



## 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>Parte general</b>	<b>4</b>
<b>1.12. Salud</b>	<b>4</b>
1.12.1. Introducción	4
1.12.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	4
1.12.2.1. Salud Pública	4
1.12.2.2. Atención primaria	9
1.12.2.3. Atención especializada	12
1.12.2.4. Tiempos de respuesta asistencial	15
1.12.2.5. Praxis médica	17
1.12.2.6. Atención Sanitaria de Urgencias	18
1.12.2.7. Derechos de las personas usuarias	20
1.12.2.8. Centros Sanitarios	21
1.12.2.9. Prestación farmacéutica	23
1.12.2.10. Salud mental	24
1.12.3. Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas	26
1.12.3.1. Quejas de oficio	26
1.12.3.2. Colaboración de las Administraciones	26
1.12.3.3. Resoluciones no aceptadas	26
<b>Este tema en otras materias</b>	<b>27</b>
<b>Balance del Defensor</b>	<b>27</b>
2. Evolución de los Retos para salir de la crisis sanitaria en igualdad. Dos años conviviendo con la COVID-19	27
2.1. Fortalecer el Sistema Público de Salud	27
2.13. Mejorar y humanizar los servicios de Información y atención ciudadana	28
1.1. Atención e Información a la Ciudadanía	29
1.1.2. Análisis de las consultas presentadas	29
1.1.2.1. "Quiero que me atiendan.": La atención a la ciudadanía por parte de las Administraciones públicas	30
1.3. Dependencia y Servicios Sociales	33
1.3.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	33
1.3.2.5. Discapacidad	33
1.3.2.5.1. La Discapacidad en otras materias	33
1.3.2.5.1.5. Servicios de Interés General y Consumo	33



<b>1.5. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social</b>	<b>35</b>
1.5.1. Introducción	35
1.5.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	35
1.5.2.1. Consecuencias de la pandemia de la Covid-19	35
1.5.2.5. En relación con el acceso al empleo público	35
1.5.2.5.2. Demoras en la ejecución de las ofertas de empleo público y de los concursos de traslado de personal estatutario del SAS	35
1.5.2.6. Quejas relacionadas con el reconocimiento y ejercicio de derechos de los empleados públicos	36
1.5.2.6.1. Posible discriminación por no poder acceder al Premio de Jubilación	36
1.5.2.6.4. Las situaciones de violencia que afectan al personal de los equipamientos sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)	37
1.5.3. Quejas de oficio, Colaboración de las Administraciones y Resoluciones no aceptadas	38
1.5.3.3. Resoluciones no aceptadas	38
<b>1.6. Igualdad de Género</b>	<b>39</b>
1.6.1. Introducción	39
1.6.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	39
1.6.2.5. Salud	39
<b>1.8. Justicia, Prisiones y Política Interior</b>	<b>40</b>
1.8.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	40
1.8.2.2. Prisiones	40
1.8.2.2.1. Atención sanitaria en las prisiones: transferencia de competencias a la Comunidad Autónoma.	40
1.8.2.2.2. Atención a la enfermedad mental y la drogadicción en las prisiones	41
<b>1.9. Mediación</b>	<b>44</b>
1.9.2. Análisis de la actividad del dPA en materia de mediación	44
1.9.2.2. Incidencias por materias	44
<b>1.11. Personas Migrantes</b>	<b>44</b>
1.11.1. Introducción	44
1.11.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	44
1.11.2.2. Sistemas de alojamientos de los temporeros migrantes en Andalucía	44
1.11.2.2.3. Asentamientos chabolistas en la provincia de Huelva	44
1.11.2.2.3.1. Actuaciones de la Defensoría relacionadas con la eliminación de los asentamientos chabolistas	44
1.11.2.2.3.2. Atención de las necesidades básicas en los asentamientos de la provincia de Huelva	48
<b>1.13. Servicios Administrativos, Tributarios y Ordenación Económica</b>	<b>49</b>
1.13.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	49
1.13.2.2. Administración Local	49
1.13.2.2.1. Gestión del Padrón de Habitantes	50
<b>1.15. Sostenibilidad, Medioambiente y Obras Públicas</b>	<b>51</b>
1.15.2. Análisis de las quejas admitidas a trámite	51
1.15.2.2. Contaminación atmosférica, calidad ambiental, sanidad y salubridad	51
1.15.2.5. Limpieza viaria, residuos y vertederos	52



<b>REVISTA DEL INFORME ANUAL</b>	<b>54</b>
<b>01. A debate</b>	<b>54</b>
Medidas cautelares frente a la pandemia	54
<b>02. Nuestras propuestas</b>	<b>56</b>
Las agresiones a los profesionales de la salud	56
La defensa de la salud en el entorno rural	57
Posibilidades de intervención mediadora de los defensores del pueblo en el ámbito contencioso administrativo	59
<b>06. Atención Ciudadana</b>	<b>60</b>
Escuchar y atender a los Servicios Sociales municipales y comunitarios	60



## Parte general

### 1.12. Salud

#### 1.12.1. Introducción

El Sistema Nacional de Salud conforma una maquinaria de enorme envergadura que no solo se nutre de ingentes recursos de todo tipo (materiales y personales), sino que, en una sociedad globalizada como la contemporánea, también se ve alcanzado por dinámicas de alcance mundial -pandemias mediante-, cuyos escenarios adversos no siempre pueden contrarrestarse con medidas internas, adoptadas dentro de las fronteras de nuestro país ni, por ende, con los más reducidos instrumentos del ámbito territorial autonómico que, a lo sumo, podrían servir de paliativo parcial en algunos casos.

Este ha sido el caso de la crisis de salud pública ocasionada por la pandemia con origen en el virus SARS-CoV2, cuyos desafíos han alcanzado de lleno al sistema sanitario público de Andalucía, en todos sus niveles de ordenación funcional, organización territorial y modalidades de prestación de la atención sanitaria, hasta el punto de condicionarlo sustancialmente y dejar exhaustos sus recursos.

Entre los retos generales que desafían su equilibrio, en el sistema sanitario público de Andalucía venimos acusando la carencia de profesionales sanitarios, que no es ya una amenaza, sino una realidad que obliga a acometer reformas del modelo de organización de las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, optimizando su aprovechamiento y a acometer un diseño adecuado de las políticas de recursos humanos.

Las líneas que siguen se ocupan de resumir todo un año de intensa labor del Defensor del Pueblo Andaluz, al frente de los requerimientos que muchas personas nos han planteado para la salvaguarda de su derecho constitucional a la protección de la salud, que podemos sintetizar en dificultades para hacer efectivo el derecho a obtener alguna de las modalidades de prestación de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, por vulneración de sus garantías de información y de las de tiempo.

Sobre esta idea transversal, expondremos las cuestiones suscitadas en torno a la Salud pública, la Atención primaria y la especializada, los tiempos de respuesta asistencial que generan las listas de espera, los actos médicos que motivan sospecha de mala praxis y la atención sanitaria de urgencias, sin olvidar disfunciones relacionadas con los derechos de las personas usuarias del sistema sanitario público, las referidas a los Centros sanitarios, a la prestación farmacéutica y a la Salud mental, inmersa esta última en propósitos de revisión integral impulsados por la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 y el Programa de Salud Mental de la Consejería de Salud y Familias en Andalucía.

Indiscutiblemente, el protagonismo absoluto lo ostentan en 2021 la Salud pública y, de manera inédita, la Atención primaria, cuyas objeciones han irrumpido con una fuerza hasta ahora desconocida en esta Institución.

En el plano normativo, especial mención merece la nueva prestación regulada por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, desarrollada en Andalucía por el Decreto 236/2021, de 19 de octubre, por el que se crea y regula el Registro de Profesionales Sanitarios Objetores de Conciencia a la prestación de ayuda para morir en Andalucía y la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Andalucía, que recogemos en el apartado alusivo a los derechos de los ciudadanos.

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

##### 1.12.2.1. Salud Pública

Desde que el pasado mes de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud decidiese calificar como pandemia, la emergencia de salud pública de preocupación internacional, a causa del virus SARS-COV-2, el sistema sanitario público ha sufrido un envite sin precedentes.



Desde aquellas fechas se nos ha presentado un escenario de incertidumbre y permanente cambio que ha suscitado la petición de intervención de esta Defensoría, en sede de salud pública, en un volumen inédito respecto a nuestras actuaciones en esta materia en años anteriores, manteniéndose la línea emprendida en el año 2020.

No en vano, durante el presente ejercicio el volumen de quejas relativas a esta materia se encuentra en torno al 25 % del total de quejas en salud que tramita esta Defensoría, cuya casuística, muy variada, podemos reconducir a las suscitadas en torno a la Estrategia de vacunación y el Certificado COVID digital de la UE, junto a otras ya conocidas de presencia más minoritaria, como son las de la vacunación antigripal y los programas de cribado.

La Estrategia de vacunación frente a COVID-19 en España adoptada en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sobre el documento elaborado por el Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación COVID-19, de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, de 2 de diciembre de 2020, fue el punto de partida del proceso de vacunación e inmunización frente a la COVID-19, que comenzó el 27 de diciembre de 2020, con una pauta inicial de dos dosis, posteriormente ampliadas a tres y un desenvolvimiento paulatino que prioriza, por motivos éticos, a determinados grupos o colectivos por sus especiales características.

Se trataba de llevar a la práctica un proceso inédito, contextualizado en una situación crítica y cambiante, que en un territorio como Andalucía, con una población de más de ocho millones de habitantes, implicaba una ingente tarea organizativa, cuya consumación positiva merece resaltarse por el esfuerzo que ha supuesto para los responsables públicos y el personal a cargo de la misma.

Un terreno desconocido como el descrito necesariamente genera temores, recelos y dudas en la ciudadanía, como reflejan las abundantes y variopintas comunicaciones recibidas en esta Institución a lo largo de 2021, que se han traducido en problemas de obtención de información, general o particular, de comunicación con la Administración sanitaria y en la manifestación de discrepancias de toda índole.

Entre las dificultades para acceder a la información han sido frecuentes las manifestaciones de desconocimiento de los canales para obtenerla y las dudas sobre los instrumentos y formas para la asignación de cita.

Del mismo modo, ha resultado compleja la comunicación directa con la Administración sanitaria por desconocimiento de la forma de trasladar consultas específicas y de corregir errores: desfases en las bases de datos, especialmente de los mutualistas; forma de vacunación de las personas dependientes con dificultad de desplazamiento; valoración de alguna situación personal, como el padecimiento de alergias o patologías recogidas en un informe médico, que desaconsejarían la administración de una determinada vacuna; la forma de hacer valer la pertenencia a un grupo prioritario, especialmente personas con patologías de riesgo y/o enfermedades crónicas, algunas incluidas en el Grupo 7 de personas con condiciones de muy alto riesgo y otras que habían quedado inicialmente sin incluir; el modo de proceder de las personas que no recibían el certificado COVID por no tener administradas entonces las dos vacunas, al no ser necesario y no estar la aplicación informática habilitada para ello; o situación de los docentes parcialmente vacunados o que habían quedado sin vacunar por la variación en los criterios de administración de AstraZeneca.

Los aspectos controvertidos han ido desde la discrepancia con los grupos priorizados y el cuestionamiento del tipo de vacuna asignada a cada colectivo, hasta las que ponían en tela de juicio la eficacia de la misma Estrategia de vacunación o alertaban de sus perjuicios.

En este mar de dudas y dificultades, **el Defensor del Pueblo Andaluz ha desplegado una labor de orientación y asesoramiento imprescindible**, si tenemos en cuenta que la propia Estrategia de vacunación ha experimentado hasta diez actualizaciones, la última de las cuales data del 27 de diciembre de 2021.

La necesidad de disponer de mayor claridad en la información y de contar con canales de comunicación fiables, a través de los cuales pudieran resolverse las dudas existentes, nos llevó a plantear ante el Servicio Andaluz de Salud las cuestiones suscitadas, interesándonos por los criterios para la citación de mutualistas, la forma en que cualquier persona usuaria podía conocer su situación en las listas de vacunación o su cita



asignada, la determinación del canal o fórmula más apropiada para comunicar incidencias y el medio y circuito por el que se venía contactando con las personas a vacunar, teniendo en cuenta la edad de muchas de las personas incluidas en los primeros grupos de priorización.

En relación con la oportunidad de habilitar medios para la comunicación de dudas e incidencias y su resolución, sugerimos a su Director Gerente la inclusión de nuevos medios de contacto, como pudiera ser la comunicación con su médico de atención primaria o el interlocutor autorizado que se determinase, un correo electrónico o WhatsApp y la necesidad de culminar la revisión informática para que la expedición de los certificados Covid se pudiese realizar atendiendo a la diversidad de casos.

Tras esta intervención, desde esta Defensoría observábamos cómo en el inicio del verano se había acelerado de forma manifiesta el ritmo de vacunación y la información en la web habilitada a estos efectos: <https://www.andavac.es/>

Ha sido un año en el que hemos percibido la sensación de impotencia o desconcierto que la ciudadanía puede padecer ante las situaciones descritas, perfectamente entendible cuando no encuentra un punto de referencia (presencial, telefónico o telemático), ante el que formular una duda, bien por dificultad en la atención telefónica o en la presencial, o bien porque la cuestión concreta no está entre las preguntas frecuentes o porque no hay posicionamiento al respecto sobre aquella determinada situación o particularidad que se plantea.

Lo cierto es que entrado el mes de diciembre de 2021, en pleno periodo navideño, cabalgábamos de nuevo una sexta ola que, afortunadamente, presenta menor lesividad y que afronta una población mayoritariamente vacunada, pero que vuelve a dejar al descubierto debilidades organizativas del sistema sanitario, ya advertidas, que a todas luces precisa extremar el celo en la calidad, claridad y divulgación de información relevante y de un refuerzo estable de profesionales e instrumentos de organización públicos, diseñado de forma expresa para la atención a los requerimientos de salud de la pandemia, con itinerarios específicos independientes, que eviten la saturación de la actividad ordinaria.

Como avance, valoramos que a través de las plataformas habilitadas por el Servicio Andaluz de Salud puedan notificarse los resultados positivos de test de antígenos y con ello formas más ágiles de comunicación, siendo su contrapartida una atención primaria colapsada y el desasosiego de la población, muchas veces desconocedora de estas herramientas o con escasas competencias digitales, que plantean sus dudas sobre la forma de proceder y que por ello vuelven a engrosar las peticiones ante esta Institución.

El Certificado COVID digital de la UE conforma, asimismo, un nutridísimo grupo de planteamientos ante esta Institución, agudizados desde que se adoptaran las **medidas preventivas de salud pública sobre la exigencia del Certificado COVID-19 o prueba diagnóstica** para el acceso a centros sanitarios con internamiento y centros sociosanitarios de carácter residencial, así como para el acceso de las personas usuarias al espacio interior de establecimientos de hostelería, ocio y esparcimiento, por sendas Órdenes de la Consejería de Salud y Familias de 3 y 16 de diciembre de 2021, judicialmente ratificadas: BOJA número 90 de 7 de diciembre de 2021; y BOJA número 93, de 19 de diciembre de 2021.

Junto al desconocimiento de los diversos medios para obtener dicho Certificado -acreditativo de la vacunación, de la recuperación de la enfermedad, o de que la persona dispone de resultado negativo en una prueba de infección activa-, las comunicaciones recibidas planteaban dudas sobre su período de validez; aludían a dificultades para su obtención, en ocasiones por desactualización de los datos de la historia clínica, en otros, por tratarse de pacientes recuperados que no pueden acreditar su estado con una prueba diagnóstica de infección activa PCR o equivalente, aun disponiendo de resultado positivo en prueba de antígenos o serológica de anticuerpos; o pedían clarificación de la pauta completa de vacunación en determinados supuestos (personas recuperadas, con una sola dosis, o que han recibido una pauta de vacunación heteróloga).

Fuera de las incidencias técnicas subsanables o de dudas susceptibles de aclaración, en relación con el certificado de recuperación, esta Institución hubo de remitirse al Reglamento (UE) 2021/953 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de junio de 2021, de aplicación efectiva desde el 1 de julio de 2021, que no prevé la acreditación de la superación de la COVID-19 mediante un resultado positivo en prueba rápida de antígenos o en una prueba serológica de anticuerpos.



La carencia del Certificado COVID obsta a desplazamientos fuera de España o al retorno a nuestro país y, como avanzamos, desde diciembre de 2021 y para un período de tiempo delimitado, al acceso al interior de establecimientos de hostelería, ocio y esparcimiento y a centros sanitarios con internamiento y centros sociosanitarios de carácter residencial, en calidad de visitantes o acompañantes.

La implantación de esta última medida ha sido muy polémica entre la opinión pública y, en consecuencia, ha tenido un reflejo inmediato en las comunicaciones dirigidas a esta Defensoría, que, amparadas en el carácter no obligatorio de la vacunación y en la falta de sustento científico de la decisión, la han combatido por entenderla inconstitucional, como vulneradora de derechos fundamentales y como instrumento de coacción que persigue imponer el sometimiento a un acto sanitario mediante la discriminación de las personas que voluntariamente han decidido no someterse al mismo, afectando incluso a las que por razones de salud no pueden ser vacunadas.

Esta Institución, en un ejercicio de prudencia institucional, viene resaltando la importancia del compromiso social y de la responsabilidad individual en la evitación de la propagación de esta enfermedad y así, ha manifestado la legitimidad de luchar contra la transmisión comunitaria descontrolada de la infección con los medios menos severos a nuestro alcance, si, como es el caso de la referida medida cautelar, la decisión se adopta dentro del marco habilitado por nuestro ordenamiento jurídico. Esto es, el sometimiento a ratificación judicial de la necesidad, idoneidad y proporcionalidad de la medida decidida por la Consejería de Salud y Familias.

Cuestión de índole puramente jurídica es la suscitada por el **Protocolo relativo a la protección y prevención de la salud frente al COVID-19 para el desarrollo de los entrenamientos y la organización de actividades y competiciones deportivas oficiales**, aprobado por la Junta Directiva de la Federación Andaluza de Baloncesto el 16/09/2021, en cuya virtud se exige para la práctica federada de dicho deporte la presentación del Certificado COVID o, alternativamente, prueba diagnóstica negativa presentada en las 48 horas previas a cada partido.

Numerosas personas comparecieron ante esta Institución cuestionando la legalidad de las recomendaciones y reglas de este Protocolo, entre otras, la dudosa exigencia del certificado COVID acordada sin que hubiera precedido intervención judicial.

Pero más allá de su contenido, nos pareció que estaba en liza el interrogante sobre la legitimidad y validez misma del Protocolo por su origen y fuente, puesto que no parecía haber sido autorizado por la Dirección General de Promoción del Deporte, Hábitos Saludables y Tejido Deportivo de la Consejería de Educación y Deporte, ni obtenido el visado favorable previo de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

Iniciamos una investigación de oficio (**queja 21/7389**) solicitando a ambas Consejerías, entre otros aspectos, conocer el respaldo normativo y el procedimiento seguido para su autorización, habiendo respondido al cierre del año la de Salud y Familias, para confirmar su desconocimiento y falta de intervención en la aprobación del Protocolo y comunicar la pendencia judicial del asunto, sometido a la consideración del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía.

No podemos dejar de hacer alusión en este epígrafe a un asunto recientemente planteado ante esta Institución, relativo a la aparición de una nueva enfermedad, que bajo la denominación de **COVID persistente** parece que puede afectar en torno a un 10 % - 20 % de pacientes que han sufrido dicha infección vírica.

Iniciamos las investigaciones sobre el particular a finales de 2021, a raíz de la comunicación de una entidad del movimiento asociativo dándonos traslado de las gestiones que había emprendido con los responsables de la Consejería de Salud y Familias y del Servicio Andaluz de Salud que, si bien refería haber recibido un trato cercano y cordial, solicitaba nuestra mediación para la defensa del colectivo de personas afectadas en Andalucía, en sus **derechos de atención sanitaria y continuidad asistencial**.

Reconocía la asociación la existencia en el sistema sanitario público de Andalucía de un Protocolo para la atención a pacientes con COVID persistente, manifestando el deseo de que sea accesible y transparente para el conjunto de la ciudadanía y expresando sus inquietudes sobre los criterios de inclusión diagnóstica para acceder al circuito previsto en el protocolo y acceder al tratamiento sanitario en las que denomina Unidades Post-Covid.



Así, alegaban que de considerar únicamente a aquellas personas que han tenido acceso a una prueba de diagnóstico, estarían excluidas un gran número de personas que se contagiaron en la primera ola de la pandemia sin haber podido contar con confirmación diagnóstica, situando el volumen de afectaciones en torno a un 52 % de personas contagiadas (sin pruebas), en las que el azote del virus se mostró mucho más cruento por las razones ya conocidas (desconocimiento de la enfermedad, falta de medios personales, materiales, pruebas diagnósticas...). Traslataban otras preocupaciones como la inequidad que se pueda establecer en el proceso de tratamiento para la COVID persistente, y la posible desigualdad en los medios y recursos disponibles, considerando que existen dos circuitos diferenciados, uno para profesionales sanitarios y otro para el resto de pacientes.

Por nuestra parte, procedíamos a la admisión de la queja a trámite, a fin de acompañar a la entidad en sus reivindicaciones, procurar que el protocolo definitivo permita el acceso en condiciones de equidad a un tratamiento sanitario, sin menoscabo de derechos por la falta de pruebas diagnósticas que se produjo al inicio de la pandemia y exigir la transparencia del mismo.

Previsiblemente, el próximo año podremos dar cuenta en este mismo apartado de los avances que sobre ello se hayan realizado, conociendo que este tipo de actuaciones y sus avances han de ir acompasados a las decisiones que se adopten por el Ministerio de Sanidad y de los resultados que arroje el estudio de investigación encargado al Instituto de Salud Carlos III sobre la enfermedad denominada COVID Persistente, según lo acordado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que prevé un estudio en coordinación con el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Ciencia e Innovación, con el objetivo de garantizar un abordaje a corto y largo plazo.

Por su parte, la **concienciación de la necesidad de reforzar la vigilancia en salud pública**, afirmada por el dictamen de la Comisión Europea para la reconstrucción social y económica publicado en julio de 2020, han dado lugar a la decisión de formular la **Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía**: **BOJA número 96, de 21 de mayo de 2021**: Acuerdo de 18 de mayo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia de Vigilancia y Respuesta en Salud Pública de Andalucía.

En idéntica línea, podemos citar el Programa de Vigilancia y Control Integral de Vectores de la Fiebre del Nilo Occidental: **BOJA número 48, de 12 de marzo de 2021**; el Acuerdo de 1 de septiembre de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del informe elaborado por la Consejería de Salud y Familias sobre el brote del Virus del Nilo Occidental y estrategias de actuación: **BOJA número 172, de 4 de septiembre de 2021**; y el Acuerdo de 9 de marzo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del Plan Estratégico Andaluz para el Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores Artrópodos con Incidencia en la Salud: **BOJA número 48, de 12 de marzo de 2021**.

Las restantes vertientes de promoción y prevención de la salud pública no han suscitado dificultades reseñables en lo que concierne a la **vacunación de la gripe ordinaria**, con un nuevo Plan Estratégico 2021-2022: **BOJA número 196, de 11 de octubre de 2021**; y la previsión de activación del Plan de Alta Frecuenciación 2021/2022, con medidas para la posible confluencia invernal entre el coronavirus SARS-CoV2 y el virus de la gripe: **BOJA número 229, de 29 de noviembre de 2021**.

Siguiendo con programas específicos de prevención, puntuales han sido las quejas relativas a los **programas de cribado de cáncer de colon** y de detección precoz del cáncer de mama.

En el primer caso, más que directamente referida al programa de cribado, la comunicación estaba relacionada con el inicio del posterior proceso asistencial, mediante la asignación de cita de colonoscopia tras un resultado positivo de sangre oculta en heces, obtenido a través del programa de cribado y la posterior cita de especialidad.

El Informe de la Consejería de Salud y Familias -que da cuenta de la situación del cribado del cáncer de colon en Andalucía: **BOJA número 22, de 3 de febrero de 2021**, destaca que el cáncer de colon es un tumor que se puede curar en el 90 % de los casos si se detecta en estadios precoces o en forma de lesiones premalignas y, con ello, la importancia de su cribado en la población diana, aclarando que durante el



estado de alarma se mantuvieron las pruebas programadas, pero se suspendieron las invitaciones al Programa, habiéndose reiniciado gradualmente en cada distrito según su situación epidemiológica.

El informe de situación revela el moderado porcentaje de aceptación y participación de las personas invitadas al Programa y proyecta realizar estrategias de difusión y concienciación para incrementarlo. Sería deseable, añadimos nosotros, la agilidad en las pruebas complementarias ulteriores a resultados positivos y el acceso a consulta especializada, para rentabilizar adecuadamente los beneficios perseguidos mediante la prevención.

El caso contrario fue el de la mujer que aguardaba cita de mamografía dentro del **Programa de detección precoz del cáncer de mama** para mayores de 50 años, no habiendo sido citada, a la que finalmente su médico de familia optó por derivar a atención especializada en ginecología, para que le fuera realizada la prueba.

Finalmente, por incardinarse dentro de las necesarias medidas de salud pública exigidas por la pandemia, hemos de hacer mención a las más o menos severas **medidas sanitarias y preventivas para la contención de la COVID-19 recaídas en relación con los Centros sociosanitarios**, en particular dentro de las Residencias de mayores, que durante 2021 se han seguido sucediendo en un devenir incesante, con repercusiones en la vida de los residentes y de sus familias, que en no pocas ocasiones nos han requerido información sobre las reglas a que atenerse y expresado su sufrimiento por la dureza de los intervalos de distanciamiento.

#### 1.12.2.2. Atención primaria

La vigilancia de la salud pública lo impregna todo desde hace dos años y, dentro de ese todo, sus consecuencias impactan de lleno sobre uno de los más preciados servicios de la sanidad pública andaluza, el de atención primaria.

El despliegue territorial de los recursos de la atención primaria en Andalucía se disemina a través de 1.517 Centros de Salud y Consultorios (**Número de centros de salud y consultorios de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) según comunidad autónoma**), ramificados a lo largo y ancho de toda la geografía andaluza, en las 216 Zonas Básicas de Salud del Mapa, teniendo como destinataria inmediata y directa de la atención sanitaria que ofrece su cartera de servicios, a la totalidad de la población de una Comunidad Autónoma como la andaluza, que supera con mucha holgura los ocho millones de habitantes, lo que dibuja una idea bastante aproximada de la envergadura e importancia de este nivel asistencial.

