepcionalidad con la que la norma contempla el reintegro de los gastos por el recurso a medios sanitarios privados, y a la par, constatábamos una posible demora en la transmisión de la información dada al paciente sobre la negativa a la derivación al centro



hospitalario pretendido, justificada en la baja de una persona del Servicio de Atención a la ciudadanía del Hospital Universitario Regional de Málaga (encargado de dar la información) y la declaración del estado de alarma, mereciendo por nuestra parte las oportunas consideraciones sobre la importancia de que la respuesta emitida sea comunicada con la mayor inmediatez, por las expectativas que en el acceso a determinado tratamiento o procedimiento depositan las personas afectadas por una patología compleja.

Igualmente, en la tramitación de la queja 20/3472, observábamos un déficit en la información facilitada sobre los motivos de denegación de la derivación a otro centro sanitario, en este caso, al Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid), para una valoración inicial de un posible tratamiento de lesión medular mediante terapia celular, solicitado a través del Hospital Costa del Sol Marbella. Sostenía el reclamante que había recibido una comunicación de la solicitud realizada, limitándose a informarle que había sido rechazada y nos remitía copia de la denegación de la solicitud, en la que se citaba una URL que remitía a los criterios para ser candidato al tratamiento ofrecido. Argüía el interesado, en consecuencia, desconocer los criterios y explicaciones por los que no podía ser valorado, al menos para una primera cita.

En esta ocasión, y tras nuestra intervención, se nos contaba la explicación dada al paciente en relación con la interpretación de imágenes radiológicas, por la que probablemente se había decidido que no es candidato al tratamiento propuesto, al considerarlo como un fenómeno crónico.

Ante ello y siendo diversa la casuística, hemos de redundar nuevamente en la importancia de la escucha e información y explicación a la persona interesada de las razones por las que se producen las decisiones sanitarias y administrativas en temas tan sensibles, reivindicando en cualquier caso que las actuaciones han de ser desarrolladas de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud en el marco legal anteriormente definido.

En otro orden de cosas, de la atención especializada forma parte, asimismo, la **rehabilitación**, que no siempre puede prestarse en el sistema sanitario público, cuando de supuestos muy específicos se trata.

En el caso al que aludiremos, se trataba de la rehabilitación cerebral que precisaba recibir un joven y que solo se dispensaba en un centro privado, al que pedía derivación su madre, indicando que la autorización estaba favorablemente informada por los especialistas desde septiembre de 2019, sin haber sido resuelta (queja 20/0230).

El afectado había recibido tratamiento en el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral en Madrid, pero desde junio de 2019, aguardando la autorización, la familia había asumido el coste de la rehabilitación en un centro especializado de Sevilla, con el consiguiente sacrificio.

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud se procedió a emitir la autorización correspondiente.

#### 1.11.2.4. Atención sanitaria de urgencias

En el presente año, se ha registrado un volumen de quejas relativas a la atención sanitaria urgente, hospitalaria y extrahospitalaria, similar al de años anteriores, en cuanto al número y características, destacando un denominador común en las mismas: su especial trascendencia social, por las circunstancias que llevan a demandar este tipo de asistencia médica y las consecuencias que se derivan de su no obtención a tiempo.

No obstante ello, conviene resaltar, como particularidad de este último año, las quejas registradas y ligadas a las circunstancias excepcionales que vivimos desde que se declarase el estado de alarma, que ha exigido implantar medidas preventivas y de seguridad, obligando a los responsables sanitarios públicos en nuestra comunidad autónoma a realizar una reordenación funcional y organizativa de sus distintos niveles asistenciales, vinculada a la duración de la actual situación, que gira en torno a garantizar el llamado doble circuito COVID/NO COVID, cuyo alcance y posibles inconvenientes son más acusados en el ámbito rural, cuando de atención sanitaria urgente se trata.

Por esta razón, determinamos iniciar una investigación de oficio (queja 20/6019), cuyo objeto es el análisis del alcance que la reorganización de los servicios de urgencias de atención primaria pueda tener en la



población afectada por la suspensión de los mismos, conocer la previsión temporal del mantenimiento de la medida y, desde luego, obtener la garantía de su recuperación en los mismos términos precedentes.

La citada investigación ha tomado como modelo sometido a análisis el del Distrito Condado-Campiña de la provincia de Huelva, que da cobertura a sus siete Zonas Básicas de Salud, todas ellas de naturaleza rural, algunos de cuyos representantes Consistoriales nos trasladaron la importancia del servicio de urgencias dispensado en los centros de salud o consultorios fuera del horario matutino para sus respectivas poblaciones y el temor porque deviniera finalmente en una situación irreversible.

La valoración de las consideraciones y de la postura que nos traslade la Administración sanitaria arrojará conclusiones que, al tiempo de este informe, no han podido alcanzar este nivel de maduración.

Abundando en el propio concepto de petición de asistencia sanitaria urgente, cabe decir que suele ir pareja a una situación de extrema necesidad, lo que genera para la persona demandante y su círculo allegado un elevado nivel de exigencia en relación con la resolución de su problema de salud de manera rápida y efectiva, de ahí la transcendencia social aludida anteriormente de este tipo de intervención.

Del tenor de los testimonios obtenidos a través de las quejas tramitadas, se observa que hay ocasiones en que la asistencia urgente demandada y su inmediatez, es percibida de forma subjetiva por el paciente o su círculo estrecho, consistiendo en estos supuestos nuestra intervención en una labor de pedagogía e información sobre qué debe entenderse por asistencia sanitaria urgente, cómo se solicita la misma y la valoración que se produce para la realización de una clasificación inicial de prioridad del caso y la asignación del recurso correspondiente.

En esta labor aclaratoria, insistimos en que la valoración objetiva de la necesidad es apreciada por el facultativo, quien decide las medidas a adoptar y, en el caso de la extrahospitalaria, determina la derivación del paciente en vehículo ambulancia hacia un dispositivo de cuidados críticos y urgencias o a un servicio de urgencias hospitalario. Por ende, sustanciamos aquellas quejas en que, a priori, la situación objetiva de los hechos nos sugiere una atención que, por arrojar dudas o por su desenvolvimiento, requiere de nuestra supervisión.

Mención aparte merece la revisión anunciada del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, que es el instrumento organizativo del Servicio Andaluz de Salud responsable de orientar y marcar las pautas a seguir en la atención a las urgencias y emergencias.

Dicha revisión se publica en la página [web del SAS](#), y venía siendo demandada en diversos aspectos, como el de sus protocolos, por lo que, sin lugar a dudas, consideramos que se trata de una oportunidad para recoger los aspectos de mejora y corrección de incidencias detectadas en estos últimos años, quedando pendientes de su aprobación y consecuente publicación y difusión.

#### 1.11.2.4.1. Urgencias extrahospitalarias

Del bloque de quejas de esta naturaleza, destacamos la [queja 18/0397](#), por la particularidad del caso, ya que a la gravedad del proceso de salud de la paciente se unían unas delicadas circunstancias sociosanitarias.

Iniciábamos las actuaciones a raíz del escrito que nos trasladaba el hijo de la paciente, de 58 años de edad, entonces recién fallecida, quien nos describía un cuadro médico de su madre de muy mala evolución, por el que había precisado en diversas ocasiones asistencia urgente y que finalmente desembocó en su fallecimiento.

En sus comunicaciones, el hijo de la fallecida nos describía un contexto familiar complicado, que llegó a provocar, al parecer, la confusión del médico en sus diversas atenciones urgentes, puesto que inadvirtió una patología urgente y de gravedad, por achacar el estado de la paciente a un problema social.

En el curso de las investigaciones solicitamos informe a la Administración sanitaria competente, quien realizó un relato discrepante con los hechos relatados por el promotor de la queja, básicamente por haber sido prestada la atención sanitaria demandada, aunque no detectada la causa subyacente que la justificaba.



Constatamos en su sustanciación, que en el escaso lapso temporal de unos días, que ni siquiera alcanzaron el período de un mes, con al menos cuatro demandas de atención sanitaria urgente al 061 en diferentes fechas y con una clínica de muy desfavorable evolución, no se detectaron signos de alarma que determinaran la necesidad de estudios ampliatorios no demorables, ni el traslado a un centro médico, resultando que el juicio clínico de necesidad de actuación urgente no se produjo hasta una petición de cuarta asistencia urgente, al borde del fallecimiento, que finalmente se produjo.

Así, nos sugerían los hechos acaecidos que el juicio diagnóstico efectuado desde los servicios de urgencias en las tres primeras visitas no resultó acertado y, sin prejuzgar la actuación médica y su adecuación a la *lex artis*, consideramos este caso a luz del principio de humanización en la práctica asistencial y de la necesidad de coordinación sociosanitaria y advertíamos cómo una posible situación sociofamiliar compleja, había interferido de forma relevante con la detección de un problema de salud, condicionando la respuesta sanitaria, carente, a nuestro juicio, de una adecuada planificación entre los servicios sociales y sanitarios, que en definitiva había mermado el poder enfrentar la fase final de la vida y la muerte en una condiciones más dignas.

Fruto de ello, emitíamos una Resolución recomendando al Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada que en los supuestos de reiteración de avisos médicos, el servicio de cuidados críticos y urgencias del hospital mantenga un alto índice de sospecha, que permita adoptar decisiones facultativas por las que se facilite la detección de la posible presencia de enfermedades de naturaleza muy grave, especialmente en los casos de personas integradas en unidades familiares de convivencia en seguimiento sociosanitario y siempre que se aprecien déficits de cuidados en la atención al paciente.

En respuesta a nuestra Recomendación, nos complacía la respuesta de la Administración, en la que nos informaba de su aceptación e informaba del traslado de la misma a los directores de las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria, en cuanto responsables de su aplicación.

#### 1.11.2.4.2. Urgencias hospitalarias

De este segundo bloque de quejas trasladadas por la ciudadanía en cuanto a la asistencia en los diversos hospitales de nuestra comunidad autónoma, merece nuestra atención especial la [queja 19/4327](#), referente a la atención en el servicio de urgencias hospitalarias del Hospital Torrecárdenas, de Almería, centro que trajimos a colación en el informe del año pasado con el inicio de actuaciones de oficio en la [queja 19/1731](#).

Así, respecto a este mismo centro, en la queja 19/4327 ocupaba nuestra investigación una primera alta de la paciente en el servicio de urgencias, sin diagnóstico orientado ni advertencia del plan de actuación urgente para llevar a cabo, frente a un ingreso en urgencias del centro hospitalario a los seis días con un escenario completamente diferente, diagnosticándose un cáncer terminal e ingreso en cuidados paliativos, lo que previsiblemente no habría influido en el fatal desenlace, pero hubiera permitido la mejora de la atención al paciente que encara los últimos momentos de su vida.

En esta tesitura nos dirigíamos al centro hospitalario para sugerir una revisión de los protocolos de atención en urgencias en el mismo, por derivación de atención primaria y concretamente un análisis del caso planteado, para determinar los elementos diferenciadores que hicieron aconsejable el ingreso en la segunda asistencia urgente y el alta en la primera, a fin de detectar áreas de mejora en la calidad asistencial.

Otras quejas de la atención en urgencias en centros hospitalarios han sido estudiadas desde un punto de vista asistencial y organizativo, como por ejemplo, la [queja 19/0956](#), en la que el reclamante interesaba nuestra intervención por la demora en el diagnóstico de la patología padecida y por el traslado, a su juicio, en condiciones de riesgo para su salud, desde el servicio de urgencias del Hospital Virgen de las Nieves al Hospital San Cecilio, aduciendo ser el centro de referencia del interesado, por lo que formulábamos Resolución ante el Hospital Virgen de las Nieves, recomendando la revisión los casos y patologías atendidos por urgencias, susceptibles de sectorización hospitalaria por no requerir continuidad asistencial y, en caso de ser necesario, revisión de los criterios aplicados para los traslados de pacientes que pudiesen verse afectados por las mismas.



### 1.11.2.5. Tiempos de respuesta asistencial

Nos ocupamos en este apartado de las quejas relativas a los tiempos de respuesta asistencial, que suelen conformar el mayor volumen de quejas de entre las materias de salud investigadas anualmente y que, en cambio, en este particular año se han visto desbancadas por el número de quejas relacionadas con la pandemia ocasionada a causa de la COVID-19.

El momento crítico que desde el pasado año afrontamos como sociedad, efectivamente, ha llevado a un descenso en el número de peticiones dirigidas a esta Institución alusivas a las listas de espera.

Y no es extraño, puesto que la mayor parte de la ciudadanía ha sido consciente de la situación y, como ya decíamos en otro momento de este Informe, se ha comportado en consecuencia.

Vivimos inmersos en una pandemia que se antoja de duración incierta, en la que el peso de la atención sanitaria recae en los profesionales y en los centros sanitarios y debe desenvolverse en un contexto marcado por una fuerte presión asistencial.

Esta realidad ha obligado en determinados momentos a los hospitales y a los centros de especialidades a suspender la respuesta sanitaria no urgente, así como ha limitado la capacidad y agilidad de prestación de sus servicios ordinarios, al tener que convivir con medidas de seguridad y planes de contingencia.

Los tiempos de respuesta asistencial, en definitiva, con sus demoras, actualización de listas, criterios y planes de reducción, se han visto alcanzados de lleno por un año urgido por prioridades impuestas por una tesitura de salud pública generalizada.

En este contexto y ante la preocupación que el asunto nos generaba, desde esta Institución emprendíamos de oficio en el mes de noviembre de 2020 la queja 20/7758, en materia de atención especializada, para interesarnos por el estado de las demoras o suspensiones de las primeras consultas de atención especializada, las intervenciones quirúrgicas, y realización de pruebas diagnósticas, cuyo análisis y valoración realizaremos en el ejercicio 2021.

Así, es una evidencia que en el abordaje de esta cuestión no podemos abstraernos del contexto en el que la atención especializada se ha venido desarrollando, marcada como está por una suspensión de los plazos administrativos que declaró inicialmente el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, hasta su alzamiento el 21 de junio de 2020.

Posteriormente, en cuanto a los plazos administrativos que a esta materia se aplican, por la Orden de 19 de junio de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la comunidad autónoma de Andalucía para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus (COVID-19), que declaró dejar sin efecto provisional hasta el momento en que se normalizase la situación epidemiológica ocasionada por la COVID-19, las garantías de plazo de respuesta recogidas en el Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía y en el Decreto 96/2004, de 9 de marzo, por el que se establece la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de atención especializada y procedimientos diagnósticos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía; a su vez, dejada sin efecto mediante la Orden de 29 de octubre de 2020, por la que se establecen los niveles de alerta sanitaria y se adoptan medidas temporales y excepcionales por razón de salud pública en Andalucía, para la contención de la COVID-19.

Con todo ello, desde el mes de marzo hasta el mes de octubre de 2020 se han suspendido las garantías de los plazos de respuesta fijados en los Decretos señalados anteriormente, sin que conozcamos la implicación y deriva de dicha suspensión en cuanto al manejo de los datos cuantitativos y cualitativos de la situación de las listas de espera, el número de personas que conforman las mismas y el de las que se encuentran fuera de los parámetros temporales de garantía de respuesta fijados normativamente, ni el momento efectivo para el ejercicio de los derechos pertinentes en este lapso de tiempo. Cuestiones todas ellas sobre la que hemos precisado información en la queja de oficio precitada.



En este escenario, hemos de centrar nuestro interés en retratar la situación a la luz de los testimonios recibidos de la ciudadanía, complementados con la información proporcionada a través de los medios de comunicación y, lógicamente, con la obtenida de canales oficiales y de los informes administrativos emitidos en la sustanciación de las quejas.

Por lo que atañe a las cuestiones suscitadas respecto de la **primera consulta para especialista y citas de revisión**, aunque escasas, hemos recibido peticiones que han motivado nuestra intervención, alusivas a retraso o suspensión de citas, ocasionadas por la acomodación de la actividad de los centros sanitarios a la situación de crisis, como por ejemplo la que nos trasladaba la promotora de la queja 20/2088, que nos relataba que su hija de diez años de edad nació con una enfermedad rara y precisa revisiones periódicas para vigilar el crecimiento del cráneo por la unidad de craneofacial y la unidad de oftalmología, ya que una de las consecuencias del mal crecimiento podía ser presión en el nervio óptico y pérdida de visión.

Así, manifestaba que la cita la tenía prevista en el mes de febrero y que no le había sido asignada, interesando nuestra intervención para que se le facilitase con la mayor celeridad, habida cuenta de las circunstancias y antecedentes.

Solicitado informe al centro hospitalario nos justificaban que, efectivamente, la demora tenía su causa en las exigencias de la crisis sanitaria, aunque nos comunicaban el señalamiento de la cita y, con ello, satisfacían la petición y necesidad de la interesada.

Circunstancias más desfavorables eran las que nos relataba el promotor de la queja 20/3642, quien nos refería ser paciente crónico de cardiología y nos informaba que tenía solicitada visita desde el 26 de junio de 2018, a la cual no había tenido respuesta, manifestándonos que observaba dejación de funciones en su seguimiento y que había consultado dos veces con el Hospital de la Axarquía, con la respuesta de que le llamarían pronto, lo cual no había ocurrido, informándonos en el mes de noviembre de 2020 que había sufrido un infarto.

En relación con las demoras para las citas de revisión, nos gustaría traer a colación las circunstancias que también observamos de demora en las citas de interconsultas, ya que se encuadran en el tipo de consultas no cubiertas por el Decreto de garantía de plazo, en la medida que no pueden considerarse primera cita de especialista procedente de atención primaria. Entendemos que no queda justificada una demora en las mismas que exceda de un tiempo razonable, que la cita se enmarca en el curso de un proceso asistencial, se inserta en el proceso de diagnóstico y en la fijación de alternativa terapéutica aplicable más adecuada y por ello, en la queja 19/4898 y la queja 19/0438, reflexionábamos sobre este aspecto y recomendábamos la ampliación de los medios humanos y materiales necesarios para la satisfacción de las demandas analizadas.

Igualmente, durante el presente año hemos tramitado quejas referentes a demora para la realización de **pruebas diagnósticas** (quejas 20/4524, queja 20/1403, queja 20/3740) y en sede de espera de **intervención quirúrgica** (queja 20/5875, queja 20/0661, queja 20/3198, queja 20/1142, queja 20/1367), que o bien se han solventado con la colaboración de la Administración sanitaria, o bien, han culminado con nuestras recomendaciones habituales sobre la efectividad de los derechos consagrados en el plazo de garantía.

A través de los informes de algunos centros sanitarios, hemos podido conocer que la respuesta satisfactoria de la demanda, con la práctica de la intervención demorada, ha sido abordada con medios ajenos al sistema sanitario público, particularmente a través de la programación de Conciertos SAS-Covid. Por ejemplo, así fue indicado en la queja 20/3073.

Por su singularidad, insistiremos en destacar en este informe anual la incertidumbre que nos genera la suspensión de los plazos administrativos y sus efectos en el ejercicio de los derechos reconocidos en los Decretos de garantía, objeto nuclear de la queja de oficio emprendida ya aludida; y, sobre todo, la preocupación franca de esta Institución en la efectiva asistencia sanitaria y la disposición de medios puestos al servicio de dicho fin, para que pueda tener lugar en condiciones razonables, sin sobrecargar hasta la extenuación a los profesionales sanitarios y con el debido equilibrio de la garantía de derechos consagrados. No obstante, como reflejamos en la introducción del subcapítulo, no disponemos de datos



suficientes para dimensionar el estado de la cuestión actualmente, ni se encuentran actualizados los publicados en el sistema sanitario público andaluz.

No podemos concluir este epígrafe, sin mención a las demoras habituales y persistentes que se siguen produciendo para algunas cirugías, como son las no incluidas en el Decreto de garantía de plazos, así por ejemplo en la [queja 20/3198](#), se nos informaba por el Hospital Carlos Haya de Málaga en una queja sustanciada por demora para intervención de cirugía ortognática, de la limitación de medios y de la necesidad de atender a diario los casos de mayor gravedad o los que llevan más tiempo en el Registro de Demanda Quirúrgica, lamentando los inconvenientes de la espera y contextualizando la situación en un elevado número de pacientes en situación similar a la del interesado y la necesidad de distribuir los recursos quirúrgicos del hospital, de acuerdo a la urgencia, gravedad y antigüedad de cada caso, puesto que el Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Regional de Málaga es centro de referencia de toda la provincia de Málaga y Melilla.

Similares circunstancias se nos revelaban en la queja 17/2933, en este caso, acusando la promotora de la queja una demora para una operación para cirugía de reasignación de sexo, por un plazo superior a tres años, sin fecha aproximada para la misma y en la que recomendábamos la adopción de medidas organizativas y asistenciales. Medidas en particular para el colectivo afectado, por las circunstancias tan sensibles que de estos casos se derivan, consistentes en "que específicamente se contemplen actuaciones que conlleven la disminución de la espera para las intervenciones quirúrgicas a realizar a este colectivo (histerectomía, cirugía mamaria, gonadectomía, penectomía, genitoplastia) y su seguimiento postquirúrgico y se evalúe la posibilidad de ampliar la red de centros hospitalarios para la realización de las mismas".

Del mismo modo, fundamentalmente por la necesidad de estar informada la persona de una fecha cierta para la intervención que aguarda, recomendamos "que se posibilite la consulta del estado de situación en cada momento en la lista de espera a través del dispositivo Salud Responde en aras a la transparencia".

Nos encontrábamos, en esta ocasión, en respuesta a nuestra Recomendación una respuesta administrativa ciertamente carente de empatía, acerca de las consideraciones emitidas desde esta Institución en cuanto al ejercicio efectivo del derecho a la salud que consagra nuestro ordenamiento jurídico, al considerar injusto el tratamiento de vulneración del derecho a la protección de la salud o del derecho a una buena administración, que pudiera inferirse de la demora que preside la intervención quirúrgica que aguarda la promotora de la queja.