Por otra parte, el 90 % de los 786 municipios andaluces son rurales, es decir, tienen menos de 5.000 habitantes, lo que explica que del total de los Centros de Atención Primaria, 1.110 sean consultorios, frente a 407 centros de salud. Siempre partiendo de datos globales y sin tomar en consideración el cierre, provisional o definitivo, de algún centro o consultorio producido en el año 2021.

La envergadura de este primer nivel de acceso a la atención sanitaria por la amplitud de sus destinatarios (toda la población en realidad) y su funcionamiento a demanda con accesibilidad inmediata, son las notas más definitorias del papel que desempeña.

Advertíamos en Informes anteriores que si bien la atención primaria se basa más que ninguna otra en la relación de confianza médico-paciente, como relación de larga trayectoria entre ambos y sobre esta mejor intimidad y simplicidad no genera objeciones tan profundas como las que motiva la más distante atención especializada, la situación cambia cuando la primera queda despojada de su más valorada esencia, la de ser un servicio sanitario al alcance de todos.

Precisamente esta nota caracterizadora de la atención primaria es la que se ha resquebrajado en el bienio 2020-2021, desde que el primer estado de alarma cerrara las puertas de sus centros al público, sin que volvieran a abrirse hasta octubre de 2021.

Y así lo hemos acusado en la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz, con un **cambio radical de tendencia en el número de quejas recibidas**, que iniciado en el año 2020 ha alcanzado su auténtico cenit en 2021, invirtiendo la dinámica de la relación cuantitativa entre atención primaria y especializada, hasta el punto de prácticamente llegar a equilibrar la balanza entre ambas de forma hasta ahora desconocida.



De este modo, el cierre de consultas, las dificultades o imposibilidad de contacto telefónico con los servicios de gestión administrativa, las barreras para la obtención de citas, las demoras en su asignación, la atención facultativa no presencial, el incumplimiento de la cita fijada para recibir la llamada de consulta telefónica, las barreras para la renovación de medicación, o la insuficiencia en la atención a enfermos crónicos, motivan significativamente las quejas, individuales o colectivas de los andaluces y andaluzas en 2021, conviviendo con otras más apegadas al rol añadido atribuido a la atención primaria en la crisis de salud pública, relacionadas con sus protocolos de actuación (pruebas PCR, seguimiento de contactos estrechos, expedición de bajas médicas y obtención de altas).

De entre las protestas relacionadas con el ámbito tradicional de funcionamiento de la atención primaria, es decir, las ajenas a los cometidos COVID, **merecen destacarse las coincidentes en no poder contactar con el Centro de Salud**, no solo por la abundancia con que las hemos recibido, sino por la sensación de abandono sanitario que constatamos en los relatos recibidos, tras cuyas palabras vemos a personas desconcertadas e impotentes, que, siguiendo las recomendaciones recibidas de las autoridades sanitarias, pretenden acceder a una cita por instrumentos que preserven el distanciamiento social (telefónico o digital), encontrándose con que en el Centro de Salud nadie atiende el teléfono (ni siquiera suena en el edificio, constatan), que "Salud NO Responde" y que, a la postre, han de acabar nutriendo las colas de atención presencial en los mostradores de atención al usuario, si quieren llegar a obtener una cita médica o de enfermería para tratar una dolencia, renovar el tratamiento farmacológico, someterse a pruebas diagnósticas de la cartera de servicios de primaria, gestionar la baja o el alta médica, o incluso acceder a derivación en la atención especializada.

Ello supone que la única vía segura de obtención de cita médica en atención primaria, como nos decía una persona de Sevilla, se reduce a *"esperar varias horas presenciales en el ambulatorio correspondiente, ya que ni por la tarde, ni por teléfono, ni a través de la aplicación es posible. Da igual que estés trabajando en horario de mañana, no hay otra opción (...). Y necesitando cita para un especialista, siguiendo el mismo procedimiento de espera interminable en el ambulatorio, hay casos en el que ni siquiera te las dan por no estar activa la agenda"*.

A ello se añade el **caso especial de las personas mayores, con dificultad en el uso de medios telemáticos** por la conocida brecha digital.

El desconocimiento de las vías de gestión no presenciales alcanza a una buena parte de nuestra población que, en relación con el servicio de atención primaria, está acostumbrada a formas de relación personales, máxime cuando, como decíamos al comienzo, es mayor el número de municipios rurales y el de consultorios que el de grandes concentraciones poblacionales y centros de salud.

Esta Institución ofrece a quienes así lo muestran la información sobre la posibilidad de petición de cita, sin necesidad de disponer de certificado digital ni de [cl@ave](mailto:cl@ave), introduciendo los datos de tarjeta sanitaria y de DNI en el siguiente enlace: [Pedir cita de atención primaria](#).

En un círculo vicioso comprensible, las barreras para entablar el contacto generan, a su vez, efectos indeseados perjudiciales para el sistema y para sus beneficiarios, que se manifiestan en la **proliferación de reclamaciones** ante el servicio, la **posible demora en el diagnóstico de patologías tiempo-dependientes** (algún ejemplo significativo puede consultarse en el apartado sobre la atención especializada) y la **saturación de los servicios de urgencias**, inapropiadamente utilizados como forma alternativa de canalizar las necesidades de salud que quienes las padecen estiman como no demorables.

Precisamente sobre los servicios de urgencias entendemos que la mayor carga por alcance la sufren los hospitalarios, sobre todo tras la reorganización de los de atención primaria (SUAP) establecida para garantizar el doble circuito COVID-NO COVID, que conllevó su concentración en puntos concretos y el alejamiento de este servicio de la población bajo su cobertura, como se describe en el apartado reservado al análisis de la atención sanitaria de urgencias, al que nos remitimos.



Pero si las enunciadas son las razones que fundan las protestas de la ciudadanía andaluza, la pregunta clave es cuáles son las causas que las producen y, lo que es más importante aún, cómo pueden solventarse o mitigarse.

**Las causas, interrelacionadas entre sí, parecen concentrarse en varias**, resultando del análisis de las comunicaciones recibidas y del estudio de la situación que esta Defensoría ha venido realizando, las que a continuación citamos.

Por una parte, **las relacionadas con los servicios de información y gestión administrativa**, cuya insuficiencia entorpece el acceso a la atención sanitaria primaria, como demuestran las quejas sobre imposibilidad de contacto telefónico o de resolución por esta vía de dudas, obtención de citas y realización de trámites. Un avance tuvo lugar mediante la puesta en marcha el 30 de diciembre de 2021 del servicio para la obtención de la baja laboral, a través de la App Salud Responde y ClicSalud+, cuyo funcionamiento no habíamos podido valorar al cierre de este Informe.

En segundo lugar, **la insuficiencia de personal sanitario** para absorber la ingente demanda que genera la atención simultánea, tanto de los requerimientos de la actividad ordinaria de los centros de salud, como de la extraordinaria por la COVID.

Denotamos que la respuesta a la crisis de salud pública ha venido poniendo el acento en un aspecto, necesario pero superficial, de delimitación física de espacios (COVID-NO COVID), abandonando a partir de octubre de 2021 el correlativo de reforzar la plantilla ordinaria de los centros de salud y consultorios o, mejor aún, sin haberla desligado -hasta donde permitieran los recursos-, de la sobrecarga de asumir las obligaciones añadidas de los protocolos e intervenciones de la pandemia.

Esta **duplicación de funciones** ha llevado a la sobrecarga del personal sanitario y ha mermado la calidad de la atención que dispensa, al dilatar la obtención de cita para consulta y reducir el tiempo de exploración médica.

Por lo que esta última se refiere, hemos de reproducir la acertada cita del eminente Dr. Gregorio Marañón, de validez universal y atemporal en la práctica médica, al afirmar que *"La mejor herramienta del médico es la silla"*.

Hasta octubre de 2021, esa silla, instrumento del que se vale el profesional sanitario para cimentar la relación de confianza que forma parte del éxito del tratamiento, estuvo vacía. Y, añadimos, cegado el "ojo clínico", la pericia del médico para escuchar, observar, explorar y encauzar con acierto la dolencia del paciente, quebrando la primera regla deontológica del ejercicio de la vocación sanitaria: que esta sea humana.

La vuelta a un sistema mixto que permite optar por la presencialidad, la pervivencia del virus y la respuesta a la actividad ordinaria y la extraordinaria a costa de los habituales recursos personales, ha acabado con la capacidad de resistencia de los profesionales y con la paciencia de la ciudadanía, tras dos años de restricciones de todo tipo.

Expuestas las demandas ciudadanas y sintetizadas las causas que las generan, hemos de concluir en la necesidad de que por los responsables públicos se arbitren las formas más oportunas de solventarlas.

Entendemos las dificultades que entraña una situación crítica como la que atravesamos, si bien a nadie escapa la trascendencia de las disfunciones descritas, cuya aportación ante esta Institución por las personas afectadas, nos permite darlas a conocer con la autoridad y objetividad que nos aporta la coincidencia de los plurales testimonios procedentes de orígenes diversos dentro del territorio andaluz.

Buena parte del problema parece residenciarse en la falta de personal sanitario, que apreciable en general como carencia de nuestro Sistema Nacional de Salud desde hace años, está alcanzando su fase más aguda, especialmente en las zonas rurales con destinos poco atractivos, aun incentivadas sus plazas con las medidas dadas a las zonas de difícil cobertura.

En la atención primaria **es preocupante la falta de pediatras**, traducida en quejas de origen diverso que se han reiterado ante esta Institución en 2021, destacando las deficiencias en La Alpujarra granadina.



En esta situación crítica ha influido un conjunto de causas variopintas, que sobre todo apuntan hacia la falta de proyección a medio-largo plazo en las políticas de planificación sanitaria en materia de recursos humanos.

Instamos a los responsables públicos a ofrecer respuestas que amparen los valores de un sistema sanitario público inestimable.

### 1.12.2.3. Atención especializada

La atención especializada, segundo nivel de la ordenación funcional de la asistencia sanitaria, comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, junto con otras actividades de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que por su naturaleza se aconsejen realizar en este nivel y que convive con la atención de urgencias para aquellas intervenciones que no admiten demora y requieren de una intervención inmediata.

Una atención especializada, que ya adolecía de algunas disfunciones o puntos débiles según esta Institución lleva años señalando y que se encuentra **inevitablemente afectada por el contexto sanitario que padecemos**, tras casi dos años de convivencia obligada con el virus que causa la COVID 19, de duración y evolución incierta, durante los cuales es de justicia reconocer el gran valor de los profesionales sanitarios para hacer frente a una situación absolutamente extraordinaria.

Afectación a la que contribuyen un cúmulo de factores, internos y externos. Entre los segundos, el colapso que presenta el primer nivel atención asistencial, la atención primaria, concebida como el primer escalón de contacto con la ciudadanía y la atención médica, y que debe garantizar la proximidad y accesibilidad, supone de facto disfunciones en la derivación a tiempo a la atención especializada.

Por otro lado, la propia presión asistencial que venía y viene soportando la atención especializada, ha provocado numerosos ajustes de los circuitos de atención asistencial y de la propia organización administrativa de los servicios. A su vez, ambos factores desplazan la demanda de atención sanitaria, de forma impropia, a los servicios de urgencias, que se ven asolados por demandas de una ciudadanía a la que no pueden dar respuesta, con unos medios pensados para la mera contención momentánea de procesos patológicos no demorables o agudos.

De forma introductoria, y en sede de atención especializada, una buena noticia supuso el **cierre con éxito de las actuaciones abiertas con el Hospital Virgen Macarena de Sevilla, respecto a las consultas de oncología** en ese centro hospitalario ([queja 19/5611](#)).

Las Recomendaciones formuladas a la Dirección Gerencia del Centro sanitario, sobre la adopción de las medidas organizativas oportunas para garantizar una adecuada cobertura sanitaria y evitar las situaciones de larga espera, más acusadas en el periodo estival, mediante la contratación de mayor número de profesionales o manteniendo las continuidades asistenciales informadas y, de otra parte, para que sin más dilación se procediese a la adecuación de los espacios actuales y se garantizase un clima adecuado y confortable para la asistencia de pacientes oncológicos y sus familiares, con la correspondiente dotación presupuestaria, fueron aceptadas de buen grado y en lo sustancial.

Con ello, se nos informaba del detalle de la **dotación de personal** que presenta el servicio de Oncología Médica, concluyendo que está bien dimensionada y se puede considerar óptima, por primera vez en, al menos, los últimos 20 años y con ello, la cobertura sanitaria se puede considerar garantizada, tanto en este periodo de pandemia global como para el futuro periodo estival.

Respecto al **nuevo emplazamiento de Unidad de Día y Consultas externas de Oncología** del Hospital Universitario Virgen Macarena, nos decían que ya se había trabajado con el equipo de arquitectos designado y profesionales de todos los estamentos, sanitarios y no sanitarios, de la Unidad, para cotejar necesidades y posibilidades y que la dotación presupuestaria está asignada, fijando un horizonte temporal de 18 meses.



La atención médica especializada relativa a procesos oncológicos nos hace lamentar en otros casos disfunciones (queja 21/4754, por las demoras en el acceso al tratamiento necesario o desprendidas de la falta de atención en los circuitos canalizadores que comienzan en la atención primaria.

En el caso resaltado a título de ejemplo, la demora expuesta por la reclamante en el inicio de la quimioterapia, como tratamiento en el proceso asistencial de cáncer de mama, tuvo su origen en un error acaecido en la petición de interconsulta a oncología radioterápica, indicando el Centro sanitario su intención de velar por mejorar el circuito de citación interconsultas, aseverando en todo caso que la incidencia no había repercutido en la eficacia del tratamiento, con aval en la pertinente literatura científica.

Nos parece muy ilustrativa del cómo **la falta de atención en los circuitos de atención primaria demora en el acceso a la atención especializada** el caso relatado por el interesado en los siguientes términos:

*"Todo comenzó sobre principios de junio del presente año (2020), cuando empezó a dolerme una pierna en su parte superior, y como cualquier vez intento solicitar cita con mi médico con la única opción de cita telefónica, sin más atención que una charla corta sin reconocimiento físico y una receta de pastillas para el dolor.*

*A los tres días de empezar a tomar dichas pastillas y sin desaparecer el dolor empiezo a padecer otro tipo de malestares generalizados por lo que dejo de tomarlas por miedo a que se agravasen los mismos.*

*Cuando pasan pocos días y como no desaparecía el dolor vuelvo a concertar cita con el médico, siempre telefónica, le comento el malestar padecido y la continuidad del dolor, y me vuelve a recetar otras pastillas para el dolor.*

*Confiado por el buen criterio de mi médico de cabecera, empiezo a tomar la nueva medicación, y vuelve a ocurrirme lo mismo que la vez primera, malestares varios, continuando el dolor de la pierna y ya con una notoria falta de apetito que a fecha de hoy y sin pretenderlo he perdido más de 15 kg.*

*Paralelamente, y como el dolor no cesaba, opto por acudir a un fisioterapeuta con el cual, y una tabla de ejercicios baja notoriamente el dolor, pero sin desaparecer; por lo que nuevamente concierdo cita con el médico, pero esta vez y por la insistencia de mi esposa no permito que sea telefónica y el médico accede y me atiende presencialmente. Supongo que siguiendo un protocolo y por su experiencia, me envía a hacer una radiografía de la parte afectada y nuevo cambio de pastillas para el dolor, sin echarle mucha cuenta a la pérdida de peso y a la falta de apetito.*

*Realizada la radiografía, en la misma aparece una cierta artrosis en la cadera, y en la nueva cita telefónica donde me informa de dicho resultado le vuelvo a insistir sobre la falta de apetito y la pérdida de peso y ya accede hacerme una analítica de sangre.*

*Cuando se reciben los resultados, en otra cita, me informa que ciertos niveles relacionados con los marcadores renales están muy altos y que quiere volver a repetir la analítica para confirmar los mismos.*

*Recibidos los nuevos resultados de la analítica, ya hablamos de primeros de septiembre, han pasado más de tres meses, me deriva para hacer una ecografía para descartar que hígado o páncreas estuviera inflamado. A fecha de hoy esa prueba diagnóstica nunca llegó, y ante la desesperación de lo que me ocurría, y con nuevos síntomas como los vómitos esporádicos que después pasaron a periódicos, decido ingresar de urgencias en hospital privado Virgen de la Bella, de Lepe.*

*En dicho hospital empiezan a practicarle diversas pruebas hasta que en algunas de ellas ya vislumbran evidencias de tumor, y que por su limitación de recursos técnicos nos aconsejan que nos vayamos de urgencia esta vez al Hospital Infanta Elena, cosa que hice inmediatamente el 16 de octubre, estando en la sala de urgencias, sin atención alguna y con un trato vejatorio hasta más de ocho horas hasta que ya me dieron ingreso.*

*He estado hospitalizado, practicándoseme diversas pruebas un total de 18 días, confirmando prueba tras pruebas la evidencia no de un cáncer, sino de dos, y sin estar relacionados uno con el otro, y bastante avanzado y agresivo. Ya con el alta hospitalaria, informe médico con cita incluida para el 16 de noviembre*



para los resultados definitivos de las biopsias, y decisión del comité médico del Hospital Juan Ramón Jiménez; me presento en dicha cita y ya me relatan la nefasta y rotunda noticia de los dos cánceres.

*Y finalmente a partir de ese fatídico 16 de noviembre, comienzan los hechos por los que decido interponer la queja por negligencia y desatención”.*

Nos acompañaba al relato la relación de los documentos que atestiguaban el histórico de citas, atenciones y pruebas; y refería que tras aquello, y después de 5 meses aún no había comenzado con la quimioterapia para frenar los dos tumores, que ya le habían informado como no curativos.

Así, iniciábamos las actuaciones de investigación sobre los hechos presentados por el interesado, aderezados por la circunstancia añadida que nos comunicaba el promotor de la queja sobre la imposibilidad de realización de una prueba endoscópica que precisaba para comenzar el tratamiento oncológico, ya que la máquina del Hospital en la que debía de realizarse la misma se encontraba averiada, e instaba nuestra mediación para poder realizársela en el otro Hospital de la misma ciudad en el que debía ser atendido por Oncología. A falta de dicha prueba, había visto suspendida la primera sesión de quimioterapia, sin fecha cierta para la realización de la misma y, con ello, el inicio del tratamiento.

Recabados los informes administrativos solicitados al Hospital y al Distrito Sanitario, abordaron los mismos todas las cuestiones planteadas, con confirmación del relato cronológico, de las incidencias y de los estudios a realizar, de gran complejidad, compartiendo esta Defensoría la percepción mantenida por el promotor de la queja, de cómo la crisis sanitaria y el contexto de pandemia, han alterado los circuitos tradicionales de la atención primaria y especializada, quedando en el aire cómo hubiera evolucionado la enfermedad oncológica del paciente de haber sido más precoz la intervención de la atención especializada.

Desconocemos qué influencia positiva pueda suponer en lo sucesivo la Estrategia de Cáncer en Andalucía 2021-2023: [BOJA número 113, de 15 de junio de 2021](#).

En otro orden de cuestiones, y en sede de atención especializada, traemos a colación las recurrentes peticiones de la ciudadanía respecto al **acceso a los tratamientos de técnicas de reproducción humana asistida**, poniendo el foco en la información que nos aportó la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud en septiembre de 2021, sobre la revisión de los protocolos del Hospital Virgen del Rocío, con el fin de alcanzar los objetivos y compromisos adquiridos por el Hospital de Valme, que cuenta con mejores tiempos de espera. Todo ello en consonancia con las Recomendaciones emitidas en diversas Resoluciones previas de esta Institución ([queja 19/2821](#) y [queja 15/2594](#)).

De otra parte, en materia de accesibilidad a la **técnica de Diagnóstico Genético Preimplantatorio**, la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía confirmaba en mayo de 2021 los tiempos de demora excesivos (en torno a dos años para atender por primera vez a las parejas de Diagnóstico Genético Preimplantatorio).

Con relación a ello, nos trasladaban que a fin de paliar esta situación y procurar una mejora en la accesibilidad ciudadana, se había realizado una reorganización de la asistencia, **autorizando en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada el incremento de cartera de servicios para Test Genético Preimplantatorio**. Consideran que ello permitirá disminuir los tiempos de respuesta y mejorar la calidad de la asistencia, al contar la Comunidad Autónoma con dos unidades de Reproducción Humana Asistida con Programa de Diagnóstico Genético Preimplantatorio, una ya conocida en el Hospital Universitario Virgen del Rocío y la recientemente autorizada, por lo que confiamos que esta puesta en funcionamiento de la Unidad en Granada contribuya de forma positiva a una mejoría en el tiempo de espera.

En este sentido, cerrábamos con éxito algunas investigaciones relativas a demoras en tratamientos de técnicas de reproducción humana asistida que precisaban de técnica de Diagnóstico Genético Preimplantatorio ([queja 21/1050](#)).

En este aspecto, entre las **mejoras de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud**, en 2021 tuvo lugar su ampliación mediante Orden Ministerial SND/1215/2021, de 5 de noviembre, por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, para incluir en las técnicas de reproducción humana asistida a algunos colectivos de mujeres, como son las que no tienen pareja, las



lesbianas o las personas transexuales que conservan la capacidad de gestar: BOE número 268, de 9 de noviembre de 2021.

No podemos concluir este apartado sin hacer mención a la **falta de especialistas** que se nos viene denunciado en estos últimos años, por ejemplo en el Campo de Gibraltar, y la repercusión que ello conlleva en la atención sanitaria, conectando en este punto con el epígrafe que prosigue respecto a los tiempos de respuesta asistencial.

Resulta ilustrativa de ello la sustanciación de la queja 19/0430, que hemos tramitado con el **Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar Oeste** y en la que la Administración sanitaria admite la **falta de facultativos dispuestos a prestar servicios en esta zona de difícil cobertura**.

No obstante, se ha venido informando sobre la reapertura paulatina de las consultas, y del ingente esfuerzo para incrementar el número de facultativos especialistas de Medicina Física y Rehabilitación, al igual que en otras especialidades.

Igualmente, a través de los medios de comunicación, teníamos conocimiento del compromiso de los hospitales de las dos Áreas de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar, Este y Oeste, para abordar iniciativas conjuntas y suscribir lo que han denominado "alianzas estratégicas" con diferentes centros hospitalarios de la provincia y las áreas sanitarias en orden a optimizar las consultas de especialidad y las intervenciones quirúrgicas, lo que nos llevaba a considerar aceptada nuestra Recomendación.

En cualquier caso, manteniendo en la actualidad abiertas quejas de esta índole, en las especialidades de neurología en Hospital Punta de Europa y de Endocrinología en el Hospital de la Línea de la Concepción, tendremos oportunidad de hacer un seguimiento de la situación.

#### 1.12.2.4. Tiempos de respuesta asistencial

Abundamos, a continuación, en los tiempos de respuesta asistencial para la atención especializada, reflexionando sobre algunas cuestiones afloradas en el escenario especial de estos dos años de pandemia, a través de las quejas formalizadas respecto a la demora para la primera consulta de atención especializada (21/4155), revisiones de consultas (21/5303), pruebas diagnósticas (21/6760) y listas de esperas quirúrgicas (21/1295, 21/8243, 21/6251, 21/5652, 21/4743, 21/1601, 21/0616), las cuales si bien acostumbran a representar un importante porcentaje en el volumen de las investigaciones en materia de salud en esta Defensoría, han sido superadas en esta anualidad por las protestas surgidas en torno a la atención primaria.

No podemos desgajar este análisis del escenario cambiante causado por la COVID-19, en cuyo momento más álgido se llegó a declarar la **suspensión de los plazos de garantía de respuesta, mediante la Orden de 19 de junio de 2020**, reanudándose tras la aprobación de 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 la salud pública en Andalucía, para la contención de la COVID-19, sin que esta reanudación fuera revocada ni por la posterior Orden de 7 de mayo de 2021, por la que se establecen los niveles de alerta sanitaria y se adoptan medidas temporales y excepcionales por razón de la salud pública en Andalucía, para la contención de la COVID-19, ni por alguna de sus modificaciones.

Con ello, nos encontramos que **durante todo el año 2021 los plazos contenidos en el Decreto de garantías habrían recobrado su vigencia**, conviviendo, no obstante, con medidas de prevención en materia de salud pública, que se han arbitrado a través de planes de contingencia para todas las provincias, mediante diferentes acciones, como ha sido el aplazamiento, cuando ha sido necesario, de las actividades sanitarias programadas no urgentes en los centros sanitarios de atención primaria y hospitalaria.

Así, en este último año, aun cuando formalmente se había recobrado la vigencia de las normas que regulan los plazos de garantía -a saber, Decreto 96/2004 de 9 de marzo, para las primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnósticos y Decreto 209/2001, de 18 de septiembre, que regula el plazo de garantía de respuesta quirúrgica-, la información dispar que desde los diferentes



centros hospitalarios se ofrecía, suscitaba dudas, al referir a veces el mantenimiento de la suspensión de los plazos administrativos, o confirmar otras su reanudación.

**La gestión de las listas de espera, los criterios y el procedimiento de derivación a los conciertos, también nos ha generado más preguntas que respuestas.**

El interrogante sobre la reanudación de los plazos obtuvo respuesta de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud, en el seno de la investigación de oficio iniciada sobre el particular (20/7758), aseverando que tras la aprobación de la Orden de 29 de octubre de 2020, antes citada, se había procedido a comunicar a todas las direcciones gerencias de los centros del sistema sanitario público de Andalucía la **plena vigencia de las garantías de plazo de respuesta**, tanto del Decreto 209/2001, de 18 de septiembre como del Decreto 96/2004, de 9 de marzo, si bien se matizaba la **convivencia obligada de los procedimientos ordinarios, con los planes de contingencia y los planes de especial actuación sobre las listas de espera**, fruto de la respuesta a necesidades del período de pandemia, consistentes en el auto concierto de procedimientos quirúrgicos o la concertación con centros ajenos al sistema sanitario público, apostillando el respeto escrupuloso de la lista de espera real y, por tanto, por riguroso orden de inscripción.

Así, nos indicaban el objetivo de que no existiese paralización de los plazos, incluyendo a los pacientes en la programación ordinaria, extraordinaria u ofertándoles la realización de su intervención quirúrgica o prueba diagnóstica en un centro privado concertado, por riguroso orden de antigüedad en los registros de demanda y ofrecían datos comparativos de la situación de la lista de espera.

Para esta Institución, esta gestión organizativa no sujeta al marco jurídico ordinario, desencadenada en una etapa de crisis de salud pública, se ha ido nutriendo de informaciones obtenidas de forma parcial y deslavazada, que nos han dificultado hacernos una idea de conjunto.

Una pieza más de este rompecabezas la aportó el acuerdo del Consejo de Gobierno, del pasado 28 de diciembre de 2021, en el que se tomaba conocimiento de las resoluciones del Servicio Andaluz de Salud, por las que se declara la prórroga de los contratos de emergencia de la contratación del servicio de asistencia sanitaria complementaria a usuarios de la sanidad pública andaluza por la sobrecarga de la red derivada de la pandemia, así como de la prórroga del servicio de realización de cribados frente a la Covid-19, consistiendo los contratos de apoyo a la asistencia, los que engloban los destinados a cubrir la asistencia sanitaria complementaria, las intervenciones quirúrgicas y las pruebas diagnósticas en centros concertados con el SAS.

Razones de prudencia, ínsitas en los principios inspiradores de la actuación de esta Institución, aconsejan el mantenimiento y ampliación de las investigaciones emprendidas sobre el particular.

Dentro de un postrero análisis de conjunto, habremos de tomar en consideración las conclusiones alcanzadas por la Cámara de Cuentas de Andalucía, en su Informe de Fiscalización de la gestión de la lista de espera quirúrgica en el Sistema Sanitario Público de Andalucía: **BOJA número 213, de 5 de noviembre de 2021**.

Destacamos en sede de tiempos de respuesta, el cierre de la actuación realizada respecto de la intervención de **reconstrucción de mama** que precisaba una andaluza que la aguardaba desde 2018 y que se ha producido finalmente en el mes de marzo de 2021 (**queja 20/1627**).

Aunque sobre estos hechos emitimos un pronunciamiento inicial en el año 2019 (**queja 18/7413**), apoyando la intervención quirúrgica, con una primera aceptación por parte del centro hospitalario, la intervención fue de nuevo demorada, realizándose, como decimos, a finales de 2021, con la aseveración del Centro sanitario de que se venía trabajando con la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS sobre arbitrar fórmulas de conciertos para supuestos de cirugía reconstructiva de mama.

Como quiera que sea, bien mediante la fórmula extraordinaria de derivación a conciertos para intervenciones en lista de espera en este período (entre otras, **queja 19/1261**), o para prueba diagnóstica, o bien, como en la gran mayoría de casos, llevadas a cabo en los mismos centros hospitalarios (**quejas 20/5872, 20/1627, 21/2909, 21/5832, 21/1295, 21/8243, 21/6251, 21/5832, 21/5652, 21/4743** ,



21/1601, 21/0616, 21/1601, por citar algunas), insistimos en alabar el esfuerzo que se viene llevando a cabo por los profesionales sanitarios para poder atender la presión asistencial.

También recordamos los sacrificios por la adopción de decisiones complejas, que precisan priorizar intervenciones oncológicas, urgentes y no demorables, con las consiguientes demoras en las restantes (queja 20/5872).

#### 1.12.2.5. Praxis médica

Bajo este título encuadramos los supuestos en que **las personas interesadas plantean su sospecha de haber sufrido una mala praxis en su atención médica**, y a los que muchas veces subyace una falta de conocimiento y comprensión sobre las decisiones terapéuticas adoptadas, o bien divergencia con las decisiones médicas, o un déficit de información sobre su proceso concreto y plan terapéutico.

Sin tapujos, encontramos supuestos en los que abiertamente la parte promotora sostiene la existencia de un daño efectivo, que atribuye en relación de causalidad directa a la que considera ha sido una intervención de la Administración sanitaria que no se ha desarrollado de forma correcta y dentro de los límites de la diligencia debida, en cuyo caso recomendamos depurar la correspondiente responsabilidad mediante la iniciación del procedimiento de responsabilidad patrimonial, limitando nuestra intervención, en caso de precisarlo el interesado, a contribuir a dilucidar si han existido déficits procedimentales o funcionales en la tramitación del referido expediente.

En estas actuaciones, partiendo del principio de prudencia, advertimos a la parte reclamante de la delimitación de nuestras competencias y, fundamentalmente, de nuestra falta de medios para enjuiciar la práctica médica, sin perjuicio de la facultad más al alcance de esta Institución, de profundizar en el esclarecimiento de las dudas que mantienen los pacientes y sus familiares sobre el iter del proceso asistencial o sobre cuestiones relacionadas con su asistencia, en el contexto del derecho a una buena Administración y con la finalidad de contribuir a detectar aspectos organizativos susceptibles de mejoras.

Igualmente reseñable en el tratamiento de estas quejas es la dificultad presentada, en ocasiones, para objetivar los hechos acaecidos, puesto que las vivencias personales configuran su percepción y encontrándonos con versiones contrapuestas, esta Institución ha de limitar su intervención a servir de canal de comunicación entre la Administración Sanitaria y la parte reclamante y contribuir en alguna medida a mitigar los interrogantes sobre hechos acaecidos tan dolorosos, como ocurre con la pérdida de un ser querido.

En otras ocasiones, el examen de los expedientes ha brindado la oportunidad de entrar a valorar cuestiones organizativas que nos parecían susceptibles de mejorar, a través del dictado de las Resoluciones que se contemplan en nuestra Ley reguladora, como sucedía en la tramitación de la queja 20/7823, cuya promotora aducía que a resultas de una mala praxis su marido había podido perder la visión de un ojo.

Tras un análisis de los hechos acaecidos, hubimos de sugerir al Hospital de Alta Resolución de Écija la oportunidad de revisar el caso clínico del interesado y valorar si hubiera resultado pertinente la derivación a un centro especializado para evaluación del compromiso de riesgo ocular que presentaba el paciente, finalmente operado, por derivación urgente desde un centro privado, en el Hospital Virgen del Rocío. Así como sugeríamos la revisión de los canales de comunicación con los hospitales de referencia de ese centro hospitalario (Hospital de Osuna y Hospital Virgen del Rocío) en las recomendaciones al alta, por las deficiencias que se nos habían expuesto en el iter de la investigación, como había sido la falta de entrega del informe de alta médica en la primera atención urgente de ese centro o la información poco precisa para las curaciones, tras la intervención a la que fue sometido en el Hospital Virgen del Rocío.

Similares resultados nos devolvía la investigación llevada a cabo en la queja 20/0654 con el Distrito Sanitario Metropolitano de Granada y el Hospital Universitario San Cecilio, en la que sugeríamos una revisión del caso de la paciente fallecida y del protocolo de atención en los niveles de atención primaria y urgencias, para determinar aspectos de mejora en la búsqueda del diagnóstico y derivación a la atención especializada, que era aceptada por ambas Administraciones.



Resultaba muy interesante el planteamiento que nos trasladaba el Distrito sobre la posibilidad de que los facultativos de atención primaria analizaran los casos reiterativos o dudosos en sesiones clínicas conjuntas entre los profesionales del centro, a fin de compartir y aunar criterios en orden a la consideración de otros posibles diagnósticos compatibles con la situación del paciente a estudio.

Para finalizar este apartado, es significativo apreciar el **ascenso del número de quejas de esta naturaleza advertido durante el año 2021**, pudiendo obedecer ello al ambiente de presión asistencial que padecemos, puesto que, a la par que se mantiene bajo una fuerte presión a los profesionales sanitarios -que tras dos años, vienen desempeñando su trabajo en condiciones ímprobables-, las personas usuarias trasladan un sentimiento de desazón e impotencia ante una asistencia saturada, que ha podido derivar en una falta de continuidad asistencial o de seguimiento adecuado de sus patologías.

En otro orden de cuestiones, y referente a los **expedientes de responsabilidad patrimonial** que derivan de este tipo de quejas, resulta de interés la resolución de la **queja 21/3900** que tramitamos a instancias del promotor con el Hospital de San Carlos de San Fernando (Cádiz), para interesarnos por las secuelas que nos indicaba le habían quedado tras el tratamiento de una fractura de codo, diagnosticada de contusión inicialmente y la limitación al movimiento que le había quedado además de dolor al realizar algunos esfuerzos.

Pues bien, en este caso, era la Administración la que nos indicaba la apertura de oficio del expediente de responsabilidad patrimonial para determinar las responsabilidades que hubiese, con lo que dábamos por concluidas nuestras investigaciones.

Recurrente en estos expedientes es la demora en su resolución, y persistente el empeño de esta Defensoría en la dotación de medios y mejora en la gestión que permita alcanzar unos tiempos más razonables en el tiempo de tramitación de los expedientes de responsabilidad patrimonial. Sobre ello, queremos destacar el informe que nos ha remitido en este año 2021 la Administración, en respuesta a una Resolución dictada en ejercicio anterior por esta Institución, que incluíamos en el informe anual de 2020, en la que, respecto a los medios personales, se nos manifestaba la decidida **voluntad de disponer de una plantilla adecuada en el Servicio de Aseguramiento y Riesgos**, departamento encargado de la gestión de los procedimientos de responsabilidad patrimonial. Para ello habían iniciado los trámites internos para recoger las modificaciones oportunas en la relación de puestos de trabajo, estando a la espera de obtener las autorizaciones oportunas de la Consejería competente en materia de función pública y su incorporación en el próximo presupuesto de 2022, el cual finalmente no ha sido aprobado.

No obstante ello, en la medida que anunciaban ultimar un **proyecto de Plan de Choque** que esperaban tener para el mes de septiembre de 2021, estaremos atentos a su desenvolvimiento y duración.

#### 1.12.2.6. Atención Sanitaria de Urgencias

De forma preliminar y como advertíamos en el informe anual del pasado año 2020, aún seguimos **pendientes de 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.

Desconocemos las razones por las que este propósito no se ha culminado, intuyendo que, junto a las prioridades impuestas por la consabida crisis de salud pública, guarda relación con ello el proceso emprendido mediante el Decreto 193/2021, de 6 de julio, por el que se dispone la asunción por parte del Servicio Andaluz de Salud de los fines y objetivos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias, entre las que se encuentra la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES), y su consiguiente disolución: **BOJA número 131, de 9 de julio de 2021**.

Al margen de ello, la anualidad que nos ocupa no ha presentado sobresaltos relacionados con la **atención de urgencias hospitalarias**, cuyos servicios, como todos conocemos, vienen afrontando una sobrecarga ostensible, bajo el peso de las condiciones severas de la pandemia, de la saturación consiguiente a demandas resultantes de la insuficiencia de respuesta del nivel de atención primaria y, del mismo modo,



paliando en mayor o menor medida los efectos de la supresión, en principio temporal, de los servicios de urgencias de atención primaria.

Precisamente, la **reorganización de los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP)**, en el ámbito de numerosos municipios andaluces que contaban con esta modalidad de atención continuada, y las protestas frente a la misma, fue relatada en el Informe Anual del año 2020, si bien nos referimos a ella nuevamente para dar cuenta de la evolución del planteamiento inicial.

Como ya reflejamos, alertaron de la misma y lamentaron sus consecuencias, representantes vecinales y consistoriales de numerosas localidades, ejerciendo una reivindicación más consistente los de los municipios onubenses de Escacena del Campo, Paterna del Campo y San Bartolomé de la Torre, dada su ubicación geográfica netamente rural.

La investigación de oficio que con ocasión de esta alteración iniciamos se centró en examinar los condicionantes y previsiones de la reorganización en el Distrito Sanitario Condado-Campiña, cuyos vecinos temían que desembocara de facto en una definitiva supresión de la atención continuada de urgencias.

Advertíamos desde el inicio de las actuaciones que dichas medidas se enmarcaban en el modelo adoptado en Andalucía y en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, de reorganización de urgencias, a través del modelo de doble circuito Covid- No Covid fundamentalmente, y que se contextualizaba en el entorno de crisis de salud pública por pandemia, y que, por ello, en buena lógica, era previsible que la situación que les inquietaba no perdurara al margen de aquella.

Realizadas las oportunas investigaciones y con la colaboración en el esclarecimiento de los hechos de la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud se nos ofrecían explicaciones sobre la necesaria adaptación de los servicios a las circunstancias cambiantes ocasionadas por la COVID-19, a través de los planes de contingencias, y se profundizaba en que la organización adoptada en las poblaciones objeto de la queja, permitía conjugar el uso eficiente de los recursos con una atención adecuada, suficiente y no discriminatoria, canalizada a través del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias y del Plan Operativo pertinente.

Así, en el caso de las localidades aludidas, la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud explicaba los criterios para la organización de las urgencias a una distancia de entre 15 y 17 kilómetros (de San Bartolomé de la Torre a Gibraleón, de un lado y de Escacena y Paterna del Campo a La Palma del Condado, de otro), considerando que esta asistencia quedaba asegurada sin discriminación frente a otras localidades del entorno, con un tiempo de desplazamiento dentro de los límites habituales para otros núcleos de población.

Ilustraba el informe administrativo con una tabla en la que desglosaba los recursos sanitarios disponibles en el Plan Operativo de Urgencias del Distrito Sanitario Condado-Campiña, resaltando los equipos móviles y servicios de urgencias de atención primaria cerrados temporalmente, en beneficio de la correlativa apertura de dichos recursos en ubicaciones que permitieran garantizar el doble circuito de pacientes COVID-19 y NO COVID-19.

Afirmaba que esta reorganización era temporal, condicionada a las exigencias de la pandemia, aun cuando nos parecía que parte del contenido de la respuesta obtenida de esa Dirección Gerencia, basculaba en algunos momentos hacia la valoración de otros criterios comparativos que pudieran motivar la necesidad o no del servicio de urgencias en los puntos aludidos, de forma estructural y, por ello, al margen de la crisis de salud pública, lo que, por prudencia, y ante la imposibilidad de asegurar una fecha de reapertura, aconsejó el mantenimiento de la investigación hasta prácticamente finales del año 2021, para aguardar el desenvolvimiento final de la misma una vez decaídas las medidas de reorganización de atención sanitaria más drásticas, como la de dispensación no presencial de la del nivel primario, que tuvo lugar en octubre de 2021.

Efectivamente, en esta última fecha se reanudó en sus mismos términos el Servicio de Urgencias de Atención Primaria reorganizado por la crisis de salud pública en el Distrito Sanitario objeto de la investigación de oficio, en correspondencia plena con el fundamento coyuntural que justificó su suspensión y a pesar de que en cierto modo la respuesta administrativa hubiese cuestionado su necesidad (queja 20/6019).



### 1.12.2.7. Derechos de las personas usuarias

Entre la diversa casuística de quejas encuadrables en este apartado, estimamos oportuno destacar, por su singularidad o recurrencia en el tiempo, las relacionadas con el derecho a la información, la historia clínica y la libre elección.

Junto a ellas, es obligado traer a colación las más puntuales pero trascendentes, que demandaban el impulso de desarrollo normativo de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

En lo tocante al **derecho a la información**, el presente año ha presentado particularidades derivadas de las medidas y protocolos impuestos para el control de la pandemia y en este sentido se han planteado objeciones relativas a las restricciones de acompañamiento a las mujeres embarazadas en sus citas periódicas y pruebas ecográficas de seguimiento del período gestacional.

En todos los casos hemos considerado inviable apreciar irregularidad en la adopción de dichas prácticas cautelares y transitorias de protección sanitaria, en el marco de la pandemia, si bien poniendo el foco en la necesidad de la claridad de la información y transparencia de protocolos que sustentan estas medidas, como lo hacíamos al intervenir en la queja 21/6656, en la que emplazábamos a la Administración a dar respuesta fundada a las reiteradas reclamaciones interpuestas por la promotora de la queja sobre el particular.

El **derecho a una información asistencial y sanitaria clara y comprensible**, se nos revela como uno de los derechos elementales para el buen curso del proceso asistencial y del contexto que lo rodea y fundamentalmente para que fructifique la relación de confianza mutua que es deseable entre médico, paciente, y por extensión, familiares.

Sobre dicho derecho, en el presente ejercicio interveníamos ante el desconcierto y descontento mostrado por el interesado sobre su proceso asistencial, plan y tratamiento, tras la intervención de un cáncer de próstata, sugiriendo una revisión de la evolución del caso y la necesidad de clarificarle el plan terapéutico y el criterio facultativo en torno a la adopción del mismo.

Desde el Complejo Hospitalario Torrecárdenas de Almería, centro de referencia del paciente, se nos informaba de la decisión de que su seguimiento se abordara por un solo Centro (Málaga o Almería), para potenciar y garantizar la realización de una información fluida queja 20/1929.

La **historia clínica** representa una cuestión recurrente en casi todas las anualidades, por aspectos como el ejercicio del derecho de acceso (queja 21/2560) o cuestiones de rectificación de datos.

Despertó nuestro interés en esta ocasión la circunstancia comunicada de altas médicas sin acompañamiento del informe médico (queja 20/7823). En uno de los supuestos los hechos se habían producido tras una atención urgente en el centro de salud de Carmona, en el que el interesado había sido atendido de urgencia tras un accidente laboral, y dado de alta sin informe médico ni registro informático de la asistencia. Tras la investigación llevada a cabo, y ante posturas contrapuestas de las partes, valorábamos de forma positiva la disposición del Distrito de Atención Primaria Sevilla Norte para subsanar la incidencia detectada, y en consonancia les emplazábamos a la necesidad de recordar a todo el personal la importancia y necesidad de dar cumplimiento al procedimiento general de atenciones de urgencia y cerciorarse de que, en sus diferentes formas, siempre concluya con un registro del episodio y entrega al interesado del correspondiente informe médico.

En cuanto al **derecho a la elección de médico** en el ámbito de la atención primaria plantea protestas coincidentes en los supuestos en que la Administración realiza un cambio de adscripción por razones de reorganización.

Así ocurrió respecto de una familia, cuyos hijos menores de edad resultaron adscritos al pediatra de un centro de salud distinto del de sus padres, privándoles al tiempo del profesional que previamente habían elegido. Situación que a nuestra instancia fue rectificadora por el Distrito Sanitario Metropolitano de Granada, reunificando con ello en el mismo centro la atención sanitaria del nivel primario de la familia (queja 21/5117).



Igualmente, el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, las dificultades para obtener la **expedición de la tarjeta sanitaria** solicitada y la ausencia de información sobre la correcta asignación de centro de salud, nos llevó a intervenir para la efectividad del derecho de la interesada, obteniendo el reconocimiento y subsanación de su petición por la Administración (**queja 21/6997**).

Hemos reservado para el final la mención a una trascendente regulación normativa que pone término a un histórico debate de tintes no solo jurídicos, sino éticos e incluso culturales, decantándose por su consagración como prestación del sistema sanitario público.

Nos referimos a la **Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia**, cuya aplicación práctica precisaba de la creación en cada Comunidad Autónoma de un concreto órgano administrativo, llamado Comisión de Garantía y Evaluación, al que se atribuyen funciones decisivas y decisorias en el desenvolvimiento del derecho.

En Andalucía, este desarrollo nos fue demandado por algunos comparecientes, como interesados generales, pero también en algún caso por alguna persona que aguardaba ejercer el derecho.

La norma cristalizó en el Decreto 236/2021, de 19 de octubre, por el que se crea y regula el Registro de Profesionales Sanitarios Objetores de Conciencia a la prestación de ayuda para morir en Andalucía y la Comisión de Garantía y Evaluación para la prestación de ayuda para morir de la Comunidad Autónoma de Andalucía: **BOJA Extraordinario número 86, de 20 de octubre de 2021**, tras el cual se procedió al nombramiento de sus miembros.

Comienza con ello la andadura de este derecho complejo, cuyos contornos reales están por delimitar en la práctica, contando en todo caso como apoyo inicial con el Manual de buenas prácticas en eutanasia, aprobado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

#### 1.12.2.8. Centros Sanitarios

Durante el año analizado en este Informe conocíamos decisiones organizativas de la Administración sanitaria relativas a diversos centros y servicios de salud de nuestra comunidad que, en virtud de las quejas recibidas sobre el particular provocaban nuestra intervención, en la medida en que pudiera verse afectada la atención sanitaria por las referidas iniciativas.

En esta tesitura, la de su cierre, se encontró el **Centro de Infecciones de Transmisión Sexual (Centro-ITS) en Sevilla**, que discrepada por un buen número de personas usuarias ante esta Institución, nos llevó a recabar la información oportuna ante la Viceconsejería de Salud y Familias, que puntualmente expuso las razones que hacían oportuno orientar la situación actual, modulando y ordenando todo el circuito y flujo de pacientes en la tramitación de derivaciones, y en prescripción farmacéutica por receta, en consonancia con la reorganización adoptada en el resto de comunidades autónomas.

La Administración destaca la importancia de la historia única de salud del paciente en el abordaje de la atención sanitaria, puesto que el correcto registro de los datos asegura la trazabilidad y seguimiento del proceso. Igualmente subraya la necesidad de ordenar los circuitos asistenciales de cada persona usuaria para garantizar una detección precoz de la infección de transmisión sexual. En coherencia, se afirma que el nuevo circuito responde a las garantías citadas, apostillando que en este tránsito a la nueva organización se mantendrá la continuidad asistencial a la ciudadanía hasta iniciar el engranaje de las ITS en Atención Primaria, con una previsión de evaluación a los 9 meses de puesta en funcionamiento.

Asimismo, nos hacían partícipes de los encuentros que se habían realizado en el mes de abril con el movimiento asociativo por parte de la Consejería de Salud y Familias, a través de la Viceconsejería; la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica; la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS y la Delegación Territorial de Salud y Familias en Sevilla, abordando la situación del Centro e informando de todos los detalles del proceso integrado de atención a las ITS.

Por otro lado, demandó nuestra intervención el **cierre del área de maternidad del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga**, que respondía inicialmente a la necesidad de acondicionar espacios para atender la crisis sanitaria producida por la COVID-19 en la ciudad de Málaga. Conforme nos indicaba la Gerencia



del centro hospitalario y la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud, había sido finalmente valorada como una oportunidad de gestión y reorganización de los servicios, que sin afectar a la plantilla de profesionales ni incidir en la calidad de la asistencia, permitiera una nueva forma de organización y atención a la mujer embarazada en la ciudad de Málaga.

Apoyaba el argumento la dotación de las instalaciones de las que dispone el Hospital Materno Infantil de Málaga, con un equipo de Cirugía Pediátrica y una Unidad de Cuidados Intensivos, y el acondicionamiento de las plantas y habitaciones reformadas para hospitalización, así como un hospital de Día para manejo ambulatorio de patología del embarazo, aportando datos de los que concluían que la unificación de las maternidades de ambos centros supone una apuesta por la mejora continua y la unificación de criterios y cuidados para las mujeres embarazadas de Málaga.

Así las cosas, en ambos supuestos, desde esta Institución, y partiendo de la premisa de la capacidad de autoorganización de sus recursos por las Administraciones Públicas, entendíamos que no cabía apreciar irregularidad legitimadora de un pronunciamiento, pareciendo razonable esperar a la puesta en marcha del nuevo circuito y evaluación del mismo por la Administración Pública, según declaración de sus intenciones, en el caso del ITS de Sevilla, y respecto al Hospital Virgen de la Victoria, alcanzábamos similares conclusiones, siempre quedando a disposición de las personas usuarias para cualquier disfunción posterior en su proceso asistencial y que deba ser investigado.

Han reclamado también nuestra intervención familiares y personas afectadas por trastorno de conducta alimentaria, con relación a la implantación de las **unidades de trastorno de conducta alimentaria en Granada y Málaga**, en el entendimiento que su puesta en marcha precisaba de una mayor agilidad. Interesados por estos hechos ante la Administración sanitaria, se nos informaba de la disposición para mantener una reunión con el movimiento asociativo a fin de resolver las cuestiones que les preocupaban.

Por nuestra parte, conocíamos, a través la memoria que acompaña el Presupuesto de la Junta de Andalucía para el año 2021, la estimación de un aumento de profesionales para el Plan de Mejora de la Atención a Menores, y cuyas líneas de actuación se introducían como prioritarios, entre otros, los programas de trastornos de la conducta alimentaria. Éramos igualmente conocedores de las inversiones previstas para la provincia de Málaga en 2021, con la finalidad de adecuación de la Unidad de Trastorno de Conducta Alimentaria (**BOJA número 40 de 2 de marzo de 2021**) y de las inversiones acometidas en la Unidad de Granada (**BOJA número 53 de 19 de marzo de 2021**); luego nos parecía que de forma progresiva se iban asumiendo los compromisos alcanzados.

Igualmente, la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía nos informó sobre los avances y estado del proyectado **Plan de Infraestructuras Sanitarias en Andalucía 2020/2030**, anunciado en Consejo de Gobierno en el año 2019, como una herramienta de planificación necesaria.

Pues bien, nos indicaban que inicialmente se constituyeron los grupos de trabajo provinciales encargados de proponer una planificación de las infraestructuras sanitarias de sus provincias para la detección de necesidades y su priorización, quedando dicho propósito trastocado por la pandemia al haber afectado a la planificación y ejecución de las infraestructuras, por haber tenido que afrontar, de forma extraordinaria, las inversiones que dieran respuesta a la emergencia de salud pública.

Sobre el particular, nos adjuntaban el informe de la Consejería de Salud y Familias sobre la realización de inversiones en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud durante el año 2020, con detalle de la actividad inversora realizada (**BOJA número 53 de 19 de marzo de 2021**), concretando la fuente de financiación.

En suma, nos explicaban que las inversiones ejecutadas a causa de la crisis de salud pública, han supuesto una desactualización de las propuestas provinciales llamadas a conformar el mencionado Plan de Infraestructuras Sanitarias, por lo que se venía trabajando en su remodelación definitiva, mostrando esta Institución el deseo de su conocimiento en cuanto el proyecto esté ultimado.

En análisis valorativo se encuentra, sin embargo, la reivindicación de cumplimiento del compromiso de **dotar a La Alpujarra granadina de un Hospital de Alta Resolución (HAR), que se ubicará en Órgiva**.



La oportunidad no parece cuestionada por la Administración sanitaria, pero lo cierto es que el proyecto se viene postergando en el tiempo desde hace años y que se le buscan alternativas interinas.