La respuesta esgrimía argumentos de tipo competencial para no poder aceptar en esencia alguna de las cuestiones recomendadas, como el conocimiento de la lista de espera. Concluimos la investigación trasladando al centro competente, la labor importante que le incumbe en la orientación de los recursos humanos, materiales y financieros precisos y en la elevación a las instancias superiores de su necesidad, para la adopción de medidas que permitan hacer efectiva la continuidad de la prestación asistencial en tiempos razonables y velar por los derechos de las personas usuarias. En este sentido, aludimos a las correspondientes memorias de gestión.

Oportunidad de abundar en este tema nos ha brindado la queja de oficio de la lista de espera de obesidad mórbida [queja 18/6003](#). Así, hemos analizado la información administrativa requerida, el estado de la cuestión desde la óptica de la ciudadanía y los derroteros hacia los que orientar nuestras propuestas, y alcanzábamos determinadas conclusiones relativas a la existencia de un tiempo de espera próximo a los 800 días para este tipo de cirugías; la constatación de centros en los que la espera se hace más acusada; el consenso del abordaje integral de esta patología, que va necesariamente más allá de la estrictamente quirúrgica; la dificultad que observamos para entender las razones de la disparidad de tiempo de espera entre los diferentes centros y necesidad de ahondar en ello y el esfuerzo necesario de reforzar prácticas transparentes, puesto que la información ofrecida sobre las listas de espera de cirugía bariátrica resulta imprecisa y, más concretamente, la relativa a cada uno de los pacientes no existe, sin que los mismos puedan establecer un horizonte temporal para la intervención que aguardan. Fruto de ello, concluimos con una Resolución en la que efectuamos una serie de Recomendaciones, cuyo texto íntegro se puede consultar en la página web de esta Defensoría.



### 1.11.2.6. Praxis médica

Las peticiones que recibimos cuestionando la adecuación de actos médicos, no siempre tienen como trasfondo real una denuncia de negligencia en sentido estricto. Una parte de las mismas encierra en realidad la búsqueda de alternativas terapéuticas, que se traduzcan en una mejora en la merma de la calidad de vida que ocasiona una patología no resuelta de forma satisfactoria; otras, por su parte, verbalizan una sospecha de mala praxis alimentada por un defectuoso conocimiento de las razones adoptadas en su proceso asistencial y por no haber obtenido la recuperación que esperaban; y, finalmente, está el reducido grupo que discrepa abiertamente con las decisiones facultativas, a las que imputa la causación de un daño, bien por demora en la atención o seguimiento del proceso, bien por error diagnóstico o por el acto médico concreto en el que sitúan el desenlace desfavorable o las secuelas. Este último grupo desemboca en ocasiones en el ejercicio del derecho a pedir el reconocimiento de responsabilidad patrimonial.

En el ejercicio 2020 se ha mantenido idéntico el número de quejas con este variado tipo de consideraciones por parte de la ciudadanía, siendo en cambio algo menor el de las que interesan la agilización de expedientes de responsabilidad patrimonial derivada de mala praxis médica.

Conocido es que la mayoría de las actuaciones de esta índole en la que se demanda nuestra intervención, suelen venir enmarcadas en un contexto doloroso, en el que las personas afectadas nos trasladan su desazón y pesar ante el desenvolvimiento de unos hechos por lo general desafortunados, en los que, a priori, debemos advertir nuestra limitación para emitir un pronunciamiento que aprecie la existencia de mala praxis, debido a nuestra carencia de medios para ello. Informamos, en todo caso, sobre las alternativas a disposición de las personas interesadas, siempre que cuenten con elementos acreditativos que permitan apreciar indiciariamente la posible falta de diligencia debida en la actuación de la Administración sanitaria, esto es, sobre la iniciación de un expediente de responsabilidad patrimonial, informando de sus presupuestos legales y fácticos y de la conveniencia de un asesoramiento especializado.

Como decimos, la información comprensible y completa es el único punto de partida válido para adoptar la mejor decisión y para que las relaciones médico-paciente se desarrollen en un escenario de confianza y de entendimiento, que minimice los conflictos estériles abonados por el confusionismo.

Dicha información debe proporcionarse de forma exquisita por la Administración sanitaria y por sus facultativos a lo largo de todo el proceso asistencial o de tratamiento. De poco sirven consentimientos informados formales, que no vayan acompañados de una cumplida explicación a la persona que se somete a una intervención o acto médico, no sólo porque tiene derecho a decidir, sino porque para hacerlo hay que entender y solo entendiendo se cuenta con la libertad de asumir y con la garantía de la misma.

Partiendo de este convencimiento, las quejas que tramitamos en este campo suelen conducir a obtener una explicación de lo sucedido y relatado por las personas interesadas, para incrementar su nivel de información al respecto, o bien para detectar otros aspectos conexos que pueden implicar aspectos susceptibles de supervisión y propuesta de mejora desde esta Defensoría.

Precisamente, la oportunidad de propuesta de mejora se planteó al hilo de la denuncia formulada por la interesada de la queja 19/0254,, que sostenía la impericia o mala praxis observada en el tratamiento de su familiar tras una intervención de fémur a la edad de 95 años, sin ninguna complicación médica ni postquirúrgica, y en la que, sin embargo, había sufrido la aparición de una úlcera por presión en talón que, salvo curación definitiva, le iba a impedir apoyar en el suelo y andar, con los consiguientes cambios derivado de ello para sus actividades diarias y potenciales efectos adversos.

En la sustanciación de la queja, la Administración informante manifestó la voluntad de implementar áreas de mejoras para las que se habían programado determinadas actuaciones y en un informe complementario nos describían algunas de las mejoras puestas en práctica, pareciéndonos que las mismas debían ser acompañadas de una revisión del manejo de los pacientes inmersos en el circuito programado y de los que se encuentran en el circuito habitual y en las diferentes fases del proceso asistencial; por lo que emitíamos Recomendación relativa a la conveniencia de llevar a cabo una revisión del cumplimiento de los estándares de actuación que se encuentran definidos en la Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión, así como de las tareas habituales del personal de enfermería para personas hospitalizadas, en el



nuevo circuito programado y en el circuito habitual, y en base a ello, evaluar la dotación de medios personales y materiales para dar cumplimiento a la misma, así como mantener la evaluación periódica de la misma, según la intención manifestada por el centro hospitalario en su informe administrativo.

Es satisfactorio informar de la aceptación de la misma por parte del Hospital Regional de Málaga, quien nos daba cuenta de las medidas adoptadas.

Por su parte, los casos de sospecha de mala praxis sustentada en un conocimiento insuficiente de las decisiones adoptadas en el proceso asistencial, en el error diagnóstico o incluso en un cuestionamiento de la influencia de los tiempos de respuesta en la agravación del resultado, requieren sin lugar a dudas un incremento del nivel de información, que es el objetivo principal de nuestra investigación.

Para ilustrar las situaciones más relevantes, concretaremos que se trata de supuestos de carencia, error de diagnóstico o diagnóstico tardío, como el de quien denunciaba no haberse detectado un tumor en diversos centros sanitarios, falleciendo el afectado (queja 20/0649); el caso de una metástasis no detectada con resultado de muerte (queja 20/0654); o del aducido error de diagnóstico en cáncer de mama (queja 20/8643).

Tampoco han faltado denuncias de demoras negligentes, como la que aludía a las consecuencias del retraso en el diagnóstico del cáncer de su padre (queja 19/0491); o, anticipándose, alertaban de la posible producción de daños por el retraso de la Administración sanitaria en aplicar los ciclos de quimioterapia (queja 20/7209), o en realizar las pruebas e iniciar el tratamiento de cáncer de próstata (queja 20/7354).

Las respuestas que en todos los casos obtenemos de los responsables de los centros sanitarios, hay que destacar que son muy completas, colmando con ello todos los posibles interrogantes planteados y, sobre todo, abordadas con la delicadeza de tomar en consideración los sentimientos en juego. Los informes médicos ponen especial interés en explicar que muchas situaciones desafortunadas no son causadas por errores profesionales, sino que son casos de evolución atípica en el contexto particular de la situación de cada paciente; en algún caso de demora, reseñan las razones por las que no habrá consecuencia desfavorable en la evolución clínica de la persona interesada; o directamente, revisan la posibilidad de ofrecer una respuesta favorable.

Traemos a colación la información contenida en la respuesta a una queja en la que un ciudadano denunciaba la supuesta mala praxis en la atención a su mujer fallecida (queja 20/1477), en la que el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla señalaba que a la luz de lo investigado, estimaban oportuno la reevaluación de los actuales procedimientos de continuidad asistencial, mediante la puesta en marcha de una nueva Subdirección de Continuidad Asistencial "que mejore las interconexiones clínicas dentro y fuera del hospital con el fin de hacer más fluida la relación entre atención primaria y atención hospitalaria". Y convenía en el refuerzo de algunos elementos de los actuales circuitos, al ser "sensibles ante la necesidad de seguir trabajando en la humanización de la asistencia, especialmente en procesos oncológicos".

Referente a los expedientes de responsabilidad patrimonial que anunciábamos iban conexos a este tipo de quejas, se sigue observando el incumplimiento de resolución en el plazo legal fijado de seis meses, sin que en esta Institución cejemos en la aspiración de que una mejora en la gestión y en los recursos permita reconducir a límites más razonables el tiempo de tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial, pues poniendo en valor los esfuerzos realizados, se nos revela que el incremento de medios sigue resultando de todo punto necesario, como analizábamos en la Resolución de la **queja 19/5808**, en la que la emitíamos Resolución recomendando evaluar las medidas organizativas adoptadas y de ampliar los medios materiales y personales necesarios para la resolución expresa en plazo de este tipo de expedientes.

#### 1.11.2.7. Derechos de los usuarios

Entre los diferentes derechos reconocidos a las personas en el sistema sanitario público andaluz, consideramos de interés comenzar aludiendo a una cuestión general, cual es la de los **modos que permiten acceder al ejercicio de los mismos**, es decir, los instrumentos formales para garantizar de forma ágil y eficiente dicho ejercicio y en la necesidad de su difusión a través de los canales oportunos, para la puesta al alcance de la ciudadanía a través de conocimiento y consecuente posibilidad de uso.



Reviste mucha importancia la oportunidad que brindan estas nuevas formas de relación con la Administración, aún más útiles cuanto mejor sean conocidas y necesarias en una etapa de peligro de contagio vírico.

Especialmente, sobre los trámites que se encuentran disponibles para la ciudadanía de forma telemática y su forma de acceso, se han generado diversas actuaciones en la presente anualidad (queja 20/0952, queja 20/4202, queja 20/5630 y queja 20/1226), en las que hemos tenido la oportunidad de solicitar información a la Administración sanitaria.

Así, en el caso de la queja 20/4202, el promotor nos trasladaba las dificultades para realizar el trámite de solicitud de una segunda opinión médica por registro electrónico en el SAS, aun cuando en la página web se indicaba la posibilidad de su obtención a través de certificado digital. Planteando la conveniencia de la gestión telemática en un momento de serios brotes de coronavirus.

Pues bien, en la sustanciación de esta queja, la respuesta administrativa manifestó compartir el interés de esta Institución en ofrecer a las personas que utilizan los servicios del Servicio Andaluz de Salud, información de todos aquellos trámites susceptibles de realizarse de forma electrónica.

Y en esta línea, informaba que desde el año 2002 se cuenta con servicios en línea dirigidos a facilitar las gestiones y la consulta de información clínica, disponibles en el portal ClicSalud.

A esos efectos, clasificaban algunos trámites que pueden realizarse mediante autenticación con certificado digital, DNle o Cl@ve, tales como:

- Consulta de citas hospitalarias y pruebas diagnósticas (la especialidad médica, tipo de prueba e incluso la ubicación física contienen referencias a información de salud), así como acceder al histórico de citas.
- Consulta de lista de espera quirúrgica, a través de la cual las personas pendientes de una intervención sujeta a plazo de garantía de respuesta, pueden consultar su inscripción en el registro de demanda quirúrgica.
- Consulta de la historia clínica: Datos básicos de salud, Medicación, Informes clínicos, Pruebas analíticas, Pruebas de imagen, Vacunas e Incapacidad temporal.
- Elección de centro y profesional, que permite elegir un profesional de medicina de familia y centro de atención primaria.
- Desplazamiento temporal, que permite elegir, por causa de un desplazamiento temporal a otro municipio, un profesional de medicina de familia y centro de atención primaria distinto al habitual.
- Cambio de datos de contacto, que permite actualizar la dirección postal y el/los teléfonos.

Añadía el informe otros trámites disponibles únicamente mediante identificación con datos personales, puesto que no facilitan información de salud, tales como:

- Renovar tarjeta sanitaria.
- Pedir cita de atención primaria, con medicina de familia, enfermería y pediatría.
- Consultar citas de atención primaria pendientes, incluyendo programadas en general.

Y por último, aludía a una serie de trámites no disponibles electrónicamente, entre los que se ubica el referido por el promotor de la queja, a saber, la segunda opinión médica, o por ejemplo el acceso completo a la historia médica. Más concretamente, nos justificaban que la solicitud de segunda opinión médica no está disponible mediante tramitación electrónica, por ser un derecho que recoge unas condiciones para su ejercicio muy específicas, siendo oportuno que la persona ejerciente del mismo sea debidamente asesorada. Igualmente, por la limitación que existe para realizar este tipo de trámites electrónicos por persona distinta de la afectada, es decir, por otra persona en representación suya, ya que en el Servicio Andaluz de Salud no es posible acreditar la representación legal o voluntaria de otra persona que utiliza medios de autenticación externos (@firma o Cl@ve), que no contemplan estas situaciones.



Por nuestra parte, observamos que estos trámites son, en muchas ocasiones y en gran medida, desconocidos o defectuosamente conocidos por la ciudadanía, sobre todo aquellos disponibles mediante autenticación con certificado digital, DNle o cl@ve, y en el presente año, en el que se han producido dificultades severas para la atención presencial y se han venido sucediendo aplazamientos de citas de especialidades a causa de la pandemia, se ha informado a muchas personas sobre los mismos, por lo que resultaría muy conveniente su mayor difusión y poner al alcance de la ciudadanía el conocimiento y uso de estas nuevas formas de relación con la Administración, puesto que lo que no se conoce no es útil.

Ahora bien, más allá de los aspectos relativos al modo de ejercitar estos derechos, centramos ahora nuestro interés en las reivindicaciones de **efectividad de los mismos desde un punto de vista sustantivo**.

Aludiendo a cuestiones ya tratadas en epígrafes precedentes, cabría citar el derecho de los pacientes a **recibir una adecuada información** del proceso médico y plan terapéutico fijado, en términos claros y comprensibles, puesto que se plantean algunas quejas, no muy numerosas afortunadamente, relacionadas con carencias de este tipo, en las que debemos poner el foco en la necesidad de proporcionar una atención sanitaria de calidad, dentro de la cual se comprende el deber de dedicar al paciente una atención personalizada que permita establecer y consolidar la relación de confianza deseable entre médico-paciente-familia.

Por cuestiones de eficacia, no reproduciremos aquí los derechos de las personas usuarias a **obtener una asistencia médica en plazo razonable**, ya en el fijado en los Decretos de garantía, ya en uno acorde con una respuesta sanitaria a tiempo, que analizamos en el apartado dedicado a los tiempos de respuesta asistencial y que se encuadran en el contexto al derecho a una buena Administración.

Nos detenemos en cambio en las quejas relativas al derecho de acceso a la **historia clínica**, por ser representativas en cuanto a su volumen anualmente. En la sustanciación de las mismas se nos han venido planteando cuestiones de diferente índole: acceso incompleto a la historia clínica o denegación de acceso (quejas 20/2782, 20/2314, 20/7896, 20/0952, 20/6918); posible ejercicio del derecho de petición de la historia de forma telemática (queja 20/5630); o rectificación de datos de la misma (queja 20/3331).

Destacamos el informe administrativo de la queja 20/5630, relativa al ejercicio del derecho de acceso a la historia clínica de forma telemática, en la que nos informaban que cuando se dispone de certificado digital o DNI electrónico, para efectuar la presentación electrónica de la solicitud del derecho de acceso a la historia de salud -al igual que en otras solicitudes dirigidas a la Administración de la Junta de Andalucía-, se podía realizar a través del portal de la Junta de Andalucía, en la presentación electrónica general del apartado de "Servicios y Trámites", aun cuando a posteriori, matizaban y explicaban la conveniencia de hacerlo personalmente en los centros clínicos afectados, lo que ciertamente ha supuesto una dificultad en este periodo de barreras en la atención presencial a causa de la pandemia.

En otros casos, las dificultades padecidas para el acceso a la historia clínica se han justificado en errores administrativos, como el de la Administración en la tramitación de la **queja 20/2314**, que pudo por esta vía subsanarse para que finalmente el reclamante accediera a su historia completa, puesto que denunciaba la ausencia de datos relativos a una asistencia recibida entre los años 2003-2004.

Finalmente, tras nuestra intervención y advertidos los errores de filiación, se pudo culminar el acceso a la petición de historia clínica realizada desde el 12 de diciembre de 2019.

Otro bloque de quejas usuales son las relativas a la demora o contestaciones estandarizadas en **respuesta a las reclamaciones y sugerencias interpuestas por las personas usuarias**, circunscribiéndose por lo general nuestra intervención en este aspecto a romper el silencio administrativo e instar la respuesta de la Administración sanitaria.

La tramitación de estas quejas va dirigida a impulsar la resolución expresa y sin más dilaciones de la reclamación, instando su atención en el plazo previsto y dando respuesta coherente al planteamiento de las partes, aunque sin entrar en el fondo de la cuestión planteada. No obstante, hay determinadas situaciones en que tras la respuesta se han emprendido actuaciones de investigación con relación al fondo



del asunto, si la cuestión central lo ha requerido, fundamentalmente tras la persistencia del problema en torno al efectivo derecho a una asistencia sanitaria en los términos que consagra nuestro ordenamiento jurídico.

Igualmente, hay ocasiones, en que sin menoscabar el derecho que tiene la persona usuaria a obtener la debida respuesta de la Administración, aprovechamos el contacto para informar sobre aspectos de la misma, como por ejemplo, nos sucedía en la tramitación de la queja 20/6646, en la que la promotora nos refería una reclamación interpuesta por la negativa a vacunar a sus dos hijos nacidos los años 2004 y 2007 frente al meningococo ACWY y le informábamos de las variaciones en el calendario de vacunas y de las franjas de edades y años en que las mismas se iban a realizar, pareciéndonos que la información ofrecida por la Administración sanitaria, posiblemente había sido insuficiente, lo que motivó la interposición de la reclamación, lo que nos conecta nuevamente con el derecho a la información.

Es importante no perder de vista que las reclamaciones son el reflejo de una insatisfacción con la atención sanitaria, de tal modo que las dificultades en la segunda incrementan las primeras.

Así ocurrió en el expediente cuyo interesado refería haber presentado diversas reclamaciones ante el sistema sanitario público, que no habían sido respondidas y cuyo trasfondo era obtener solución a su problema de salud ([queja 20/7742](#)).

También la **libre elección de médico**, en algunas ocasiones, sirve para canalizar la insatisfacción de la persona con el tratamiento o con la atención dada al proceso asistencial en un centro sanitario o por un facultativo concreto, con la intención de poder encontrar un profesional que mejore el enfoque en el problema del paciente, o, sencillamente, con el que consiga una mayor sintonía.

#### 1.11.2.8. Centros sanitarios

En relación con los centros sanitarios, únicamente merece destacarse la queja tramitada sobre aspectos organizativos de los mismos ([queja 19/2042](#)), cuya promotora denunciaba ante esta Institución la situación sufrida durante el ingreso de su hijo en el Hospital de Jerez, relatándonos el acceso descontrolado de familiares y conocidos en número indefinido y horario no controlado y refería el problema que percibía en cuanto al uso de los televisores fuera de horarios razonables, lo que impedía el descanso físico y psíquico de los pacientes ingresados, describiendo como intolerable el ambiente en el que permanecían ingresados los pacientes y acompañantes.

Con ello, centrábamos nuestra atención en el derecho al descanso digno de los pacientes durante el ingreso hospitalario y la necesidad de asegurar el respeto a normas de seguridad y convivencia que son necesarias para el descanso de los pacientes ingresados e igualmente necesarias respecto al trato de los profesionales sanitarios, para propiciar una correcta relación entre ambos.

En el informe administrativo requerido, desde el centro hospitalario se nos informaba de la existencia de un plan de visitas perfectamente estructurado, advirtiendo esta Defensoría algunas lagunas en sus disposiciones, concretamente en aspectos aludidos por la interesada, como son los horarios de utilización de los televisores, puesto que nos había relatado que permanecían encendidos desde primera hora de la mañana hasta altas horas de la madrugada, lo que por razones obvias, impide la conciliación del sueño, que es uno de los aspectos a cuidar en el proceso de recuperación de las personas convalecientes y con ello, advertíamos de la necesidad de fijar, entre las normas de funcionamiento del centro hospitalario, medidas que permitiesen las horas de sueño sin interrupciones.

Así, conocíamos la Guía de usuarios del Hospital de Motril de Granada donde se regulan estos aspectos y proyectos recientes para mejorar las condiciones durante la estancia hospitalaria de los pacientes, como el anunciado por la Dirección Gerencia de los hospitales Puerta del Mar de Cádiz y San Carlos de San Fernando, en el año 2018.

Igualmente, en cuanto al aseguramiento de las restantes normas de convivencia, aludíamos a la necesidad de compromiso por el conjunto de personas usuarias del sistema sanitario público y de la



posibilidad de prever medidas de aseguramiento de las mismas como se realiza, por ejemplo, en el plan de acompañamiento y visita para el Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Con todo lo analizado, formulábamos Resolución en la que emitíamos Recomendación al centro hospitalario para una revisión de la guía de usuario del centro hospitalario, estableciendo horarios en el uso de los televisores y con ello permitir el descanso de los pacientes, y revisar las medidas y los agentes implicados en el seguimiento de las mismas, cuya aceptación nos ha sido informada.

Respecto de las infraestructuras de centros hospitalarios, en el curso de diversos expedientes referidos a demoras en intervenciones quirúrgicas, el Hospital Universitario Virgen del Rocío informó de la rehabilitación por obras del Área Quirúrgica de la Quinta Planta del Hospital de Traumatología y la consiguiente reordenación de la actividad habitual de cirugías. Por nuestra parte, a la fecha de emisión del presente informe, aun cuando en la queja 19/0766, el informe administrativo de fecha 31 de agosto de 2020 indicaba que tras la reforma se esperaba aumentar un 20 % la oferta de quirófanos para la realización de cirugía mayor compleja, no hemos apreciado impacto positivo en el estado de las quejas que mantenemos abiertas sobre cirugías pendientes.

Así, constatamos que a pesar de haber dirigido diferentes recomendaciones instando la práctica de intervenciones quirúrgicas demoradas (queja 19/1261, queja 19/0766), las mismas no han sido llevadas a cabo.

Como corolario, citamos la expectación sobre la puesta en funcionamiento y reapertura de las instalaciones del que fuera antiguo Hospital Militar, aprobada por el Consejo de Gobierno, tras la declaración de emergencia, para la contratación de la redacción del proyecto, la dirección facultativa de las obras y la ejecución de las mismas, que arrancaron el mes de agosto, en el contexto de situación sanitaria provocada por el virus SARS-CoV-2 y las repercusiones que de su puesta en marcha se puedan derivar. Su inauguración, está prevista para febrero de 2021, inicialmente y mientras persista la crisis sanitaria, como hospital de emergencia frente a la COVID-19.

#### 1.11.2.9. Prestación farmacéutica

En el año 2020 hemos apreciado un descenso de las quejas alusivas a la prestación farmacéutica, que en lo que atañe a la dificultad en el acceso a fármacos por problemas de suministro, se han reducido a la mitad; descendido ligeramente las que se producen en torno a los supuestos de exención en la aportación o copago en la financiación de dicha prestación; y presentado de forma puntual las que giran en torno a la financiación de fármacos, normalmente en supuestos de tratamiento de enfermedades raras.

Dentro del primer grupo únicamente se ha planteado el desabastecimiento puntual y posteriormente resuelto de un fármaco muy específico de dispensación por la farmacia hospitalaria de un centro concreto, Lacrisert (queja 20/3179), por inexistencia de unidades.

El grueso de las quejas ha surgido acerca del tipo de aportación farmacéutica, los criterios tenidos en cuenta para el acceso a esta prestación y los supuestos de exención. Casos que tratamos ejerciendo una labor de aclaración e información a las personas reclamantes, que, en el supuesto de discrepancia, incluye el asesoramiento sobre la forma en que pueden regularizar su situación a través de las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de Seguridad Social, como órganos competentes.

En este sentido, cabe destacar las novedades introducidas por la Ley 11/2020, de 31 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021, que modifica el texto refundido de la Ley de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, introduciendo modificaciones que afectan a la prestación sanitaria pública, en concreto, ampliando la exención farmacéutica a nuevos colectivos que, en lo que proceda, analizaremos en la próxima anualidad.

Finalmente, en cuanto a la autorización y financiación pública de medicamentos que, como decimos, suele producirse de forma aislada y concretada a enfermedades menos comunes, podemos referir tres supuestos.



El trasladado por los padres del niño afectado por una enfermedad ultra rara (queja 20/2977), Síndrome de Allan Herndon Dudley, cuyo control precisa de una medicación extranjera (Teatrois), que desde el primer año de vida le había sido dispensada de forma gratuita, comunicándole que debía empezar a sufragar su coste.

Interesados ante el Hospital Virgen del Rocío, nos indicaban que el medicamento en cuestión había sido retirado del mercado y en su lugar había pasado a comercializarse una nueva forma farmacéutica, cuyas condiciones de financiación y dispensación eran diferentes, conforme a lo prescrito por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y de las gestiones que se habían llevado a cabo por la Unidad de Farmacia Pediátrica.

Pues bien, sostenían que desde la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios referían la necesidad de cursar una nueva solicitud para valorar la posibilidad de un cambio en las condiciones de dispensación o, alternativamente, que el medicamento dispusiese de precio reducido, justificado por la elevada carga económica que tendrían que asumir las familias con la nueva especialidad. Iniciados los trámites por el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla, puesto que el paciente no se encontraba hospitalizado, se concluyó con la continuidad del régimen de dispensación gratuito.

En similares términos cabe citar la preocupación de un hombre afectado por una enfermedad rara hereditaria, Síndrome de Andrade, tratado con un medicamento prescrito por los especialistas, que había sido sustituido por otro diferente (queja 20/1180). En cualquier caso, finalmente le fue nuevamente autorizado.

Finalmente, hemos conocido a finales de 2020 la decisión de finalización del modelo de subasta como procedimiento de selección de los medicamentos financiados por el sistema sanitario público andaluz. En lo sucesivo, por tanto, regirá el modelo vigente en el resto del Sistema Nacional de Salud, conforme a la legislación estatal.

### 1.11.2.10. Salud mental

La atención a las personas que padecen problemas de salud mental y, más específicamente, la suficiencia, calidad y adecuación de los recursos disponibles para su tratamiento y, al propio tiempo, el apoyo a sus allegados en los casos más complejos, es un asunto que preocupa francamente a esta Institución y por ello es obligada nuestra rendición de cuentas en el Informe Anual, como compromiso ineludible que permita hacer visible las consideraciones expuestas por las personas afectadas.

En el año 2020 hemos registrado un leve incremento de las quejas que versan sobre este particular, fundamentalmente derivado de peticiones muy abiertas en las que, como denominador común, las familias de personas con patología de salud mental, solicitan información y ayuda en relación con la situación de un hermano (queja 20/3174, queja 20/3473 y queja 20/8322), la de una madre (queja 20/3243), o la de un hijo o descendiente (queja 20/7077 o queja 20/8291), inquiriendo de la Administración pública una respuesta en forma de recurso adecuado para la estabilización o mejoría del afectado y en ocasiones, al propio tiempo, para poner término a situaciones de violencia y agresividad en el seno de la convivencia familiar, que alcanzan incluso a los menores que forman parte de dicha unidad.

La dificultad, sin embargo, viene siendo la misma desde hace años, a saber: la infradotación de recursos para la atención de las personas con trastornos de salud mental y la indefinición de la respuesta que haya de darse a las mismas, en la medida en que desde que entrase en vigor la Ley 39/2006 de la Dependencia, son difusos los límites entre recursos sanitarios y sociales y en la forma de acceso a los mismos, tampoco apreciamos una intervención conjunta, coordinada y complementaria de ambos y el tratamiento sanitario parece haber sido sustituido por el ingreso en un recurso residencial del Sistema de la Dependencia, sin que en este último tengan cabida, por su parte, las personas que padecen patología dual.

Lo cierto es que la sensación de desconcierto e impotencia en la búsqueda de ayuda y recursos para la atención de los problemas de salud mental es trasladada en muchas de las quejas que tramitamos, y a efectos ilustrativos, citaremos la comunicación que nos remitían unos abuelos sobre la situación de su nieto (queja 20/6436), refiriéndonos literalmente:



“Somos ... y ... de 78 y 73 años de edad respectivamente, mayores, enfermos y cansados. Somos abuelos de ... un chico de 28 años enfermo mental desde los 16. Llevamos doce años luchando para poder curar a nuestro nieto. Ha pasado por un centro de menores, por un centro penitenciario y numerosos ingresos en salud mental. Actualmente malvive en un coche, en una calle de nuestro pueblo, ... Tiene causas pendientes en los juzgados 2,3,5 y 7 que sepamos. Su enfermedad lo hace cada día más violento, hasta el punto que tememos por nuestras vidas. Tiene orden de alejamiento de sus padres y hermano y de nuestra casa, orden que se salta en numerosas ocasiones, le detienen y a las dos horas le ponen en libertad. Sabemos que nos van a decir que es un tema médico, pero desde el Servicio Andaluz de Salud nos dicen que ellos no pueden hacer nada, como mucho y después de rogarles mucho escribir un informe a los juzgados, informes que hasta ahora no han servido para nada. Algo está fallando en la sociedad si un enfermo mental peligroso está tirado en la calle y sus abuelos encerrados con llave en su casa muertos de miedo. ¿De quién es la responsabilidad?, no lo sabemos, pero vamos a lamentamos todos el día que termine asesinando a alguien que se cruce en su camino por el simple hecho de mirarlo, como la paliza que propinó hace unos días a un señor mayor de nuestro pueblo.

Simplemente rogamos que le internen en un centro psiquiátrico el tiempo necesario para que tome conciencia de enfermedad o su cuerpo se acostumbre a la medicación, simplemente queremos morirnos sabiendo que tiene un techo y comida aunque no goce de libertad. De todas formas la libertad la perdió cuando la enfermedad entró en su mente...”.

Las personas que nos trasladan su enorme preocupación por el familiar cuya salud mental se resiente, piden el ingreso involuntario en los momentos de agudización violenta de la enfermedad, un ingreso residencial en un centro de salud mental que posibilite su estabilización o, sencillamente, una mejora de la atención psiquiátrica ambulatoria, por entenderla insuficiente.

En particular, la petición de internamiento involuntario fue más recurrente durante el primer estado de alarma, debido a la preocupación de las familias por el peligro de la descompensación de personas que se ponían a sí mismas en riesgo al no respetar el confinamiento. En esta tesitura particular, hemos de decir que la Administración sanitaria nos trasladó las medidas preventivas adoptadas durante la crisis sanitaria, como la actuación coordinada entre las Unidades de Gestión Clínica y las Unidades Municipales de Emergencias Sociales para la localización y abordaje conjunto de pacientes que lo precisaran ([queja 20/2407](#)); y, de forma general, la elaboración de su específico Pan de Contingencia por todas las unidades directivas de los centros sanitarios públicos que, en el caso de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental, se dirigió a garantizar la asistencia sanitaria priorizada a las personas con Trastorno Mental Grave, manteniendo los mecanismos de abordaje presencial e intersectorial, con atención preferencial y proactiva por su equipo referente, de las personas incluidas en el Proceso asistencial integrado trastorno mental grave.

Por su parte, el ingreso en un recurso residencial ha quedado hoy reconducido a dispositivos específicos, como los de media-larga estancia de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental, Faisem, complementados con los específicos de tratamiento clínico de salud mental. Esta necesidad fue planteada por un padre que refería los múltiples ingresos de su hija en la Unidad de Gestión Clínica del Área Sur de Granada y la necesidad de poder ser atendida en un algún centro de media-larga estancia, con personas en su misma situación, refiriéndonos su situación laboral y la necesidad de su esposa de abandonar el trabajo para poder atenderla ([queja 20/6229](#)).

Iniciadas actuaciones nos dirigimos a la Administración, que nos informó que la interesada había obtenido plaza en el dispositivo residencial de Faisem en Motril (Granada), dispensándole atención sanitaria el Hospital de Día de Salud Mental.

Sobre esta situación de asignación y suficiencia de plazas, vinculadas en su mayoría con la asignación de un recurso previa valoración de la dependencia, hemos tenido durante la presente anualidad ocasión de profundizar en la [queja 17/4113](#), que iniciábamos a instancia de parte, para analizar la reducción progresiva de plazas del programa de atención domiciliaria de Faisem, que, conforme exponía la promotora de la queja, no se justifica por el desarrollo de la Ley de la Dependencia, en detrimento de la atención de las personas afectadas por problemas de salud mental destinatarias de este servicio.



Pues bien, en el curso de las investigaciones solicitamos la colaboración formal para la emisión de un informe administrativo sobre estos extremos a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y a Faisem.

En el informe administrativo recibido de la segunda, se explicaba que la atención en el domicilio de las personas con Trastorno Mental Grave en Andalucía, ha sido desde los primeros años de creación de Faisem una modalidad que daba respuesta a las necesidades de estas personas con buenos niveles de autonomía personal, permitiendo que se beneficiaran de supervisión y apoyo de determinadas necesidades, sin tener que ocupar una plaza en centro residencial. Aclaraba el informe que tras la promulgación de la Ley de la Dependencia -que incorpora dicha modalidad de atención para personas dependientes en general y para aquellas cuya dependencia es consecuencia de padecer un Trastorno Mental Grave la referida prestación de atención en domicilio se canaliza a través de los Servicios Sociales Comunitarios, con la correlativa y progresiva disminución de esta modalidad de oferta asistencial que, de este modo, sobrevivía únicamente para quienes ya venían siendo beneficiarios de la misma.

Por su parte, la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía informaba de la imposibilidad de concretar el número de personas con trastorno mental que tiene reconocido en la actualidad el servicio de ayuda a domicilio, su grado de dependencia y el nivel de intensidad asignado, puesto que el sistema de información del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia no permite desglosar de entre las personas beneficiarias del servicio de ayuda a domicilio, las que lo son por situación de dependencia reconocida en virtud de su trastorno mental.

Partíamos para el análisis del asunto del amparo normativo del derecho de la atención domiciliaria en favor del colectivo de personas con enfermedad mental, que encuentra acomodo en el artículo 20, único del Capítulo III de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, bajo el título "De la salud mental", la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que se refiere en sus artículos 12.2.h y 13.2.g a la atención a la salud mental y, en el ámbito de la comunidad autónoma, la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación de los servicios de Salud Mental.

Igualmente, nos hacíamos eco del proceso asistencial integrado para personas con enfermedad mental del año 2006, publicado en la página web de la Consejería de Salud y Familias, que incluye entre las medidas asistenciales la atención domiciliaria.

Por su parte, la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, supuso un momento importante en la atención a personas en situación de dependencia, elevándola a la categoría de derecho y contemplando dentro de los recursos de su Catálogo el servicio de ayuda a domicilio.

Pues bien, en esta equiparación de ambas modalidades de atención -la sanitaria, como derecho consagrado y la de carácter social, también como derecho subjetivo-, la duda planteada es la de que la segunda hubiera acarreado una merma en la primera, sustituyendo de facto a la misma. Advertencia que hacía el promotor de la queja, al referir que la Ley de la Dependencia había justificado la reducción de plazas del programa de ayuda a domicilio de Faisem.

Este extremo es constatado por el informe administrativo, del que igualmente resulta la imposibilidad de conocer cuantitativamente las personas con trastorno mental que cuentan con el recurso de ayuda a domicilio como personas en situación de dependencia, sin que sea susceptible de cuantificación el derecho a la atención a domicilio que se consagra en la normativa sectorial sanitaria.

Por otra parte, advertíamos dificultades para priorizar el acceso al recurso para personas con trastorno mental grave, entre otras razones por encontrarse vinculada la atención a la dependencia mayoritariamente a la organización de los servicios sociales y no al área de Salud, debiendo sumar, a su vez, la demora que preside la resolución de los procedimientos de reconocimiento de la situación de dependencia y derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como el Programa Individual de Atención, que excede con creces del tiempo legalmente establecido, como se ha expuesto en el apartado correspondiente de este mismo Informe.



Por todo ello, y basándonos en la evidencia de la necesidad de atender al colectivo y la oportunidad del tratamiento a través de los programas de ayuda a domicilio, decidíamos formular dos recomendaciones:

El mantenimiento la oferta asistencial del programa de atención domiciliaria de Faisem, valorando la oportunidad de su incremento en coordinación con las UGC que deberán informar y valorar la continuidad asistencial que se viene prestando por el programa del servicio de ayuda a domicilio que gestiona la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía para el colectivo de personas con enfermedad mental, en tanto no se ultimen los protocolos previstos en el III Plan Integral de Salud Mental, por el riesgo de exclusión de la atención en el sistema de dependencia.

Y la articulación y coordinación de las medidas necesarias entre los sistemas de información de las Administraciones implicadas, para un conocimiento transparente del número de personas con problemas de salud mental que acceden al SAAD de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia, con un identificativo en los sistemas de información, a fin de valorar el porcentaje de personas que teniendo aconsejada la misma como medida terapéutica acceden al mismo.

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

#### 1.11.3.1. Quejas de oficio

- Queja 20/0227, referente al fallecimiento de un vecino de Olula del Río en el centro de salud sin atención sanitaria, dirigida a la Delegación Territorial de Salud y Familias en Almería;

- Queja 20/2001, referente a las medidas frente a la crisis sanitaria en las residencias de personas mayores en la comunidad autónoma de Andalucía, dirigida a la Consejería de Salud y Familias y la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación;

- Queja 20/3559, referente a la reorganización de la atención pediátrica en el Distrito de Sevilla, justificada en la canalización de los circuitos de atención sanitaria en el nivel primario para la mejor atención de los pacientes de COVID-19 y la vuelta a la actividad presencial en los centros sanitarios de atención primaria con las máximas garantías de seguridad tanto para profesionales como para usuarios, dirigida a la Consejería de Salud y Familias.

- Queja 20/6019, referente a la reorganización de los servicios de urgencia de atención primaria en la provincia de Huelva por la crisis sanitaria, y la previsión temporal para la reanudación de su actividad, dirigida al Servicio Andaluz de Salud.

- Queja 20/6020, referente a las deficiencias resultantes de los criterios y protocolos adoptados para la dispensación de la atención primaria en el actual escenario de crisis sanitaria, dirigida al Servicio Andaluz de Salud.

- Queja 20/7758, sobre las medidas previstas para la reanudación de la atención especializada en la nueva normalidad en el que han de convivir pacientes COVID y pacientes No COVID en un contexto de alta presión asistencial, dirigida al Servicio Andaluz de Salud.

#### 1.11.3.2. Colaboración de las Administraciones

En el ejercicio 2020, no obstante la circunstancia extraordinaria que la crisis sanitaria ha comportado para la Administración sanitaria y sus servicios, se ha mantenido la colaboración de los responsables públicos y de la dirección de sus centros sanitarios. En la medida de lo posible, también esta Institución ha racionalizado las demandas, para evitar sobrecargas no justificadas.

#### 1.11.3.3. Resoluciones no aceptadas

- Queja 19/4730, referida al incumplimiento del plazo de garantía en cita de primera consulta de neurología, dirigida al Complejo Hospitalario de Jaén.



## Este tema en otras materias

### Balance del Defensor

## 2. Principales indicadores

### 2.1. Políticas sociales

...

En materia de **Salud**, dentro de los fenómenos extraordinarios que han caracterizado en 2020 el funcionamiento del servicio sanitario, nos preocupa el deterioro que ha experimentado el nivel de la **atención primaria** en la percepción de la ciudadanía. Si en ejercicios anteriores destacábamos de la cercanía y accesibilidad en este nivel de asistencia como razón de las escasas objeciones de la ciudadanía, en 2020 tenemos que hablar de un cambio radical en la tendencia. La nueva forma de gestión de citas médicas, las demoras en el acceso a la fijación de consulta con el facultativo, el hecho de que la regla general sea la consulta telefónica o el retraso en procedimientos diagnósticos propios de este nivel, han supuesto una quiebra en la facilidad del recurso a este servicio y ha generado malestar por una nueva forma de dispensación que cambia las reglas e impone barreras hasta ahora desconocidas.

Asimismo, destacamos en este informe anual la incertidumbre que nos genera la suspensión de los plazos administrativos y sus efectos en el ejercicio de los derechos reconocidos en los Decretos de garantía en la **atención especializada**. Y, sobre todo, la preocupación de esta Institución en la efectiva asistencia sanitaria y la disposición de medios puestos al servicio de dicho fin, para que pueda tener lugar en condiciones razonables, sin sobrecargar hasta la extenuación a los profesionales sanitarios y con el debido equilibrio de la garantía de derechos consagrados.

También nos ocupa la agravación de los casos de **salud mental**. La dificultad, viene siendo la misma desde hace años: la infradotación de recursos y la indefinición de la respuesta que haya de darse a las mismas, en la medida en que desde que entrase en vigor de la Ley 39/2006 de la Dependencia, son difusos los límites entre recursos sanitarios y sociales y en la forma de acceso a los mismos, tampoco apreciamos una intervención conjunta, coordinada y complementaria de ambos. La sensación de desconcierto e impotencia en la búsqueda de ayuda y recursos para la atención de los problemas de salud mental es trasladada en muchas de las quejas que tramitamos.

...

## 3. Retos ante la COVID-19

### 3.1. No sé a dónde ir. Hacia un reforzamiento de lo público

...

Estéril parece ya la dicotomía entre la elección de salud o economía. Una crisis económica generará problemas en la salud, del mismo modo que muchas de las actuales dificultades para hacer frente a esta crisis sanitaria se deben a la crisis económica pasada. Las crisis nos afectan a todos, en todos los ámbitos. **Y en esta crisis sanitaria, la sanidad pública, sus profesionales, han sido el primer caballo de batalla frente al virus.**

Por estas razones el primer punto fuerte, o si se prefiere, la primera enseñanza o lección de los 13 retos recogidos en el **informe especial Derechos de la ciudadanía durante la COVID-19. Primera ola de la pandemia**, publicado el pasado mes de octubre, es sin duda la necesidad de **fortalecer el Sistema Público de Salud** (reto 1).

Entre otras propuestas, recomendamos un mayor acercamiento de la Administración sanitaria andaluza a la población: es posible un **uso más racional de los recursos sanitarios**, poniendo el acento en el importante papel que en la consecución de este objetivo desempeña corresponsabilizar a la ciudadanía, con una



información clara, coherente, veraz y sencilla. También una **uniformidad de criterios y de actuación** en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Desde el punto de vista de la ordenación funcional del sistema sanitario público de Andalucía, denotamos posibilidad de mejoras en sus dos niveles, el de la **atención primaria y el de la especializada**, así como en la respuesta a las **urgencias en el ámbito rural**. Asimismo recomendamos que se aborde definitivamente la reformulación y contextualización de la **salud mental** en el marco del desarrollo e implantación de la atención socio sanitaria en Andalucía.