Así lo informó la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud en el segundo semestre de 2021, indicando que la ejecución de las obras para la construcción del HAR no ha podido ser afrontada por falta de cobertura presupuestaria y que los terrenos cedidos para la construcción del centro aún no disponen de las condiciones urbanísticas idóneas, al no estar definitivamente aprobado el Plan Especial redactado para tal fin. Concluyendo que el Área de Gestión Sanitaria se plantea un nuevo modelo de Centro para Órgiva, consistente en un centro de salud ampliado con diez consultas de especialidades. Alternativa en fase de estudio e igualmente condicionada a la disposición de los terrenos adecuados por parte del Ayuntamiento citado.

Concluimos con una reseña de calado referida a la gestión directa de la asistencia sanitaria pública, iniciada por el anteriormente mencionado Decreto 193/2021, de 6 de julio, por el que se dispone la **asunción por parte del Servicio Andaluz de Salud de los fines y objetivos de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias**, esto es, la disolución y extinción de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) y de las Agencias Públicas Empresariales Sanitarias Costa del Sol, Hospital de Poniente de Almería, Hospital Alto Guadalquivir y Hospital Bajo Guadalquivir: **BOJA número 131, de 9 de julio de 2021**.

Lo que habrá de dar lugar, igualmente, a la aprobación de un **nuevo Mapa de Servicios Sanitarios Públicos de Andalucía**.

#### 1.12.2.9. Prestación farmacéutica

La prestación farmacéutica presenta un elenco de preocupaciones muy específicas, que en 2021 se ha mantenido en proporción similar a años anteriores, que se desenvuelven en torno a las discrepancias con el porcentaje de copago aplicado, y la petición de eliminación del copago en el caso de las personas integrantes de los colectivos de mutualistas.

Tratándose de la **disconformidad con el grupo de aportación**, la reclamación ha de ser sustanciada ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social, de donde más allá de realizar una labor informativa del procedimiento a seguir y sobre los órganos responsables ante los que canalizar la petición, no cabe a esta Institución otra actuación que la de derivar el conocimiento del asunto al Defensor del Pueblo de las Cortes Generales, en su caso, por razón de la competencia. Se trata, por lo general, de meras discrepancias subsanables a través de la actualización de los datos fiscales.

Idéntica derivación por competencia procede en relación con la petición de **equiparación entre los pensionistas del régimen general de la Seguridad Social y los colectivos de mutualistas de los regímenes especiales (Mugeju, Muface o Isfas)**, en lo atinente al copago farmacéutico, cuyo análisis ha sugerido el Defensor del Pueblo estatal en numerosas ocasiones, aún reconociendo que el marco jurídico vigente ampara la diferenciación de su régimen específico, sin vulnerar la igualdad.

**“Exención en la aportación a la prestación farmacéutica ambulatoria para determinados colectivos”**

En cambio, han dejado de tener presencia las solicitudes de **exención en la aportación a la prestación farmacéutica ambulatoria para determinados colectivos** tras la ampliación de los supuestos de exención 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, cuya aplicación despertaba nuestro interés.



En otro orden de cuestiones, puntuales han sido las quejas sobre la autorización y financiación pública de medicamentos, que han girado sobre criterios de prescripción de anticoagulantes orales de nueva generación y prescripción de genéricos.

En el primer aspecto, algunos pacientes exponen su voluntad de ser tratados con medicamentos anticoagulantes orales de acción directa, habida cuenta de que en el contexto de pandemia se recurrió de forma más laxa a la prescripción de tipo de fármacos, no precisados de control, para evitar que los pacientes acudieran a los centros de salud, retornando ahora el rigor que se mantiene para su visado y financiación a los casos contemplados.

Desde la Administración sanitaria se nos viene informando sobre las competencias que ostenta el Sistema Nacional de Salud en cuanto a la financiación o no de los medicamentos y sobre la posibilidad de su financiación cuando concurren las indicaciones terapéuticas, en el caso que nos ocupa de los anticoagulantes orales, remitiéndonos a la información que sobre ello mantiene el Ministerio. Lo que nos lleva a aceptar la necesidad de hacer un uso eficiente de los recursos, siempre que se salvaguarden los derechos de las personas usuarias, aún preguntándonos en qué medida sería más eficiente la generalización de uso de estos medicamentos y si existen inequidades territoriales en las instrucciones internas sobre su prescripción.

Igualmente intercedíamos en la petición de un padre preocupado por el cambio de tratamiento de su hija, que padece una enfermedad rara, al haberle sido cambiada la prescripción de un medicamento concreto a otro genérico ([queja 21/2534](#)).

Sostenía que desde el laboratorio responsable se les había informado de la posibilidad de igualar el precio para que su hija pudiese seguir con el tratamiento habitual, tras todo lo cual la Administración nos informaba la aceptación de la petición acordando que la interesada siguiera con su tratamiento habitual.

### 1.12.2.10. Salud mental

Cerramos el círculo con mención a la atención sanitaria en Salud mental, pero, en esta anualidad, lo haremos con unas apreciaciones muy someras, no por desmerecimiento a su importancia, ni por la ausencia de reivindicaciones en torno a la misma, sino por la presencia que pretendemos otorgarle en las actuaciones de la Defensoría a lo largo del año 2022.

Ello no obstante, es contenido obligado del Informe Anual de una Institución a la que piden amparo muchas personas dar cuenta de las apreciaciones y necesidades manifestadas por las mismas.

En este sentido, a la luz de las manifestaciones realizadas por las personas comparecientes, compendiamos las deficiencias en las siguientes:

El control eficaz en la evolución de la patología y la adherencia al tratamiento se ven lastrados por el distanciamiento entre citas con el especialista que hace el seguimiento, debido a la **ínfima dotación de profesionales sanitarios** en este ámbito.

Parece especialmente escaso el número de psicólogos clínicos, que dificulta que las personas tributarias de psicoterapia individual puedan acceder a terapia en esta modalidad, o completar con ella el tratamiento farmacológico.

La **asignación de un recurso** de internamiento, residencial o de tratamiento, en sus diversas tipologías, que beneficie a las personas que padecen determinadas patologías de salud mental y sirva de merecido respiro a sus familias, es una demanda insistente de familias desbordadas por situaciones de hostilidad en el seno del hogar.

Encuentran dificultades de resolución más compleja las necesidades de las personas con **patología dual** y de sus familias, para que las primeras puedan beneficiarse de un tratamiento fructífero, así como el lento proceso para que les sea concretada alguna modalidad de recurso, del sistema de salud o del catálogo de la dependencia. Muchos padres nos alertan desesperados de la situación de agresividad y temor que viven



en sus domicilios cada día y durante años, o nos trasladan su angustia e impotencia por la suerte de hijos a los que sus adicciones y problemas de salud mental han arrastrado a los peligros de las calles.

En este último sentido, en el año 2019 esta Institución inició una investigación de oficio sobre el papel que desempeña dentro del modelo de atención a la salud mental la **hospitalización de media-larga estancia**, así como evaluar de forma somera la adecuación de los recursos actuales a las necesidades que detectábamos en nuestra labor diaria (queja 19/3718).

Dicha investigación culminó con la **Recomendación** que en el año 2021 dirigimos a la Administración sanitaria, en la que, entre otros aspectos, se incluía la petición de protocolización de los recursos existentes para la atención a la patología dual y la integración de la información, habida cuenta de la incorporación a la estructura de la Consejería de Salud de las competencias en materia de adicciones.

La respuesta recibida sobre el particular desde la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios alude, por lo que ahora nos interesa, a la decisión de "pilotar una Comunidad de carácter sociosanitario con personas con problemas de salud mental y adicciones".

Dicho proyecto piloto innovador, al parecer, se implantará en el municipio de Utrera, aunque por el momento le resta salvar obstáculos adicionales de índole urbanística que penden del Ayuntamiento de dicha localidad y que serán abordados por el Área de Mediación de esta Institución, a petición de una entidad de salud mental.

Por otra parte, la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios informó de la puesta en marcha de un **Plan de Choque para la mejora de la salud mental en el sistema sanitario público de Andalucía**, en cuya adopción se habrían tenido en cuenta muchas de las consideraciones consignadas en la resolución de esta Institución.

El contenido completo de la respuesta, recibida casi al término del año 2021, será objeto de análisis en el ejercicio 2022, en conjunción con otros elementos de trabajo, incluidos aspectos fundados en testimonios de calado sobre la prevención del suicidio y la mejora de la atención a las personas afectadas por la consumación del de un ser querido.

Entre los proyectos de impulso se ha elaborado la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026**, cuyo documento, no obstante, no hemos podido conocer; así como en Andalucía, el Programa de Salud Mental de la Dirección General de Cuidados Sociosanitarios.

Constando a esta Institución que la Salud mental no cuenta en el sistema sanitario público con un peso equiparable al dedicado a tratar otras patologías físicas, incluso de inferior prevalencia, **hemos decidido iniciar un proceso de análisis, reflexión y propuestas sobre la calidad de la salud mental en el sistema sanitario público de Andalucía**.

Partimos de las conclusiones que hasta el momento se manifiestan como inequívocas, sobre la insuficiencia de profesionales de Salud Mental, que tiene reflejo en la escasa intensidad del tratamiento que nos traslada la ciudadanía, unida a la liviandad del peso que a esta especialidad y a sus recursos se otorga en el sistema sanitario público, en parte por la minusvaloración de patologías que no cuentan con una objetivación tan patente como las que los procedimientos diagnósticos ofrecen de las físicas.

Estas apreciaciones encuentran respaldo en las actuaciones que esta Institución desarrolla al hilo de otras colaterales, como en 2021 fue la intervención del Área de Mediación sobre el cierre temporal de la Unidad de Salud Mental de Andújar (Jaén).

Debemos terminar resaltando la figura de los profesionales de la Salud Mental (enfermería, trabajadores sociales, psicología clínica y psiquiatría), merecedores de todo nuestro respeto y admiración al haber sido fieles a sus pacientes durante toda la pandemia, dispensándoles un trato presencial nunca interrumpido, así como valoramos la tenacidad en el desempeño de su vocación, inaccesibles al desaliento de integrar una especialidad muchas veces subestimada por el sistema y por la propia profesión sanitaria.



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

#### 1.12.3.1. Quejas de oficio

- Queja 21/6827, para interesarse por la dilación en la respuesta de la solicitud de asistencia sanitaria urgente extrahospitalaria, acaecida recientemente, cuando varios viandantes apreciaron que un hombre joven se encontraba tendido en el suelo y entraba en estado de semiinconsciencia, dirigida a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias en Sevilla y al Hospital Virgen Macarena;

- Queja 21/7389, para conocer la naturaleza jurídica del "Protocolo relativo a la protección y prevención de la salud frente al COVID-19 para el desarrollo de los entrenamientos y la organización de actividades y competiciones deportivas oficiales" de la Federación Andaluza de Baloncesto.

#### 1.12.3.2. Colaboración de las Administraciones

En el ejercicio 2021, a pesar de 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, asumiendo una labor de información y asesoramiento a la ciudadanía muy abundante.

#### 1.12.3.3. Resoluciones no aceptadas

- Queja 19/0766, relativa a la demora en cita para intervención quirúrgica de otoplastia a su hija, dirigida al Hospital Virgen del Rocío;

- Queja 19/3081, relativa a la derivación de su hija menor de edad, para tratamiento en hospital de Barcelona;

- Queja 19/5118, relativa a las dificultades por la anulación de la tarjeta sanitaria de sus hijos menores de edad al haber sido renovadas por el padre de los mismos, quien no ostenta la guarda y custodia, dirigida a la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.



## Este tema en otras materias

### Balance del Defensor

## 2. Evolución de los Retos para salir de la crisis sanitaria en igualdad. Dos años conviviendo con la COVID-19

### 2.1. Fortalecer el Sistema Público de Salud

Dentro de los retos a afrontar por el sistema público de salud se encuentra el de la necesidad de su fortalecimiento. La importancia de la información recomendaba la necesidad de un **mayor acercamiento entre la Administración sanitaria andaluza y las personas** que, como titulares del derecho a la protección de la salud, precisan del conocimiento necesario para poder ejercerlo correctamente, tanto en beneficio propio como del uso racional de los recursos del sistema.

Reconociendo las dificultades de difundir adecuadamente la información en un escenario de crisis de salud pública, así como los esfuerzos desplegados por la Administración sanitaria para ello, a través de canales digitales y orientación telefónica o presencial, **2021 ha reproducido el patrón de desorientación iniciado en 2020**, con el añadido de que en la pasada anualidad las personas desconcertadas por causas diversas (citas de vacunación, contacto directo con el centro de salud, práctica de prueba PCR, acceso a la cita médica presencial en lugar de telefónica o cómo obtener a tiempo una baja o renovar la medicación, entre otras), ya no solo buscaban obtener criterios y respuestas a sus dudas, sino, más allá, solucionar materialmente la necesidad planteada.

**“Situaciones críticas han conducido al colapso en la atención a la ciudadanía”**

La Institución del Defensor del Pueblo Andaluz se ha visto llamada a canalizar todas estas necesidades, peticiones e inquietudes, **en un ejercicio sin precedentes de atestiguamiento real de una situación que sigue dejando al descubierto el desbordamiento de los recursos sanitarios**, de su personal no sanitario y sanitario, para asumir una competencia propia, tanto de información como de respuesta.

La falta, por decirlo de alguna manera, se ha manifestado de forma más incisiva en el ámbito de la **atención primaria**, siquiera sea porque sus profesionales se encuentran al principio de un recorrido sanitario que ha de dar una u otra respuesta a todos los problemas de salud planteados, bien para tratarlos, bien para facilitar su valoración en el ámbito de la atención especializada.

La **atención especializada**, por su parte, ha ido afrontando a duras penas las listas para primeras consultas y el acceso a las de revisión, solventando en cambio la lista de espera quirúrgica con el recurso a un remedio efectivo, pero de sostenibilidad limitada, el de buscar el apoyo a través de las derivaciones a centros sanitarios privados.

Además de las personas interesadas, los damnificados de este embudo parecen haber sido los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, urgidos a digerir, dentro de sus posibilidades y recursos funcionales, una demanda en muchas ocasiones impropia.

Debemos insistir por ello, como aspectos básicos, en **la necesidad de mejorar la intensidad y calidad de los instrumentos y canales de información del sistema sanitario**, especialmente los presenciales; en **introducir mejoras de gestión** que desvinculen a los profesionales sanitarios del nivel primario de obligaciones ajenas a la atención sanitaria en sentido estricto; y, desde luego, resulta imprescindible dotar a los centros y servicios sanitarios de un **refuerzo de personal con vocación de permanencia** y compatible con las garantías en el tiempo de acceso a la atención sanitaria.



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

Nos planteábamos que uno de los retos más importantes, si queríamos llegar a toda la población y acercarnos a ella para poder solucionar sus problemas era profundizar en **la mejora y humanización de los servicios de información** y atención a la ciudadanía, canal a través del cual la ciudadanía interactúa con la administración y puede hacer valer sus derechos.

En unos momentos en los que la Administración Pública tenía que actuar de manera más eficiente y eficaz, nos encontramos con que esta **no cumplió con muchas de las expectativas y necesidades de la población**. Se cerraron muchos servicios de atención presencial y se pudo comprobar cómo muchas administraciones no estaban preparadas para esta nueva situación, con procedimientos obsoletos, falta de equipos adecuados, procedimientos mal diseñados y personal no preparado para la administración electrónica.

Numerosas administraciones públicas y entidades privadas se han subido a la ola de la digitalización, considerando la vía digital como el único canal abierto para comunicaciones desde y hacia ellas (educación, tramitación de gestiones, entrevistas, consultas, etc.). **Esta situación puede suponer, si no se hace debidamente y se ofrecen soluciones adecuadas, un deterioro en la capacidad de acceso de la ciudadanía a la atención al público**. No podemos ignorar que, según datos del Instituto Nacional de Estadística, casi un 35% de los españoles no saben cómo comunicarse con las administraciones públicas por medios electrónicos.

Los sectores más excluidos han estado especialmente afectados por este proceso y el **apagón digital** les ha impactado directamente: más de la mitad de los hogares en exclusión social severa están afectados.

Asimismo, se ha podido comprobar cómo en algunos servicios públicos básicos o imprescindibles (como son los que tramitan el Ingreso Mínimo Vital, la Renta Mínima de Inserción Social en Andalucía, los expedientes de regulación de empleo (ERTEs), los trámites de extranjería, las ayudas a la vivienda o prestaciones de seguridad social, contributivas y no contributivas), se han llegado a producir situaciones críticas que han conducido al **colapso en la atención ciudadana**.

Se han aprobado normas que parecen que van encaminadas a mejorar y simplificar el acceso a los medios electrónicos a la ciudadanía como es el Real Decreto 203/2021 de 30 de Marzo por el que se aprueba el Reglamento de actuación y funcionamiento del sector público por medios electrónicos. Se trata de poner los medios necesarios para evitar la discriminación en el uso de los procedimientos. Igualmente se deben de diseñar unos servicios y procedimientos centrados en las personas usuarias, de manera que se minimice el grado de conocimiento necesario para el uso de los procedimientos electrónicos que se pongan a disposición de la ciudadanía. También se debe de **avanzar en los canales de asistencia para el acceso a los servicios electrónicos**. Esto se podría realizar en las Oficinas de asistencia en materia de registros así como en las Oficinas de Información y Atención a la Ciudadanía que se creen por parte de las administraciones locales.

**Desde el Defensor del Pueblo Andalúz velaremos y supervisaremos** para lograr que las administraciones públicas andaluzas:

- 1.- Garanticen el **derecho ciudadano a elegir el modo a través del cual quiera relacionarse con la administración**.
- 2.- **Presten una atención específica a las necesidades de los colectivos en situación de vulnerabilidad digital**, como pueden ser las personas mayores, inmigrantes o personas en situación de vulnerabilidad económica.
- 3.- **Refuercen los servicios de atención presencial y telefónico**.
- 4.- **Pongan en funcionamiento y se aumenten en todas las administraciones públicas andaluzas los servicios de las Oficinas de Asistencia en Materia de Registros con su plenitud de catálogo de servicios**.
- 5.- Doten **a todas las oficinas de Asistencia en Materia de Registros de los servicios del funcionario público habilitado** con el objeto de que aquellas personas físicas que no dispongan de medios electrónicos para la



identificación y firma (certificado electrónico u otro sistema reconocido por las normas vigentes). puedan actuar a través de dichos funcionarios.

6.- **Aceleren la implantación de las infraestructuras tecnológicas precisas para un funcionamiento completo de la administración electrónica**, priorizando la puesta en marcha de aquellas que faciliten la relación con la ciudadanía.

7.- **Mejoren la eficacia y la eficiencia de la administración pública andaluza: que se presten servicios mejores y más ágiles a la ciudadanía**, que no se le demande documentación que ya obre en poder de la administración.

8.- Adecúen la comunicación y las notificaciones a la ciudadanía **utilizando un lenguaje claro y comprensible**.

...

## 1.1. Atención e Información a la Ciudadanía

### 1.1.2. Análisis de las consultas presentadas

...

También se ha producido un gran incremento de las llamadas relacionadas con temas de salud (1.014 consultas) y la imposibilidad de ser atendidos por los servicios de atención primaria, sin citas disponibles durante mucho tiempo, con los servicios de atención presencial cerrados que, cuando se han abierto, carecían de la posibilidad de coger cita en los siguientes 15 días. Una persona, se lamentaba en una consulta: *"Estamos siendo condenados por una seguridad social que ha dejado de ser segura"*.

Igualmente, la ciudadanía se quejaban de la imposibilidad de realizarse la prueba de COVID-19 a tiempo y cuando lo consiguen, tardan más de 4 días en facilitar los resultados.

También ha tenido mucha incidencia este año un tema de especial preocupación para esta Institución, una asignatura pendiente de resolver: la salud mental. Podríamos relatar un número muy considerable de historias que nos llegan, muy similares unas a otras por la impotencia que ponen de manifiesto las familias, ante la falta de respuesta a situaciones extremas.

En el mes de mayo atendimos a un ciudadano, de 70 años de edad, que lloraba desconsolado porque su hijo de 50 años, adicto y con problemas de salud mental, le había intentado pegar el día anterior. Buscaba un recurso residencial para este y dentro de su desesperación nos decía entre llantos: *"No puedo seguir viviendo y la única opción que me queda es irme de la casa o matarlo. No puedo seguir viviendo"*.

De igual modo recogíamos el relato de una madre desesperada por los problemas de su hijo, enfermo de salud mental, sin medicar. Manifestaba que tenía un hijo de 20 años que sufría esquizofrenia. Estaba en tratamiento psiquiátrico en el hospital, donde había sido ingresado de urgencias en muchas ocasiones. A pesar de haber estado ingresado unos meses en una comunidad terapéutica, llevaba tres semanas fuera de esta por haberla abandonado. También había dejado la medicación. Ella llamaba a la policía y lo llevaba al hospital donde le daban la opción de un ingreso voluntario, al que él se negaba, recibiendo por ello el alta. Estaba desesperada, acudía a nosotros por recomendación de la trabajadora social de salud mental. Hacía dos meses que

**"Nuestro objetivo es atender al público, teniendo en cuenta que atender es escuchar, comprender, empatizar, mediar... Y sobre todo intentar resolver sus problemas"**



había solicitado la valoración de la dependencia de su hijo y seguían sin responderle. *“¿Mientras que hago yo?”*

...

### 1.1.2.1. “Quiero que me atiendan.”: La atención a la ciudadanía por parte de las Administraciones públicas

Si un aspecto destaca en general de los problemas que nos trasladan las personas es la falta de atención tanto presencial como telefónica y las dificultades para contactar y relacionarse con la Administración.

Lo que esta Institución ha detectado es que muchas personas que se dirigen a la misma lo que demandan es una información básica que no reciben de las administraciones públicas afectadas.

Así, por ejemplo, un importante grupo de consultas sobre la Renta Mínima de Inserción Social de Andalucía (RMISA) lo que intentan es conocer si les ha sido aprobada su solicitud; por cual fecha se está abonando la prestación por las Delegaciones Territoriales de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación; cuándo ingresan el primer mes una vez que las citadas Delegaciones Territoriales han aprobado la ayuda, o algo tan simple como qué significa que el expediente de solicitud aparezca, en la carpeta ciudadana, en una determinada fase.

Esas preguntas o consultas que antes contestaba el personal de las Delegaciones Territoriales mediante llamadas telefónicas ahora se hace imposible responder a la ciudadanía, ante la saturación de las líneas telefónicas de información de la Junta de Andalucía. Por ejemplo, la Junta de Andalucía anunció la creación de una cuenta de correo electrónico para que la ciudadanía planteara cuestiones sobre la RMISA. Pues bien, poco después de ello, en nuestras Redes Sociales, se citaba que no se contestaban los mensajes que enviaban las personas debido a la protección de datos.

Con la llegada de la pandemia, la atención personalizada en las oficinas de atención a la ciudadanía únicamente se podía obtener a través de las citas previas obligatorias, en el caso de haberlas. A día de hoy continua igual.

En la mayoría de los casos resulta imposible obtener cita en tiempo razonable por lo que se ha convertido en una tarea que bordea lo imposible e invita, cuando no obliga, a utilizar los servicios ofertados desde la llamada “Administración Electrónica”.

**“La Administración Electrónica no está al alcance de todos y supone una barrera infranqueable para muchos ciudadanos”**

*“Están abiertas las discotecas, los bares, los supermercados, hasta los campos de fútbol. ¿cómo es posible que los médicos o las oficinas de atención al público continúen cerradas.”* Esto nos transmitía una ciudadana desesperada por no poder presentar su solicitud de Ingreso mínimo vital en ninguna oficina de la Seguridad Social, ya que no le daban cita y desde la puerta le derivaban a presentarlo a través de la página web.

Aunque, como enunciado, parecería un avance en la línea de la modernización, está demostrado que amplios sectores de la sociedad tienen

enormes dificultades para gestionar sus derechos ante las Administraciones Públicas, como por ejemplo: presentar una solicitud de jubilación, una solicitud de ingreso mínimo vital, de Renta Mínima o una ayuda para la vivienda.

La Administración Electrónica no está al alcance de todos y supone una barrera infranqueable para muchos ciudadanos. Se exigen unos medios y conocimientos que no todos poseen. Además las aplicaciones que se ponen a disposición de las personas son engorrosas y poco intuitivas. Todo ello sin olvidar que en muchas poblaciones de Andalucía la ciudadanía carece de servicios de internet de calidad.



Otra persona nos denunciaba que *"si intentas acudir sin cita a una oficina pública, el personal del servicio de seguridad (en general, externalizado) impide la entrada y pide la justificación de la cita"*. *"He realizado más de diez llamadas y peticiones por escrito para poder acudir presencialmente a la Oficina de la Tesorería General de la Seguridad Social. La entrada a la oficina pública se hace imposible, por mucho que puedas explicar que llevas un mes intentando obtenerla; que el sistema, cuando responde, ofrece el mensaje: "no hay cita en estos momentos"; que el teléfono para coger la cita nadie lo descuelga o que la página web (cuando existe) está colapsada; y así un día tras otro sin poder realizar las gestiones"*.

Insisten en que *"si intentas pasar para hablar con el personal de la oficina pública siempre hay un guardia de seguridad privada, que te lo impide de manera taxativa, seguramente siguiendo órdenes del personal de dentro que se encuentra resguardado y con los ojos y oídos cerrados ante el llanto y la desesperación del ciudadano cada vez más indignado, que no entiende para qué sirve el servicio público"*.

*"He acudido a la Oficina, me ha atendido el guardia de seguridad que me ha explicado como tengo que hacer las gestiones a través del certificado digital, he insistido y al final ha salido un funcionario que me ha hablado a un metro de distancia a gritos diciendo que no me van a atender y que lo presente todo a través de correos o de la aplicación"*

Los teléfonos o no funcionan o no están disponibles. Nos denuncian que los teléfonos que se publican en la página web no sirven para nada o no están actualizados :

**"Hemos encontrado un elemento común y es que la Administración ha dejado de prestar servicios presenciales"**

*"Buenas tardes: Soy Francisco , domiciliado en Granada,- Durante todo el día, desde Granada, intento contactar telefónicamente con asuntos sociales.- El resultado es que el teléfono "tiene llamadas restringidas". " he intentado contactar con los teléfonos publicados en la página web y al llamar salta una respuesta automatizada de una serie de números y la locución de "está lleno".*

*"He intentado contactar con el Ayuntamiento, he realizado hasta 7 llamadas, en el número publicado: las 7 llamadas han concluido con la caducidad al número de tonos que tengan*

*establecidos. Desgraciadamente estaba llamando para un "Asunto Social". Me encuentro desamparado, no sé como resolver el problema."*

Desde las consultas nos trasladan situaciones de personas que se han llevado más de tres horas intentando hablar por teléfono, cinco días buscando citas para poder ser atendido aunque sea por vía telefónica y que sin embargo no pueden *"contar sus problemas a nadie"* o no pueden saber como va su expediente, ya que además la información que le proporcionan las aplicaciones, cuando pueden, no dicen nada.

Si quieren contactar telefónicamente también será misión imposible, comunicando, comunicando, comunicando...

La pandemia ha influido en esta situación, pero veníamos de más de 10 años de disminución paulatina y constante de empleados públicos que ha obligado a cerrar muchas oficinas.

Parece que toda esta situación se quiere arreglar con el protagonismo de la Administración Digital. Durante este año hemos venido recibiendo muchas consultas que afectaban a los diferentes sistemas públicos: salud, seguridad, educación, vivienda, prestaciones sociales, etc. En todas ellas hemos encontrado un elemento común y es que la Administración ha dejado de prestar servicios presenciales.

La crisis de la COVID-19 ha puesto de relieve, sin duda, el protagonismo de los medios telemáticos y su importancia en un contexto de confinamiento generalizado, pero también ha resaltado las disfunciones que han aquejado a las Administraciones Públicas. Todo ello ha llegado a provocar, incluso en algunos servicios públicos básicos o imprescindibles como son aquellos que tramitan las prestaciones de Seguridad Social, las prestaciones y subsidios de desempleo, las rentas mínimas o las autorizaciones de trabajo y



residencia de las personas extranjeras, incluso las consultas médicas; que haya sido imposible contactar presencialmente con dichas Administraciones.

Durante la pandemia y el periodo posterior que estamos viviendo, numerosas Administraciones públicas y entidades privadas se han subido a la ola de la digitalización considerando la vía digital como el único canal abierto para comunicaciones desde y hacia ellas (educación, tramitación de gestiones, entrevistas, consultas, etc.).

Las políticas públicas deberán garantizar la universalización de estos bienes comunes en el futuro, también en términos de derechos, tanto para las personas como para los territorios. Y deberán poner los medios necesarios para que todas las personas puedan superar la brecha digital que ahora les afecta<sup>1</sup>.

Al mismo tiempo el acceso a los derechos requiere a día de hoy la necesidad de garantizar el ejercicio de la ciudadanía de manera presencial. La accesibilidad de la Administración debe estar garantizada también por medios presenciales.

No debemos olvidar que, según la vigente Ley de Procedimiento Administrativo Común, las personas físicas no obligadas a relacionarse electrónicamente con la Administración pueden ejercer su derecho de opción a presentar presencialmente o mediante papel. **¿Quién garantiza este derecho?**

La transformación digital de la Administración Pública no es solo para ganar eficacia interna sino para mejorar sobre todo la posición de la ciudadanía frente a aquella, y por consiguiente, para prestar mejores servicios públicos a quien es su destinatario natural: la ciudadanía; esto es, para hacer la vida más fácil, agradable y sencilla, así como para generar menos costes y garantizar mejor los derechos de la ciudadanía.<sup>2</sup>

Para ello es necesario que se cumplan una serie de obligaciones por parte de las Administraciones Públicas:

1.- **Es necesario que los portales web gestionados por las administraciones públicas cumplan los requisitos en materia de accesibilidad y usabilidad.** Según un estudio presentado por la Unión General de Trabajadores sólo seis de cada diez portales cumplen estos requisitos<sup>3</sup>.

2.- **Hay que garantizar el derecho a no ser digital.** A que te atienda una persona. El derecho a ser digital está en la Ley 40/2015 de Régimen Jurídico del Sector Público que establece el derecho a relacionarse por medios digitales con la Administración.

Los ciudadanos tenemos derecho a ser digitales, pero también tenemos derecho a no serlo. Si quieren seguir relacionándose personalmente tiene que existir ese derecho y cumplirse. *“Muchas personas mayores no saben o no quieren manejar aplicaciones incomprensibles para ellos y si no se les ofrece atención presencial se les condena a la dependencia, pues necesitan a terceros para tareas en las que son autónomos. Viven en la realidad tangible, para ellos la verdadera y, sin embargo, se sienten cada vez más asediados en ese mundo que encoge y parece cada vez más marginal, frente al mundo digital que se expande”<sup>4</sup>.*

**El Reglamento de actuación y funcionamiento del sector público por medios electrónicos (Real Decreto 203/2021, de 30 de marzo)** regula el «derecho a elegir» y su contrapartida, la obligatoriedad de los que

1 Como proceso institucional, político e ideológico, la brecha digital es un problema en pleno auge de la digitalización de la Administración pública -profundamente agilizada por la COVID-19-. Durante este proceso ha habido un sobre entendimiento de que la capacidad de participar de manera digital es común a toda la población, considerando que la administración electrónica es el punto de arranque y referencia de una administración pública modernizada, excluyendo a una parte de la misma. Entre ella, se encuentran personas que hasta ahora no necesariamente ya sufrían exclusión social, como puede ser el caso de las personas de edad más avanzada. Por tanto, la digitalización de las Administraciones públicas también ha conllevado un aumento de la desigualdad en el acceso a sus derechos entre la ciudadanía que está preparada para realizar esos trámites y la que no” (Evolución de la Cohesión Social y Consecuencias de la Covid-19 en España; 2022, pág. 190)

2 Ararteko.- **Administración digital y relaciones con la ciudadanía. Su aplicación a las administraciones públicas vascas.** Octubre 2021.

3 UGT.- **Estudios sobre la Digitalización de las Administraciones Públicas.** Enero 2022.

4 **Irene Lozano.- A mi madre no le gusta ir al banco.** El diario.es.



no pueden elegir, y en este sentido se refuerza dicha obligatoriedad respecto de determinados sujetos (los que señala el art. 14.2 de la LPAC), cuyas solicitudes carecerán de validez si no se presentan por medios electrónicos.

3.- **Es necesario el uso de un lenguaje sencillo, de fácil comprensión, por parte de las diferentes administraciones públicas** -local, autonómica y estatal- a la hora de dirigirse a los ciudadanos. Muchas veces las resoluciones y las peticiones de documentación que se realizan son incomprensibles para la mayoría de las personas y sobre todo para las personas en situación de exclusión social.

4.- **Deben implantarse, a la mayor brevedad y con todas sus funciones, las oficinas de asistencia en materia de registro (OAMR)**, para entre otras funciones:

a.- **Asegurar la asistencia a los ciudadanos y usuarios en el uso de medios electrónicos** cuando estos así lo soliciten, especialmente en lo referente a la identificación y firma electrónica, presentación de solicitudes a través del registro electrónico general y obtención de copias auténticas. Asimismo, si alguno de estos interesados no dispone de los medios electrónicos necesarios, su identificación o firma electrónica en el procedimiento administrativo podrá ser válidamente realizada por un funcionario público mediante el uso del sistema de firma electrónica del que esté dotado para ello.

b.- **Disponer de un registro electrónico general**, interoperable con el resto de registros electrónicos de las Administraciones.

c) **Recibir solicitudes**, de acuerdo con el art. 66 de la Ley de procedimiento.

5.- **Se debe garantizar la interoperabilidad entre todos los sistemas de las diferentes administraciones públicas** al objeto de funcionar a tiempo real **y poder intercambiar de ese modo información y documentos**, dando pleno cumplimiento por las administraciones al artículo 28 de la LPAC de la obligación de no aportar documentos que obren en poder de las administraciones públicas.

6.- Se debe reforzar el número de personas que realizan atención ciudadana, tanto telefónica como presencialmente. Especialmente en el caso de colectivos altamente vulnerables.

7.- Debe de garantizarse la opción de presentación de documentación en los registros de las Administraciones Públicas sin necesidad de solicitar cita previa.

## 1.3. Dependencia y Servicios Sociales

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

#### 1.3.2.5. Discapacidad

##### 1.3.2.5.1. La Discapacidad en otras materias

##### 1.3.2.5.1.5. Servicios de Interés General y Consumo

En el ámbito de los servicios de interés general y referido concretamente al **servicio de suministro eléctrico**, debemos destacar la queja 21/3528 que planteaba el grave problema que afrontan las personas electrodependientes ante un corte de suministro. Con este término de **personas electrodependientes** se hace referencia a aquellas personas que, por razón de enfermedad o discapacidad, precisan disponer de forma continuada de suministro eléctrico.

Tal es el caso, por ejemplo, de personas con problemas respiratorios que precisan de un aparato de suministro de oxígeno; personas en estados avanzados de ELA, Parkinson o Alzheimer que precisan de un ventilador mecánico para respirar; personas que precisan de camas articuladas para su movilidad; personas con diabetes grave que precisan de máquinas de insulina, etc.

A diferencia de otros países como Argentina o Chile, no existe en España ninguna normativa que regule de forma general los derechos de las personas electrodependientes. Lo único que existe es una regulación en el artículo 52.4 de la **Ley 24/2013 de 26 de diciembre del sector eléctrico**, que impide el corte de



suministro a las personas electrodependientes en caso de impago o en supuestos de corte programado y define estas personas como aquellas que utilizan por prescripción médica una máquina que no puede funcionar sin electricidad. Para evitar el corte, estas personas tienen que aportar un certificado médico que acredite su electrodependencia e inscribirse en un registro de suministros esenciales.

Es cierto que la normativa de salud sí contempla la posibilidad de pedir el reintegro de los gastos eléctricos en supuestos de enfermos electrodependientes, pero se trata de supuestos muy concretos y específicos, como puede comprobarse en el siguiente [enlace](#).

Asimismo, es cierto que muchas de estas personas tienen reconocida la condición de beneficiarias del bono social en atención a su discapacidad, lo que les permite conseguir precios más rebajados y les otorga una salvaguarda frente a los cortes por impago. Sin embargo, afrontan el problema de la **inexistencia de un procedimiento reglado que garantice la continuidad del suministro** en supuestos de cortes imprevistos o no programados.

En el caso analizado en la queja 21/3528 se trataba de una persona que tenía reconocida gran dependencia y necesita de la asistencia constante de unas máquinas (respirador, tosedor, cama articulada), cuyo funcionamiento dependía del suministro de electricidad.

Teniendo en cuenta esta circunstancia, a los familiares de esta persona les preocupó conocer que durante la jornada del 6 de mayo estaba previsto el corte del suministro en la zona donde residía debido a unas intervenciones en red. Al parecer el aviso no se produjo por buzoneo o carteles en la calle, sino que se enteraron por una vecina que se interesó por las actuaciones de unos operarios.

La cónyuge del enfermo llamó por teléfono a su comercializadora Endesa para comunicar que el mismo necesitaba suministro eléctrico ininterrumpido, pero solo le dieron como respuesta que lo trasladaran a un centro de salud o a un hospital.

Ante la respuesta recibida y teniendo en cuenta que el enfermo vivía en una tercera planta y no podía bajar escaleras, teniendo incluso extrema dificultad para deambular en llano, sus familiares decidieron solicitar ayuda por escrito, tanto a Endesa comercializadora como a Red Eléctrica de España, con copia a la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía, al Ayuntamiento de Sevilla, y a esta Institución.

Desde el Ayuntamiento de Sevilla se pusieron en contacto para indicar que harían unas llamadas para procurar que Endesa diera una solución, como la de llevar un generador. De dichas gestiones no habían tenido más noticias. Por su parte, Red Eléctrica de España les indicó que debían comunicar con Endesa Distribución porque era la responsable del transporte de energía en el interior de la ciudad, pero tras llamarles, recibiendo un "mal trato" y le indicaron que tenían que resolver el problema por su cuenta, que se le trasladara a otro sitio, o que se llamara al 112.

Ante esta situación contrataron con una empresa los servicios de movilidad de enfermos, para trasladarle en vehículo particular hasta el domicilio de un amigo a fin de que tuviera bien atendidas sus necesidades, mientras duraba el corte de suministro.

Admitida la queja a trámite nos hemos dirigido a Endesa solicitándole información sobre los hechos denunciados y requiriendo información específica sobre las actuaciones necesarias para que el suministro en la vivienda de esta persona constase como esencial al resultar imprescindible para la alimentación de un equipo médico indispensable para mantenerle con vida.

Asimismo, nos hemos interesado por conocer qué alternativas existen para garantizar un suministro eléctrico continuado a personas electrodependientes ante algún supuesto futuro de corte programado para intervención de red.

La respuesta recibida desde la compañía suministradora se ha limitado a reseñar que el corte de suministro fue de muy corta duración ya que se dispuso un grupo electrógeno mientras duraba la intervención en la red, de modo que el corte fue por los escasos minutos necesarios para conectar la red al generador.

...



Finalmente queremos reseñar la queja 21/4131 que recibimos de una vecina de Málaga que hablaba en nombre de las personas que padecen la **enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa** para denunciar las dificultades que encontraban estas personas, que por su enfermedad precisaban utilizar con frecuencia servicios higiénicos, para acceder a los mismos cuando se encontraban fuera de sus hogares, por el escaso número de servicios de uso público que existían en la mayoría de las ciudades y por las negativas de los propietarios de algunos establecimientos hosteleros a permitirles hacer uso de sus servicios si no eran clientes de los mismos.

## 1.5. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social

### 1.5.1. Introducción

...

Destacar también, en este año, las quejas relacionadas con el acceso al empleo público, reconocimiento y ejercicio de derechos de los empleados públicos y la elaboración del **Estudio Singular sobre "Agresiones al personal sanitario en su puesto de trabajo"**, así como las relacionadas con el reconocimiento y abono de pensiones no contributivas y otras prestaciones de Seguridad Social.

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

#### 1.5.2.1. Consecuencias de la pandemia de la Covid-19

...

En el ámbito sanitario, hay que destacar la queja 21/4129 por la falta de vacunación del personal de enfermería contratado por el SAS que comenzó a trabajar en mayo de 2021 y la queja 21/4285 en la que se denunciaba que en el hospital Universitario de Puerto Real los contratos Covid, financiados con fondos de la Unión Europea, no se estaban cumpliendo con esta medida. En ambos casos, las personas promotoras de las quejas nos comunicaron que se estaban adoptando por el SAS las medidas correspondientes para solucionar esta situación, desistiendo de las mismas.

...

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

##### 1.5.2.5.2. Demoras en la ejecución de las ofertas de empleo público y de los concursos de traslado de personal estatutario del SAS

Las personas interesadas en las quejas 20/3241 y 20/8426 se dirigieron a esta Institución para denunciar las excesivas demoras en las convocatorias y ejecución en las distintas de ofertas de empleo público del Servicio Andaluz de Salud (SAS), así como en la adjudicación de los destinos correspondientes a los procesos selectivos finalizados de la Oferta de Empleo Público (OEP) 2016, y en los concursos de traslados correspondientes a las especialidades de Enfermería y Medicina de Familia.

**"Desempeñar cualquier tarea en los servicios públicos municipales que se prestan por una Administración Local"**

Estas circunstancias que terminan produciendo estas demoras generalizadas en la terminación de los procedimientos, además de ser contrarias a los principios generales que integran el derecho de la ciudadanía a la buena administración que deben observar las Administraciones públicas en su actuación, e incumplir el plazo legal establecido para la ejecución de las ofertas de empleo público y convocatorias de concursos de traslado, terminan afectando a derechos que tienen reconocidos las personas participantes



en los mismos, que se ven perjudicadas por esas demoras que exceden de un plazo razonable para su convocatoria y finalización.

En este sentido, y como ya se ha trasladado en otras quejas a la Administración sanitaria, somos conscientes del carácter masivo que tienen las convocatorias de personal estatutario y de las dificultades de coordinación y ejecución que conllevan su desarrollo. Asimismo, apreciamos el enorme esfuerzo que vienen realizando las comisiones de valoración, así como la dirección y servicios competentes de dicha Administración para la ejecución de estos procesos de provisión de plazas vacantes.

Pero, con independencia de ello, las circunstancias descritas -y reconocidas por la Administración sanitaria andaluza- ponen de manifiesto la **necesidad de planificar, coordinar y gestionar eficaz y eficientemente el desarrollo de estos procesos en ese ámbito, adoptando las medidas organizativas y de dotación de recursos que fueran precisos para ello, a fin de cumplir con los plazos legales de convocatoria y ejecución de estos procesos** y evitar los perjuicios ocasionados por su dilación excesiva.

Por ello, se recomendó a la Dirección General de Personal del SAS la adopción de las medidas organizativas y de dotación de recursos que fueran precisas a fin de cumplir el plazo improrrogable de tres años para la ejecución de las ofertas públicas de empleo, así como el de dos años para la convocatoria de los concursos de traslado, previstos en el art. 70.1 del Estatuto Básico del Empleado Público y en los artículos 3, apartados 1 y 2, y 5.5 del Decreto 136/2001, de 12 de junio. Asimismo, se le formuló sugerencia para que se promuevan las medidas que procedan a fin de que, en el ámbito de la Mesa Sectorial de Sanidad, se puedan acordar los criterios para la cobertura de todas las plazas vacantes presupuestadas que resulten procedentes, de manera coordinada, a través de los sistemas de provisión previstos, **facilitando la movilidad voluntaria del personal estatutario a esas plazas no cubiertas de modo definitivo**.

#### 1.5.2.6. Quejas relacionadas con el reconocimiento y ejercicio de derechos de los empleados públicos

##### 1.5.2.6.1. Posible discriminación por no poder acceder al Premio de Jubilación

En esta Institución se han venido recibiendo numerosas quejas presentadas, especialmente, por personal docente de la Consejería de Educación y Deporte, jubilado y próximo a la jubilación, por la discriminación que consideran que están sufriendo al no poder acceder al premio de jubilación, a diferencia de lo que ocurre con el personal funcionario y laboral de la Administración General de la Junta de Andalucía que sí lo tienen reconocido.

Ante esta situación, se iniciaron quejas de oficio a fin de conocer las previsiones que se pudieran tener por parte de la Administración para el acceso al premio de jubilación de dicho personal.

Tras la confirmación de las Consejerías competentes de que, de momento, no estaba previsto el reconocimiento de este premio a dicho personal, pusimos de manifiesto a las mismas que en el ámbito del empleo público se incluyen una serie de actuaciones de diverso tipo que tienen por objeto proteger a los empleados públicos y que se vinculan con el hecho de estar prestando servicios en una Administración Pública.

Medidas, entre las que se incluyen **los denominados premios de jubilación que, desde los años 2003 y 2018 están reconocidos, respectivamente, para el personal funcionario y laboral de la Administración General de la Junta de Andalucía a diferencia de lo que ocurre con otros colectivos de personal de dicha Administración que no tienen reconocido este derecho** en la normativa específica por la que se rigen.

No obstante, en virtud de la norma básica en materia de función pública de aplicación a todos los empleados públicos, a dicho personal también le resultaría de aplicación el régimen general de derechos previstos en el EBEP, respetando, en su caso, la normativa específica aplicable al mismo, y las características propias del servicio público en los que han de desempeñar sus cometidos profesionales.

Este planteamiento que incorpora la norma básica en materia de empleo público ha supuesto un importante cambio en la ordenación de la función pública, ya que todo aquello que debe ser común al personal que preste sus servicios en una Administración Pública, con independencia de la naturaleza del vínculo jurídico



que mantenga con la Administración, pasa a configurarse como objeto del estatus esencial de empleado público garantizado por el propio EBEP.

Es por ello que el no reconocimiento del premio de jubilación **aún cuando no contraviene la legalidad vigente** al no haberse reconocido hasta ahora este premio a dicho personal en su correspondiente normativa, y correspondientes Mesas de negociación, debería adecuarse a la nueva configuración del régimen estatutario de los empleados públicos, que surge con la aprobación del EBEP como norma básica de referencia en esta materia, y que va a permitir someter a todos los empleados públicos a una misma regulación en aspectos esenciales de su régimen jurídico, sin perjuicio de las especificidades propias de cada colectivo.

Esta naturaleza pública, común a todos los colectivos de empleados públicos, implica su sujeción, además de a los principios constitucionales que rigen en este ámbito, a normas de Derecho Público también aplicables a todo el personal que, no sólo configuran un estatus similar de derechos individuales y colectivos, sino que también los modulan, de forma unitaria, en situaciones como ha sido la de la reciente crisis económica en la que, como es notorio, a todos los colectivos de empleados públicos, por igual, se les han aplicado las suspensiones y limitaciones al disfrute de los mismos.

Ante estas circunstancias, en el caso de derechos de contenido social, como sería el premio de jubilación -que, como hemos dicho, no tiene consideración de complemento salarial-, dejaría de tener sentido seguir distinguiendo entre los distintos colectivos de empleados públicos de una misma Administración para referirse al estatus de derechos inherentes a la actividad pública que desempeñan en esa Administración en función del vínculo que los une con la misma.

Por todo ello, consideramos que por parte de los órganos competentes de la Administración de la Junta de Andalucía se deberían adoptar las medidas que procedan para incluir en la correspondientes Mesas de Negociación del personal docente y sanitario el reconocimiento del Premio de Jubilación para estos colectivos de empleados públicos, **a fin de posibilitar la efectiva equiparación en el acceso a derechos comunes y equilibrio entre los colectivos de empleados públicos de la Junta de Andalucía**, en el marco de las normas y criterios presupuestarios que resulten de aplicación.

#### 1.5.2.6.4. Las situaciones de violencia que afectan al personal de los equipamientos sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La violencia en el lugar de trabajo constituye un riesgo específico que afecta cualquier tipo de relación laboral en todos los contextos de trabajo y grupos profesionales, y que constituye en la actualidad una preocupación prioritaria para el desarrollo de la actividad profesional en todos los ámbitos. Si bien la violencia en el entorno laboral afecta a todos los sectores profesionales, en el sector de la atención a la salud esta situación se ha extendido con gran rapidez afectando a un número más elevado de profesionales que en otros ámbitos.

Estas situaciones no son ajenas a nuestro Sistema Público de Salud, en el que **las situaciones de violencia y agresiones a profesionales sanitarios constituyen un problema real** que, aún afectando a una minoría de los profesionales que trabajan en este sector, su creciente incremento le hace cobrar cada vez mayor importancia **por sus repercusiones en la esfera de los derechos más básicos de este personal, así como en el desempeño de su relación asistencial y en la calidad del servicio, lo que termina afectando al eficaz funcionamiento de las organizaciones sanitarias.**

La tendencia expansiva de este fenómeno llevó a los colegios profesionales y organizaciones sindicales representativas de estos colectivos a trasladar ante todas las instancias públicas su preocupación por el aumento de conductas violentas contra el personal sanitario, y que dio lugar a que se adoptaran diversas iniciativas para prevenir y corregir estas conductas violentas y agresivas que afectan al personal que trabaja en el Sistema Nacional de Salud.

Estas circunstancias determinaron, a nivel andaluz, la aprobación por parte de la Administración sanitaria de la Junta de Andalucía del primer plan, a nivel autonómico, para la prevención y atención de agresiones a los profesionales de este Sistema Público de Salud.

No obstante, después de más de una década de aplicación del plan aprobado para combatir las agresiones en este ámbito, **el aumento creciente de estas situaciones ponían de manifiesto la insuficiencia de las**



**medidas adoptadas y la necesidad de proceder a su revisión y actualización**, a fin de cumplir con los objetivos que se proponía alcanzar con su aprobación.

En este contexto, por parte de la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz se consideró oportuno iniciar de oficio la [queja 18/4017](#) para valorar los efectos de esta situación y de los derechos de los colectivos profesionales afectados por la misma, así como la efectividad de las medidas adoptadas al respecto por la Administración sanitaria andaluza.

En el curso de la investigación realizada se ha obtenido una información que consideramos puede ser de indudable interés para valorar la realidad actual de esta situación en Andalucía, para lo que hemos contado también con la opinión y valoración de las corporaciones y organizaciones representativas de los profesionales sanitarios. Junto a los datos y el análisis y evaluación de los mismos, hemos estimado oportuno completarla con las consideraciones que se han incluido, en relación con este asunto, en la Resolución con la que se finaliza dicha actuación de oficio y que se incluyen en el "Estudio singular sobre agresiones al personal sanitario en su puesto de trabajo" que puede consultarse a través del siguiente [enlace](#).

En cualquier caso, **con los datos de este Estudio el Defensor del Pueblo Andaluz también quiere aportar sus consideraciones sobre este problema que afecta al eficaz funcionamiento del Sistema Sanitario Público Andaluz**, así como las recomendaciones y sugerencias que ha formulado a la Administración sanitaria andaluza para el efectivo cumplimiento de las medidas aprobadas para la prevención y eliminación progresiva de las situaciones de agresión que sufren los profesionales en este ámbito.

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

#### 1.5.3.3. Resoluciones no aceptadas

...

- Resolución recaída en la [queja 18/1505](#), dirigida la Dirección General de Personal del Servicio Andaluz de Salud, en la que se recomendaba a este organismo, ante la no contabilización del periodo de baja maternal como servicios prestados para movilidad interna en el SAS, que se promovieran las acciones oportunas procedentes en orden a garantizar al personal estatutario temporal el cómputo, como servicio efectivo, de los periodos de baja por maternidad en los procesos de movilidad interna en el ámbito sanitario.

...

- Resoluciones recaídas en las quejas [18/4999](#) y [18/7166](#), dirigidas al Ayuntamiento de Zufre (Huelva), [queja 18/6951](#), dirigida al Ayuntamiento de Coín (Málaga), y [queja 19/1746](#), dirigida a la Dirección General de Personal del SAS, ante la falta de respuesta a las solicitudes y recursos presentados por las personas interesadas, y en las que se recomendaba a estas Administraciones que procedieran a resolver y notificar, sin más dilación, la correspondiente respuesta a la solicitud o recurso que le hubieran dirigido dichas personas, informando de ello a esta Institución. Y se les sugería, en caso de ser preciso, que se adoptaran las medidas de racionalidad organizativa que fueran necesarias para poder resolver en los plazos legalmente establecidos para ello los recursos presentados.

...