### 3.4. Todo está cerrado. Hacia una administración humanizada e inclusiva en su digitalización

...

Por último, un reto global. **Impulsar nuevas formas de resolución de conflictos, como la mediación** (reto 13). Sin abundar, ya que profundizaremos en el siguiente capítulo de este Informe Anual. Parece evidente que la sociedad actual exige unas Administraciones Públicas que adopten e incorporen **nuevas fórmulas de solución de los conflictos naturales** con la ciudadanía; mecanismos como la mediación, la facilitación, la intermediación, la gestión de conflictos, etc.

Las experiencias extraídas de la mediación intrajudicial y extrajudicial, en todos los órdenes del Derecho demuestran que existe una oportunidad para **otorgar a estos mecanismos un lugar relevante para la gestión de los problemas sociales**.

**El reto está en reforzar las instituciones, incorporando estos enfoques en la acción política y formando a personas con competencias adecuadas para gestionar conflictos de manera eficaz.**

En definitiva, el contenido de este Balance clarifica nuestro trabajo y compromiso de presente y futuro, haciendo frente a los nuevos retos que nos demanda la ciudadanía para los próximos años. Y refleja, además, la apuesta de esta Defensoría por lograr la superación de la pandemia que nos invade, la toma de conciencia de las enseñanzas que se han puesto al descubierto tan dolorosamente y la ansiada paz, igualdad real y convivencia de la ciudadanía andaluza en igualdad y disfrute de los derechos.

## 1.3. Dependencia y Servicios sociales

### 1.3.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.3.2.5. Discapacidad

##### 1.3.2.5.2. La discapacidad en otras materias

##### 1.3.2.5.2.2. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social

...

Otra actuación destacable en este apartado es la **queja 19/3719**, sobre **adaptaciones de tiempo y medios** para personas con un grado de discapacidad inferior al 33 % en el desarrollo **de los procesos selectivos** del Servicio Andaluz de Salud.

La Administración sanitaria, en su informe, manifiesta que: "esta Administración entiende y pretende garantizar a todos los candidatos que tengan acceso a las misma información previa al desarrollo de las pruebas, aunque las principales instrucciones sobre el contenido, forma de realización del examen e instrucciones sobre la utilización de las hojas de respuestas también son facilitadas por escrito, facilitando en la medida de lo posible y, siempre que no entre en contradicción con las garantías necesarias de seguridad del proceso, que cualquier discapacidad, con adaptaciones concedidas o incluso sin tales, no sea impedimento para la realización de las pruebas garantizando la igualdad en la información facilitada".



A la vista del contenido de dicho informe, y tras recordar a esta Administración los principios constitucionales y normas legales que resultan de aplicación en esta materia, le indicamos que las normas reguladoras de los procedimientos selectivos convocados por el SAS, solo prevén la adopción de las medidas necesarias para garantizar la igualdad de oportunidades en el desarrollo de las pruebas selectivas a las personas aspirantes que tengan reconocido el grado legal de discapacidad; es decir, igual o superior al 33 %. Y que esta delimitación legal, aunque necesaria para determinados aspectos, no debe tener un carácter absoluto y excluyente, toda vez que ello no quiere decir que la discapacidad como factor de desigualdad sea exclusiva de ese grado legal, pudiendo producirse también en otras circunstancias que no alcancen ese porcentaje.

En consecuencia, y sin perjuicio de la muy positiva valoración que nos merecen las medidas que se vienen adoptando por el Servicio Andaluz de Salud para facilitar el acceso al empleo público de las personas con discapacidad en condiciones de igualdad, consideramos oportuno sugerir a dicha Administración que se incluyeran en las bases de sus convocatorias las medidas de adecuación de tiempos y medios que fueran necesarias para que estas personas, cualquiera que fuera el grado de discapacidad que tuvieran reconocido, previa acreditación de sus dificultades específicas para el desarrollo de las pruebas selectivas en las que fueran a participar, a fin de garantizar que pudieran participar en las mismas en condiciones de igualdad con el resto de participantes.

La Resolución formulada se encuentra pendiente de contestación por parte del SAS.

...

## 1.4. Educación

### 1.4.3. Análisis de las quejas admitidas a trámite. Enseñanzas Universitarias

...

Ciertamente peculiares fueron los casos planteados en las quejas 20/5735 y la queja 20/4816, ambos relacionados con las **titulaciones consideradas preferentes** para acceder a cursar un Grado o un Máster del ámbito de las Ciencias de la Salud.

En la queja 20/5735, la promotora se mostraba absolutamente sorprendida al conocer que la titulación que aportaba -Técnico Superior de Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear- no era considerada preferente para el acceso al Grado en Ingeniería de la Salud en la Universidad de Málaga, mientras se calificaban como titulaciones preferentes para dicho Grado las siguientes: *amueblamiento, arte floral, arte textil, artes del vidrio, bisutería artística, bordados y reposteros, cerámica artística, ebanistería artística, elementos de jardín, estilismo de indumentaria, joyería artística, patronaje, vestuario a medida y de espectáculos*, entre otros.

Se preguntaba la interesada *“¿Alguien me puede decir que relación tienen estos grados con esta ingeniería? ¿la persona que ha cursado estos grados que en su mayoría provienen de bachillerato de arte, están realmente preparados para acceder a esta ingeniería?”*. Ciertamente nos ha parecido una pregunta lógica y oportuna y por eso se la hemos trasladado a la Comisión de Distrito Único, sin que, a la fecha de elaboración de este informe, hayamos obtenido respuesta.

En la queja 20/4816 su promotora pretendía acceder al MAES (procesos sanitarios) de la Universidad de Granada, pero no podía hacerlo al no reconocerse prioridad alta a la titulación aportada de Grado en Terapia Ocupacional. Traslada la queja a la Comisión de Distrito Único, reconoció la misma el error cometido y procedió a corregir el mismo. No obstante, la interesada volvió a solicitar nuestra ayuda ya que se había producido un nuevo error en relación a la calificación consignada a dicha titulación. Finalmente este problema ha podido también ser solventado y la promotora de la queja ha accedido a los estudios deseados.

...



## 1.5. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social

### 1.5.1. Introducción

...

En este contexto, marcado por las consecuencias ocasionadas por la pandemia en todos los ámbitos -administrativo, económico y social-, las quejas tramitadas desde el Área Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social en el año 2020 han reflejado los efectos de dicha situación, sobre todo en las materias de protección de la salud de las personas trabajadoras y sus familiares, procedimientos especiales de acceso al empleo público, afectación de los derechos de las personas empleadas públicas, empeoramiento de la atención ciudadana, incidencias en la gestión de los expedientes de regulación de empleo y retrasos continuados en la tramitación y pago de prestaciones laborales y sociales de Seguridad Social.

...

### 1.5.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.5.2.1. La prevención de riesgos y protección de la salud de las personas trabajadoras

Durante 2020 se ha producido un considerable aumento de las quejas relacionadas con la prevención de riesgos laborales y la adopción de medidas de protección de la salud de las personas trabajadoras en un contexto de especial gravedad, como es la pandemia de la Covid-19 (queja 20/1910, queja 20/1775, queja 20/1777, queja 20/1805, queja 20/2905...).

El denominador común de las cuestiones planteadas es el riesgo para la salud de estas personas y sus familias al no haberse adoptado, por parte de las entidades públicas y empresas en la que prestan sus servicios, las medidas organizativas o preventivas para asegurar la protección de la salud de las mismas durante dicha situación.

Entre estas, coincidiendo con el inicio del estado de alarma, se recibieron varias quejas de trabajadores de empresas de sectores esenciales en el ámbito privado (teleinformación, infraestructuras, servicios sanitarios privados, transporte...), denunciando fundamentalmente la falta de adopción de medidas de protección para prevenir el riesgo de contagio por parte de las correspondientes empresas.

Sin perjuicio de no poder intervenir de una manera directa en estos casos, al tratarse de empresas de naturaleza jurídico-privada, informamos a las personas interesadas de las normas que resultaban de aplicación (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y art. 5 del Real Decreto-Ley 8/2020, de 17 de marzo). Asimismo, le orientamos para que se dirigieran a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, como órgano competente para la vigilancia y control de la normativa sobre prevención de riesgos laborales, para que se denunciara ante la misma las circunstancias que nos exponían a fin de que se pudieran adoptar, en su caso, las medidas procedentes.

En el ámbito público las quejas recibidas, denunciaban la **falta de medidas eficaces de protección en materia de seguridad y salud en el trabajo del personal de este sector y el deber de las Administraciones públicas de garantizar su protección** de conformidad con la dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).

Entre estas quejas, dada su singular repercusión, cabe reseñar las relacionadas con la situación del personal de los centros sanitarios, que denunciaban la grave situación que afectaba a estos profesionales durante la pandemia por la falta de medios de protección para el desarrollo de sus delicadas funciones en el periodo inicial de la misma (**queja 20/1909, queja 20/2112, queja 20/2678**).

Dentro de estas, destacamos las presentadas por distintos Colegios Profesionales de Enfermería, así como por personal responsable de este colectivo en un centro hospitalario público, en las que, entre otras cuestiones, se ponía de manifiesto que "es público y notorio que los enfermeros están trabajando en los centros públicos sanitarios de Andalucía con batas permeables, con chubasqueros, bolsas de basura,



sus propias gafas, gafas de buceo, agudizando su ingenio para protegerse frente a la COVID-19, ante la pasividad de la Administración”.

Consideran que la falta de respuesta de la Administración -tanto autonómica, como estatal- ante la situación descrita, es la causa de que Andalucía fuera la Comunidad Autónoma con más profesionales sanitarios afectados por el virus.

Ante la gravedad de las denuncias recibidas, nos dirigimos de forma urgente a las autoridades sanitarias para que nos informaran sobre la realidad de esta situación y demandando se actuara de forma inmediata, para proporcionar las medidas y equipos de protección que están obligados a facilitar a los profesionales sanitarios para el cumplimiento de sus funciones sin riesgos para su salud.

La Viceconsejería de Salud y Familia nos remitió un primer informe en el que nos comunicaba que, en materia de prevención de riesgos laborales frente a la enfermedad, en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) es de aplicación el “*Procedimiento 38. Guía para la prevención y protección frente a agentes biológicos de los profesionales de los Centros Asistenciales del SAS*”, que se aprobó en la Mesa Sectorial de Sanidad el 16 de diciembre de 2016. Asimismo, concretaba las medidas de protección y prevención que se vienen aplicando a todos los profesionales sanitarios, con carácter general, y las específicas según el tipo de actividad profesional. En cuanto al número de profesionales sanitarios contagiados, se indica en el informe que a nivel nacional han sido 51.090, por lo que considera que el porcentaje de los contagiados en Andalucía (4.007) representa solo el 7,8%.

Con independencia de la discrepancia en cuanto a las cifras y alcance del problema que nos manifiestan las partes, la cuestión de fondo a dilucidar se centra en determinar si, en las circunstancias descritas, se han adoptado o no por parte de la Administración sanitaria las medidas de protección necesarias para evitar los riesgos del personal a su servicio en los centros e instalaciones sanitarias o haber mitigado, en su defecto, las consecuencias de su exposición a los mismos. Y, si se ha actuado con la suficiente diligencia y previsión para hacer frente a la situación que se avecinaba, ante la evidente insuficiencia de los equipos de protección individual (EPI) para dicho personal, y las consecuencias que el desempeño de sus funciones asistenciales ha tenido para este colectivo profesional.

Para ello debe tenerse en cuenta que la normativa de prevención de riesgos laborales impone a la Administración sanitaria, como empleadora, la obligación legal de proteger al personal a su servicio (art. 14 LPRL), lo que conlleva necesariamente también la obligación de dotarles de los medios preventivos necesarios para que realicen su trabajo con las mínimas e imprescindibles condiciones de seguridad para su salud. Consiguientemente, el incumplimiento no justificado de esa obligación infringiría dicha normativa exponiendo a estos trabajadores, en este caso, a un riesgo grave para su salud.

La insuficiencia de medios facilitados a los profesionales de los centros e instalaciones sanitarias para el cumplimiento de sus funciones asistenciales, durante este periodo, aún cuando no se hace mención a la misma en los informes remitidos por la Consejería de Salud y Familias, resulta evidente. Y así se ha constatado, además de por manifestaciones contenidas en informes de la propia Administración sanitaria y de comparencias públicas realizadas por responsables de la misma a nivel estatal y autonómico, en los hechos probados y consideraciones de distintas decisiones judiciales que se han pronunciado sobre esta cuestión.

En este sentido, con mayor rotundidad se constatan estos extremos en el Auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de 17 de abril de 2020, por el que se requiere a la Administración sanitaria andaluza que, a la mayor brevedad posible, suministre al personal facultativo el material de protección necesario para el desarrollo de sus funciones asistenciales durante la pandemia de la Covid-19, contando con la protección necesaria para protegerse de la infección. Reconociéndose en dicho Auto, que: **“Es notoria la insuficiencia inicial de medios de protección a nivel nacional y también autonómico para proteger a todos los ciudadanos y, entre ellos -en primer lugar, como no puede ser de otro modo-, al personal sanitario”.**



Insuficiencia que, igualmente, se recoge en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo 1271/2020, de 8 de octubre, en la que se afirma que **“no hay duda de que las Administraciones correspondientes debían proveer de medios de protección a los profesionales sanitarios y, en especial, el Ministerio de Sanidad a partir del 14 de marzo de 2020, ni de que estos profesionales tenían derecho a que se les dotara de ellos. Sin embargo, no se les facilitaron los necesarios y como consecuencia su integridad física y su salud sufrieron riesgos”**.

Esta falta de medios, transcurridos los primeros meses de declaración de la pandemia ha sido reconducida y, al parecer, solventada, poniendo a disposición del personal sanitario los EPI precisos para el desempeño de sus funciones asistenciales, y adoptándose las medidas preventivas de los riesgos para la salud de dicho personal establecidas en las normas legales, reglamentarias y procedimientos específicos de actuación en el ámbito sanitario.

**“En los primeros meses de pandemia no se adoptaron por la Administración sanitaria todas las medidas necesarias para la prevención de los riesgos”**

Por todo ello, hemos de concluir que, como mantienen las organizaciones colegiales y los profesionales promotores de estas quejas, **en los primeros meses de pandemia no se adoptaron por la Administración sanitaria todas las medidas necesarias para la prevención de los riesgos a que previsiblemente iba a estar expuesto el personal de los centros e instalaciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía**, como consecuencia de la misma, y que no pudieron disponer de los correspondientes medios de protección de la seguridad y salud de estos profesionales, ante la insuficiente planificación, provisión y gestión de dichos medios en ese periodo.

No obstante, en este contexto hay que tener en cuenta que, como se reconoce en la referida Sentencia del Tribunal Supremo, durante este periodo concurren **“unas circunstancias absolutamente excepcionales, desconocidas desde hace muchas décadas y que esa excepcionalidad se ha manifestado a escala mundial y puede haber ocasionado serias dificultades**

**de abastecimiento de medios de protección en los mercados internacionales”**. Sin perjuicio de ello, es indudable que la insuficiencia de medios de protección del personal sanitario para el desarrollo de sus funciones ocasionó que estos profesionales se vieran expuestos a un grave riesgo para su salud e integridad física como consecuencia del desempeño de sus cometidos laborales y que, en más casos de los que hubiera sido deseable, llegaran a materializarse.

Condiciones éstas que acrecientan **el compromiso y profesionalidad del personal sanitario en el ejercicio de sus funciones en estas difícilísimas circunstancias**, y cuyo esfuerzo ímprobo y abnegado durante la pandemia en el desempeño de las mismas **ha sido reconocido y agradecido por toda la sociedad, y al que también se suma esta Institución**.

La intervención de esta Defensoría en estas quejas concluyó con la correspondiente Resolución, dirigida a la Viceconsejería de Familia y a la Dirección General de Personal del SAS, en la que se recomendaba que se adopten todas las medidas que fueran necesarias para evitar los riesgos laborales del personal sanitario en el desempeño de sus cometidos profesionales, así como una adecuada planificación, provisión y gestión de los medios de protección que fueran indispensables para el desarrollo de los mismos, con objeto de que, ante situaciones extraordinarias, como la pandemia de la Covid-19, no se ponga en riesgo la salud e integridad física de dicho personal por la insuficiencia de estos medios.

Finalmente, en los días de elaboración de este Informe, ha llegado la respuesta de la Viceconsejería de Salud y Familias a la Resolución formulada, en la que se nos comunica que, **“aceptamos las dos recomendaciones trasladadas, en el bien entendido que ha sido nuestro proceder desde el inicio de la pandemia de acuerdo con nuestra capacidad de actuación y del conocimiento disponible”**.



### 1.5.2.5. En relación con el acceso al empleo público

#### 1.5.2.5.4. Adecuación del cuadro de exclusiones médicas que rigen para el ingreso en las distintas categorías de los Cuerpos de la Policía Local

A través de distintas quejas que se venían recibiendo en esta Institución pudimos comprobar que, a diferencia de lo que ha ocurrido en otras Administraciones públicas, la Administración de la Junta de Andalucía no había procedido a modificar la Orden de la Consejería de Gobernación de 22 de diciembre de 2003, por la que se establecen las pruebas selectivas, los temarios y el baremo de méritos para el ingreso, la promoción interna y la movilidad a las distintas categorías de los Cuerpos de la Policía Local, en lo que afecta al cuadro de exclusiones médicas que regirán para el ingreso en las distintas categorías de los mismos, a fin de adaptarla a los criterios que se establecen en el citado Acuerdo del Consejo de Ministros de 30 de noviembre de 2018.

Dicho Acuerdo excluye del cuadro de exclusiones médicas enfermedades como VIH, diabetes, psoriasis y celiacía, y determina que no cabe la exclusión de aspirantes por mero diagnóstico y, en todo caso, la situación clínica del aspirante. De esta forma, tras la evolución de estas enfermedades y los informes técnicos correspondientes, se pretende terminar con la discriminación hacia las personas afectadas por las mismas.

Así pues, **el hecho de que nuestra Administración autonómica aún no haya procedido a la adaptación del cuadro de exclusiones médicas al mentado Acuerdo, viene produciendo situaciones incongruentes** a la hora de aplicar los criterios de valoración de las enfermedades y procesos patológicos determinantes de la exclusión médica para el acceso a las distintas categorías de los Cuerpos de la Policía Local en Andalucía que afecta a aquellas personas afectadas por las referidas enfermedades que ven imposibilitada su participación en dichos procesos selectivos.

Ante estas circunstancias, procedimos a la apertura de oficio de la queja 19/2102, solicitando el correspondiente informe a la Secretaría General de Interior y Espectáculos Públicos por la posible afectación de los derechos reconocidos a la ciudadanía en los artículos 14 y 23.2 de la Constitución Española.

En la respuesta que nos traslada dicha Administración se nos informa que se ha constituido un grupo de trabajo para la elaboración del Anteproyecto de Ley de Coordinación de las Policías Locales de Andalucía, cuya aprobación conllevará, según lo regulado en la misma, la modificación de las vigentes normas de desarrollo de la actual Ley 13/2001, entre las que se encuentran el Decreto 201/2003 y la citada Orden de 22 de diciembre de 2003.

En este sentido, y en relación con el impedimento que la enfermedad pueda suponer para el acceso y mantenimiento del empleo, recordamos a la Administración que la Sentencia del Tribunal Constitucional 62/2008, de 26 de mayo, ha señalado que la enfermedad puede *"en determinadas circunstancias, constituir un factor de discriminación análogo a los expresamente contemplados en el artículo 14 de la Constitución, encuadrable en la cláusula genérica de las otras circunstancias o condiciones personales o sociales contemplada en el mismo"*.

Y, en esta línea, la jurisprudencia viene considerando que la paulatina eliminación de las barreras que impiden el acceso al empleo público en condiciones de igualdad, constituye un deber ineludible para las distintas Administraciones públicas, que, en el ámbito de la enfermedad, deberán excluir sólo a aquellas patologías que impidan el normal desarrollo de los cometidos propios de un determinado empleo público.

Para dar respuesta a esta situación de discriminación que se estaba produciendo en el acceso al empleo público para determinados colectivos que, por padecer determinadas enfermedades, resultaban excluidos en el acceso a determinados cuerpos de la Administración pública, el Consejo de Ministros, a propuesta del Ministerio de Política Territorial y Función Pública, aprobó el Acuerdo de 30 de noviembre de 2018 por el que se actualiza el catálogo de las causas médicas de exclusión en el acceso al empleo público, que todavía operaba en determinados ámbitos, entre otros, en el de los cuerpos policiales.



Es esta una medida de justicia social, que han apoyado todos los grupos parlamentarios en las diversas iniciativas presentadas en las Cortes, y que el Gobierno ha querido abordar para poner fin a una discriminación histórica que venían soportando más de siete millones de personas que tienen alguno de los diagnósticos contemplados en el Acuerdo.

En el ámbito de la Administración del Estado estos criterios se han incorporado ya al Real Decreto 2011/2019, de 29 de marzo, por el que se aprueba la oferta de empleo público para el año 2019, así como a la normativa reguladora de acceso a los Cuerpos de Policía Local en otras Comunidades Autónomas (Canarias y Comunidad Valenciana).

Ante estas circunstancias, **la adaptación en el ámbito de Andalucía del cuadro de exclusiones médicas contempladas en la Orden de 22 de diciembre de 2003, al nuevo catálogo aprobado en el referido Acuerdo del Consejo de Ministros, no admite más demoras**, ya que de no producirse dicha actualización, se estaría manteniendo una situación de discriminación para aquellas personas afectadas por alguna de las enfermedades, que han sido eliminadas como causa de exclusión en dicho Acuerdo, para poder acceder a determinados cuerpos de las Administraciones públicas andaluzas. Y que, en el caso de las personas afectadas por la misma, verían así vulnerado su legítimo derecho de acceder a un empleo público al que han optado, siempre que reúnan los requisitos y condiciones establecidos para ello.