Por otra parte, en Resoluciones dirigidas a las Administraciones Públicas andaluzas, durante el año 2021, se han respondido por éstas discrepando técnicamente del contenido de las Resoluciones formuladas en los siguientes expedientes:

- [Quejas 18/5492](#), [19/3300](#), [19/4833](#), [19/4866](#), [19/5192](#), [19/5979](#), [queja 19/6122](#), [19/6622](#), [20/829](#), [21/490](#) y [21/0876](#), dirigidas a la Dirección General de Personal del SAS en las que se le recomendaba que se procediera a resolver y notificar, sin más dilación, la correspondiente respuesta a las solicitudes y recursos presentados por las personas interesadas, informando de ello a esta Institución.

...



## 1.6. Igualdad de Género

### 1.6.1. Introducción

...

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 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 a lo largo de los últimos años y también en 2021.

...

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

#### 1.6.2.5. Salud

El enfoque de género aplicado a las cuestiones que nos traslada la ciudadanía en materia del derecho a la protección de la salud, es tenido en consideración al tiempo de abordar el análisis conjunto de las peticiones recibidas y, desde esta perspectiva, es común que nos detengamos en el examen de la forma en que se desenvuelven algunos procedimientos que, habitualmente se relacionan con las técnicas de reproducción humana asistida, o la intervención para la reconstrucción mamaria, a falta de otras demandas más definidas.

Si en el Informe Anual de 2020 apreciábamos un sutil crecimiento en peticiones de esta índole, en un año como ha sido 2021, presidido por los requerimientos de asuntos alusivos a la Salud pública y a las dificultades para acceder a la Atención primaria o para la derivación a la Atención especializada, la presencia de la reproducción asistida y el diagnóstico genético preimplantatorio ha sido bastante discreto.

El **acceso a los tratamientos de técnicas de reproducción humana asistida** viene siendo objeto de estudio en investigaciones precedentes de esta Defensoría, poniendo el foco en la información que nos había aportado la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados, el pasado mes de septiembre de 2021, con relación a nuestras Recomendaciones emitidas en diversas Resoluciones (queja 19/2821 y recordatorio de las emitidas en la queja 15/2594), que nos indicaba que se había solicitado a la Dirección Gerencia del Hospital Virgen del Rocío la revisión sugerida por esta Defensoría de los protocolos de ese centro, con el fin de alcanzar los objetivos y compromisos adquiridos por el Hospital de Valme, que cuenta con mejores tiempos de espera.

De otra parte, en materia de accesibilidad a la técnica de **Diagnóstico Genético Preimplantatorio**, la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía confirmaba en mayo de 2021 los tiempos de demora excesivos (en torno a dos años para atender por primera vez a las parejas de Diagnóstico Genético Preimplantatorio), por influencia de la necesidad de recabar el informe de la Comisión Nacional de reproducción humana asistida.

Con relación a ello, nos trasladaban que a fin de paliar esta situación y procurar una mejora en la accesibilidad ciudadana, **se había realizado una reorganización de la asistencia, autorizando en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada el incremento de cartera de servicios para Test Genético Preimplantatorio, lo que consideran que permitirá disminuir los tiempos de respuesta y mejorar la calidad de la asistencia, al contar la Comunidad Autónoma con dos unidades de Reproducción Humana Asistida**



con Programa de Diagnóstico Genético Preimplantatorio, una ya conocida en el Hospital Universitario Virgen del Rocío y la recientemente autorizada, por lo que confiamos que esta puesta en funcionamiento de la Unidad en Granada contribuya de forma positiva a una mejoría en el tiempo de espera.

En este sentido, cerrábamos con éxito algunas investigaciones relativas a demoras en tratamientos de técnicas de reproducción humana asistida que precisaban de técnica de Diagnóstico Genético Preimplantatorio (queja 21/1050).

En cualquier caso, y en obediencia al mandato competencial de esta Institución, nos mantendremos expectantes a la deriva que arrastren las quejas que mantenemos abiertas y los efectos positivos anunciados de las medidas adoptadas.

En relación con los tiempos de respuesta garantizados en la realización de intervenciones quirúrgicas referidas a la **reconstrucción mamaria**, culminamos en 2021 la actuación realizada respecto de la intervención de reconstrucción de mama que precisaba una andaluza que la aguardaba desde 2018 y que se ha producido finalmente en el mes de marzo de 2021 (queja 20/1627).

Aunque sobre estos hechos emitimos un pronunciamiento inicial en el año 2019 (queja 18/7413), apoyando la intervención quirúrgica, con una primera aceptación por parte del centro hospitalario, la intervención fue de nuevo demorada, realizándose, como decimos, a finales de 2021, con la aseveración del centro sanitario de que se venía trabajando con la Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS sobre arbitrar fórmulas de conciertos para supuestos de cirugía reconstructiva de mama.

Entre las mejoras de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, en 2021 tuvo lugar su ampliación mediante Orden Ministerial SND/1215/2021, de 5 de noviembre, por la que se modifica el anexo III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, para incluir en las técnicas de reproducción humana asistida a algunos colectivos de mujeres, como son las que no tienen pareja, las lesbianas o las personas transexuales que conservan la capacidad de gestar: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/11/09/pdfs/BOE-A-2021-18287.pdf>

## 1.8. Justicia, Prisiones y Política Interior

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

#### 1.8.2.2. Prisiones

##### 1.8.2.2.1. Atención sanitaria en las prisiones: transferencia de competencias a la Comunidad Autónoma.

En el anterior informe anual se dio cuenta de las dificultades de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) para dotar los centros penitenciarios de personal facultativo que dé respuesta a las necesidades de la población interna.

**“La transferencia de la sanidad penitenciaria a la Junta de Andalucía es necesaria para satisfacer el derecho a una sanidad adecuada a las personas internas”**

Como también se reflejaba, un alto porcentaje de población reclusa presenta importantes problemas de salud. Situaciones que nos son trasladadas, por los internos o sus familiares a través de quejas.

En este sentido se ha detectado a lo largo de los años las **dificultades para hacer un seguimiento adecuado a los tratamientos médicos en prisión** o incluso para la derivación a los especialistas del SAS, más cuando quedan sin efecto los convenios de colaboración suscritos entre ambas administraciones.



Una situación provocada por la coexistencia de dos sistemas sanitarios, el penitenciario que acompaña al enfermo durante su estancia en prisión, y el del SAS a través del DIRAYA.

**La transferencia de la sanidad penitenciaria a la Junta de Andalucía es necesaria para satisfacer el derecho a una sanidad adecuada a las personas internas** en centros penitenciarios de Andalucía, en condiciones de igualdad al resto de población.

A este respecto, ya en 2019 se reconocía desde la SGIP que *"faltan médicos, no se cubren las plazas ofertadas para funcionarios médicos interinos, la elevada edad media de dichos profesionales y el número de jubilaciones anticipadas que se están produciendo"*.

Y también que *"Entre los Objetivos Estratégicos de esta Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, se encuentra el de propiciar la transferencia de la Sanidad Penitenciaria con el fin de cumplir lo dispuesto en la Disposición Adicional Sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud"*. Un mandato legal de transferencia que lleva más de 18 años de retraso desde la publicación de la ley y que necesita la voluntad de la administración central y autonómica.

En la queja 19/4403, referida a las medidas adoptadas para paliar las deficiencias detectadas en la atención médica a los pacientes privados de libertad, la SGIP nos informaba que *"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**"*

Según los datos aportados por el Consejero de Salud en el contexto de una **pregunta parlamentaria escrita en mayo de 2021** referida a la transferencia de la sanidad penitenciaria en Andalucía, ésta afecta a 13.000 reclusos, 400 profesionales sanitarios, 14 centros penitenciarios, 5 centros de inserción social de Instituciones Penitenciarias y 1 hospital psiquiátrico penitenciario y que, según sus propias palabras, es de *"mayor envergadura que las transferencias realizadas en el País Vasco o Cataluña"*.

Se informa asimismo que se está tratando esta cuestión desde 2019 a través de dos grupos de trabajo y que *"durante el mes de noviembre de 2020 se reiniciaron los contactos con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para retomar los trabajos encomendados a los distintos grupos. Por parte de dicha Secretaría se propuso un aplazamiento de los mismos hasta la estabilización de la situación sanitaria"*.

Según lo manifestado en el citado documento, las negociaciones para hacer efectivas estas reuniones con los grupos de trabajo se han pospuesto para cuando *"la situación epidemiológica lo permita"*.

Entendemos por tanto que una vez superada la situación de crisis sanitaria actual se aborde la ansiada transferencia con la que se dé respuesta a las necesidades de la personas privadas de libertad, que como se ha puesto de manifiesto en los informes de esta Defensoría, presentan patologías complejas que necesitan de la atención del sistema público de salud.

#### 1.8.2.2.2. Atención a la enfermedad mental y la drogadicción en las prisiones

Según los datos aportados en la **"Encuesta sobre salud y consumo de drogas en instituciones penitenciarias"** elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el Ministerio del Interior, el 75% de la población reclusa había consumido alguna droga ilegal en el mes previo a la elaboración de la misma. La **Fundación Atenea** en su labor con la población presa en sus estudios sobre la realidad penitenciaria recoge que **entre el 70% y 80% de las personas privadas de libertad cumplen condena por delitos vinculados con la droga**, bien por su tráfico o venta bien por **ilícitos relacionados con el consumo de drogas**.

La atención sociosanitaria adquiere una especial importancia para las personas que presentan problemas por drogadicción y que se encuentran en prisión. **Situación aún más compleja cuando además padecen enfermedad mental.**

En el informe de 2020 dimos cuenta de los problemas referidos a las personas que padeciendo una enfermedad mental grave en prisión requieren una adecuación de los destinos a su perfil.



En el de este año abordamos la importancia de **la atención sociosanitaria en el ámbito penitenciario**, especialmente en los casos de **drogadicción y en los procesos de deshabituación de consumo** que pueden detectarse de forma individualizada o concurrir con la enfermedad mental (patologías duales), requiriendo por tanto un tratamiento y abordaje más complejos.

Muchas de las quejas relacionadas con la atención sociosanitaria facilitada en los centros de cumplimiento suelen estar relacionadas con la modificación en las pautas de tratamiento prescritas por sus médicos, con problemas relacionados con las derivaciones a los especialistas en el sistema público de salud o con la relevancia del apoyo familiar en la vida de estos internos.

**La modificación de las pautas de estos tratamientos** cuando los internos o internas cambian de centro de cumplimiento o como medida para evitar el mal uso de la medicación ha sido analizada en el expediente de queja 21/3216.

Tras la solicitud de informe, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en adelante SGIP, nos informa que con la modificación del tratamiento se persigue la deshabituación y un mejor abordaje de la dolencia del interesado, con una medicación menos adictiva y que favorezca su evolución. Nos indican asimismo que los tratamientos son susceptibles de cambios en tanto que se van adaptando a la evolución del paciente.

El resultado del reajuste de la medicación requiere un tiempo para valorar su efectividad, periodo en el que tanto los pacientes como su entorno manifiestan su inquietud con los efectos inmediatos de estas medidas. Proceso del que informamos en las numerosas consultas formuladas por los familiares durante la tramitación de los expedientes.

En la queja 21/0991, se aborda tanto la derivación a especialista como **la importancia del entorno familiar para superar los procesos de deshabituación**. El promotor de la queja solicitaba nuestra intervención por los perjuicios que le ocasionaban los cambios en la medicación y la no derivación a atención médica especializada.

El promotor de la queja manifestaba intenciones autolíticas persistentes que le habían llevado incluso a autolesionarse, por lo que solicitaba el traslado de centro penitenciario para estar cerca de su familia y poder comunicar, dado la difícil situación por la que estaba atravesando así como la derivación para ser atendido por un psiquiatra, sin que hubiese recibido respuesta a sus peticiones a la fecha de presentación de su queja.

Tras la petición del informe a la SGIP se acredita que tras analizar la *"inquietud por la lejanía con su familia"*, el expediente de traslado había sido resuelto favorablemente, dictándose resolución acordando su traslado en marzo y haciéndolo efectivo en abril del mismo año 2021.

En cuanto a la solicitud de **derivación para ser atendido por un psiquiatra**, nos traslada la SGIP que *"Los facultativos que pasan consulta en este centro son especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, exploran la esfera biopsicosocial de los pacientes y se encuentran capacitados para establecer un tratamiento con psicofármacos ante determinados síntomas, sin requerir la intervención de la especialidad en psiquiatría.*

*Es por este motivo que no se ha considerado necesaria la derivación a Salud Mental, ya que con el tratamiento prescrito se encuentra estable y sin alteraciones psicopatológicas ni del comportamiento"*.

Como es bien sabido, la reinserción real de quienes sufren problemas de drogadicción no es viable si no se trabaja en su deshabituación a través de los distintos programas orientados a superar esta realidad.

Adquiere especial preponderancia en los dos últimos años las quejas relacionadas con los programas de control de metadona, con la posibilidad de cumplir condenas en las Unidades de Tratamiento Especializado (UTE), así como con la retirada de los técnicos del Centro Provincial de Drogodependencia (CPD) de los centros penitenciarios.



Así desde el centro penitenciario de Huelva se remitieron varios expedientes de queja trasladando que el CPD de Huelva no acudía a este centro, dejando desamparados a los internos que requieren tratamiento y rehabilitación.

A este respecto es importante referirnos a las dificultades para la continuidad de estos recursos públicos debido a la complejidad en cuanto al reparto competencial de los mismos.

La intervención en materia de adicciones en Instituciones Penitenciarias está regulada por la Circular 17/2005, de 15 de diciembre, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias donde se establece que la intervención sanitaria con personas drogodependientes en los centros penitenciarios será realizada por el Equipo Sanitario del centro penitenciario con la colaboración de la atención especializada y hospitalaria cuando los casos lo precisen.

En la misma se recoge que *“Los Equipos Sanitarios llevarán a cabo de manera protocolarizada la intervención en sobredosis, la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, desintoxicación de sustancias de abuso y el tratamiento farmacológico con metadona o antagonistas”*.

Por lo tanto, atendiendo a la citada circular, tanto la atención sanitaria como la organización y gestión de los programas y actuaciones de impedimento y persecución de la entrada y distribución de sustancias tóxicas son responsabilidad de órganos penitenciarios dependientes del Ministerio del Interior.

Por su parte, la intervención de la Junta de Andalucía en esta materia se articula a través de colaboraciones con el Gobierno Central, que en el caso que nos ocupa se prestan por profesionales extrapenitenciarios, en el ámbito del equipo técnico de los Grupos de Atención al Drogodependiente (GAD) del cual formaran parte como miembros activos.

Esta prestación puede concretarse, desde un mero apoyo a las acciones del Equipo Técnico GAD, hasta el desarrollo amplio de un programa de intervención en los siguientes ámbitos: programas de prevención y educación para la salud, programas de intervención psicosocial en el tratamiento con metadona, programas de deshabituación y programas de reincorporación social. En cualquier caso, esta colaboración no interviene en el tratamiento farmacológico de los internos.

Conscientes ambas administraciones que la colaboración entre ellas es necesaria y aporta un plus a la atención de las personas drogodependientes en las prisiones andaluzas, en 1989, se suscribió un Convenio de colaboración entre el Ministerio de Interior, el Plan Nacional de Drogas y la Junta de Andalucía.

Posteriormente el 14 de julio de 2005 se formalizó un acuerdo sectorial en materia de drogodependencias entre la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y el Ministerio del Interior, cuyo objeto general era la realización de una intervención de apoyo en materia de drogodependencias de forma coordinada en los centros penitenciarios andaluces, complementando el trabajo de los Grupos de Atención al Drogodependiente (GAD), a través de los Equipos de Apoyo a Instituciones Penitenciarias (EAIP).

A su vez, las Consejerías de la Junta de Andalucía competentes en materia de adicciones en las diferentes legislaturas han venido conveniando con las Diputaciones provinciales los llamados Equipos de Apoyo a instituciones Penitenciarias (EAIP). De esta manera se ha dotado de equipos de apoyo a la mayor parte de las prisiones ubicadas en la Comunidad Autónoma.

Actualmente, la valoración de **un nuevo convenio entre la Junta de Andalucía y el Ministerio del Interior permitiría el análisis pormenorizado de las necesidades de apoyo en los centros penitenciarios de Andalucía** y el estudio del posible redimensionamiento y redistribución de los EAIP, principalmente como elemento de enlace con la Red Pública de Atención a las Adicciones y en especial en el momento de la salida de prisión que ha sido señalado como situación de especial riesgo para las personas con problemas de adicciones por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

En este contexto, sin convenio en vigor y con internos e internas en centros penitenciarios con necesidades de deshabituación que acuden a esta Defensoría, se seguirá analizando las demandas de la población reclusa y los recursos necesarios orientados a la atención de la drogadicción en los centros penitenciarios.



## 1.9. Mediación

### 1.9.2. Análisis de la actividad del dPA en materia de mediación

#### 1.9.2.2. Incidencias por materias

...

Sobre las quejas relacionadas con **Salud**, puede ponerse de manifiesto la importancia del asunto recogido en la **21/1408**, que planteó una asociación de familiares de **personas con problemas de trastornos alimentarios, solicitando el impulso a la dotación prevista para crear un segundo servicio especializado en salud mental para atender estas patologías**. En este caso, la Junta de Andalucía se había comprometido a crear una nueva unidad de referencia completa, con posible hospitalización incluida y aún no se había materializado. La mediación procuró un diálogo constructivo entre ciudadanía y la administración responsable y se logró un acuerdo con el que se puso en funcionamiento dicha unidad, si bien ambas unidades se han ubicado en Andalucía Oriental (Málaga y Granada).

Vinculadas a los problemas generados por la COVID-19, se han atendido algunas quejas relativas a **vacunación del personal trabajador de laboratorio**, que fueron gestionadas con éxito con una intervención flexible intermediadora. (Quejas 21/3573, 21/3575, 21/3576, 21/3580, o 21/3584).

Por otro lado, una **asociación de personas y familiares de personas con problemas de salud mental, nos solicitó mediación ante el hecho de que su colectivo no estaba siendo considerado como colectivo prioritario en el orden de vacunación**. Tras poner en conocimiento de la Administración estos hechos, se solucionó finalmente y fueron vacunados (queja 21/2855).

...

## 1.11. Personas Migrantes

### 1.11.1. Introducción

La Constitución Española, establece en su artículo 149.1.2º que **el Estado tiene competencia exclusiva en materia de nacionalidad, inmigración, extranjería y derecho de asilo**.

Por su parte **la Comunidad Autónoma Andaluza**, a través de la administración local y autonómica es **competente para resolver actuaciones que están íntimamente relacionadas con los derechos de los migrantes**: los empadronamientos, informes de inserción social en los expedientes de arraigo, menores, atención y cobertura sanitaria, formación y educación, servicios sociales, políticas de integración, políticas de empleo, gestión de residuos, alternativas habitacionales, albergues para temporeros, situaciones de emergencia como la covid-19, incendios, etcétera.

Una larga lista que desvirtúa planteamientos categóricos de que la realidad migratoria es de competencia exclusivamente estatal.

...

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

#### 1.11.2.2. Sistemas de alojamientos de los temporeros migrantes en Andalucía

##### 1.11.2.2.3. Asentamientos chabolistas en la provincia de Huelva

###### 1.11.2.2.3.1. Actuaciones de la Defensoría relacionadas con la eliminación de los asentamientos chabolistas

Ante esta situación, la Defensoría ha mantenido una línea de trabajo contraria a un mero papel de espectador de estos problemas. **Se es consciente de que las soluciones superan a cada una de los municipios afectados**, siendo necesario la implicación de la administraciones autonómicas y central en la



provincia, junto al sector empresarial, entidades del tercer sector y la propia población afectada. **Urge por tanto una estrategia conjunta tal y como se ha manifestado ante el Parlamento de Andalucía.**

En este escenario, el papel de la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz, como garante de derechos de la ciudadanía y velando por los de la población migrante, en coordinación con el Defensor del Pueblo Español, continua en su tarea de supervisar las actuaciones de las distintas administraciones implicadas. Acciones que se abordarán favoreciendo soluciones participadas entre todos y sostenibles en el tiempo mediante un **papel activo como articulador e impulsor de los derechos de estas minorías en la estrategia que se coordine e implemente desde cada territorio.**

Dado que no consta que se haya abordado en la provincia de Huelva una estrategia conjunta encaminada a trabajar en el corto, medio y largo plazo para acometer tanto las situaciones de urgencia que se provocan en los asentamientos como consecuencia de los incendios o por la covid-19, ni tampoco se está definiendo una hoja de ruta para la eliminación de los asentamientos, **se ha considerado necesario conocer de los distintos agentes implicados las causas que provocan la cronificación de los asentamientos, las posibles soluciones para su erradicación y las dificultades para su implementación.**

Con este planteamiento, en 2021 se han programado reuniones con los Ayuntamientos afectados, Diputación de Huelva, Tercer Sector y agricultores locales para analizar su opinión y conocer sus propuestas para el abordaje de esta realidad. El análisis de los datos obtenidos en las mismas y de sus propuestas se ha incorporado a los Asuntos Generales 21/106, 21/132, 21/151 y 21/182.

Pendiente de concretar la visita a Palos de la Frontera, en las **reuniones de trabajo entre la Defensoría y las corporaciones municipales de los Ayuntamientos** de Lepe, Moguer y Lucena del Puerto, se nos ha informado de las distintas actuaciones que se están llevando a cabo para abordar esta realidad y nos hemos desplazado para conocer los asentamientos y poder comprobar las condiciones en las que se encuentran sus ocupantes.

El Ayuntamiento de Lepe, tal y como se recogía en el informe anual 2020, aprobó por unanimidad de los grupos políticos un Plan Integral de Erradicación del Chabolismo que prevé la eliminación de los asentamientos de su municipio facilitando alternativas a través de alojamientos temporales con capacidad para las personas residentes en las chabolas.

Para ello, a través de un equipo de mediadores, se ha realizado un censo con las personas residentes durante todo el año en las chabolas, recogiendo sus circunstancias administrativas y haciendo un seguimiento diario sobre el terreno. Nos transmiten que el punto de inflexión es evitar la instalación de nuevas edificaciones e ir eliminando aquellas en las que sus moradores encuentren otra opción residencial.

La corporación de Moguer nos traslada que comenzó sus pasos en este largo e intenso proceso en el año 2012, y desde ese momento hasta la actualidad ha consignado en sus presupuestos municipales, tanto recursos humanos como materiales, con objeto de erradicar dicha situación, siendo los mismos complementados, en algunas ocasiones, con la llegada de financiación externa.

El objetivo de su Plan de Intervención es evitar la proliferación de asentamientos irregulares de personas inmigrantes en la localidad, así como erradicar los ya existentes. Para ello se informa, deriva y detecta los casos concretos a otras entidades y organizaciones para su posible intervención; se concientiza sobre las

condiciones a los residentes sobre cómo les afecta las condiciones en las que viven, tanto a nivel social como a cuestiones de salubridad (contagio y propagación de enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis) e higiene. Además se trabaja reduciendo los impactos ambientales derivados de los asentamientos irregulares, evitando así posibles incendios en los mismos.

Con la finalidad de conseguir estos objetivos se estructuró un equipo interdisciplinar (en el que se ha incorporado un trabajador de origen

**“Se ha previsto la construcción del albergue, que permitirá el levantamiento de las chabolas”**



extranjero, conocedor de la cultura y lenguas subsaharianas, y cuya jornada laboral se desarrolla, en su totalidad, en los propios asentamientos.

Algunas de las actuaciones que merecen especial interés para los objetivos marcados son: mediación con el empresariado agrícola local y trabajadores/as inmigrantes residentes en los asentamientos, tanto para la búsqueda de empleo como para resolución de conflictos; la sensibilización y mediación con propietario/as de viviendas en alquiler y posibles inquilino/as residentes en asentamientos o las reuniones con propietario/as en cuyos terrenos existen asentamientos irregulares.

Otras actuaciones se concretan en la coordinación con diferentes asociaciones sin ánimo de lucro como ACCEM, Cruz Roja, Cáritas, CEPAIM o DIAPPO, principalmente, con objeto de poner en práctica nuevas intervenciones con las personas que viven en los asentamientos. A los efectos de evitar la presencia de menores en los asentamientos la coordinación con los equipos de atención al emigrante de la Guardia Civil (EDATI) y la Dirección General de Política del Interior Unidad de Policía es fundamental.

Por su parte los responsables políticos de **Lucena del Puerto** se manifiestan preocupados por la incidencia que tienen los asentamientos en la gestión municipal. En este sentido, nos trasladan que al encontrarse ubicados en **suelo público de especial protección**, los expedientes sancionadores de la Junta de Andalucía como consecuencia de los residuos que provienen de la actividad diaria de los migrantes provocan un menoscabo económico a su Corporación.

El escaso presupuesto de este ayuntamiento le impide disponer de equipos técnicos para el trabajo de campo, por lo que necesitaría el apoyo de otras instituciones. En la actualidad, son los trabajadores del municipio los que acometen las tareas relacionadas con la vida diaria de los asentamientos, insuficientes para asumir una programación anualizada.

En relación a la eliminación de los asentamientos se ha previsto la construcción del albergue, que permitirá el levantamiento de las chabolas. Demanda para esta finalidad apoyo de la Diputación Provincial para acometer los expedientes administrativos necesarios así como para los equipos multidisciplinares.

**San Bartolomé de la Torre**, y la **Diputación Provincial de Huelva** remitieron a esta Defensoría la moción elevada a sus órganos de gobierno que fueron registradas como Asuntos Generales 21/132 y 21/143 respectivamente. En ellas se instaba al Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía para *"dotar una partida extraordinaria destinada a las organizaciones sociales que vienen trabajado con el colectivo de migrantes en los asentamientos de chabolas en los Municipios de Huelva, que permitan actuaciones encaminadas a la erradicación de esta situación, ofreciendo alternativas habitacionales, sociales y económicas"*, así como la dotación de *"una partida extraordinaria de su presupuesto para la financiación junto a los fondos extraordinarios que llegarán a Andalucía desde la UE a través del Estado, Fondos Next Generation, para la construcción de cuatro grandes albergues en los cuatro Municipios de la Provincia con esta problemática, Moguer, Lucena del Puerto, Lepe y Palos de la Frontera, que palien la situación existente."*

Tal y como hemos podido constatar en la información de los ayuntamientos, **cada uno de los municipios visitados han adquirido a conciencia de que la única vía de tratamiento de esta realidad es afrontar su eliminación**. Cuestión para la que se requiere una estrategia de trabajo dotada de un presupuesto para implementarla.

En este sentido, la **Orden de 20 de abril de 2021** de la Dirección General competente en materia de coordinación de Políticas Migratorias, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de subvenciones en régimen de concurrencia competitiva, para proyectos e infraestructuras, destinadas al arraigo, la inserción y promoción social de personas inmigrantes y sus familias, la gestión de la diversidad cultural y el fomento de la cohesión social, **ha permitido una línea de financiación para acometer soluciones para la eliminación de los asentamientos**.

Dirigidas a entidades privadas sin ánimo de lucro y ayuntamientos andaluces, la **resolución** de esta línea de subvención concede a los municipios de Lepe y Lucena del Puerto las subvenciones solicitadas para



equipamientos e infraestructuras destinadas a la eliminación de los asentamientos dotadas de 300.000 € para el primero de ellos de 299.464,11€ para Lucena del Puerto.

A Palos de la Frontera se le ha concedido 3.327,13 € para una Oficina de Atención al Inmigrante en materia de políticas migratorias.

En la reunión mantenida con representantes de **la Diputación de Huelva** se nos trasladó la necesidad de diseñar e implementar una estrategia provincial para abordar el problema de los asentamientos y las demandas residenciales de las personas temporeras y la disponibilidad del equipo de Gobierno para participar y aportar en la medida de sus competencias. Consideran que estas iniciativas corresponden a órganos de gobierno de la Junta de Andalucía cuya competencia le es atribuida.

En las **reuniones con los empresarios** de los municipios de Lepe y Lucena del Puerto nos trasladaban la incidencia negativa que tiene la vinculación de la cronificación de los asentamientos con su actividad productiva.

Coincidían en que si bien es cierto que existen malas prácticas relacionadas con el incumplimiento de las obligaciones para facilitar alojamiento a las personas contratadas fuera de la provincia, por regla general las empresas tienen disponibles alojamientos para esta finalidad. Una realidad que pudimos constatar a través de las visitas a algunos de los alojamientos en fincas.

También nos trasladaban que los temporeros que no son contratados en origen, no siempre optan por el alojamiento en las fincas, teniendo preferencia por viviendas compartidas en los municipios e incluso por chabolas en los asentamientos. Una opción esta última que les permite un ahorro considerable de recursos para poder enviar a sus familias.

Respecto a la oferta de viviendas en los pueblos freseros reconocen que es insuficiente para la demanda existente. También que no siempre los propietarios de viviendas alquilan a migrantes por el riesgo que supone el impago de la vivienda o el cuidado de la misma.

Consideran que una red de alojamiento en el entorno facilitaría recursos habitacionales dignos a las necesidades detectadas.

La reunión con **entidades del tercer sector** se programó a través de un taller participativo para identificar factores y aspectos relevantes acerca de la problemática de los asentamientos, así como crear consenso sobre los mismos. Participaron en esta reunión, además de los colectivos vinculados a las reuniones del Foro Provincial de la Inmigración, otros que trabajan día a día con los migrantes que residen en los asentamientos de Lepe y Moguer.

Como causas que favorecen la existencia de los asentamientos se identificaron la ausencia de intervención de las Administraciones Públicas que ha permitido la cronificación del problema, provocando a su vez un efecto llamada así como la falta de planificación institucional para dar cobertura a la campaña agrícola. Otras causas identificadas fueron la ausencia de recursos públicos para canalizar las demandas de alojamiento o la "normalización" del asentamientos que provoca la aceptación de esta realidad en el ideario colectivo.

En relación a las consecuencias que se derivan de la existencia de los asentamientos, se aportó que la vulneración de los derechos humanos, la cronificación de la exclusión social, o la existencia de prácticas poco "éticas, fraude y riesgo" incluso entre los propios migrantes residentes, son algunas de las más relevantes.

Se alertaba del peligro del aumento de comportamientos racistas, de la mala imagen del sector empresarial, que afecta tanto al que incumple las obligaciones como al resto, y con respecto a los migrantes se alertaba de la invisibilidad en su propio entorno.

Entienden estos colectivos que entre las medidas necesarias para abordar esta situación se encuentra una implicación de las administraciones en la solución del problema, programando actuaciones a medio y largo plazo y **poniendo el acento en las personas y en los procesos de sociabilización y adaptación para generar confianza en el contexto social del pueblo, frente al contexto del asentamiento.**



Los colectivos manifiestan su cansancio ante la participación en mesas de trabajo vacías de resultado. Necesidad de un liderazgo de gestión y una estructura y objetivos claros que entienden que no se está produciendo. En este sentido trasladan que cada uno de ellos aborda su programación en función de lo que considera prioritario y no en el contexto de unas necesidades detectadas y programadas en los foros en los que participan.

2021 ha concluido sin dar una respuesta a las carencias para abordar la eliminación de los asentamientos, entre las que se encuentran, la falta de alojamientos en los municipios freseros, bien sean viviendas, albergues u otros modelos necesarios, y la **ausencia de políticas públicas coordinadas para solucionar el problema, tanto a nivel estatal, autonómico y local.**

### 1.11.2.2.3.2. Atención de las necesidades básicas en los asentamientos de la provincia de Huelva

En el pasado informe anual se analizaba la situación de los temporeros migrantes en los asentamientos, prestando especial atención a la provincia de Huelva. Una cuestión con una especial relevancia para esta Defensoría dada la incidencia del estado de alarma en la población migrante, más vulnerable, y la repercusión de las medidas sanitarias acordadas que, como ya dijimos, visibilizaron la importancia de una mano de obra indispensable.

A través de la queja 20/2299, instada por Cáritas ante la falta de respuesta de algunas administraciones para conocer la situación en la que se encontraban las personas migrantes en los asentamientos de Huelva y Almería, se pudo conocer las actuaciones que se habían implementado en relación a esta realidad.

En relación con los Ayuntamientos requeridos destacamos algunas actuaciones referidas a los municipios freseros donde se había dirigido Cáritas (Lepe, Moguer y Lucena del Puerto).

Ante **la falta de respuesta a los escritos registrados** por Cáritas en marzo de 2020, los ayuntamientos lo justificaban bien por que la entidad había participado en los grupos de colaboración entre las administraciones y tercer sector, bien por la falta de recursos humanos en unos meses tan difíciles como fueron los del estado de alarma.

En todo caso se requirió a los Ayuntamientos para que, sin perjuicio de que desde esta Defensoría se le dé traslado a Cáritas de los informes recibidos, le diesen respuesta expresa a las solicitudes de información. Todo ello a los efectos de garantizar el derecho a obtener información de la administración pública, que ampara no solo al ciudadano en su categoría de persona física sino también a entidades y asociaciones como personas jurídicas, que son igualmente titulares del mismo.

Referido a las actuaciones dirigidas a atender las necesidades básicas de la población residente en los asentamientos, se traslada en los informes actuaciones relacionadas con el abastecimiento de agua, kit de comida, información de medidas sanitarias entre otras.

Respecto a los espacios de coordinación en el ámbito municipal para abordar la situación derivada de la Covid-19, se hace mención de las actuaciones de colaboración con entidades del tercer sector y resto de agentes en relación a las necesidades detectadas y actuaciones ejecutadas en el marco las medidas urgentes aprobadas por la Junta de Andalucía en el Decreto-Ley 9/2020, de 15 de abril, por la incidencia del coronavirus en asentamientos chabolistas.

Si bien se trasladaban por Ayuntamientos como Lepe o Moguer planes y proyectos referidos a la eliminación de los asentamientos, no se identificó la existencia de **espacios de coordinación estables** en los que se determinen y compartan el diseño e implementación de protocolos y pautas de actuación. Tanto el abordaje de la eliminación de los asentamientos como las situaciones de emergencia -actual crisis sanitaria, incendios, etc- requieren espacios de reflexión y consenso de las políticas públicas necesarias para su abordaje.

Pendiente del informe de la Delegación de Gobierno de Huelva, desde la Subdelegación **de Gobierno** se traslada que "El Gobierno de España ha coordinado acciones mediante la Dirección General de Integración y Atención Humanitaria (actualmente, Inclusión y Atención Humanitaria), dedicando una



*importante inversión en relación a medidas sociales específicas que promueve la Secretaría de Estado de Migraciones”.*

*Además de haberse puesto “a disposición de las Entidades u organizaciones no gubernamentales que tengan como fines institucionales la realización de actividades dirigidas a colectivos migrantes, de protección internacional, apátridas y de protección temporal, una línea de subvenciones para atender diversos aspectos, entre los que debe entenderse contemplada la intervención en asentamientos, desde distintas perspectivas integrales”.*

En relación a las actuaciones concretas en la provincia de Huelva nos ponen en conocimiento las acciones coordinadas entre fuerzas y cuerpos de seguridad para el reparto diario de alimentos, bienes de primera necesidad y para la infancia, control permanente de posibles aglomeraciones de personas y mantenimiento de la normalidad.

En este sentido expone que estas tareas han sido desarrolladas en estrecha colaboración con las ONGs: Asociación la Carpa de Sevilla, MZC, Asnuci, Cebaím, Cruz Roja, Cáritas Diocesana, entre otras.

*Se apuntaba en el informe el “Trabajo coordinado con todas las alcaldías de la provincia, asegurando que se dispusiera de puntos suficientes de agua potable y corriente en todos estos lugares en los que existen asentamientos, verificando su correcto uso.”*

Y por último, en relación a la Subdelegación de Gobierno de Huelva, el informe recoge las líneas de financiación recogidas en la Resolución de 6 de mayo de 2019 de la Dirección General de Integración y Atención Humanitaria por la que se convocan *“subvenciones para el desarrollo de actuaciones de interés general en materia de extranjería destinadas a favorecer la convivencia y la cohesión social, cofinanciadas por fondos de la Unión Europea”*:

Ante tales informes se ha recibido escritos de Cáritas en la que manifiestan algunas puntualizaciones sobre la atención prestada durante el estado de alarma para garantizar las necesidades básicas, así como otras relacionadas con la eliminación de los asentamientos y que serán tratadas en otros expedientes de esta Defensoría.

Referido a las necesidades básicas de los migrantes en 2021 se recibió la queja 21/4943 remitida por la Asociación La Carpa en la que ponía de manifiesto el corte del punto de suministro de agua que abastecía a la población migrante. Una queja que pese a ser remitida al Defensor del Pueblo de España, dado que se refería a actuaciones requeridas de la Subdelegación de gobierno procedimos a solicitar información al ayuntamiento de Lucena del Puerto.

Atendiendo tanto a nuestra petición de colaboración como a la del Defensor de Pueblo Estatal nos remitían escrito en el que nos trasladaba que “el presupuesto del Ayuntamiento de Lucena del Puerto no puede soportar una población sobrevenida que supera las 3.000 personas en campaña, para las que las entidades y asociaciones piden agua, luz, recogida de residuos, urbanización, medicinas, guardería, colegio, sanidad, soluciones habitacionales y otros servicios.

Nos transmitía que había remitido varios escritos a la Subdelegación del Gobierno, Delegación del Gobierno de la Junta de Andalucía en Huelva y Diputación Provincial solicitando la colaboración para la atención de esta realidad en su municipio tanto en el medio y largo plazo como en el corto plazo. Detectaba la necesidad de, al mismo tiempo que se programan actuaciones para la eliminación de los asentamientos, adaptar un equipamiento cercano a los asentamientos para facilitar puntos de agua, duchas e higiene personal debidamente atendidos por personal del ayuntamiento. Para lo cual necesitaba apoyo financiero.

## 1.13. Servicios Administrativos, Tributarios y Ordenación Económica

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

#### 1.13.2.2. Administración Local



### 1.13.2.2.1. Gestión del Padrón de Habitantes

...

**El empadronamiento es de una vital importancia para aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad y que demandan servicios que suelen estar vinculados a la vecindad**, como son la educación o el sistema sanitario, donde es necesario acreditarla para acceder a un centro público o para asignar el profesional de atención primaria.

En el informe anual 2020 se puso de manifiesto la situación de vulnerabilidad de muchas familias que tras sufrir las consecuencias económicas de la pandemia quedaron, si cabe, en peor situación económica que con anterioridad al mes de marzo del mismo año.

Personas que como se recogió en el informe extraordinario redactado en octubre de 2020, "**Derechos de la ciudadanía durante la COVID-19. Primera ola de la pandemia**", ante la falta de empleo y la escasez de recursos económicos necesitaron acogerse a las ayudas alimentaria o económica de urgencia, tanto por parte de los Ayuntamientos como por la Junta de Andalucía y que les requerían para acudir a ellas acreditar el empadronamiento en el municipio donde residían.

Son recurrentes las quejas relacionadas con las dificultades para empadronarse al no poder aportar los requisitos exigidos en la hoja padronal, referidos a la acreditación de la titularidad del domicilio donde reside, o a la autorización de sus propietarios. Expedientes, que en la mayoría de los casos, concluyen archivándose por no poder aportar los documentos que se les exige en la solicitud.

Una situación que deja desprotegidas a quienes necesiten documentar su vecindad para optar a una ayuda social, a la asistencia médica, a la escolarización de sus menores e incluso a poder participar en las convocatorias de adjudicación de una vivienda de protección oficial.

En este sentido y aludiendo al contenido de la citada Resolución de la Presidencia del Instituto Nacional de Estadística y de la Dirección General de Cooperación Autonómica y Local "**las facultades atribuidas al Ayuntamiento en el art. 59.2 del Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales para exigir la aportación de documentos a sus vecinos tienen como única finalidad comprobar la veracidad de los datos consignados, como textualmente señala el propio artículo**".

Y lo más importante en relación a la exigencia del título de propiedad o contrato de alquiler es que "**... tan pronto como el gestor municipal adquiera la convicción de que los datos que constan en la inscripción padronal se ajustan a la realidad, deja de estar facultado para pedir al vecino ulteriores justificantes que acrediten aquel hecho**".

Conforme a la Resolución de referencia, la incorporación de cualquiera de los títulos exigidos para incorporarlos al expediente administrativo "**... tiene por única finalidad servir de elemento de prueba para acreditar que, efectivamente, el vecino habita en el domicilio que ha indicado**", no atribuyendo a las Administraciones Locales "**.. competencia para juzgar cuestiones de propiedad, de arrendamientos urbanos o, en general, de naturaleza jurídico-privada,..**".

Son ilustrativos algunos testimonios que traducen la importancia del empadronamiento para familias vulnerables. Así en la queja 21/5216, nos trasladan que necesita "**ayuda por el motivo del empadronamiento ya que yebo viviendo en la plaza (.....) casi 4 años con mi esposo (.....) y mis dos hijos de 3 y 1 año necesitamos ayuda ya que no tenemos trabajo y no podemos optar a ninguna ayuda también tengo problema con el médico ya que al no tener padrón no tengo médico fijo y estoy embarazada en enero doy a luz y no puedo empadronar al bebé y ningún sitio para ka le pueda dar su revisiones y vacuna ya que al no estar empadronado no le dan médico por eso pido ayuda para que vean mi situación y me puedan ayudar espero una respuesta de ayuda muchas gracias**".

Una queja referente a la situación de una ciudadana que no puede empadronarse en el Padrón de Habitantes del municipio donde reside, por no aportar la documentación e información requerida según el modelo de la solicitud de inscripción del Ayuntamiento de Linares.



En el informe remitido por el Ayuntamiento en el expediente de queja traslada que "Supervisada la documentación aportada para el citado trámite en fecha 3/12/2020 la misma adolece de falta de documentación, concretamente, del documento que acredite la titularidad o adjudicación del inmueble para el que solicita el alta, requisito imprescindible para el trámite solicitado ..."

Desde el punto de vista del trámite del expediente, cumplen con todos los cauces formales exigidos, ya que la persona interesada al no disponer de los títulos exigidos no contestó al requerimiento notificado.

Si bien, el problema trasladado requiere que las administraciones locales profundicen más en la problemática que genera a las familias en situación de vulnerabilidad no estar empadronadas en el municipio y se invoque **"la potestad de aceptar más documentos, hechas las comprobaciones que considere oportunas (suministros de luz, agua, etc.)", pudiendo "comprobar por otros medios (informe de Policía local, inspección del propio servicio, etcétera) que realmente el vecino habita en ese domicilio, y en caso afirmativo inscribirlo en el Padrón"**.

Es por ello que en el contexto del expediente de queja y fundamentado entre otros en los preceptos legales analizados se formuló **Resolución** recomendando que se "tramite el alta en el padrón municipal de la interesada Doña ( ) y su familia". Y que se aplique el mismo criterio a cualquier ciudadano/a que resida en el municipio y tenga las mismas o similares dificultades para acreditar la relación jurídica con la vivienda en la que reside.

Por tanto en la gestión del padrón municipal los ayuntamientos deberán guiarse por los principios de una buena administración con la finalidad de garantizar los derechos de las personas vulnerables.

Lo que conlleva aceptar en los expedientes de empadronamiento otros documentos distintos a los títulos de propiedad y contratos de arrendamiento, realizando las comprobaciones que estime oportunas para verificar el domicilio.

## 1.15. Sostenibilidad, Medioambiente y Obras Públicas

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

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

De especial interés en este apartado resulta la **queja 21/1545**, con ocasión de la cual conocimos la denuncia de una comunidad de propietarios de Torremolinos (Málaga), que en principio se quejaba del **ruido generado desde un edificio propiedad de una entidad bancaria y en muy deficiente estado de conservación, que había sido objeto de ocupación** por un grupo de personas sin título legítimo para ello, las cuales acumulaban enseres y restos varios, y, al no disponer de conexión a los suministros de energía eléctrica y agua, habían instalado un generador eléctrico a combustible que generaba elevados niveles de ruido. Los afectados llevaban años denunciando la situación sin apreciar actuación disciplinaria efectiva alguna del Ayuntamiento.

Constan emitidos en este expediente tres informes del Ayuntamiento de Torremolinos. Del primero de ellos se desprendía que **no solo el ruido era un problema grave generado por estas personas, sino que incluso más grave era el asunto de la salubridad**, pues se citaba textualmente en un informe que la "persistencia de acumulación de la basura, enseres y otros residuos" no solo contravenían las ordenanzas municipales, sino que incluso provocaban "un grave problema de insalubridad, que no puede atajarse directamente desde esta Delegación Municipal al tratarse de un edificio ocupado, por personas no identificadas".

Por su parte, desde la empresa Aguas de Torremolinos se nos confirmaba que el edificio "no dispone de conexiones a la red municipal de agua de Torremolinos", y que se había comprobado que "las condiciones higiénico-sanitarias del edificio en general son muy deficientes, con acumulación de basuras y falta de limpieza"; así como que existía "riesgo para los vecinos en el caso que fuese necesaria una evacuación por algún siniestro, debido a la colocación en pasillos y zonas comunes de frigoríficos, muebles, bolsas y otros enseres".



En los dos informes posteriores, se nos dio cuenta de las actuaciones que, tras insistir con nuestra intervención en este asunto, se estaban adoptando desde la Delegación de Urbanismo en materia de conservación de edificios. Finalmente, el propio promotor de la queja nos comunicó que en noviembre fue desalojado el edificio y se había procedido a su limpieza, por lo que dimos por terminada nuestra intervención en esta queja y procedimos a su archivo.

Otro tipo de foco insalubre, también relacionado con el ruido, es el que conocimos con motivo de la **queja 21/4524**, con la que una vecina de la localidad de Constantina (Sevilla), denunciaba que su domicilio lindaba con un terreno rústico en el que desde junio a diciembre de cada año se introducía un rebaño de unas doscientas ovejas, para desbrozar el terreno. Aseguraba la reclamante que durante todo este tiempo **sufrían "insectos, polvo, hedor y balidos de día y de noche"**.

Tras varias gestiones anteriores a su queja, la afectada había logrado que desde Alcaldía se impidiera la presencia del ganado en la finca en las cercanías de la vivienda; pero tras un cambio de alcalde, volvió la presencia de los animales y después de nuevas protestas, tan solo había logrado que se colocara una valla que separaba ocho metros los animales de su vivienda, siendo dicha distancia, según decía, completamente insuficiente para dar solución a los problemas citados, pese a señalarse en un acuerdo municipal que la distancia *"se estima, a falta de regulación, suficiente, a fin de evitar molestias a los vecinos de la misma"*.

Tras estudiar el asunto, admitimos a trámite la queja e indicamos en nuestra petición de informe al Ayuntamiento de Constantina que nos sorprendía que fueran ocho metros, y no cualquier otra medida -seis, nueve, once...- la *"distancia que se estima, a falta de regulación, suficiente, a fin de evitar molestias a los vecinos"* colindantes.

Decíamos que, a nuestro juicio, no estaba justificado ni motivado técnicamente en el propio acuerdo, que con dicha distancia mínima exactamente, fuesen a desaparecer los problemas de salubridad y ruidos que denunciaba la afectada. Más si cabe por tratarse de espacio abierto y, por tanto, sin barreras naturales ni artificiales que pudiesen aislar del ruido, o como poco minimizarlo, ni tampoco creíamos que pusiera solución a la cuestión de los parásitos, insectos y otras incidencias que suelen venir anejas a un rebaño de hasta doscientas ovejas.

Y, en ese sentido, citábamos a título ilustrativo que en la normativa autonómica de Castilla León, se fija la distancia mínima en 50 metros a núcleos de población y otros elementos sensibles (Decreto 4/2018, de 22 de febrero).

En su respuesta, el Ayuntamiento de Constantina nos informó que había elevado consulta a la Oficina Comarcal Agraria de la Sierra Norte de Sevilla y que tras ser evacuada, *"el rebaño de ovejas objeto de conflicto, ha sido retirado por sus propietarios del lugar de pastoreo"*. Con ello, dimos por finalizadas nuestras actuaciones en este asunto, habida cuenta que la problemática había quedado resuelto, al aceptar la pretensión principal de la reclamante, que era la retirada del rebaño.

En otro orden de cosas, **en materia de contaminación atmosférica** puede citarse la queja de oficio **21/0177**, aún en tramitación a fecha de cierre de este Informe Anual, relativo a la **incidencia ambiental de una fábrica de cementos** ubicada en la Autovía-A92, a escasa distancia del núcleo urbano conocido como barriada "La Liebre", en el término municipal de Alcalá de Guadaíra (Sevilla), y también a escasa distancia del núcleo poblacional principal de la localidad. A esta queja quedaron acumuladas un total de 45 quejas a instancia de parte de personas residentes en la zona, afectadas por la contaminación generada por esta actividad industrial.

...

#### 1.15.2.5. Limpieza viaria, residuos y vertederos

Como cada año son habituales las quejas de la ciudadanía sobre la **ubicación de contenedores** para el depósito de residuos urbanos, tanto por la afección estética que representa en las viviendas como, sobre todo, por la afección ambiental en forma de olores y la falta de salubridad, con contenedores desbordados



y presencia de restos fuera, y con proliferación de parásitos, roedores y animales. Asimismo, se denuncia la afección acústica provocada por los ruidos en los trabajos de recogida, fundamentalmente en horario de noche o madrugada.

Así, podemos citar la queja 21/2223, en la que un vecino de la localidad sevillana de Los Palacios y Villafranca, se quejaba de que el Ayuntamiento **no atendía su petición de cambio de ubicación de unos contenedores** situados en la esquina de su domicilio, bajo el balcón y ventanas del mismo, *"ya que no se cumple la norma vigente de horario para el depósito de residuos, provocando que se genere una situación de falta de limpieza e insalubridad que me afecta como vecina"*.

Tras nuestra intervención, la afectada nos comunicó que se habían cambiado de lugar los contenedores, solucionando con ello el problema.

**Una plaga de chinches y la constante presencia de malos olores en su domicilio** es lo que había provocado la cercanía al domicilio de la interesada en la queja 21/5036, de unos contenedores de residuos urbanos, habitualmente desbordados y con bastantes restos fuera, junto con enseres (entre ellos colchones).

Nos decía la reclamante que esos contenedores estaban situados a escasa distancia, unos 2,5 metros, de las ventanas de su vivienda y que ya en el año 2016 habían tenido que contratar los servicios de una empresa de fumigación y desechar todo el mobiliario de una habitación.

Al parecer, hacía algunos meses se había vuelto a sufrir otra plaga de chinches en la vivienda, que había requerido de los servicios de la empresa de fumigación, que habría calificado la plaga de *"grado de infestación medio"*, aplicándose un tratamiento doble para eliminar totalmente la presencia de chinches en la vivienda.

La gravedad de esta plaga había sido tal que las dos residentes en la vivienda no podían ni dormir en ella, habiendo tenido que desechar todo el mobiliario del inmueble, incluidas ropas, enseres y otros objetos, además de estar más de mes y medio fuera de su vivienda en un piso de alquiler. Todo ello haciendo frente a unos gastos totales derivados de la plaga de chinches, próximos a los 5.000 euros, según se nos aseguraba.

En esta queja nos hemos dirigido en petición de informe al Ayuntamiento de Sevilla, ciudad donde radica el asunto, si bien a fecha de cierre de este Informe Anual, aún no hemos recibido la respuesta.

...



## REVISTA DEL INFORME ANUAL

### 01. A debate

#### Medidas cautelares frente a la pandemia

#### La necesidad de imposición legal de la solidaridad

En diciembre de 2021 la Junta de Andalucía publicó oficialmente las órdenes de la Consejería de Salud y Familias de 3 y de 16 de diciembre de 2021, en las que se establecía, respectivamente, como medida preventiva de salud pública, **la exigencia de certificado Covid-19 o de prueba diagnóstica**, tanto para acceder a centros sanitarios con internamiento y centros sociosanitarios de carácter residencial, como para el acceso de las personas usuarias al espacio interior de establecimientos de hostelería, ocio y esparcimiento, adoptadas al amparo de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública y la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en relación con la normativa autonómica de aplicación (Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía).

La decisión de la autoridad sanitaria requería a las personas incluidas hasta ese momento en el calendario de la Estrategia de Vacunación (mayores de 12 años), el Certificado Covid, -bien de vacunación con pauta completa, bien de recuperación de la infección en los últimos seis meses-, o prueba diagnóstica negativa que descartara la presencia de un contagio (PCR realizada en las últimas 72 horas o test de antígenos de las últimas 48 horas).