Por todo ello, recomendamos a la Administración de la Junta de Andalucía para que, sin más demora, se adopten las medidas que procedan para adaptar dicha Orden a las modificaciones adoptadas por el Consejo de Ministros de fecha 30 de noviembre de 2018.

Con fecha 1 de octubre de 2020 recibimos respuesta de la Viceconsejería de Presidencia, Administración Pública e Interior aceptando la Recomendación que se le dirigió. Finalmente se ha publicado en el BOJA núm. 236, de 9 de diciembre, la Orden de 30 de noviembre de 2020 que incluye las modificaciones pertinentes para dar cumplimiento al referido Acuerdo del Consejo de Ministros.

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

#### 1.5.3.1. Quejas de oficio

...

- **Queja 20/0359**, dirigida a la Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud, en relación con el bloqueo en que se encontraban los procesos de movilidad interna del Personal de Gestión y Servicios, propietarios de plaza, del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Tras la contestación del Centro Directivo la queja se cerró al considerar que el problema planteado se encontraba en vías de solución.

- **Queja 20/1261**, dirigida a la Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud por el no reconocimiento del premio de jubilación al personal estatutario de la Junta de Andalucía. Está pendiente de la remisión del preceptivo informe.

...

## 1.6. Igualdad de Género

### 1.6.1. Introducción

...

Por otra parte, las cuestiones **de género también están presentes en lo que atañe a la salud de las personas**, ello explica que prestemos la necesaria atención a los tratamientos directamente relacionados con necesidades típicamente femeninas, como la fertilidad y la consecución de la gestación a través de técnicas de reproducción humana asistida; en la atención especializada constituye una peculiaridad la práctica de **intervenciones quirúrgicas de reconstrucción mamaria**, que aunque se ve afectada por las mismas demoras que afectan a otro tipo de operaciones, vienen siendo objeto de nuestro constante



interés, al demandarlo así las mujeres afectadas y deseosas por culminar el proceso de su “normalización” física y mental.

...

## 1.6.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

### 1.6.2.4. Salud

La igualdad de género es una de las perspectivas que la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz, toma en consideración al tiempo de analizar las necesidades que la población andaluza plantea en lo atinente al servicio público de salud.

Ello explica que prestemos la necesaria atención a los tratamientos directamente relacionados con necesidades típicamente femeninas, como la fertilidad y la consecución de la gestación a través de **técnicas de reproducción humana asistida**, cuyas quejas usualmente giran en torno a la insuficiencia de información sobre el proceso y sus tiempos, la demora en acceder a su práctica, los criterios de exclusión y la pérdida de oportunidad, en que a la postre se traducen los retrasos, a causa de los menores niveles de reserva ovárica o por alcanzar la edad límite.

En el año 2020 ha crecido muy levemente el número de peticiones de esta naturaleza, cuyo trasfondo podemos resumir en el conocimiento de los criterios que rigen la ovodonación (queja 20/0533), el cuestionamiento del número máximo de ciclos en la inseminación artificial con donante de semen (queja 20/0909), la denegación de tratamiento por baja reserva ovárica (queja 20/1227), junto a las más comunes situaciones por demora en el tratamiento y, con ello, las listas de espera (entre otras, queja 20/3292, queja 20/3327, queja 20/5001, queja 20/5664, queja 20/6016).

Aunque ciertamente en las quejas que versan sobre los criterios de priorización de la técnica de reproducción asistida en nuestro sistema sanitario público, no concurre irregularidad en la actuación del Centro sanitario, esta Institución advierte que es la insuficiencia de la información ofrecida a algunas peticionarias, la causa de que depositen excesivas esperanzas en un proceso asistencial subordinado a múltiples variables, con la consiguiente decepción si no pueden culminarlo con éxito.

La Administración sanitaria acostumbra a recordar en el informe emitido por algún Centro sanitario, que el único criterio de prioridad para acceder a las diferentes técnicas de reproducción asistida es el del orden de inclusión en la lista de espera, ya que así lo exige la garantía de equidad en el acceso a la prestación. Y, en este sentido, remite a la Guía para la realización de tratamientos de Reproducción Humana Asistida del Servicio Andaluz de Salud.

Como toda regla general, la prioridad en el orden de inclusión presenta excepciones justificadas en situaciones muy específicas, como la presencia de una enfermedad crónica materna que requiera la realización del tratamiento en un momento de remisión de la enfermedad, o que obligue al cese del tratamiento de dicha enfermedad por no ser compatible con el embarazo, coordinando en este caso el tratamiento de reproducción con el especialista que trate la enfermedad en cuestión; así como las situaciones que puedan comprometer la fertilidad de la mujer en un breve período de tiempo, como la endometriosis operada y recidivada precisada de nueva intervención quirúrgica.

En cualquier caso, es lo cierto que al margen de defectos de información y de la corrección formal de criterios de acceso a la prestación, las demoras en su consecución tienen una influencia decisiva en muchos casos, como causa de exclusión material (alcanzar la edad límite) y de fracaso de la técnica o de un menor porcentaje de éxito.

En este sentido informaba el Hospital Virgen del Rocío, concretando en 18 meses la espera para comenzar el proceso, discretamente reducida tras la creación de la Unidad de Reproducción del Hospital Universitario de Valme, cuyas peticionarias representaban únicamente el 20%. Recordando que los *“equipos humanos realizan todo lo que está en su mano para dar respuesta a la importante demanda”* en materia de tratamientos de fertilidad (queja 19/2821).



Del mismo modo, esta prestación ha resultado afectada por el impacto del SARS Cov-2 en las listas de espera de muchos procesos asistenciales, ya que en el mes de marzo de 2020 quedó suspendida la realización de ciclos y, aunque la reanudación posterior se produjo de forma progresiva en todas las Unidades de los Centros sanitarios, es una realidad que la actividad asistencial vive desde entonces supeditada a las variables medidas de contención y restricción, que exige el control de la expansión viral.

En la atención especializada constituye una peculiaridad la práctica de **intervenciones quirúrgicas de reconstrucción mamaria**, que aunque se ve afectada por las mismas demoras que afectan a otro tipo de operaciones, vienen siendo objeto de nuestro constante interés, al demandarlo así las mujeres afectadas y deseosas por culminar el proceso de su "normalización" física y mental.

En este sentido hemos dirigido al Hospital Virgen de las Nieves de Granada, en octubre de 2020, la Recomendación emitida en queja sustanciada sobre lista de espera de reconstrucción de mamas (**queja 18/7153**), en la que más allá de los tiempos en el acceso a la intervención, poníamos el acento en la mejora de la información a la interesada y, desde una perspectiva más general, en la promoción de las medidas para que la información ofrecida a través del dispositivo Clic Salud, parametrize los supuestos de "lista de espera en situación no programable", o al menos, sea información accesible a las personas que atienden a través de la plataforma Salud Responde, para que las personas que aguardan una intervención conozcan las causas de interrupción y puedan actuar en consecuencia.

En resumen, apreciamos una muy buena disposición en los profesionales sanitarios, responsables de Unidades y Gerentes de Centros sanitarios, que se manifiesta en las completas respuestas que nos ofrecen para explicar la situación y circunstancias de cada proceso asistencial. Ahora bien, no ignoramos que en buena medida escapa a sus posibilidades ofrecer una respuesta en plazo en relación con el volumen de las demandas a su cargo, aunque sí les compete elevar las necesidades a los responsables públicos. Por lo demás, como es razonable, la mejora de los niveles de pendencia ha constituido una opción fuera del alcance del sistema sanitario público en tiempos de crisis sanitaria.

## 1.7. Infancia y Adolescencia

### 1.7.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.7.2.2. Maltrato a menores de edad

##### 1.7.2.2.2. Protocolos de intervención

Hemos de citar tres instrumentos técnicos que sirven de guía de actuaciones de las administraciones públicas en lo relativo a prevención e intervención en casos de maltrato infantil. Nos referiremos, en primer lugar, al Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Se trata de un documento elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que fue previamente consensuado en el Pleno del Observatorio de la Infancia el 9 de julio de 2014, y viene a actualizar el anterior de 2007, ampliándolo a los supuestos de hijos e hijas víctimas de violencia de género. El documento pretende servir como marco de actuación conjunta e integral, si bien su desarrollo depende de cada Comunidad Autónoma.

En lo relativo a abusos sexuales hemos de señalar al Protocolo elaborado en 2015 por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales que señala las actuaciones y criterios de derivación al Programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento a Menores víctimas de violencia sexual.

Y con referencia al ámbito sanitario, también hemos de referirnos al Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil en Andalucía, elaborado en 2014 por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

El objetivo de estos documentos técnicos busca mejorar los procedimientos internos de actuación de la correspondiente administración, así como la coordinación interinstitucional para obtener una respuesta rápida y eficaz, idónea a las características de cada caso.



Pero **a pesar de estas previsiones las actuaciones de las administraciones no siempre llegan a tiempo o con la eficacia debida**, y como ejemplo destacamos nuestra intervención para la salvaguarda de los derechos de una menor de 15 años, víctimas de abusos sexuales y embarazada. No se intervino con la misma hasta transcurridos dos meses desde que se tuvo conocimiento de los hechos, y durante ese tiempo permaneció en el mismo entorno familiar y social que propició la agresión sexual de la que fue víctima.

Por ello, recordamos al Ente Público sus competencias para cumplir con el mandato establecido en el artículo 11 de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, de proteger a los menores de abusos sexuales mediante procedimientos que aseguren la coordinación y la colaboración entre las distintas administraciones, entidades colaboradoras y servicios competentes, tanto públicos como privados, para garantizar una actuación integral. Y también la obligación establecida en el artículo 14 de esa misma Ley Orgánica de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor y de actuar si corresponde a su ámbito de competencias, siendo así que el Ente Público ostenta la facultad de asumir, en cumplimiento de la obligación de prestar la atención inmediata, la guarda provisional de un menor prevista en el artículo 172.4 del Código Civil, procediendo simultáneamente a practicar las diligencias precisas para investigar sus circunstancias y constatar, en su caso, la situación real de desamparo.

También, en este caso, recomendamos a la Delegación Territorial de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de Almería que efectuase una revisión de las actuaciones realizadas en el expediente de protección de la menor con el objetivo de que en supuestos similares, en que resulten evidentes los indicios graves de desprotección, se acuerden de manera inmediata medidas congruentes con dicha situación, separando a la menor del entorno social y familiar causante del riesgo. Dicha recomendación fue aceptada en su integridad (queja 19/4155).

#### 1.7.2.4. Medidas de protección; acogimiento familiar, acogimiento residencial y adopciones

##### 1.7.2.4.3. Adopción

...

La adopción, salvo en los supuestos excepcionales en que así lo establezca una resolución judicial, conlleva la pérdida de vínculos y contacto entre la familia biológica y el menor. A pesar de ello suele ser frecuente que recibamos peticiones de ayuda de familias afectadas por esta situación, solicitando nuestra intervención para tener algún contacto con el menor.

Citamos como ejemplo una ciudadana afectada por una severa enfermedad mental (esquizofrenia) unida a una depresión crónica que le hace llevar una vida marginal, especialmente en los períodos en que deja de acudir a los controles de psiquiatría y no toma su medicación. En este estado suele entablar relaciones de pareja con personas que conoce en dichos entornos marginales, residiendo en viviendas ocupadas ilegalmente o en zonas de chabolas, obteniendo recursos de la mendicidad o de actividades ilegales.

En esas circunstancias, ha sido necesaria la intervención del Ente Público de Protección de Menores respecto de sus hijos, lo cual no ha sido óbice para que ella siempre se haya mostrado muy afectiva con ellos, con una voluntad decidida por preservar su relación. A pesar de ello su evolución personal no ha hecho posible el retorno de sus hijos, hasta el punto de acordar el Ente Público, como medida más beneficiosa para los menores, su adopción por familias seleccionadas a tales efectos, siendo ratificada esta decisión por el Juzgado.

Así las cosas, además de ayudar a la interesada para mejorar su situación personal (pensión no contributiva de invalidez y acceso a una vivienda social de alquiler), en lo que respecta a su pretensión de tener relación con sus hijos nos hemos visto en la obligación de informarle que tal hecho depende de la voluntad de las respectivas familias que los tienen en adopción, lo cual no obsta para que una vez alcancen la mayoría de edad pueda solicitar de la Junta de Andalucía que a través del servicio de postadopción puedan ayudarla a hacerles llegar su petición (queja 20/0316).

#### 1.7.2.7. Infancia y adolescencia en especial situación de vulnerabilidad



#### 1.7.2.7.1. Niños y jóvenes con problemas de comportamiento

Uno de los colectivos de menores que requieren de especial atención lo constituyen aquellos que tienen enquistados problemas de comportamiento, cuyas familias ven superadas sus posibilidades para proporcionarles la ayuda que precisan, ya que carecen de los conocimientos y habilidades que resultan eficaces en esta situación e incluso de medios económicos con los que costear la asistencia de profesionales o instituciones socio sanitarias privadas.

Se dan también casos de menores cuyas familias han sido negligentes en su cuidado e incluso pueden haber contribuido a acentuar su problema de comportamiento, causado los menores problemas en su entorno social sin que su familia pueda tener ningún control sobre ellos.

En relación con esta problemática las administraciones públicas, en función de sus respectivas competencias, disponen de recursos que pueden abordar el problema desde su correspondiente perspectiva y finalidad, sin que en muchas ocasiones se logren resultados satisfactorios. Los recursos van desde la atención y ayuda que pueden proporcionar programas específicos de atención familiar habilitados por las administraciones locales; la especial atención educativa congruente con la valoración efectuada en el dictamen de escolarización; la atención que el menor pueda recibir por el sistema sanitario en materia de salud mental infanto juvenil; e incluso, en supuestos especialmente graves, se llega a requerir la intervención del Ente Público de Protección de Menores, para hacer viable la atención al menor en un centro residenciales que ejecute un programa asistencial especializado en la atención a menores con esta problemática.

Y hemos de resaltar la crudeza de las situaciones que se relatan en las quejas que nos hacen llegar los progenitores o cuidadores principales de menores afectados por graves problemas de comportamiento.

Citamos como ejemplo, un menor de 14 años con un comportamiento agresivo hacia sus progenitores y hermanos, con repercusiones también en su entorno social, todo ello como consecuencia de padecer una cuadro de trastorno de déficit de atención con hiperactividad, unido a deficiencia mental leve. Se lamentaban los padres de que las opciones socio sanitarias de que disponía su hijo quedaban reducidas a las prestaciones por dependencia y a su posible ingreso en un centro de protección de menores especializado en problemas de comportamiento, para lo cual tendrían que previamente ceder su guarda al Ente Público.

Tras interesarnos por su situación, la Delegación Territorial de Igualdad y Políticas Sociales nos confirmó que, efectivamente, en esos momentos aún se encontraba en trámite el procedimiento para la valoración de la situación de dependencia, lo cual estaba dificultando el acceso a determinadas prestaciones.

En lo relativo a su posible acceso a un recurso residencial, la Delegación recordaba la obligatoriedad de la escolarización hasta los 16 años, por lo que el recurso residencial que se le podía asignar debería garantizar la continuidad educativa al menos hasta que el menor alcanza dicha edad, no siendo garante de ello los centros residenciales para la atención a personas en situación de dependencia.

Y en lo que respecta a su posible ingreso en un centro de protección de menores especializado en problemas de comportamiento, se derivó a los padres al Servicio de Protección de Menores para obtener información al respecto y que pudieran solicitar allí dicho recurso (queja 20/2568).

De igual modo, la madre de un chico de 12 años de edad, nos relataba el trastorno disocial desafiante oposicionista que este padecía, siendo así que mantenía una actitud agresiva en el contexto familiar -especialmente hacia la figura materna- y disruptiva en el ámbito escolar. La madre describía las múltiples peticiones que habían realizado ante distintas administraciones (social, sanitaria y educativa) para que su hijo pudiera recibir alguna prestación que le ayudase a deponer o controlar su comportamiento, sin que hasta esa fecha sus gestiones hubieran dado resultado satisfactorio.

En vista de la situación descrita, acordamos solicitar información a las distintas administraciones implicadas: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud; y la Delegación Territorial de Educación, Deporte, Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación.



En respuesta, el primero de los organismos señalados nos remitió un informe señalando que el menor había sido atendido en la Unidad de Salud Mental Comunitaria y en la Unidad de Salud mental Infanto-Juvenil. Aludía el informe al contacto mantenido con la familia y a las gestiones emprendidas por los servicios sociales del ayuntamiento de su localidad de residencia para encontrar una solución al problema, ya que el Servicio Andaluz de Salud carece en su estructura de Salud Mental de plazas residenciales para menores con trastornos conductuales.

Por su parte, la Delegación Territorial de Educación, Deporte, Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación en Cádiz nos indicó que, tras tramitarse el correspondiente procedimiento, se declaró el desamparo provisional del menor, acordando su ingreso en un centro de protección de menores para atender situaciones de conflicto social, ubicado en la localidad de Puerto Real.

La misma Delegación Territorial, con referencia a la atención educativa dispensada al menor, nos detalló las distintas intervenciones realizadas por los profesionales que lo atendieron, poniendo énfasis en las reuniones mantenidas por la Orientadora con la familia, así como el seguimiento del alumno durante el periodo de confinamiento domiciliario y las gestiones realizadas para elaborar su evaluación psicopedagógica.

Conforme a lo expuesto, expusimos a la familia nuestra satisfacción porque finalmente se hubiera facilitado al menor su acceso a un recurso asistencial donde pudieran ser abordados sus graves problemas de comportamiento.

Por otro lado, en relación a la atención educativa, la propia Administración vino a reconocer determinadas anomalías que debían ser subsanadas. De este modo, valoró excesiva la sanción impuesta al menor de no asistir al centro durante un periodo de 41 días tras serle impuestas cuatro sanciones por la comisión de conductas gravemente perjudiciales para la convivencia. Asumió también la Delegación de Educación que la biblioteca no fue lugar adecuado para que el alumno cumpliera dicha sanción, por lo que se asesoró a la dirección del centro para que se creara un aula de convivencia para el tratamiento individualizado del alumno que se viera privado de su derecho de asistencia a clase como consecuencia de una corrección o medida disciplinaria (queja 20/3550).

Por último, citaremos el caso de un chico, también de 12 años, con trastorno generalizado del desarrollo de tipo autista y con comportamiento violento. Su padre venía realizando gestiones para que pudiera beneficiarse de un tratamiento especializado, adecuado a sus especiales circunstancias, en la línea de las prescripciones establecidas en un informe clínico emitido en junio de 2019 por la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (Usmij) de un hospital de Córdoba. Dicho informe relataba el cuadro clínico que padecía el menor, diagnosticado de autismo infantil, calificado como grave, discapacidad intelectual severa y epilepsia. El menor presentaba un comportamiento violento e inadaptado, por lo que la Usmij prescribió la necesidad de ingreso del menor en el centro especializado en el abordaje de este tipo de patologías, señalando a un centro concreto ubicado en la provincia de Málaga, habiéndose realizado los trámites administrativos necesarios para su ingreso en dicho centro privado, incluida la gestión presupuestaria necesaria para el pago de la plaza concertada con dicha entidad (queja 19/0290).

Pero la familia se encontró con problemas para ingresar a su hijo en dicho centro. Desde el centro comunicaron a la familia que el perfil de su hijo no se adaptaba a las características de los menores que allí reciben tratamiento, y por dicho motivo rechazaban su internamiento, a pesar de tener concertadas plazas con el Sistema Sanitario Público y que la derivación de su caso se había realizado por facultativos especialistas en salud mental.

Demandamos informe a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud sobre la atención socio-sanitaria que se había de dispensar a este menor, en especial acerca de los motivos que le impedían ser atendido en el centro al que fue derivado por el Sistema Sanitario Público.

Dicho centro directivo informó que el proceso clínico del menor fue calificado por la Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil como grave, al presentar discapacidad intelectual severa y epilepsia, acompañado



de repetidos episodios de agresividad, lo cual hacía inviable su control asistencial de forma ambulatoria. Al no resultar este cuadro clínico compatible con las características del centro privado señalado, se autorizó que fuese ingresado en otro recurso especializado ubicado en la provincia de Sevilla por un periodo máximo de siete meses, teniendo conocimiento que el menor tuvo una buena integración con sus compañeros (queja 20/0847).

#### 1.7.2.7.2. Niños y jóvenes con adicciones

De todos es conocido el grave problema que representa para la sociedad el consumo descontrolado de drogas o sustancias estupefacientes, siendo su incidencia mucho más dañina cuando ese problema afecta a personas en edad adolescente, en pleno proceso de maduración como personas.

**Las personas que acuden a la institución inmersas en esta problemática lo hacen para solicitar ayuda ante la situación desesperada en que se encuentran, al haber fracasado todos los intentos realizados para ayudar al menor víctima de la adicción** (queja 20/4618).

**Otra de las adicciones que afecta a menores de edad que ha motivado nuestra intervención de este Defensor es la provocada por el juego de azar.** Ya tuvimos ocasión de exponer los problemas que ocasiona esta adicción en un apartado especial del informe anual del año 2018, que elabora esta Institución en su condición de Defensor del Menor de Andalucía, abogando por medidas restrictivas de publicidad y que frenasen la descontrolada proliferación de negocios de juegos de apuestas.

Traemos a colación el problema de adicción de un menor que había afectado negativamente su vida. Dada la gravedad de la situación que le había tocado vivir, su madre se solidarizaba con otras familias que pudieran sufrir un caso similar y por ello pedía que intercediéramos ante el Parlamento para que las leyes regulatorias establecieran mayores restricciones sobre el negocio de apuestas (queja 20/0998).