Los espacios delimitados para la aplicación de esta medida incluyeron el acceso a centros sanitarios con internamiento y a centros sociosanitarios de carácter residencial, así como a los espacios interiores de establecimientos públicos de hostelería u ocio nocturno.

Respecto de los primeros, como razonó la Orden de 3 de diciembre de 2021, por tratarse de establecimientos en los que se desarrollan actividades esenciales y en los que un brote repercute tanto a nivel individual como colectivo, influyendo en el funcionamiento y capacidad de prestación sanitaria y social de estos hospitales y centros y en un personal calificado como esencial (sanitario y sociosanitario).

En cuanto a los segundos, la Orden de 16 de diciembre de 2021 fundó la decisión en la consideración de tratarse de espacios y actividades que presentan mayor riesgo de transmisión.

Como potencialmente limitadoras de derechos fundamentales, las medidas fueron elevadas para su ratificación judicial y, aunque con vaivenes previos, la obtuvieron de la Sala de lo Contencioso Administrativo en Granada del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA), que había rechazado la petición inicial de la Consejería de Salud y Familias por no delimitar el período temporal para el que pretendía su vigencia, respaldándola el órgano judicial una vez subsanada esta inconcreción, al entender que concurren en ella los elementos de proporcionalidad, necesidad e idoneidad.

La necesidad de la medida preventiva radica en el incremento de la tasa de incidencia en los contagios, especialmente advertida en determinadas franjas de edad y en el riesgo de su elevación en el período de fiestas navideñas.

La idoneidad se residenciaba en la capacidad de la medida para reducir, aunque no eliminar, el riesgo de nuevos contagios, extraída de la correlación directa entre vacunación y disminución de la posibilidad de transmisión del virus, que la Consejería de Salud y Familias afirmaba que concluían estudios (sin especificar) y, a la inversa, en la mayor probabilidad de las personas sin inmunidad de infectarse y de transmitir el contagio con mayor carga viral.

Por su parte, el TSJA consideró proporcionales los medios exigidos para el acceso (Certificado Covid o prueba diagnóstica), por no implicar, directa o indirectamente, ni la obligación de vacunarse ni la exhibición de información médica que pudiera calificarse como excesiva en el contexto de la pandemia.



Ello no obstante, el Defensor del Pueblo Andaluz recibió las consideraciones remitidas por un buen número de personas rebatiendo vehementemente la legalidad de las medidas preventivas adoptadas, al amparo de argumentaciones variopintas, todas ellas centradas en la vulneración de derechos personales, como individuos aisladamente considerados, obviando el enfoque más amplio de nuestra condición de miembros plenos de una sociedad y de un mundo, que no puede abstraerse de las específicas circunstancias de sus coyunturas históricas.

Una parte de la población, que entendemos minoritaria, rehúsa posibles limitaciones, siquiera sean puntuales, que condicionen el ejercicio de algunos de sus derechos y, en este fenómeno parecen converger motivaciones que no tienen únicamente por causa la insolidaridad y el individualismo acérrimo, puesto que de algunos de los relatos recibidos extraemos la impresión de que las decisiones defectuosamente justificadas de los responsables públicos contribuyen a alimentar esta resistencia.

Un claro ejemplo lo proporciona el reconocimiento abiertamente explicitado por tales responsables, acerca de que la medida persigue mover, incitar o incluso presionar hacia la vacunación del mayor número de miembros de la sociedad. Finalidad que, obvio es remarcarlo, aunque deseable y conveniente, queda extramuros del marco jurídico vigente y de los razonamientos respaldados por la ratificación judicial de la decisión. Esto es, se aparta de la finalidad preventiva reconocida expresamente en la misma.

Antes al contrario, un sustento en la adecuada difusión de las posiciones científicas más solventes, identificadas y citadas las fuentes que las sustentan, revestiría mayor utilidad para la concienciación individual de los beneficios de la vacunación, que la manifestación de argumentos ajenos al contenido de las órdenes que, a la postre, abonan el escepticismo y socavan la credibilidad en sus fundamentos.

Más aún, es precisa una concreción de los estudios científicos que justifican la adopción de una medida preventiva que restringe derechos fundamentales, como respaldo de los motivos razonables que concurren para considerar que su adopción es eficaz.

Otros ejemplos, sobre los que no podemos avanzar una conclusión al estar aún en vía de análisis, viene de la mano de la aparente falta de uniformidad en la aplicación de las medidas preventivas en vigor, generales o específicas, en función de los diferentes Distritos Sanitarios e incluso de la posible extralimitación de su ámbito.

**“En una sociedad madura y debidamente informada no cabe otra opción que la del compromiso colectivo”**

En el plano exclusivamente sociológico, comprobamos cómo la exposición a las redes sociales de gran parte de la población contrasta con el celo que suscita la posible vulneración del derecho a la protección de datos personales en virtud de las medidas preventivas de salud pública que analizamos, lo que no deja de ser un fenómeno llamativo, aunque entre lo primero y lo segundo medie un matiz diferenciador importante, que es el de la voluntariedad de la persona respecto de aquella parte de su individualidad a la que franquea el acceso.

Por lo que a esta Institución se refiere, la posición es favorable a la vacunación sin ambages, entendiendo que **en una sociedad madura y debidamente informada no cabe otra opción que la del compromiso colectivo.**

En lo alusivo a las medidas preventivas analizadas y con independencia de las dudas que suscite su eficacia, entendemos que, adoptadas dentro del marco del ordenamiento jurídico vigente, persiguen luchar contra la transmisión comunitaria descontrolada de la infección, con los medios menos severos a nuestro alcance. Entre tales medios de lucha, ninguno tan eficaz como el de la responsabilidad individual, que evitaría que la solidaridad social tuviera que ser legalmente impuesta.



## 02. Nuestras propuestas

### Las agresiones a los profesionales de la salud

#### Una situación de riesgo para el Sistema Sanitario

La violencia en el lugar de trabajo constituye un riesgo específico que afecta a cualquier tipo de relación laboral y constituye en la actualidad una preocupación prioritaria para el desarrollo de la actividad profesional en todos los ámbitos.

Si bien la violencia en el entorno laboral afecta a todos los sectores profesionales, en el sector de la atención a la salud esta situación se ha extendido con gran rapidez afectando a un número más elevado de profesionales que en otras actividades.

Estas situaciones no son ajenas a nuestro Sistema Público de Salud, en el que las situaciones de violencia y agresiones a profesionales sanitarios constituyen un problema real que, aún afectando a una minoría de los profesionales que trabajan en este sector, su creciente incremento le hace cobrar cada vez mayor importancia.

**“La aprobación del Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), en el año 2005, primero en aplicarse en el ámbito autonómico, que fue revisado y actualizado en el año 2020”**

Por lo que se refiere a Andalucía, las agresiones registradas a profesionales del ámbito sanitario en los últimos años aumentaron un 35,27%, porcentaje superior a los incrementos que se han producido a nivel estatal en el mismo periodo (el 25,51%). Tres de cada cuatro agresiones registradas por la Administración sanitaria andaluza las sufrieron mujeres. Produciéndose el mayor número de agresiones en el ámbito de la atención primaria -en más del 63% de los casos registrados- frente al de la atención especializada y urgencias.

La tendencia expansiva de este fenómeno llevó a los colegios profesionales y organizaciones sindicales a trasladar ante todas las instancias públicas su preocupación, lo que dio lugar a que se adoptaran diversas iniciativas para prevenir y corregir estas conductas violentas y agresivas que afectan al personal que trabaja en el Sistema Nacional de Salud.

Entre estas medidas, por lo que se refiere a Andalucía, cabe destacar la aprobación del Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), en el año 2005, primero en aplicarse en el ámbito autonómico, que fue revisado y actualizado en el año 2020.

A pesar de su valoración positiva, después de más de una década de su aplicación, el aumento creciente de estas situaciones pone de manifiesto la insuficiencia de las medidas adoptadas y la necesidad de proceder a su revisión y actualización.

Ante estas circunstancias, por parte de la Institución del Defensor del Pueblo Andaluz se consideró oportuno iniciar una actuación de oficio para valorar los efectos de esta situación y de los derechos de los colectivos profesionales afectados por la misma, así como la efectividad de las medidas adoptadas al respecto por la Administración sanitaria andaluza.

En el curso de la investigación realizada, hemos contado también con la opinión y valoración de las corporaciones y organizaciones representativas de los profesionales sanitarios. Junto a los datos y el



análisis y evaluación de los mismos, hemos estimado oportuno completarla con las consideraciones que se han incluido en la Resolución con la que se finaliza dicha actuación de oficio y que se incluyen en el “**Estudio singular sobre agresiones al personal sanitario en su puesto de trabajo**” que ha elaborado esta Institución. )

En cuanto a las causas que dan lugar a estas situaciones de violencia contra el personal de los dispositivos sanitarios y su creciente incremento, hemos detectado que muchas de ellas están relacionadas con circunstancias personales del propio paciente o su entorno, pero también entre éstas encontramos otras causas que tienen relación con aspectos intrínsecos que afectan al funcionamiento o gestión de la propia organización sanitaria.

Así, la masificación o saturación de los centros, la insuficiencia de recursos humanos que provoca retrasos y acortamiento del tiempo de atención en las consultas, las largas esperas para la realización de pruebas por la insuficiencia de medios, la excesiva burocratización de los servicios, la falta de explicación de determinadas decisiones o la falta de adopción de medidas de índole administrativa ante conductas violentas y agresivas, son circunstancias que tienen una incidencia directa en que se produzcan estas situaciones y que requieren de actuaciones concluyentes de la Administración sanitaria encaminadas a mejorar esos aspectos estructurales, organizativos y de gestión que permitan alcanzar mayores niveles de calidad en el funcionamiento del SSPA.

Por ello, y por más que la violencia nunca puede tener justificación, un punto que estimamos crucial para reducir las agresiones que se producen en el ámbito sanitario es el de la eliminación de los problemas organizativos, estructurales y de gestión en el funcionamiento del SSPA.

En todo caso, para la eficacia de las medidas de prevención y atención de las agresiones en el SSPA es indispensable que exista una coordinación fluida y eficaz cooperación entre la Administración sanitaria y los colegios profesionales de personal sanitario y con las organizaciones sindicales más representativas del sector, así como con las organizaciones de personas usuarias y las profesionales interesadas en este asunto.

Por último, con estas actuaciones también quisiéramos dejar constancia de las difíciles condiciones en que los profesionales del ámbito sanitario tiene que desarrollar en muchas ocasiones sus funciones asistenciales, cuyo compromiso y profesionalidad en el desempeño de las mismas ha sido reconocido y agradecido por toda la sociedad en múltiples ocasiones, y al que también se suma esta Institución.

*Más información en Informe Anual 2021. Capítulo 1.5. Empleo Público, Trabajo y Seguridad Social, epígrafe 1.5.2.6.4. Las situaciones de violencia que afectan al personal de los equipamientos sanitarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).*

## La defensa de la salud en el entorno rural

El sistema sanitario público es un servicio troncal para la sociedad, la salud, uno de los pilares del bienestar, un derecho social inestimable y los poderes públicos tienen, como todos sabemos, el deber de garantizar sus recursos y prestaciones.

La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, sienta entre los principios generales del Sistema de Salud, la extensión de la asistencia sanitaria pública a toda la población española y la igualdad efectiva en el acceso a ella y a las prestaciones sanitarias, especificando que la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales (artículo 3).

En una sociedad globalizada como la de nuestra contemporaneidad, el sistema sanitario público ha de enfrentarse a retos generales que desafían su equilibrio y cuya superación forma parte de obligaciones a cargo de los responsables públicos. Estos retos, además, se manifiestan de forma más acusada en el medio rural y no olvidemos que en Andalucía existen 778 municipios, de los que 524 se comprenden en el concepto de “rural” (66,7%), habitados por el 17,3% de la población total (1.455.663 personas del total de 8.414.240).

Los datos del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía arrojan la importancia cuantitativa territorial del medio rural, de forma que la envergadura de la cuestión que analizamos exige poder contar



con unos responsables públicos que no solo sepan ver las dificultades debidamente contextualizadas, sino que tengan la capacidad de darles una respuesta solvente y proyectada en el tiempo con profundidad, ya que, como en todos los aspectos de la vida, no podemos conformarnos con soluciones simplistas y a corto plazo que acaban formando parte misma del problema.

Así, aunque bajo la bandera de “la España vaciada” la necesidad de paliar las carencias que sufre el entorno rural viene siendo objeto de regulación normativa (Ley 45/2007, de 13 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural) y de anunciados Programas y propósitos de Estrategias nacionales y autonómicas, hasta la fecha parece tratarse de intenciones sin resultados apreciables en relación con la prestación del servicio público de salud en el medio rural.

Antes al contrario, la asistencia sanitaria pública en dicho entorno se ve constantemente amenazada y en peligro de extinción algunas de sus prestaciones, de manera que la población que pervive en municipios rurales va perdiendo paulatinamente acceso a unos servicios sanitarios que, entre otras carencias, cada vez cuentan con menor dotación de personal sanitario en sus dispositivos. Es más, en un círculo vicioso, la minoración del volumen de población de algunas zonas, que sobre el papel de las normas y Estrategias se dice querer combatir, es al propio tiempo el argumento contradictorio empleado por los gestores públicos andaluces para cuestionar el mantenimiento de algunos servicios sanitarios rurales, como los de urgencias de atención primaria, o para justificar incluso su supresión.

La escasez de médicos de familia y de pediatras, la atención sanitaria de urgencias, los medios para la dispensación de cuidados paliativos domiciliarios o la necesidad de coordinación sociosanitaria, entre otras cuestiones, que desde hace décadas conocemos en esta Institución, precisan de planificación y recursos acordes al territorio y al perfil de las personas que lo habitan.

En el territorio andaluz se anunció en julio de 2019 el diseño de una Estrategia frente al Desafío Demográfico (Acuerdo del Consejo de Gobierno de 9 de julio de 2019), que impulsaría la Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía en coordinación con otros departamentos, para afrontar retos como la despoblación, que se preveía dotar presupuestariamente con **2,5 millones de euros para la lucha contra la despoblación y 2 millones adicionales para el fomento del desarrollo económico y social** de las entidades locales de la comunidad y, si bien este proyecto no llegó a prosperar, desconocemos si contaba con previsiones concretas en materia de servicios sanitarios.

Nuevamente a mediados de 2021 se anunció la intención del Gobierno andaluz de aprobar de forma inminente la Estrategia Andaluza frente al Desafío Demográfico, entre cuyos ejes se encontraría una mejora de los servicios básicos, de acuerdo con las demandas concretas de la población andaluza aportadas por el Comité Coordinador integrado por miembros de todas las Consejerías. Tampoco en esta ocasión se ha consumado el propósito, entre cuyos objetivos específicos seguimos preguntándonos si se encuentran los esenciales servicios sanitarios en el medio rural.

Entretanto persisten enquistados problemas sanitarios como los citados, engrosados por nuevos retrocesos previsibles mientras no se adopten medidas que reviertan la inercia, mostrando que, en realidad, el problema de la “España vaciada” puede acabar transitando por el último tramo de su recorrido, por el final de un camino cuyo origen y evolución se anuncian desde largo.

Esta amenaza y la percepción de una falta práctica de respuesta para remediarla, ha llevado a las Defensorías de España a convocar unas Jornadas de Coordinación que tendrán lugar en 2022, con el objetivo de adoptar un posicionamiento común en defensa del derecho constitucional a la protección de la salud y de la igualdad efectiva en el acceso a la asistencia sanitaria pública y a las prestaciones sanitarias, instando al cumplimiento del mandato legal de implantar políticas públicas de salud que permitan superar los desequilibrios territoriales, resolviendo las carencias que a diario nos traslada la ciudadanía andaluza en relación con los servicios de salud públicos en el entorno rural.



## Posibilidades de intervención mediadora de los defensores del pueblo en el ámbito contencioso administrativo

*La mediación extrajudicial que está llevando a cabo el Defensor del Pueblo Andaluz, está mejorando las relaciones entre administrados y administraciones públicas. Por ello, se plantea ahora la posibilidad de explorar la mediación en la esfera intrajudicial*

Hace unos años, en concreto en 2015, el Defensor del Pueblo Andaluz se planteó incorporar una nueva forma de gestionar las quejas ciudadanas, referidas a las controversias que se originan, fundamentalmente, entre sociedad y administraciones públicas.

El enfoque innovador requería otorgar una mirada distinta a la forma en que, desde sus comienzos, décadas atrás, se cumple con la función garantista que debe procurar la Defensoría.

Para ello, se analizó y debatió en profundidad acerca de las dificultades legales que podría generar incorporar la mediación, como herramienta no prevista expresamente en la ley reguladora de la figura del Defensor y se consideraron todos los obstáculos que, a priori, podría originar el cumplimiento del proceso mediador y sus características esenciales, manteniendo siempre el obligado respeto a los elementos definitorios de la Institución en la que se pretendía encuadrar.

**“El Defensor pueda convertirse en una figura mediadora para los supuestos en que el juzgado o tribunal decida derivar un asunto a mediación”**

La experiencia comenzó con humildad pero con convencimiento en 2016 y, actualmente, la mediación ya es una realidad. La mediación se conforma como una herramienta que funciona en paralelo a la actividad de supervisión clásica, que la ley recoge de forma expresa.

No ha sido fácil lograr estos avances, sobre todo por la falta de comprensión general de la herramienta y de la capacidad de asumir que puede ser útil y eficaz en la parcela del derecho administrativo, que presenta, históricamente, rigideces propias del sistema, el necesario sometimiento de la Administración al principio de legalidad y una asimetría entre las partes que protagonizarán el proceso, en la que además

existe un procedimiento como el administrativo, en términos generales, complejo para la ciudadanía.

Sin embargo, se cuenta con datos suficientes para afirmar que la mediación extrajudicial que está llevando a cabo el Defensor del Pueblo Andaluz, está evitando pleitos, alcanzando soluciones consensuadas en el marco de la norma y mejorando las relaciones entre administrados y administraciones públicas.

Los resultados que arroja este camino han generado confianza y satisfacción, tanto en la ciudadanía como en las distintas administraciones públicas y ello constituye un aval para continuar consolidando este mecanismo de gestión de conflictos sociales en el ámbito del derecho administrativo. Por ello, se plantea ahora la posibilidad de explorar la mediación en la esfera intrajudicial.

Acercar la Institución del Defensor del Pueblo a la Jurisdicción contencioso-administrativa, con la que tradicionalmente ha habido una relación de mutuo respeto a las parcelas de cada cual, cuestión obligada por ley, exige máxima prudencia.

Los espacios en los que interviene un tribunal no pueden ser ocupados por el Defensor del Pueblo, estando obligado a no intervenir en esos asuntos, en lógica coherencia con la independencia judicial que consagra nuestra Constitución.

Sin embargo, ello no obsta para que el Defensor pueda convertirse en una figura mediadora para los supuestos en que el juzgado o tribunal decida derivar un asunto a mediación, en la medida en que a partir



de ese momento, y hasta tanto los autos no vuelvan a activarse, la jurisdicción simplemente se mantiene en suspenso, a la espera.

El Consejo General del Poder Judicial manifiesta expresamente en su guía para la práctica de la mediación intrajudicial contencioso-administrativa que estos mecanismos se conforman como solución complementaria o alternativa al litigio, con las bondades que ello comporta para las partes, para la sociedad, para las dinámicas de los propios Tribunales.

Así pues, el Defensor del Pueblo Andaluz ha firmado con dicho Consejo un convenio de colaboración que, amén de mostrar el interés común en la promoción y desarrollo de la mediación administrativa y contencioso-administrativa como vía complementaria de solución de conflictos, ambas instituciones manifiestan su intención de cooperar de manera estrecha y activa para hacer realidad la mediación del Defensor del Pueblo en aquellos asuntos en los que, siendo de su competencia material y territorial, le sean derivados desde la jurisdicción contencioso-administrativa.

Con ello se cumplen los siguientes objetivos:

- Brindar un procedimiento complementario a la labor supervisora del Defensor así como al proceso judicial, aunando esfuerzos entre dos Instituciones garantes de derechos.
- Ofrecer un espacio que supere la complejidad del acceso a la jurisdicción contencioso-administrativa, las dilaciones en la tramitación, el incremento de la litigiosidad y los costes y formalidades del proceso.
- Avanzar de forma conjunta en la transformación de la relación entre Administración Pública y ciudadanía, a través de la búsqueda de fórmulas flexibles que permitan que la potestad administrativa se pueda también ejercer aprovechando la comunicación entre las partes y la introducción por ellas de aspectos subjetivos que suelen quedar al margen del procedimiento formal.

En conclusión, el escenario que se pone a disposición de la sociedad andaluza para gestionar las controversias en materia de derecho administrativo pretende enriquecerse de manera sustancial. Este acuerdo entre la jurisdicción y la defensoría, con la conjunción de efectos positivos que arroja la mediación como herramienta, logrará, sin dudas, una justicia más ágil, cercana y humana.

*Más Información en Informe Anual 2021. Capítulo 1.9. Mediación, epígrafe 1.9.3.2. Convenios de colaboración con entidades e Instituciones.*

## 06. Atención Ciudadana

### Escuchar y atender a los Servicios Sociales municipales y comunitarios

En este año 2021 a pesar de las dificultades de movimiento y de las restricciones a la movilidad, hemos continuado con las visitas a las comarcas andaluzas.

Estas visitas se enmarcan dentro de la Estrategia del Defensor del Pueblo Andaluz 2021-2024 donde se establece la necesidad de incrementar la cercanía a la ciudadanía, así como de mejorar las relaciones entre el dPA y las administraciones públicas, intentando establecer un canal estable y frecuente de comunicación e información que facilite la colaboración y el trabajo conjuntos.

Este año hemos realizado 8 desplazamientos: Comarca de Antequera en Málaga, Málaga capital, Comarcas de la Sierra de Cádiz (Villamartín y Arcos de la Frontera), Comarcas de Guadix y Baza en Granada y Comarcas de Valle Medio y del Alto Guadalquivir (Montoro y La Carlota). En todas ellas, hemos celebrado reuniones de trabajo con los servicios sociales, por su papel relevante como puerta de entrada de la ciudadanía al conjunto de derechos sociales y un pilar esencial para el desarrollo del estado social y democrático de derecho.

Por su proximidad, son un escenario privilegiado para observar en primera línea las graves desigualdades que generan las estructuras sociales, pero también han de ser el lugar desde el que impulsar respuestas eficaces y efectivas que garanticen la igualdad de oportunidades.



Y en esa labor de escucha, atención y aprendizaje de su trabajo, hemos encontrado una problemática compartida en las diferentes comarcas que se resumen en los siguientes aspectos:

- **Falta de dotación de personal en los centros de servicios sociales y de tiempo suficiente para dedicarlo a la intervención social:** *"A veces tengo la sensación de hacer churros, que son bonitos, aunque lo que necesitas es una hora de atención, u ocho meses, y no los tienes". "Somos la puerta de entrada pero si entra todo, se colapsa".*
- La precariedad en las condiciones de trabajo genera deficiencias organizativas en los servicios (poco personal, no cobertura de bajas y vacantes, adscripción aleatoria y cambiante a cometidos diversos) y una atención insuficiente y de baja calidad a las personas peticionarias a las que, en numerosas ocasiones, no se informa ni orienta de forma adecuada, propiciando errores que perjudican sus derechos. Los Servicios Sociales siguen siendo *"el cajón de sastre donde acaba todo"*.
- **Enredo de ayudas:** Nos señalan que existe mucha burocracia y un enredo espantoso en la tramitación de prestaciones. Ordenar dichas ayudas y que estas no se superpongan y, sobre todo, que se resuelvan en plazo ya que la mayoría de veces tienen que paliar situaciones de mucha vulnerabilidad y urgencia.

**"Incrementar la cercanía a la ciudadanía, así como de mejorar las relaciones entre el dPA y las administraciones públicas"**

- **Exceso de legislación / falta de desarrollo:** *"Todo lo que estamos legislando está dejando fuera a los más vulnerables dentro de los vulnerables"*. Refieren dificultades administrativas en la imposibilidad de acceder al padrón; en demostrar posesión de vivienda; en trámites para el bono social eléctrico o el Ingreso Mínimo vital... para los que se requiere una serie de documentos que estas personas no poseen.
- **Se legisla fuera de la vida real.** *"Los propios procedimientos expulsan del sistema a las personas más frágiles por la complejidad de los actos administrativos y su limitada"*

*adaptación a la realidad y circunstancias de los administrados"*. Hay que diseñar los procedimientos y los recursos pensando en todas y todos.

- Nos aportan un apunte sobre brecha digital: *"la mayoría de las personas que acuden a estos servicios son analfabetas tecnológicas y, en cambio, en la mayoría de las ocasiones no les permiten presentarlo en papel y personalmente"*.
- **Hacen falta planes en educación y empleo.** Si no se hacen intervenciones con educación o empleo, habrá quinta y sexta generación con las mismas condiciones. *"Damos una ayuda inmediata y subsidiaria y ponemos un parche sin resolver la situación"*. Se queja de **que realizan las mismas actuaciones que cuando empezaron hace 38 años, "ayuditas y tallercitos"**.

En resumen nos expresan lo que creen que es la situación de los Servicios Sociales:

*"Las personas vienen para que les digamos que están en la exclusión, no para que las saquemos"*. *"Estamos viviendo la destrucción del sistema de servicios sociales"*. Se declaran cansados porque cada día sale una normativa nueva.

Afirman que se han convertido en tramitadores, no hacen intervención social. **Hay una falta de intervención social.** *"Esto es un círculo vicioso"*. *Hay que pasar del "asistencialismo" a la intervención social. Llevar un buen plan de intervención y trabajar en red con educación, trabajo y vivienda.*

Llaman la atención sobre los problemas que ven más importantes: **la falta de vivienda y la intervención con los menores.**



En este año de pandemia los y las trabajadoras sociales se han dejado la piel para llegar a cada una de las personas usuarias y lo han hecho muchas veces empleando sus propios recursos personales, su tiempo y toda su energía.

Para el Defensor del Pueblo Andaluz, los Servicios Sociales son una pieza central en la estructura del Estado de Bienestar y creemos que las leyes de servicios sociales deben incorporar la orientación del sistema hacia la corrección de las desigualdades sociales y la inclusión social a partir de estrategias, técnicas y recursos que lo hagan posible.