En respuesta a esta petición pusimos al corriente a la interesada de las actuaciones que al respecto veníamos realizando, con referencia especial al mencionado informe anual y su seguimiento posterior. Nuestra aportación, en aquel momento, se basaba en el planteamiento de que la Administración debía encontrar el necesario equilibrio entre permitir una actividad económica y prevenir los efectos que esa actividad puede producir en el orden público, en la salud y en la seguridad pública.

De la mano de ese equilibrio, y enarbolando el interés superior del menor y los evidentes perjuicios que este problema estaba ocasionando, pedimos que sin más demora se abordase una acción normativa de definición de estas modalidades de juego, su fomento, publicidad y limitaciones de acceso a las personas más vulnerables. De ahí que debía ser un objetivo irrenunciable reclamar para la Comunidad Autónoma de Andalucía un paso adelante en el establecimiento de una regulación de los juegos de azar que prohibiera la publicidad fuera cual fuera el medio de difusión utilizado.

En todo caso, la definición de este marco regulatorio debía pasar por el abordaje de una reforma profunda de la Ley 2/1986, del Juego y Apuestas en Andalucía y demás normativa conexas.

Y hemos de congratularnos que nuestra exposición del problema en sede parlamentaria tuviera una buena acogida, siendo así que el Consejero de Hacienda anunció en una comparecencia en el Parlamento el inicio de la tramitación del proyecto de decreto por el que se adoptarían nuevas medidas de protección de menores y se modificarían determinados artículos de los reglamentos aplicables en materia de juego y apuestas en Andalucía. Entre el conjunto de medidas normativas que tiene previsto implementar dicho decreto se incluye la prohibición de apertura de nuevos salones de juego que se encuentren a menos de 150 metros de los accesos a colegios o institutos; el decreto prevé también la prohibición de adosar en las fachadas de los locales de juego y apuestas aquellos mensajes o imágenes, en cualquier soporte, representativos de juegos o de apuestas o de deportistas, alusivos a eventos sobre los que se puedan cruzar apuestas, así como cualquier información sobre la cotización puntual de las apuestas. Se incluye, asimismo, que el control de acceso -evitando la entrada de personas menores de edad- tendrá que llevarse a cabo de forma rigurosa desde las mismas puertas de entrada al establecimiento y obligatoriamente por empleados de plantilla de la empresa titular de la autorización del establecimiento.



En esta línea, y en colaboración con el Instituto Andaluz de la Juventud (IAJ) y la Federación Andaluza de Jugadores en Rehabilitación (Fajer), el Gobierno de Andalucía también anunció próximas campañas de información y concienciación, dirigidas a jóvenes y menores de edad, sobre los riesgos de la práctica compulsiva del juego y de las apuestas, a desarrollar en los centros docentes así como en las redes sociales.

Toda vez que la normativa actual ya recoge la prohibición absoluta de acceso de menores de edad a dichos locales de apuestas, estableciendo controles rígidos que impidan su participación en juegos de azar, previendo fuertes sanciones en caso de incumplimiento, esta institución no puede hacer más que permanecer atenta al control que al respecto vienen realizando las distintas administraciones públicas, dando trámite a las quejas que se reciban al respecto, o las que de oficio consideremos procedente iniciar.

## 1.8. Justicia, Prisiones y Política Interior

### 1.8.1. Introducción

...

La atención sanitaria en este colectivo, aquejado de importantes patologías, ha sido analizada en diversos expedientes de queja en los que se denunciaban situaciones agravadas en el contexto de la crisis sanitaria actual.

...

### 1.8.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.8.2.2. Prisiones

##### 1.8.2.2.1. Los problemas de salud en la población reclusa

**Un alto porcentaje de la población reclusa presenta importantes problemas de salud**, entre los que se encuentran patologías relacionadas con la salud mental, el consumo de tóxicos u otras dolencias como la sarna, la tuberculosis, hepatitis C o VIH. Los propios internos como sus familiares o letrados denunciaron ante esta Institución deficiencias en la atención médica en los centros penitenciarios, discrepancia en los tratamientos pautados o la falta de derivación a atención médica especializada.

Especial mención merecen las carencias en la atención médica facilitada en el Centro Penitenciario Sevilla II por la que recibimos numerosos expedientes de queja en los que se nos trasladaba que en dicho centro no se estaban cubriendo las plazas de facultativos, teniéndose que hacer las guardias localizadas y por lo tanto sin presencia física en el centro penitenciario, atendiendo únicamente la consultas de urgencia y sin posibilidad por tanto de llevar a cabo el seguimiento necesario a los internos con patologías crónicas.

Una cuestión que nos trasladaron, además de los internos enfermos o sus familiares, los propios funcionarios. Así en el expediente de queja 20/1629, representantes del sindicato ACAIP (Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias) en una reunión celebrada en nuestra sede, aportaron informes acreditando la **falta de personal facultativo en este centro y en el resto de los establecimientos penitenciarios de Andalucía**, denunciando que existían unas 600 vacantes por cubrir. Manifestaban que esta situación perjudica gravemente a la población reclusa que no puede ser debidamente atendida, detallando las consecuencias de esta falta de personal médico en los siguientes términos:

- *"Sobrecargas de trts decir, no presenciales, por las que se ponen en comunicación los enfermeros de servicio y los Jefes de Servicios con los médicos para explicarles cualquier urgencia médica en su ausencia.*
- *La calidad de la atención sanitaria es peor.*
- *Colapso de los Departamentos de Enfermería: En los diferentes Departamentos de Enfermería de los centros penitenciarios se está produciendo un fenómeno de concentración de actividades sanitarias*



*y masificación de internos e internas a tratar con los consecuentes problemas de seguridad para los profesionales de los centros penitenciarios*

*Debido a la falta de efectivos médicos, no se pueden continuar pasando semanalmente consultas en las unidades residenciales, tal como se hacía antes de esta crisis de falta de personal. Por un lado, tenemos que los internos y las internas que eran atendidos por los facultativos, en los distintos módulos donde reside la población reclusa, para atender a aquellos con patologías crónicas o que habían desarrollado alguna enfermedad, ya no cuentan con este servicio.*

*Entonces, la población reclusa que solicita atención médica, de carácter urgente (premisa para ser trasladado al Departamento de Enfermería), se concentra en salas atestadas, en las que es difícil mantener una mínima seguridad y en las que se producen continuos conatos de conflictos entre internos”.*

Esta cuestión ya propició la apertura de la queja de oficio **19/4403**, en la que solicitamos la colaboración de la Secretaría General De Instituciones Penitenciarias, informándonos entonces de las medidas adoptadas para paliar las deficiencias detectadas en la atención médica a los pacientes privados de libertad, manifestando en su respuesta que **“Desde esta Administración se están redoblando los esfuerzos para conseguir mayores dotaciones de médicos además de propiciar encuentros y negociaciones tendentes a hacer efectivas las transferencias de la sanidad penitenciaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.”**

Esta transferencia sigue sin concretarse, pese a que ambas administraciones nos trasladaron la intención firme de materializarla, retraso en el que habrá contribuido la incidencia de la Covid 19 en los órganos gestores que deben de abordarlo.

En cuanto a la **derivación a la atención médica especializada**, en el expediente de **queja 20/3590**, su promotor, interno en el Centro Penitenciario Puerto II denunciaba que padecía una hernia que le causaba importantes dolores para los que únicamente le pautaban calmantes, sin cursarse desde el centro de cumplimiento derivación a atención médica especializada.

Solicitada la colaboración de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias nos remitieron informe en el que detallaban las gestiones efectuadas en relación al interno, indicando las conducciones de urgencia al Hospital de referencia hasta en cuatro ocasiones, detectándose tras meses de espera que la demora se debía a la pérdida del registro de demanda quirúrgica.

Con estos datos nos dirigimos al Hospital universitario de Puerto Real que nos remitió informe en el que se indicaba que el retraso se debía a que no se había registrado debidamente la petición de intervención en admisión general pero que, tras nuestra intervención, se había citado al paciente y practicado las pruebas de preanestesia, restando únicamente la asignación de fecha de operación.

El abordaje de la **enfermedad mental en el ámbito penitenciario** también ha sido objeto de análisis e intervención desde esta Institución. La discrepancia con los tratamientos pautados por los servicios médicos penitenciarios, así como la falta de seguimiento y de adecuación de los programas de intervención a la situación de estos internos ha sido trasladado en las quejas remitidas.

En el expediente de queja **20/1697**, la familia de un interno del Centro Penitenciario de Algeciras solicitaba nuestra intervención ante la notificación del traslado de su hijo al Centro Penitenciario Madrid VII-Estremera lo que les dificultaría mantener comunicaciones periódicas por su edad y situación personal.

Solicitaban un destino adecuado al perfil de su hijo, **enfermo mental grave** que requiere un acompañamiento específico al protagonizar numerosos incidentes con la población reclusa, al mismo tiempo que les permitiera mantener comunicaciones familiares ya que tienen su residencia en Algeciras.

Tras nuestra petición desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias nos remitieron respuesta en la que accedían a la petición de los promotores de este expediente y en la que indicaban que:



"La Junta de Tratamiento del Centro Penitenciario de Algeciras, con fecha 15/04/2020, propuso el mantenimiento en segundo grado de tratamiento del interno y cambio de Centro de cumplimiento a Madrid VII.

Este Centro Directivo, analizada la propuesta, resolvió, con fecha 26/06/2020, el mantenimiento de grado y el cambio del Centro de cumplimiento, asignándole el Centro penitenciario de Córdoba por las siguientes razones:

-Tiene un número importante de incompatibilidades con otros internos en el Centro penitenciario de Algeciras, lo cual dificulta su clasificación interior.

-El Centro penitenciario de Córdoba es un Centro de la Comunidad andaluza, por lo que se mantiene cerca de su entorno familiar.

-Dada su problemática adaptación y convivencia, se entendió que el Centro Penitenciario de Córdoba dispone de recursos humanos y materiales que pueden favorecer un giro actitudinal muy positivo".

## 1.9. Movilidad y Accesibilidad

### 1.9.1. Introducción

...

Por otra parte, sin duda uno de los efectos de la crisis sanitaria ocasionada por el coronavirus ha sido un aumento del uso de la bicicleta, habiéndose registrado de forma paralela un considerable aumento de sus ventas. Es por esta razón que se demandan por amplios sectores sociales medidas de apoyo por parte de las administraciones para que este medio de transporte se consolide como una alternativa real frente a los transportes motorizados. Estos vehículos constituyen, además, una buena alternativa para eludir el peligro de contagio de los metros y autobuses en las horas punta y, por ello se está utilizando cada vez más como medio para realizar los trayectos diarios al trabajo o a otras actividades cotidianas.

Pues bien, en el marco descrito, cabe resaltar que en 2020 concluía la vigencia del Plan Andaluz de la Bicicleta 2014-2020. Un ambicioso Plan que, por diversas circunstancias, no ha alcanzado los propósitos iniciales en cuanto a la creación de infraestructuras destinadas al uso de este medio de transporte personal. Es por ello que iniciamos una actuación de oficio, [queja 20/7140](#) con la finalidad de conocer el balance de su ejecución y las previsiones de aprobación de un nuevo instrumento de estas características.

...

### 1.9.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.9.2.1. Movilidad

##### 1.9.2.1.4. Servicios de Transporte público

...

El transporte público es básico para que la ciudadanía pueda acceder a otros bienes y servicios esenciales también públicos, tal es el caso de la [queja 19/1811](#), en la que el reclamante, en representación de una Asamblea Ciudadana, exponía que la atención sanitaria pública en la localidad de Morón de la Frontera padecía de muchas y graves deficiencias. Y añadía que "todo ello hace que en demasiadas ocasiones sea necesario trasladarse a los Hospitales de referencia de Valme y Tomillar, traslado que resulta muy difícil realizar mediante transporte público. De hecho hasta 2014 ni siquiera existía línea directa de autobuses desde Morón hasta esos hospitales situados a 70 kilómetros y actualmente los horarios son muy reducidos."

Por ello, afirmaba que el Pleno Municipal había aprobado reiteradas mociones, la última de ellas de mayo de 2018, para [que se aumentara la frecuencia de los servicios de transporte público interurbano desde Morón de la Frontera a los Hospitales del Valme, Virgen del Rocío y Tomillar.](#)



Admitida la queja a trámite, solicitamos de la Viceconsejería de Fomento, Infraestructuras y Ordenación del Territorio que nos indicara si era posible acceder a las peticiones contenidas en el acuerdo municipal y, de ser así, el plazo aproximado en que podrían implantarse tales mejoras. En caso contrario, deseábamos conocer las causas que no permitían acceder a estas demandas municipales.

En la respuesta recibida, la Administración Autonómica informaba sobre las conexiones de la localidad de Morón de la Frontera con los hospitales de referencia, añadiendo que, con objeto de adaptar el servicio a la demanda real, la Dirección General de Movilidad iba a iniciar un estudio en el que se propondrían fórmulas que garantizaran la oferta necesaria a un coste razonable y que se iban a iniciar los trabajos de renovación de la concesión tratando de mejorar la prestación de los servicios. En consecuencia, considerando que el asunto planteado se encontraba en vías de solución, dimos por concluidas nuestras actuaciones.

...

## 1.12. Servicios de Interés General y Consumo

### 1.12.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

#### 1.12.2.1. Servicios de interés general

##### 1.12.2.1.2. Suministro domiciliario de agua

...

Por último reseñar que en el mes de diciembre de 2020 iniciamos una investigación de oficio [Queja 20/8247](#), tras conocer que en diversos municipios de La Campiña y Sierra Sur de Sevilla se había detectado en el agua domiciliaria niveles de benceno por encima de los límites permitidos.

En el curso de esta actuación hemos solicitado información a la Delegación Territorial de Sevilla de la Consejería de Salud y Familias y al Consorcio de Aguas Plan Écija, como titular de la ETAP donde se produjo la incidencia. También se ha considerado oportuno interesar informe a las empresas suministradoras afectadas: Areciar, Hidralia, Aqualia y Acciona.

Asimismo, trasladamos esta iniciativa a los Ayuntamientos de las localidades sevillanas afectadas Arahal, Cañada Rosal, Écija, El Rubio, Fuentes de Andalucía, Herrera, Isla Redonda-La Aceñuela, La Campana, La Luisiana, Lantejuela, La Puebla de Cazalla, Marinaleda, Marchena, Morón de la Frontera, Osuna y Paradas, a fin de que nos remitieran aquellas informaciones que consideren relevantes para la investigación.

## 1.13. Sostenibilidad, Medioambiente y Obras Públicas

### 1.13.1. Introducción

...

La **contaminación atmosférica** también se va abriendo paso entre las prioridades de la ciudadanía a la hora de plantear sus quejas, por su relación tanto con el derecho a un medio ambiente adecuado como con el derecho a la protección de la salud. La **calidad del aire** se está convirtiendo en una preocupación social creciente en el propósito global de reducir las emisiones contaminantes a la atmósfera, tanto desde la perspectiva de la salud como la del cambio climático, que en el anterior Informe Anual del año 2019 referíamos como **"emergencia climática"**.

A título de ejemplo puede citarse la queja 20/2323 que recibimos por la quema incontrolada de restos de diverso tipo en una zona situada entre las ciudades de Sevilla y Alcalá de Guadaíra, generador de humos tóxicos para la población del entorno. Al respecto, como ya hemos tenido ocasión de decir, la reducción de la contaminación atmosférica debe ser un objetivo prioritario, no solo en el ámbito industrial, sino también en el entorno urbano y extenderse al mundo rural.

...



## 1.13.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite

### 1.13.2.1. Sostenibilidad y Medioambiente

#### 1.13.2.1.2. Contaminación atmosférica, calidad ambiental, sanidad y salubridad

**El derecho a respirar un aire limpio se abre paso poco a poco en la conciencia ciudadana colectiva, que conoce su doble afección al derecho a un medio ambiente adecuado y al derecho a la protección de la salud.**

Precisamente la protección de salud, fue el motivo esencial del expediente de queja 20/2323, que incoamos a instancia de una asociación ecologista que denunciaba la **quema de residuos tóxicos** producida en una zona denominada El Palmete, comprendida entre la planta de tratamiento de aguas residuales EDAR La Ranilla, el río Guadaíra, la autovía SE-30 y la carretera A-8028, que enlaza la A-92 con la SE-30.

En dicha zona, incluso después de declararse el estado de alarma, según se nos trasladaba, se habrían venido produciendo con frecuencia quemas de residuos generadores de humos tóxicos que incidían en las barriadas de San José de Palmete, La Doctora, Padre Pío y La Negrilla, todas ellas ya pertenecientes al término municipal de Sevilla.

La asociación promotora de la queja consideraba que las Administraciones Públicas competentes “no deben permitir una práctica ilegal inaceptable en términos de salud pública, que atenta contra el medio ambiente y que es utilizada como método fácil y barato para conseguir un lucro sin considerar los graves daños que se ocasionan para la salud, sorteando a los gestores de residuos homologados”.

Por ello, nos dirigimos en petición de informe al Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra y a la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible, encontrándose el expediente aún en tramitación a fecha de cierre del presente Informe Anual.

Por su parte, el expediente de queja 20/0300 lo incoamos tras recibir escrito de un vecino de Mijas, Málaga, que denunciaba la **pasividad municipal frente a sus denuncias** contra una actividad de polvo y materiales de construcción que una empresa desarrollaba a escasa distancia de su domicilio, generando elevados niveles de polvo que en opinión del reclamante constituyen contaminación atmosférica. Denunciaba también esta actividad por episodios frecuentes de contaminación acústica y un elevado tránsito de vehículos pesados en las inmediaciones.

En este expediente, aunque hemos recibido un informe del Ayuntamiento de Mijas, hemos solicitado un informe complementario que seguimos a la espera de recibir a fecha de cierre de este Informe Anual.

Finalmente, citamos también en este apartado relativo a la contaminación atmosférica el expediente de queja 20/6370, promovido por un vecino de Martos, Jaén, y aún en tramitación a fecha de cierre de este Informe Anual, por las incidencias que sufría en una finca de su propiedad con motivo de la **contaminación generada por la actividad de una planta orujera** situada en el entorno.

Sobre dicho asunto, en espera de recibir el informe interesado a la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible, ya se tramitó en esta Institución el expediente de **queja 14/3700**, en el que se emitieron dos informes por parte de la entonces Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, de cuyo contenido dimos cuenta en la petición de informe cursada con motivo de la nueva queja.

Ya en materia de **salubridad**, resulta ilustrativo el expediente de queja 20/5367, que tramitamos a instancia del propietario de una vivienda sita en la localidad jiennense de Cabra del Santo Cristo, que exponía que en la parte trasera de la misma se había cercado un terreno colindante en el que se había estabulado ganado, primero esporádicamente y luego de forma permanente, “con lo que las condiciones de insalubridad, pulgas, olores, ruidos, molestias, etc. se acrecentaron”. Tras fracasar la vía amistosa con el propietario del ganado, denunciaron los hechos al Ayuntamiento, sin obtener respuesta.

Tras admitir a trámite la queja, el Ayuntamiento de Cabra del Santo Cristo nos ha enviado informe conforme al cual “personada la policía local en el terreno en cuestión al objeto de emitir informe para la apertura de procedimiento sancionador si procede, se emite informe del que se adjunta copia por el que se establece que no existe en dicho terreno actividad de estabulación de ganado”.



Este informe era de fecha posterior al último escrito del reclamante insistiendo en la presencia de animales en el terreno colindante a su vivienda. Por ello, dimos traslado al mismo del referido informe significándole que dejase transcurrir un plazo prudencial de tiempo en el que observar si volvían los animales al inmueble, y en caso de que así aconteciera, previa denuncia por escrito ante el Ayuntamiento, para que contactase con nosotros adjuntándonos copia de la nueva denuncia, a fin de que realizáramos nuevas actuaciones.

Aunque el expediente de queja sigue abierto, no hemos vuelto a tener más noticias del promotor del mismo un mes después de nuestra última comunicación, por lo que, en principio, cabe considerar que el problema de fondo ha quedado resuelto.

El expediente de queja 20/4388 lo hemos tramitado a instancia de un vecino de Guillena, Sevilla, que se quejaba de que había presentado en el Ayuntamiento de dicha localidad, así como en la policía local, numerosas denuncias contra su vecino de la vivienda colindante, y contra una Plataforma protectora de animales, por **alimentar a gatos callejeros**, en contra de lo establecido en la ordenanza municipal de tenencia de animales, dando lugar a colonias de estos animales que acudían a la vivienda de su vecino y que terminaban entrando en la suya propia, generando no solo problemas de salubridad por orines y excrementos y daños en vehículos y bienes, sino también problemas de salud por alergias al pelo de gato.

Al parecer, la única respuesta que había tenido del Ayuntamiento de Guillena había sido un oficio con el que se le comunicaba que se estaba *“procediendo a la tramitación del expediente por el departamento correspondiente”*. Sin embargo, el afectado no había notado ningún cambio en este problema y en verano se agravaba incluso más con las altas temperaturas, siendo no obstante un problema que sufría todo el año.

Admitimos a trámite la queja y nos dirigimos en petición de informe al Ayuntamiento de Guillena, si bien a fecha de cierre del presente Informe Anual no ha respondido aún, por lo que mantenemos abierto el expediente.

### 1.13.2.1.3. Desarrollo rural

...

Pues bien, en materia de desarrollo rural podemos citar un expediente, que también podría ser incluido en la anterior materia de contaminación atmosférica, pero que posee un componente de desarrollo rural que ha motivado que sea destacado en este apartado. Nos referimos al expediente 20/0783, al que quedaron acumulados otros dos expedientes por el mismo asunto.

Este expediente venía precedido de la queja de un vecino de la localidad de Castellár, Granada, que planteaba que *“Muchos ciudadanos de la localidad de Castellár en Granada están alarmados ante lo que consideran una **proliferación incontrolada de granjas porcinas** en los últimos años”*, dado que ya *“En esta localidad hay 64 naves de cerdos de grandes dimensiones”*, en una de las zonas más despobladas de la provincia.

Alertaba este vecino de la incidencia de las granjas ya existentes, y de las ampliaciones en curso, no solo en el aspecto medioambiental y en la **contaminación atmosférica, odorífera y el impacto de los purines en las tierras y en las aguas del entorno**, sino en lo que al desarrollo de la zona se refería, que quedaba vinculado a una sola actividad con gran incidencia e impacto ambiental y social, que no dinamizaba realmente la economía de la zona, presentando un bajo índice de creación de puestos de trabajo y que ligaba la imagen de la población a una industria que no hacía justicia a los valores paisajísticos y etnográficos de la zona.

Admitida a trámite la queja e interesado el preceptivo informe del Ayuntamiento de Castellár, finalmente tuvimos que suspender actuaciones al conocer por uno de los reclamantes que el problema de fondo estaba también en conocimiento de un juzgado, al que se habían denunciado presuntas irregularidades en el proceso de ampliación de la granja que había motivado la queja.

...



### 1.13.2.1.5. Limpieza viaria, residuos y vertederos

...

Finalmente, podemos también citar el expediente iniciado de oficio en la **queja 20/8696**, que igualmente tramitamos cuando conocimos por medios de comunicación otra denuncia pública de una asociación ecologista por la **existencia de tubos de amianto, presuntamente abandonados**, en una zona del Parque Natural Bahía de Cádiz, cuya retirada inmediata se había solicitado a la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible.

Al parecer, usuarios del parque natural habían advertido a la organización de la presencia de estos restos, concretamente tubos, en la zona próxima al "Meadero de la Reina", en término municipal de Puerto Real, Cádiz. Tales tubos procederían supuestamente de alguna obra del entorno, por lo que se pedía una investigación para determinar el origen de los residuos y poder sancionar su vertido.

Incoada de oficio la actuación, nos hemos dirigido en petición de informe a la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible, si bien a fecha de cierre del presente Informe Anual no hemos recibido respuesta.

### 1.13.2.1.6. Aguas

En materia de aguas tramitamos el expediente de queja 20/7168, a instancia de un grupo político municipal de Níjar, Almería, que nos trasladaba que a lo largo de la conocida como Rambla Artal de esa localidad, que cruza el término municipal de norte a sur, se estarían *"produciendo diferentes **vertidos incontrolados de aguas fecales sin depurar**, procedentes de la tubería de saneamiento que transporta dichos residuos desde las pedanías de Níjar (...) hasta la estación depuradora situada en la pedanía de El Viso"*.

Tales vertidos, según constaba en el escrito de queja, estarían produciéndose desde hacía más de un año, concretamente desde el 13 de septiembre de 2019, con motivo de los daños producidos en las tuberías por las lluvias torrenciales del fenómeno meteorológico denominado "DANA", *"sin que hasta la fecha se hayan solucionado las deficiencias, lo que supone, sin ningún género de dudas, una contaminación de los acuíferos de la zona, además del peligro para la salud pública"*.

Precisamente por ello habían presentado una denuncia por posible daño medioambiental ante el SEPRONA de la Guardia Civil, con fecha 24 de septiembre de 2020, así como una solicitud de intervención ante la Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible, en fecha 2 de octubre de 2020.

A propósito de estos vertidos, también se hacía constar en el escrito expositivo de la queja, que los hechos podrían constituir irregularidad en lo que afecta al tratamiento tributario, *"dado que en el recibo del agua y saneamiento, que la empresa gestora del servicio (Emanagua empresa Mixta Municipal de Aguas de Níjar, S.A.) emite a todos y cada uno de los ciudadanos nijareños con carácter periódico, se detalla el concepto de liquidación por prestación del servicio público de tratamiento y depuración de aguas residuales, cuando es el del todo evidente, que no está prestando"*.

Valorado este asunto y, en especial, las consecuencias medioambientales y sanitarias que podrían estar causando en aquellos momentos esos vertidos de aguas fecales sin depurar, decidimos intervenir, sin perjuicio de la tramitación que siguiera, en su caso, la denuncia interpuesta ante el SEPRONA, cuyo contenido y trámites subsiguientes excluíamos expresamente de nuestra intervención en cumplimiento de nuestra Ley reguladora.

Es decir, nuestra actuación se limitaría a una cuestión, la relativa a las actuaciones que el Ayuntamiento de Níjar hubiera seguido para **comprobar y, en su caso, dar solución, aunque fuera provisional, a la rotura de las tuberías que conducen las aguas fecales** de las pedanías a la estación depuradora, y que estría produciendo vertidos sin depurar en la denominada Rambla Artal.



Por ello nos dirigimos tanto al Ayuntamiento de Níjar, como a la Empresa Mixta Municipal de Aguas de Níjar, S.A. (EMANAGUA), en petición de informe, que a fecha de cierre de este Informe Anual no hemos recibido, interesando conocer especialmente las medidas a adoptar, en su caso, aunque sean provisionales, para dar solución a este problema de vertidos sin depurar.

...

## 2. Área de mediación

### 2.2.1. Análisis cuantitativo

#### 2.2.1.1. Análisis cuantitativo de los expedientes de quejas de mediación

...

Por lo que respecta a **salud**, se han tramitado con mediación quejas sobre todo relativas a asistencia de atención primaria y especializada, en concreto, referidas a salud mental (quejas como la 20/7071 o las 20/2091y 20/2969).

...

- En el asunto 19/6424, que plantean padres usuarios del servicio de paliativos pediátricos de un hospital, se abordaba la insuficiencia de recursos humanos en proporción a la población llamada a atender, y en consideración a las diferencias con las estructuras organizativas en otras provincias andaluza, generándose un agravio comparativo. Ello impedía, a juicio de los promotores, una atención domiciliaria, como sería deseable tener prevista en este servicio. Los interesados en su petición recordaban que existe una Proposición No de Ley apoyada por todos los grupos parlamentarios en el 2006 y que no se ha avanzado nada desde entonces en su desarrollo.
- La primera reunión mediación tuvo lugar el 15 de julio de 2020 en la Institución con el compromiso de la administración hospitalaria de solicitar el refuerzo en la plantilla y lograr que desde la administración autonómica se trate de impulsar el reforzamiento y estabilidad del servicio.
- La segunda y última reunión tuvo lugar el 1 octubre de 2020, en la que la dirección hospitalaria anunció la incorporación de una segunda plaza de enfermería. Por parte de las distintas áreas de la Administración Autonómica representadas, se informó también de la publicación en BOJA de 7 de septiembre de 2020, la Orden de 3 de septiembre de 2020, por la que se crea la categoría profesional estatutaria de Medicina de Recursos Avanzados de Cuidados Paliativos en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud. Y, por último, se anunció la renovación del acuerdo con la Fundación la Caixa que va a permitir dar continuidad al psicólogo del equipo de cuidados paliativos pediátricos. Junto a todo ello, se asumió el compromiso de seguir trabajando en aspectos como el incremento de la atención domiciliaria y de homogeneizar la configuración de este servicio en el mapa de Salud Pública Andaluz, en función de la población.

...

## 3. Oficina de Información y Atención a la Ciudadanía

### 3.3. Análisis cualitativo de las quejas

#### 3.3.9. Salud

El número de consultas por falta de atención de los servicios sanitarios a la ciudadanía ha sido muy importante. De las que hemos recibido en este último periodo del año podemos citar las consultas 20/12147, 20/12167, 20/13872, 20/14351 y 20/15081 cuando esa situación se ha producido en centros de atención primaria. También han crecido las que afectan a falta de atención médica especializada y hospitalaria como nos han relatado las personas que se han dirigido a nosotros en las consultas 20/10701, 20/13782, 20/14298, 20/14654 y 20/15359.



Aunque no afecta al ámbito de supervisión de esta Institución, también hemos recibido llamadas denunciando la falta de atención de las oficinas de la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado, que motivaron las consultas 20/12437 y 20/15718. En la consulta 20/11507 la interesada era del colectivo de personas que se integran en este Régimen Especial de la Seguridad Social pero la cuestión concreta fue que en la zona destinada a urgencias atendían, sin separación física, a las personas que acudían solicitando los servicios de urgencia y las que acudían para la realización de pruebas de Covid-19.

También en las consultas 20/15376 y 20/15386 se hacía referencia a la inadecuada atención para la vacunación de la gripe debido al aumento de personas que solicitaron esta vacuna y no disponían de viales para ellas; y a una mala praxis médica durante esa vacunación.

**“La inadecuada atención para la vacunación de la gripe debido al aumento de personas que solicitaron esta vacuna y no disponían de viales para ellas”**

En cuanto a disconformidad de la ciudadanía con las medidas sanitarias adoptadas por el Gobierno de la Nación o de la Comunidad Autónoma para atajar los brotes, podemos citar la consulta 20/11122 en la que cuestionaban la prohibición de fumar en terrazas públicas, la 20/12257, en la que se nos decía, a mediados de octubre, que el municipio tenía un brote y trasladaron diversas cuestiones sobre el uso de la mascarillas en centros de trabajo o la 20/13732 en la que un vecino de El Granado (Huelva) se puso en contacto con nosotros a mediados de octubre para decirnos que en el municipio estaban aumentando los casos de Coronavirus de forma exponencial; la tasa de contagios era muy superior a la recomendable: de 500 habitantes, la mayoría mayores, tenían más de 30 casos, un fallecido y varios en el hospital. El Ayuntamiento, que había recomendado el autoconfinamiento a la población, había pedido ayuda a la Consejería de Salud y ésta no se la prestaba. No les realizan test ni habían aumentado el tiempo de visita del médico, que sólo acudía dos horas al día.

Aunque la consulta 20/13361 se incluyó en la materia de transportes, podemos citarla en este apartado debido a la incidencia que tiene en nuestra salud. Esta persona, a través de las redes sociales, se dirigió a nosotros para denunciar la situación que se encontraba en los vagones del Metro de Granada entre las 7:15 y 7:45 de la mañana: *“Esas horas son claves para trabajadores SAS y estudiantes puesto que el parque [Parque Tecnológico de la Salud] aglutina sanidad, formación e investigación. Es horroroso y vergonzoso ver, y vivir, cómo va la línea en esa franja horaria. Incumplen absolutamente la principal medida antiCovid, distancia de seguridad, vamos como sardinas en lata. Asimismo, y contrario a toda lógica, en los 8/10 minutos que distan entre los pases del transporte se puede comprobar que en la línea contraria, dirección Albolote, pasa con más asiduidad y con menos usuarios. Es absurdo, la línea más demandada tenga menos afluencia de servicio y, por tanto, va sobrecargada. Y si ya de por sí es absurdo, más si añadimos que estamos en una pandemia”*.

## 4. Quejas no admitidas y sus causas

### 4.3. De las quejas rechazadas y sus causas

...

Por falta de competencia se han inadmitido 188 quejas en 2020. Cerca de una cuarta parte de ellas corresponde a quejas del área de Salud, en la que a menudo se plantean cuestiones sujetas a la apreciación técnica de los profesionales sanitarios, como puede ser el acuerdo de alta de una persona en situación de incapacidad temporal de larga duración; cuestiones técnicas que el Defensor no puede revisar, debiendo limitarse a comprobar si se ha cumplido el procedimiento establecido para garantizar los derechos del paciente.

...



## REVISTA DEL INFORME ANUAL

### 03. Nuestras propuestas

#### Priorizar la atención a la salud mental de niños y adolescentes

La pandemia y sus devastadoras consecuencias no han afectado solo a la salud física. También ha extendido sus tentáculos a la salud mental, y aunque aún es pronto para determinar los efectos que el duro confinamiento y las medidas posteriores impuestas están teniendo en niños y niñas, son ya muchos los expertos que han comenzado a alertar sobre su impacto negativo.

Problemas de ansiedad o depresión parecen ser los más comunes. Estos mismos expertos no han dudado en señalar los **riesgos de agravamiento de los problemas de salud mental ya existentes antes del confinamiento**. Las preocupaciones familiares por el futuro económico, el desempleo, el cierre de los colegios, la incertidumbre generalizada sobre el futuro, la interrupción de terapias específicas, la violencia en el ámbito familiar, o las enfermedades mentales de los progenitores son factores que pueden influir negativamente en patologías mentales previas.

Y sobre todo, debemos estar atentos a las **consecuencias que la pandemia está ocasionando en la salud mental de los niños más vulnerables**. Aquellos que parten de una situación de desventaja respecto de los demás. Nos referimos a niños y niñas en riesgo de exclusión social; niños y niñas víctimas de la violencia en el seno de la familia; niños y niñas víctimas de trata; niños y niñas con discapacidad; o niños y niñas migrantes.

En una comparecencia en la Comisión de Regeneración del Parlamento, el Defensor del Menor abogó porque la salud mental de la infancia y adolescencia ocupe un lugar destacado en las políticas que se diseñen para la recuperación de la crisis provocada por la COVID-19 en nuestra Comunidad Autónoma. Debemos actuar de forma urgente en la prevención y detección de los problemas de salud mental que hayan podido surgir tras el confinamiento o bien que se hayan visto agravados como consecuencia del mismo o de la adversa situación social derivada de la pandemia.

La salud mental no debe quedar olvidada o relegada a un segundo plano. Es necesario fortalecer la red de salud mental y de apoyo psicosocial para las personas menores de edad. Una red que, por otro lado, parte de una endémica infradotación en el sector de la infancia y adolescencia. Es en este contexto desde donde reclamamos reforzar las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil para atender adecuadamente toda la demanda, poniendo los medios necesarios para evitar empeorar su endémica saturación.

*Más información en Informe Anual 2020. Capítulo 7 Infancia y Adolescencia, epígrafes 1.7.1 y 1.7.2.7*

### 04. Mejorar las normas

#### Vehículos de transporte de movilidad personal en tiempos de pandemia

##### Uno de los efectos de la crisis sanitaria ocasionada por la pandemia del coronavirus ha sido un aumento del uso de la bicicleta, habiéndose registrado de forma paralela un considerable aumento de sus ventas

Es por esta razón que se demanda por amplios sectores sociales medidas de apoyo por parte de las administraciones para que este medio de transporte se consolide como una alternativa real frente a los transportes motorizados.

Estos vehículos constituyen, además, una buena alternativa para eludir el peligro de contagio de los metros y autobuses en las horas punta y, por ello, se está utilizando cada vez más como medio para realizar los trayectos diarios al trabajo o a otras actividades cotidianas.

Algunos ayuntamientos, conscientes de esta realidad, han tomado medidas para facilitar este tipo de transporte que resulta menos contaminante e invasivo de los espacios públicos.



A nivel estatal, las competencias sobre organización de la movilidad las ostenta el Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, que ha puesto en marcha un proceso participativo para elaborar una Ley de Movilidad Sostenible que potencie los modos de transporte menos contaminantes.

En este orden de cosas, la Red de Ciudades por la Bicicleta presentó durante el estado de alarma un plan de choque que incluía entre otras medidas **ampliar las redes ciclistas**, coordinar los semáforos para priorizar peatones y ciclistas, hacer respetar los límites de velocidad, facilitar espacios de aparcamiento seguro y la puesta en marcha de ayudas para la compra de bicicletas.

Pues bien, en el marco descrito, cabe resaltar que en 2020 concluía la vigencia del Plan Andaluz de la Bicicleta 2014-2020. Un ambicioso Plan que, por diversas circunstancias, no ha alcanzado los propósitos iniciales en cuanto a la creación de infraestructuras destinadas al uso de este medio de transporte personal.

El Plan pretendía propiciar un mayor uso de este medio de transporte y aportar el marco estratégico que contribuyera a la obtención de los objetivos territoriales y ambientales que tenía planteada la Comunidad Autónoma Andaluza. Constituyó una apuesta en favor de la movilidad sostenible, al abordar no solo la infraestructura viaria, sino también elementos complementarios como aparcamientos, la intermodalidad o medidas de concienciación ciudadana y de gestión.

Las inversiones previstas en el Plan se contemplaban en cuatro programas: Redes Urbanas, Redes Metropolitanas, Aparcamientos y Red Autonómica, ascendiendo a una cuantía total de 421,47 millones de euros a desembolsar durante su periodo de vigencia.

Desgraciadamente, los recortes presupuestarios derivados de la crisis económica que ha venido afectado a nuestro país y a nuestra Comunidad Autónoma en los últimos años, en concreto desde 2008, han impedido que estas inversiones se hayan podido desembolsar y, por tanto, las infraestructuras con las que se pretendía contar no han llegado a ejecutarse. También se ha cuestionado jurídicamente que la Junta de Andalucía pueda invertir cantidades en la ejecución de infraestructuras de titularidad municipal.

En comparecencia parlamentaria de la titular de la Consejería en 2019 se manifestó que únicamente se habían ejecutado 142,2 kilómetros de carril bici de los 4.392 previstos en el plan. Concretamente, a un año de finalizar, se habían construido 13 kilómetros en Sevilla, 10 de Córdoba y 2,3 kilómetros de Huelva, destacando que en Málaga no se había ejecutado un solo kilómetro nuevo de carril bici durante estos años.

No cabe desconocer que la situación de crisis económica antes citada obligó a un replanteamiento de las inversiones previstas y a priorizar necesariamente la implementación de políticas sectoriales destinadas, al menos, a sostener los servicios públicos básicos y las demandas sociales más inmediatas. La actual situación de crisis sanitaria, económica y social generada por la pandemia del COVID-19 no hace sino ahondar en la necesidad de priorizar el uso de los recursos económicos a las mismas finalidades antes citadas.

Ello exige revisar con realismo, eficacia, celeridad y proporcionalidad, las políticas a desarrollar, de forma que planes tan relevantes y con tanta incidencia en los derechos a un medio ambiente adecuado y a la protección de salud, como el Plan Andaluz de la Bicicleta, se vuelvan a retomar en un marco adecuado al nuevo escenario económico intentando priorizar aquellas actuaciones de mayor interés.

El incumplimiento del plan por problemas de financiación hubiera debido determinar, en su momento, que se dieran los pasos necesarios e imprescindibles para que la revisión del plan se abordara con rigor, se discutieran las alternativas y se fijaran, de manera consensuada, los objetivos a conseguir. No podemos apreciar que se actuara en tal sentido y, finalizando la vigencia del frustrado Plan 2014-2020, esta Institución estimó que la demanda social y la apuesta por un desarrollo equilibrado y sostenible exige, atendiendo a la demanda social inicialmente expuesta, que se vuelva a apostar en la medida de los recursos disponibles por un uso decidido de la bicicleta impulsando políticas públicas que mejoren y aumenten las infraestructuras para ello.

Por estas razones, resultaba oportuna la apertura de una queja de oficio, **queja 20/7140** con objeto de recabar de la Viceconsejería de Fomento, Infraestructuras y Ordenación del Territorio su posicionamiento acerca de estas cuestiones, teniendo en cuenta que se ven afectados derechos constitucionales como el



de protección de la salud (artículo 43 CE), a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona (artículo 45 CE), así como el deber de los poderes públicos de fomentar la educación física y el deporte (artículo 43 CE).

Más información en Informe Anual 2020. Capítulo 1.9. Movilidad y Accesibilidad, epígrafe 1.9.1

## 05. Atender las quejas

### Sanitarios Covid-19

#### El reconocimiento a la profesionalidad del personal sanitario durante la Covid-19

El año 2020 trajo consigo un considerable aumento de las quejas presentadas en el Defensor del Pueblo Andaluz en relación con la prevención de riesgos laborales y la adopción de medidas de protección de la salud de las personas trabajadoras en un contexto de especial gravedad, como es la pandemia de la Covid-19.

Las quejas recibidas coincidían en poner de manifiesto el riesgo para la salud de estas personas, al no haberse adoptado, por parte de las empresas en las que trabajaban, las medidas organizativas o preventivas para asegurar la protección de la salud.

En el ámbito público, las quejas recibidas denunciaban la falta de medidas eficaces de protección en materia de seguridad y salud en el trabajo del personal de este sector y el deber de las Administraciones públicas de garantizar su protección de conformidad con lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL).

“La insuficiencia de medios facilitados a los profesionales de los centros e instalaciones sanitarias para el cumplimiento de sus funciones asistenciales”

Entre estas **quejas**, dentro de la pandemia sanitaria que estamos viviendo, es necesario destacar, por sus importantes consecuencias y la repercusión social que han tenido, las **relacionadas con la situación del personal de los centros sanitarios y sociosanitarios**. Los colegios profesionales y el personal de estos centros nos denunciaron la grave situación que afectaba a estos profesionales por la falta de medios de protección para el desarrollo de sus delicadas funciones asistenciales y los graves perjuicios que esa situación les había causado en los primeros meses de la pandemia.

**La gravedad de las denuncias recibidas, motivó que nos dirigiéramos de forma urgente a las autoridades sanitarias para que nos informaran sobre la realidad de dicha situación. Y, asimismo, demandamos que se actuara de forma inmediata, para proporcionar las medidas y equipos de protección que están obligados a facilitar** a los profesionales sanitarios para el cumplimiento de sus delicadas funciones sin riesgos para su salud.

La Administración sanitaria nos informaba sobre los procedimientos y protocolos para la prevención de riesgos laborales y protección frente a agentes biológicos que se venían aplicando a todos los profesionales sanitarios, con carácter general, y las medidas específicas a adoptar según el tipo de actividad profesional. Sin embargo, nada se decía sobre la evidente insuficiencia de los equipos de protección individual (EPI) para dicho personal a fin de evitar los riesgos para su salud, o haber mitigado, en su defecto, los efectos de su exposición a los mismos, y las consecuencias que el desempeño de sus funciones asistenciales estaba teniendo para este colectivo profesional.

Al abordar esta cuestión, lo primero que ha de tenerse en cuenta es que la normativa de prevención de riesgos laborales impone a la Administración sanitaria, en este caso, como empleadora, la obligación legal de proteger al personal a su servicio (art. 14 LPRL). Ello conlleva, necesariamente, también la obligación



de dotarles de los medios preventivos que fueran precisos para que realicen su trabajo con las mínimas e imprescindibles condiciones de seguridad para su salud. Consiguientemente, en caso de incumplimiento no justificado de esa obligación se estaría infringiendo dicha normativa exponiendo a este personal a un riesgo grave para su salud.

La insuficiencia de medios facilitados a los profesionales de los centros e instalaciones sanitarias para el cumplimiento de sus funciones asistenciales, aún cuando no se hace mención a la misma en los informes remitidos por la Consejería de Salud y Familias, resulta notoria y evidente. Y así se ha constatado en los hechos probados y consideraciones de distintas decisiones judiciales que se han pronunciado sobre esta cuestión.

En este sentido, de modo rotundo se constatan estos extremos en el Auto dictado por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, de 17 de abril de 2020, por el que se requiere a la Administración sanitaria andaluza que, a la mayor brevedad posible, suministre al personal facultativo el material de protección necesario para el desarrollo de sus funciones asistenciales durante la pandemia de la Covid-19, contando con la protección necesaria para protegerse de la infección. Reconociéndose en dicho Auto, que: *"es notoria la insuficiencia inicial de medios de protección a nivel nacional y también autonómico para proteger a todos los ciudadanos y, entre ellos -en primer lugar, como no puede ser de otro modo-, al personal sanitario"*.

Insuficiencia que, igualmente, se contempla en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo 1271/2020, de 8 de octubre, en la que se afirma que *"no hay duda de que las Administraciones correspondientes debían proveer de medios de protección a los profesionales sanitarios y, en especial, el Ministerio de Sanidad a partir del 14 de marzo de 2020, ni de que estos profesionales tenían derecho a que se les dotara de ellos. Sin embargo, no se les facilitaron los necesarios y como consecuencia su integridad física y su salud sufrieron riesgos"*.

Por todo ello, y aún cuando transcurrido los primeros meses desde la declaración de la pandemia se recondujo dicha situación -poniendo a disposición del personal sanitario los EPI precisos para el desempeño de sus funciones-, hemos de concluir que, como mantienen las organizaciones colegiales y los profesionales que nos dirigieron sus quejas, en los primeros meses de pandemia no se adoptaron por las Administraciones sanitarias todas las medidas necesarias para la prevención de los riesgos a que previsiblemente iba a estar expuesto el personal sanitario como consecuencia de la misma.

No obstante, en este contexto hay que tener en cuenta que, como se reconoce en la referida Sentencia del Tribunal Supremo, durante este periodo concurrieron *"unas circunstancias absolutamente excepcionales, desconocidas desde hace muchas décadas y que esa excepcionalidad se ha manifestado a escala mundial y puede haber ocasionado serias dificultades de abastecimiento de medios de protección en los mercados internacionales"*.

Más Información en Informe Anual 2020. Capítulo 1.5. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social, epígrafe 1.5.2.1.

## 06. Atención e información ciudadana

### Mejorar y humanizar los servicios de Información y atención ciudadana

*Ya va para un año que la vida, eso tan serio que decía Gil de Biedma, se volvió del revés y nos sacó la lengua de su peor caricatura. Todo empieza a ser otra cosa, aunque para alguna gente la vida seguía siendo la de siempre: ese inhóspito lugar donde vivir es abrirle la puerta a la tristeza. O a la rabia, que es una de las maneras más legítimas de enfrentarse a la desesperación.* (Alfons Cervera)<sup>1</sup>

Durante este año hemos podido comprobar que las personas que se encontraban ya en una situación de vulnerabilidad social previa a la crisis sanitaria, han visto incrementadas sus dificultades para hacer frente a sus necesidades más básicas.

<sup>1</sup> [https://www.infolibre.es/noticias/opinion/plaza\\_publica/2021/02/02/nos\\_ponemos\\_salvar\\_semana\\_santa\\_116178\\_2003.html](https://www.infolibre.es/noticias/opinion/plaza_publica/2021/02/02/nos_ponemos_salvar_semana_santa_116178_2003.html)



La llegada de la pandemia se produjo en un contexto en el que una parte más que considerable de la ciudadanía no había tenido tiempo de comenzar a recuperarse de los efectos de la crisis económica que comenzó en 2008. Jóvenes, mujeres con hijos, personas mayores de 45 años expulsadas del mercado de trabajo, personas sin hogar, inmigrantes, trabajadores precarios con bajos salarios y con contratos temporales y *personas con alquileres altos y sueldos bajos se han tenido que apretar todavía más un cinturón sin espacio para nuevos agujeros*.<sup>2</sup>

Ante este escenario en el que la Administración pública debería actuar, si cabe, con más **eficiencia y eficacia**, nos hemos encontrado que la Administración pública es un vehículo penosamente adaptado a las necesidades de 2020.

Prestaciones que aprueban para atender a las personas en situación de vulnerabilidad social y que por las propias características deben de tener un procedimiento rápido y fácil de usar se convierten, en palabras de Sara Mesa<sup>3</sup>, en un **laberinto burocrático**: "*La máquina burocrática no está pensada ni diseñada a su favor; lo contrario es más verdadero*".

Así nos hemos encontrado con prestaciones como la Renta Mínima de Andalucía que se debía tramitar en dos meses, las ayudas al alquiler o las prestaciones no contributivas, en tres meses, que están tardando más de un año y reinando el silencio administrativo negativo en todas ellas.

Víctor Almonacid, Secretario de un Ayuntamiento, nos decía en una conferencia de finales de 2020: *Quería que sintieseis lo que siente un ciudadano. ¿Puede haber algo más indignante y bochornoso que el silencio administrativo? Que una persona se dirija a la Administración y que ésta no se digne a contestarle es absolutamente vergonzoso. ¿Por qué o para quién existimos?*<sup>4</sup>

El cierre, lógico y necesario, en un primer momento de las Administraciones públicas dejó indefensos a grandes sectores de la población y puso en evidencia el retraso de la puesta en marcha de una buena Administración electrónica en muchos de los organismos que debían gestionar procedimientos y prestaciones sociales así como que dicha administración no estaba preparada para esta situación.

En los dos primeros meses del estado de alarma, nos encontramos con que muchos de los procedimientos de ayudas y de prestaciones sociales no podían seguir tramitándose porque la mayoría de los expedientes no estaban digitalizados y el personal funcionario que debía tramitarlos, no podía acudir a la oficina, ni disponía de medios ni habilidades para realizar esta prestación de servicios a través del teletrabajo.

Y por otro lado, **la brecha digital**. Durante todo este año hemos detectado las dificultades para tramitar solicitudes de manera informática para la mayoría de las personas, al carecer de certificado digital y por la propia falta de claridad de los formularios. Además de que las **nuevas tecnologías no están al alcance de todos**. No toda la población tiene acceso a equipos informáticos con conexión a internet y la mayoría de procedimientos son muy complicados de realizar por este medio.

Procedimientos mal diseñados y nada amigables en su utilización; trámites que exigían la aportación de documentos que no estaban al alcance de una población confinada en sus domicilios; peticiones de datos que ya obraban en poder de la administración y resultaban de difícil o imposible aportación para el solicitante; instrucciones redactadas con un lenguaje burocratizado, difícil de entender para el ciudadano medio y mucho más para las personas vulnerables a las que iban dirigidas.

De todas las reclamaciones recibidas las más repetidas han sido las que denunciaban la inexistencia de canales de atención al público que ayudaran a resolver las dificultades de la tramitación telemática y las que denunciaban la imposibilidad de acceder a información sobre el estado de tramitación de las solicitudes presentadas o de los procedimientos en curso. La desesperación y la indignación ciudadana ante unos teléfonos de información que nunca dejaban de comunicar o nadie contestaba ha sido un auténtico clamor durante todo el periodo de estado de alarma.

**La suspensión de la atención presencial** en muchas de las oficinas de la Administración pública y en los servicios sociales municipales ha afectado a la población más vulnerable, que acudía a las oficinas de manera presencial y que no disponía de destrezas informáticas o de dispositivos electrónicos.

2 Guillermo Martínez: Las esenciales no llevan corbata. Revista Público. Especial y llegó la Pandemia. Junio 2020.

3 Sara Mesa. - Silencio Administrativo. La pobreza en el laberinto burocrático. Editorial Anagrama.

4 Víctor Almonacid. - La nueva normalidad en la nueva Administración.



También **consideramos excesiva la necesidad de cita previa para cualquier gestión** ante los registros de la Administración: para presentar un escrito de reclamación previa, una subsanación de solicitudes, presentar prestaciones, solicitar información, etc. Cita previa que la mayoría de las veces se tenía que pedir de manera telemática, ya que los teléfonos en muchas administraciones estaban colapsados o no eran atendidos (Servicios de Empleo Estatal, Seguridad Social, Servicios Sociales, etc.). Además en aquellas administraciones donde era posible solicitar cita previa, se producían retrasos de más de 15 días o un mes para conseguirlas, o directamente informaban de que no había citas disponibles.

## “Consideramos excesiva la necesidad de cita previa para cualquier gestión ante los registros de la Administración”

Es necesario implantar sistemas ágiles y flexibles de canales de comunicación con los ciudadanos para que ninguna persona se quede atrás en el ejercicio de sus derechos de información o para tramitar sus solicitudes o demandas de prestaciones.

*“Yo he llamado más de 100 veces y no me cogen nunca el teléfono. Como me sale apagado, comunica o fuera de cobertura, no sé nada de mi solicitud, si me falta algún papel o me lo han denegado. En Septiembre hará dos años que solicité la prestación: yo creo que algo no va bien y no sé nada más. ¿Qué se puede hacer para que me cojan el móvil o saber algo de mi salario social? Pido por favor que me ayude a saber más porque no sé que es lo que se puede hacer.”*

Desde esta Institución coincidimos con la Recomendación General del Ararteko de 5 de noviembre de 2020 donde se hace una llamada expresa a que todas las Administraciones públicas adopten las medidas imprescindibles para que la atención telefónica y también la presencial, y no solo la telemática, funcionen de forma apropiada para prestar la atención debida a la ciudadanía.

Recomendando que se adopten, *en su caso, medidas de refuerzo en esos servicios asistenciales físicos o la mejora de prestación de servicios por los canales telefónicos, pues ambas vías son las que más utilizan en sus relaciones con las entidades públicas las personas de mayor edad, o las que disponen de menos recursos o carecen de medios tecnológicos o de competencias digitales, y no pueden verse penalizadas por esas circunstancias cuando pueden ser paliadas con medidas preventivas y de refuerzo de personal, ya que ello supone un tratamiento discriminatorio que afecta al principio de igualdad y a la naturaleza del Estado social y de Derecho comprometido con la remoción de los obstáculos, que impiden o dificultan su ejercicio o la participación de las personas en la vida política, económica, cultural y social.*<sup>5</sup>

Desde el Defensor del Pueblo Andaluz hacemos una apuesta decidida por que el servicio público que se ofrezca proporcione siempre y en todo caso proximidad, asistencia personal y asesoramiento, empatía y acompañamiento a quienes sufren desigualdades (también de brecha tecnológica). Esa es la auténtica idea de servicio público. Por ello, entre otras cosas, los servicios de atención a las personas (sanitarios y sociales, entre otros) deben salir revalorizados de esta pandemia y de la tremenda crisis ulterior, así como frente a la revolución tecnológica. Nunca podrán ser totalmente sustituidos por máquinas ni por artefactos digitales. Ese será su gran valor y su gran servicio público.<sup>6</sup>

Más información Informe Anual 2020, capítulo 3. Oficina de Información y Atención a la Ciudadanía, epígrafe 3

5 Recomendación general del Ararteko 4/2020, de 5 de noviembre: Necesidad de reforzar la atención ciudadana para evitar perjuicios en el ejercicio de los derechos de las personas con las Administraciones públicas y de adoptar medidas para luchar contra la exclusión digital en situaciones de emergencia como las derivadas de la pandemia de la Covid-19. [https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0\\_5057\\_3.pdf](https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_5057_3.pdf)

6 Ídem: Pandemia, vulnerabilidad social y administración pública.



## 07. Servicio de Mediación

### Promover la cultura de Paz

#### Inversión de los modelos de gestión de la confrontación a la colaboración, en aras de la Paz social

La mediación es un nuevo paradigma en nuestro ordenamiento, para la consecución de la justicia, **restablecimiento de la igualdad y protagonismo de la ciudadanía ante la Administración**. La mediación facilita una gestión del conflicto con la participación voluntaria, directa y protagonista de los implicados en el mismo.

“Dar la oportunidad a las personas y a las instituciones a que dialoguen, es una manera de impartir Justicia”

Es la *cultura de paz* la que informa la mediación. En ella aprendemos, cómo de forma natural, las personas tendemos a concebir el conflicto como un obstáculo y no como una posibilidad de avance y evolución, en función de cómo se gestione. En este sentido, la mediación favorece la comprensión de los conflictos de forma global, al abordarlos **desde el diálogo con un enfoque colaborativo**, adaptado a cada contexto, a la realidad social y a las necesidades dinámicas de las personas y organizaciones implicadas.

La gestión global de un conflicto implica integrar además de la conversación de naturaleza jurídica aquella de carácter relacional. Cuestiones como el poder, la identidad, la comunicación y las emociones condicionarán la evolución del conflicto, por lo que resulta esencial integrar y atender dichos aspectos, en los procesos encaminados a su transformación y/o resolución.

Cuando la ciudadanía nos traslada en sus peticiones, de forma recurrente, la falta de respuesta, o silencio de la Administración, desde el enfoque mediador identificamos una primera necesidad a gestionar, “no se siente escuchado”, con independencia de la cuestión de fondo del asunto planteado. Por ello, **dar la oportunidad a las personas y a las instituciones a que dialoguen, es una manera de impartir Justicia**. Procurar a la **ciudadanía** un espacio que permita el diálogo con la administración, donde se sienta atendida o escuchada, donde participe en la aportación de ideas y alternativas para resolver la cuestión material planteada, **devolviéndole su sitio y protagonismo**, forma parte de hacer justicia y sobre todo, de humanizarla.

Nuestras experiencias de mediación estos últimos años, nos permiten elaborar conclusiones positivas sobre el método y su aplicación a la gestión de conflictos de los ciudadanos y la Administración. Y no solo por el volumen de acuerdos alcanzados, a los que llegan las personas que se sientan a hablar, incluso cuando no se da un “acuerdo” al uso que solucione la problemática. En estos casos los procesos de diálogos, los participantes han podido gestionar limitaciones, malos entendidos, prejuicios, interpretaciones erróneas, que propician de cara al futuro, una mayor información y en cierta forma un giro o transformación por pequeña que sea, en el aspecto relacional de la problemática.

El sentir de los ciudadanos y de las Administraciones participantes en las mediaciones de la institución, en todos los casos ha sido de agradecimiento y un alto nivel de satisfacción. Los escenarios de mediación, además de un gran número de acuerdos, totales o parciales, han propiciado:

- Reducir la ansiedad, al recuperar la presencia el ciudadano y ante la posibilidad de lograr una resolución consensual.
- Focalizar en cómo los participantes reducirán y resolverán el conflicto, en lugar de hacerlo en las causas y que lo dirigen.



- Clarificar intenciones, facilitar información, guiar próximos pasos, que han permitido tanto la elaboración de pactos contingentes, como también diseñar o planificar hojas de ruta para poner fin al conflicto, en atención a los tiempos en la complejidad de los procesos de toma de decisiones de la administración.
- Reactivar, crear o cambiar canales de comunicación y avanzar en la evolución del problema hacia la solución, mejorando la interlocución directa entre los interesados y la administración
- La administración ha encontrado un espacio para explicar limitaciones, complejidades, de una forma más humana, generando un cambio de actitud y percepción más positiva en los ciudadanos, (algo difícil de soportarlo el papel).
- La concurrencia de distintas administraciones ha permitido dotar de mayor eficacia los esfuerzos realizados por ellas, que a veces resulta poco apreciado. Se ha propiciado facilitación de información, disponibilidad técnica, coordinación, cooperación y comunicación fluida, en el marco de su natural vocación de servicio al ciudadano, en ocasiones diluida. El sentir de la Administración en nuestras experiencias de mediación, se dirigen a valorar el giro en el enfoque de gestión colaborador, basado en el diálogo, y la agilidad del método. Queremos recoger el sentir de un técnico de empresa municipal de servicio "antes de empezar agradezco mucho esta reunión al Defensor, pues me encargaron DEFENDER la queja y elaborar un informe. *Como técnico supe que hablando con los interesados podría resolverse, seguro llegamos a una solución, así que felicito al defensor por ofrecer este espacio"*

Ello resulta representativo de la necesidad de evolución y modernización en la gestión de conflictos en el ámbito público. En este sentido debe avanzar hacia la implementación de metodologías como la mediación en aras de *recuperar con el ciudadano dialogo, agilidad, cercanía y simplificación en los tramites, al tiempo que gana en eficacia y eficiencia en las soluciones.*

Agradecemos desde aquí a los ciudadanos y a las administraciones participantes en nuestras mediaciones su voluntad, confianza y compromiso, que nos permite hacer estas valoraciones y seguir creyendo en la posibilidad de cambio de actitud social en la gestión de conflictos que necesitamos como sociedad. Que pasa por la colaboración y el diálogo, de forma preferente a la actitud de defensa en el afrontamiento de los conflictos..

Animamos a las administraciones en la progresiva implementación de la mediación en las estructuras públicas y a fomentar su uso normalizado. La mediación en la última década ha experimentado un gran salto, dispone de un marco jurídico a pesar de ser un recurso social, ya no es únicamente una alternativa al sistema judicial, sino que es una forma de hacer justicia. Esta Institución así lo entendió siendo pionera en la implementación de la mediación en las Oficinas de los Defensores del Pueblo.

*Más información Informe Anual 2020, capítulo 2. Mediación, epígrafe 2*

## 08. Informes especiales

### Los 13 retos del Defensor del Pueblo andaluz para afrontar la COVID-19

En octubre de 2020, la Institución del Defensor del Pueblo andaluz entregó en el Parlamento de Andalucía el informe extraordinario Derechos de la ciudadanía durante la COVID-19. Primera ola de la pandemia, en el que analiza el impacto de la COVID en el primer semestre de la crisis sanitaria, desde la perspectiva del Defensor como garante de los derechos de la ciudadanía.

Este informe recoge una decena de medidas para aprovechar los retos y las oportunidades que ofrece el proceso de reactivación y recuperación tras la COVID-19, actuaciones encaminadas a avanzar en la igualdad real "y que la **población más vulnerable no vuelva a quedarse atrás**" como consecuencia de una crisis.

El Informe extraordinario está fundamentado en los más de 5.000 expedientes solo relacionados con la COVID (**1.602 quejas y 3.474 consultas**) gestionados desde el inicio de la pandemia el 14 de marzo hasta el 1 de octubre. Ocho de cada diez personas que acudieron por un motivo relacionado con la COVID nunca antes habían solicitado la actuación de este comisionado parlamentario.



Entre los **13 retos** que la Institución del Defensor propone poner en práctica para salir de esta crisis sanitaria, que ha derivado en una crisis económica y social, están: el fortalecimiento del Sistema Público de Salud; la creación de un sistema integral de atención a las personas mayores; el reforzamiento de los servicios sociales como pilar fundamental del estado del bienestar; la adaptación de ejercicio del derecho a la educación a las necesidades de la sociedad digital y la creación de empleo de calidad. También la lucha contra la pobreza infantil y las situaciones de riesgo para la infancia y la adolescencia; el avance en las políticas de igualdad de género o la garantía del derecho a la vivienda, así como las medidas de sostenibilidad contra el cambio climático; el reconocimiento del acceso a los servicios de interés general y la oportunidad de la mediación como forma de resolución de conflictos.

**“Población más vulnerable no vuelva a quedarse atrás” como consecuencia de una crisis”**

Urge adaptar la sociedad a las exigencias de la sociedad de la información, para evitar lo que hemos denominado ‘nuevos excluidos’ por la imposibilidad o incapacidad de acceder a los recursos tecnológicos. La brecha digital afecta a colectivos muy diversos: personas mayores; personas desfavorecidas social y económicamente; las que viven en zonas rurales aisladas o mal conectadas; personas migrantes, personas con discapacidad; mujeres solas con cargas familiares; etcétera. “Estamos muy lejos de alcanzar los estándares mínimos que demanda la nueva sociedad de la información. La brecha digital amenaza con convertirse en una nueva forma de exclusión social”, ha señalado el Defensor, Jesús Maeztu, durante su exposición en el Parlamento.

Por otro lado, la experiencia de la COVID ha servido al Defensor del Pueblo andaluz para comprobar la necesidad de mejorar y humanizar los servicios de información y atención ciudadana por parte de las administraciones públicas. Las personas que han acudido al Defensor nos han repetido hasta la saciedad: *No sé a dónde ir. Nadie me escucha. Todo está cerrado. ¿Y yo y mis niños de qué comemos?*

Confiamos en que estas propuestas sirvan para combatir la pobreza y la desigualdad, que deviene de la falta de empleo, y de las consecuencias que tiene en la infancia y la adolescencia, la pobreza infantil. “Debemos equilibrar la igualdad real, con el fin último de que de esta pandemia salgamos todos a la vez, para que así no aumente la desigualdad. Se lo debemos a todos aquellos que están haciendo un sobreesfuerzo en estos meses y a las personas que han fallecido y a sus familiares”, ha dicho el Defensor del Pueblo andaluz, Jesús Maeztu en el Parlamento de Andalucía.